



# Helse- og omsorgsmelding 2009



# Innhold

Føreord .....	3
Folkehelse i Hordaland .....	4
Fysisk aktivitet, skulefrukt og tobakksførebygging i grunnskulen .....	4
Følgjer av forvaltningsreforma .....	4
Influensa A(H1N1) i Hordaland .....	5
Miljøretta helsevern .....	7
Hvordan står det til med kommunenes miljørettede helsevern? .....	7
Saker om miljøretta helsevern i Hordaland .....	11
Koordinerte tenester for habilitering og rehabilitering .....	12
Psykisk helsearbeid i kommunane – styrk samhandlinga .....	13
Statlege tilskot til kommunal rusomsorg .....	14
Omsorgsplan 2015 – mykje arbeid og knapp tid .....	15
Kompetanseløftet 2015 .....	16
Større kapasitet og betre kompetanse om demens .....	18
Førarkort og meldeplikt .....	19
Pasientrettsklager .....	21
Klagesaker som gjeld LAR .....	21
Tvangsmedisinering .....	22
Pasientrettslova kapittel 4A – helsehjelp mot pasienten sin vilje .....	23
Færre, men alvorlegare meldingar om pasientskadar .....	26
Landsomfattande .....	27
tilsyn med distriktpsikiatriske sentra .....	27
Fylkesmannen er uroleg for tenestetilbodet i barne- og avlastingsbustader .....	28
Smittevern i sjukeheimar .....	29
Tilsyn med helsetenester i 2009 .....	30
Talet på sosialklager aukar igjen .....	31
Sosialtenestelova kapittel 4A: Tvang andsynes psykisk utviklingshemma .....	32
Oppsummering av tilsynserfaringar – stadlege tilsyn og hendingsbaserte tilsyn 2009 .....	32
Erfaringar frå systemrevisjonar med kommunane i 2009 .....	33
Informasjon og kommunikasjon .....	34

**Foto på framsida:** Vaksine – Åsne Hagen. Jenter som hoppar, lege i kvit frakk – Sanja Gjenero.  
Hender – Andy Reis. Lydbølgjer – Jake Levin. Eple – Victor Jensen. Pillebrett – Petre Birlea.

## Føreord

Vi har hatt ein strengare vinter enn vanleg her vest. Mykje snø og kulde gjorde tilhøva rundt årsskiftet kritiske, særleg i Bergen.

Kulde og stilt ver gjorde at nitrogendioksid (NO<sub>2</sub>) frå biltrafikken la seg som eit lok over byen. Ureininga var verst der utslepp og støy frå trafikken til vanleg er størst. Berre langsiktig planlegging kan hindra at noko liknande skjer på nytt.

Samstundes med dette svikta beredskapen på snøbrøytinga. Fortaua vart utilgjengelege for dei fleste og direkte farlege for mange.

Svikt i grunnleggjande infrastruktur i eit samfunn rammar skeivt i befolkninga. Lungesjuka, eldre og uføre og småbarnsforeldre med barnevogn vart mest skadelidande denne gongen.

Universell utforming skal stå sentralt i samfunnsplanlegginga og inneber at hovudløysinga skal vera tilgjengeleg for alle, slik at alle kan delta i samfunnet på mest mogeleg like vilkår. Manglande universell utforming er diskriminering.

Fylkesmannen skal følgja med på at både offentlege og private verksemder tek omsyn til dette.

Innretting og prioritering av sosial- og helsetenester er òg viktig for å medverka til at skilnadene mellom folk ikkje vert større. I denne meldinga har vi omtalt fleire oppgåver Fylkesmannen har for å medverka til å nå dette målet.



Helga Arianson  
fylkeslege



Svein Kornerud  
avdelingsdirektør

## Folkehelse i Hordaland

Dette året har vi konsentrert oss om å sikra helseperspektivet i kommunal planlegging, poengtera behovet for å dokumentera og kvalitetssikra det førebyggjande arbeidet, peika på tiltak for å motverka sosial ulikskap og støtta opp om arbeidet med å utvikla partnerskap for folkehelse i Hordaland.

### Fysisk aktivitet, skulefrukt og tobakksførebygging i grunnskulen

I overgangen 2009–2010 gjennomførte Fylkesmannen for andre gong ei elektronisk kartlegging i grunnskulen i Hordaland. 131 av 322 skular svara. 105 av dei 322 skulane har elevar på ungdomstrinnet. Her er resultatet:

#### Fysisk aktivitet

Hovudmål 1 i Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005–2009 er å *“øke andelen barn og ungdom som er moderat fysisk aktive i minst 60 minuttar hver dag”*. 57 av 131 skular svarar at elevane får 60 minutt fysisk aktivitet om dagen på skulen, 65 svarar nei til dette og 9 veit ikkje.

[Meir om fysisk aktivitet hjå Helsedirektoratet](#)

#### Frukt og grønt

Gratis frukt og grønt for alle elevar er eit viktig verkemiddel for betre folkehelse og sosial utjamning. Norske barn er mellom dei som et minst frukt og grønt i Europa. Regjeringa innførte difor gratis skulefrukt for alle skular med ungdomssteg hausten 2007. Tiltaket vart mellom anna gjort for å minska skilnadene i kosthald som følgje av abonnementsordninga som hadde eksistert sidan byrjinga på nittitalet. Staten løyvde midlane og skuleeigarane fekk ansvaret for den praktiske gjennomføringa av tiltaket.

Ved utgangen av 2009 kunne 105 av dei 131

grunnskulane i Hordaland som svara på kartlegginga tilby elevane dagleg frukt og grønnsaker. 25 skular seier at dei ikkje har slik ordning, og ein veit ikkje.

Av dei 47 skulane med ungdomssteg som svara, hadde 43 dagleg frukt og grønt-tilbod. 62 av 84 reine barneskular hadde òg dagleg tilbod om frukt, truleg abonnement.

[Meir om skulefrukt hjå Helsedirektoratet](#)

#### Tobakk

54 prosent av ungdomsskuleelevane i Hordaland deltek i FRI-programmet mot røyking skuleåret 2009–2010. Landsgjennomsnittet er 56 prosent. 51 prosent av åttandeklassingane, 49 prosent av niandeklassingane og 61 prosent av tiandeklassingane i Hordaland er med. Målet er at 70 prosent av alle elevane i ungdomsskulen skal få dette tilbodet.

[Meir om FRI hjå Helsedirektoratet](#)

### Følgjer av forvaltningsreforma

Fylkeskommunen har frå 1. januar fått eit lovfesta utvida ansvar for folkehelsearbeidet og skal fremja folkehelse, trivsel og gode sosiale tilhøve. Ny lov om fylkeskommunen sitt ansvar i folkehelsearbeidet stadfester at fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helse-tilhøva og faktorar som påverkar folkehelsa.

Fylkeskommunen forvaltar frå 2010 alle tilskotsmidlane på området, både aktivitetsmidlar og midlar til partnerskapet for folkehelse. Fylkesmannen skal framleis delta i partnerskapet, men då med ei tydelegare rådgjevingsrolle utan driftsansvar.

Ny plandel i plan- og bygningslova gjeld frå 1. juni 2009. Fleire nye element i planlova er viktige for å forankra folkehelsearbeidet i kommunale planar framover. Fylkesmannen har ei viktig rolle for å sikra at helsekonsekvensar vert vurderingstema i kommunale planar.

Fylkesmannen og fylkeskommunen vil i fellesskap syta for at overgangsordninga i 2010 går så smidig og fleksibelt som mogleg. Vi legg vekt på at kommunane, andre samarbeidspartnarar og publikum generelt skal få hjelp og verta viste til rett instans uavhengig om dei tek kontakt med Fylkesmannen eller fylkeskommunen. Det er viktig å nytta kompetansen hjå begge instansane på ein optimal måte.

[Ot.prp. nr. 73 \(2008-2009\)](#)  
[Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet](#)

## Influenza A(H1N1) i Hordaland

Hordaland har god vaksinasjonsdekning i risikogrubbene. Fylkesmannen har ikkje fått informasjon om at influensapandemien har fått negative konsekvensar for viktige samfunnsfunksjonar i fylket.

I byrjinga visste ingen kor alvorleg pandemien ville verta og korleis han kom til å utvikla seg. I ettertid meiner dei fleste at det var rett av styresmaktene å vera budd på eit verstefallscenario. Dette vart justert ned etter kvart som det viste seg at pandemien for dei fleste er ufarleg, men at sjukdommen kan vera livstrugande for personar med nedsett motstandskraft. Denne gruppa var difor prioritert både med tanke på behandling med Tamiflu og vaksinerings.

Mange sjuke førte til stort press både på kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Utdeling av Tamiflu på apoteka letta trykket noko for helsetenesta og førte til at fleire fekk Tamiflu tidlegare.

### **Massevaksinasjon – Bergen fyrst ute i landet med vaksine til risikogrubbene**

Den største dugnadsinnsatsen har gått til massevaksinerings av innbyggjarane. Helsetenesta har leidd arbeidet og prioritert vaksi-

nasjonsarbeidet ved sida av andre oppgåver, godt hjelpt av tilsette frå andre kommunale avdelingar, organisasjonar og einskildpersonar. Det har vore eit stort apparat i gang i alle kommunar med oppretting av vaksinestasjonar og ambulante vaksinasjonsteam for å gjera vaksinen tilgjengeleg for så mange som mogleg.

Utsendinga av vaksine skapte, særleg i starten, store vanskar. For å koma tidleg i gang med vaksinerings av risikogrubbene, vart vaksinen send ut etterkvart som han vart produsert, noko som gjorde at kommunane fekk relativt få dosar om gongen. Dette førte til at vaksinerings tok lengre tid enn nødvendig, og at kommunar ikkje alltid hadde vaksinen tilgjengeleg når det var behov for han.

Berre 180 000 av dei vaksinerte frå Hordaland er registrerte i Panvak, som er det elektroniske registeret til Folkehelseinstituttet over personar som er vaksinerte mot influensapandemien. Etterslepet på den elektroniske registreringa er stort og talet på vaksinerte vil difor verta justert oppover.

I veke 51 rapporterte nokre av kommunane kor stor del av befolkninga som var vaksinert. Det varierte frå 26 prosent i Odda og 37 prosent i Fjell til 50 prosent i Austevoll til 90 prosent i Modalen. Dei fleste kommunane har vaksinert over halvparten av innbyggjarane.

Kommunane melder om god vaksinedekning i risikogrubbene, medan aldersgruppa 15–30 år i den friske delen av befolkninga var vanskeleg å rekruttera.

### **Helseføretaka og pandemien**

Helse Bergen hadde ein oppdatert beredskapsplan som tok utgangspunkt i at sjukehuset skulle kunna ta imot 90 pasientar ekstra, av dei 20 intensivpasientar, på det meste. Det vart ikkje nødvendig å setja beredskapsplanen ut i livet, men helseføretaket si erfaring er at deltakinga i Øving Hordaland i 2007 var ei svært nyttig førebuing for denne spesielle beredskapssituasjonen.

Av dei omlag 8500 tilsette i Helse Bergen blei mellom 7000 og 7500 vaksinerte mot influensa A(H1N1). Laboratoriet analyserte på det meste 200 blodprøvar dagleg (mot om lag 60 til vanleg) med tanke på å diagnostisera ny influensa (H1N1), og berre prioriterte prøvar vart analyserte. Sjukehuset hadde på det meste 46 nye pasientar med mistenkt eller stadfesta influensa på ei veke, og aldri meir enn to intensivpasientar samstundes med denne diagnosen. Ein pasient døydde på grunn av sjukdomen.

I Helse Fonna var det lita belastning på sjukehusa under pandemien. Haugesund sjukehus HF hadde nokre få pasientar som var heller dårlege. Om lag 80 prosent av dei tilsette vart vaksinerte. Kreftpasientar, dialysepasientar og ein del barn fekk òg tilbod om pandemivaksinen.

### **Regelfast rapportering til og frå nasjonale styresmakter**

Helsedirektoratet har hatt regelfaste telefonmøte med alle fylkesmennene om utviklinga av pandemien og tiltaka mot han. Fylkesmannen på si side vidaresende rapportar og aktuelle spørsmål frå kommunane og helseføretaka til Helsedirektoratet.

### **Informasjonsstrategien til Fylkesmannen**

Medan det enno var uavklåra kor omfattande influensautbrotet ville verta, bestemte Fylkesmannen i Hordaland seg for å visa til nettsida [www.pandemi.no](http://www.pandemi.no) for all fagleg oppdatering. Grunngevinga for ikkje å produsera eige stoff om dette var dels faren for desinformasjon og dels faren for ikkje å ha kapasitet til å følgja det opp om pandemien skulle verta meir krevjande.

### **Frå øving til praksis**

Pandemisk influensa var tema for Øving Hordaland 2007, som viste seg å verta ei svært viktig erfaring i arbeidet med den reelle influensapandemien. Målet med øvinga var å betra krisehandteringa i kommunane, hjå Fylkesmannen, i helseføretaka, politidistrikta, sivilforsvaret, forsvaret og andre regionale, statlege etatar i fylket. Planleggingsprosessen skulle difor brukast til å utvikla kriseplanar og byggja opp kompetanse i utføring av ROS-analysar, krisekommunikasjon og krisehandtering. Evalueringa viste at både kommunar og helseføretak fekk god nytte av denne øvinga.

### **Positive ringverknader**

Det måtte ein pandemi til for at enkle og effektive tiltak for å redusera infeksjonar kom skikkeleg på dagsorden. Fylkesmannen vonar at tilrettelegginga for god handhygiene på arbeidsplassar, i skular og barnehagar, i helsestenesta og i heimane får varig verknad. Dette vil òg redusera mange andre infeksjonar.

Erfaringane frå influensapandemien har ført til ein vesentleg aktivitet i ymse forskingsmiljø i Bergen. Mellom anna vert det sett på særtrekk som skil pasientar som treng sjukehusinnlegging frå pasientar som kan behandlast i primærhelsetenesta. Det vert òg sett på særtrekk ved pasientar som vart behandla for influensa i sjukehus, inkludert intensivbehandling, og ymse forhold rundt vaksinasjon av friske helsepersonell.

### **Ny pandemibølge?**

Den vidare utviklinga av pandemien er vanskeleg å spå. Dersom det skulle koma ei ny bølge, står vi uansett sterkare både fordi mange har fått immunitet og fordi vi har erfaringane frå hausten og vinteren med oss.

# Miljøretta helsevern

## Hvordan står det til med kommunenes miljørettede helsevern?

*Finn Martinsen og Anders Smith, Helsedirektoratet*

I Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) (Folkehelsemeldinga) ble det varslet at regjeringen ville nedsette et utvalg som skulle foreta en bred gjennomgang av miljørettet helsevern. En slik gjennomgang burde omfatte bl.a. lovgrunnlag, faglig innhold, kompetanse og forvaltning. Som en del av forberedelsene til denne gjennomgangen ønsket Helse- og omsorgsdepartementet en evaluering av forskriften om miljørettet helsevern av 25. april 2003 og senere endringer, samt den tilhørende veilederen som kom i august 2003. Departementet ønsket at evalueringen bl.a. skulle gi svar på:

- **Aktivitetsnivå og ressursbruk**

Antall godkjenninger, tilsyn, løpende saksbehandling, årsverk etc. i forhold til innbyggertall.

- **Prioriteringer**

Har kommunene gjort en risikovurdering/kartlegging av miljøforhold med betydning for helsen, hvilke områder er det som den enkelte kommune arbeider med (for eksempel skoler og barnehager) og hva gjør de ikke (for eksempel tatoverings-salonger). I hvilken grad omfattes også sosiale miljøforhold.

- **Organisering**

Er myndighet innen miljørettet helsevern delegert, og i tilfelle til hvem, hvem er det som i praksis utfører oppgaven (og hvilken kompetanse har disse), foreligger det en arbeidsbeskrivelse etc.

For å undersøke dette utarbeidet Helse- og omsorgsdepartementet i november/desember 2007 et spørreskjema med totalt 57 spørsmål, fordelt på fire hovedområder:

- Regelverket innen miljørettet helsevern
- Organiseringen av miljørettet helseverntjenesten
- Ressursene som miljørettet helseverntjenesten har tilgjengelig
- Oppgavene som miljørettet helseverntjenesten har ansvar for å løse

### Funn

Hele 88 prosent av kommunene anser regelverket som hensiktsmessig for ivaretagelse av kommunens oppgaver innen miljørettet helsevern. Dette er en høy andel og sier at utviklingen har vært positiv med nytt regelverk. Særlig i de kommunene som deltar i interkommunale samarbeid om miljørettet helsevern, er det en høy andel som rapporterer at nytt regelverk (forskrift og veileder) har bidratt til økt aktivitet på feltet.

Det er en gjennomgående utfordring at miljørettet helsevern som begrep og regelverket på feltet later til å være for dårlig kjent, både i kommunene og i befolkningen.

Nesten halvparten av landets kommuner deltar nå i en eller annen form for interkommunalt samarbeid innen miljørettet helsevern, og det er først og fremst i disse kommunene at veksten i ressurser innen miljørettet helsevern skjer. Undersøkelsen har ikke avdekket store overraskelser i forhold til de diskusjonene som har gått om interkommunal organisering kontra egenregi det siste tiåret. Fordelen med interkommunale ordninger ser ut til å komme tydeligst frem i de minste kommunene. I små kommuner som ikke deltar i noe interkommunalt samarbeid på dette området, er nivået på

tjenesten i dag mest ustabil og varierende, og her er sårbarheten i forhold til tilgjengelig kapasitet og kompetanse størst.

De største kommunene mener de har god kompetanse innen fagfeltet, men de mener i størst grad at de mangler kapasitet. Dette samsvarer med at disse kommunene bruker forholdsvis langt mindre ressurser (pr. innbygger) på miljørettet helsevern tjenesten. De årsverkene som stilles til disposisjon for tjenesten i de store kommunene brukes trolig mer rasjonelt ved at mer spesialisert kompetanse benyttes til de oppgavene der dette er hensiktsmessig. De kommunene som er tilsluttet interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern, er gjennomgående mest fornøyde, både med kapasiteten og med kompetansen i tjenesten, samt med personellens muligheter til faglig utvikling. Dette samsvarer trolig med at det er disse kommunene som i størst grad rapporterer at ressursbruken til miljørettet helsevern tjenesten har økt de siste årene.

Kommunenes helsetjeneste skal i henhold til § 1-4 i kommunehelsetjenesteloven og § 5 i forskrift om miljørettet helsevern til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. De fleste kommunene er enige om at dette er en viktig del av miljørettet helsevern, men det er bare i et fåtall at miljørettet helsevern tjenesten faktisk deltar i arbeidet med å skaffe slik oversikt. Mange kommuner rapporterer at de bruker "Kommunehelseprofiler" som verktøy; dette bør være aktuelt for flere.

Mens over 80 prosent av kommunene rapporterer at miljørettet helsevern tjenesten deltar aktivt i kommunal planlegging, er bare omtrent halvparten fornøyd med måten helsemessige aspekter blir ivare tatt på i kommunal planlegging. Den andre halvparten er misfornøyd. Dette understreker behovet for fortsatt satsing på "helse i plan" for å ivareta folkehelseområdene ernæring, fysisk aktivitet, psykisk helse, universell utforming, trygge lokalsamfunn og

sosiale ulikheter i helse. Arbeidet med "helse i plan" er en god arena for å se ulike miljørettede helseutfordringer i sammenheng. Når det gjelder trafikk, er for eksempel samferdselens betydning for sosial kontakt i lokalmiljøet et tema, ikke bare støy og ulykker. Samferdsel omfatter i denne sammenheng både biltrafikk og utbygging av offentlig kommunikasjon. I noen kommuner har nye bilveier "delt bygda i to". Andre steder er det god dekning av nærmiljø-kollektivtilbud, noe som øker muligheten for sosial kontakt som er mindre avhengig av økonomi og at man bor i samme borettslag.

Når det gjelder *sosiale miljøfaktorer*, oppgir nesten 60 prosent av kommunene at det er vanskelig å uttale seg om miljørettet helseverns rolle i utjevning av sosial ulikhet. Det er heller ikke fattet mange vedtak i kommunene knyttet til sosiale miljøfaktorer.

#### **Hordaland og resten av landet**

Mange av de trekkene som er funnet for landet som helhet, gjør seg også gjeldende i Hordaland.

Hordaland hadde en noe lavere svarprosent (70 prosent) for sine kommuner enn landet som helhet (78 prosent). Mens 46 prosent av alle landets kommuner mente at nytt regelverk (forskrift og veileder) hadde bidratt til økt aktivitet på området miljørettet helsevern, svarte hele 57 prosent av Hordalandskommunene det samme.

På spørsmålet om hvordan miljørettet helsevern var organisert, svarte 43 prosent av alle landets kommuner at tjenesten inngår i en kommunal enhet for helsetjenester. For Hordaland var tilsvarende prosentandel 39. Dette kan henge sammen med at flere av kommunene rundt Bergen har overlatt store deler av sitt miljørettede helsevern arbeid til Helsevernetaten i Bergen, altså et eksempel på interkommunalt samarbeid. Det betyr igjen at disse kommunene ikke har noen egen organisering av sitt miljørettede helsevern.

62 prosent av landets kommuner oppgir at miljørettet helsevern i stor grad er en del av kommunenes folkehelsearbeid. For Hordaland er tilsvarende tall 52 prosent. Forklaringen kan dels være den samme som angitt ovenfor, men dels en lavere oppfatning i Hordaland av sammenhengen mellom generelt folkehelsearbeid og miljørettet helsevern.

53 prosent av landets kommuner opplyser at de ansatte i miljørettet helseverntjenesten kun betjener egen kommune, altså at de ikke yter tjenester for andre kommuner. I Hordaland er tilsvarende tall 43 prosent. Resten av kommunene er enten vertskommune for miljørettet helsevern i andre kommuner, eller kommunene deltar i interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern.

Det er forskjell i ressursbruk (personer og årsverk) mellom store og små kommuner. Jevnt over har de store kommunene færre ansatte som jobber med miljørettet helsevern, per 1000 innbygger, enn de mindre kommunene.

55 prosent av landets kommuner mener at de har utilstrekkelige ressurser når det gjelder *kapasitet* innen miljørettet helsevern. I Horda-

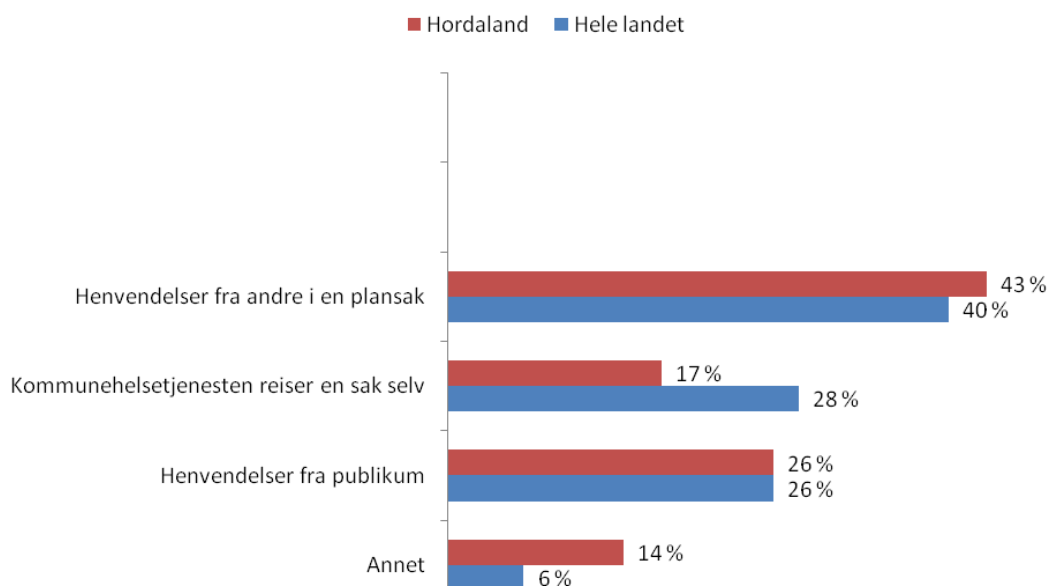
land er dette tallet lavere, 43 prosent, men gruppen "vet ikke" er betydelig større i Hordaland enn for hele landet samlet. Det gjør at andelen kommuner i Hordaland som sier at de har *tilstrekkelige* ressurser når det gjelder kapasitet, allikevel er lavere her enn for landet som helhet.

65 prosent av kommunene i hele landet mener at personell som arbeider med miljørettet helsevern, gis tilstrekkelig mulighet for faglig utvikling. For Hordaland er det tilsvarende tallet 61 prosent.

69 prosent av alle landets kommuner sier at de sjelden eller aldri kontakter Helsedirektoratet i saker som vedrører miljørettet helsevern. For Hordalandskommunene er tallet 65 prosent.

Det samme spørsmålet ble stilt når det gjaldt forholdet til Folkehelseinstituttet: her sier 67 prosent av landets kommuner at de *ofte* eller *av og til* er i kontakt med dette instituttet i saker som berører miljørettet helsevern. For Hordaland er tallet 69 prosent, men tendensen i Hordaland er at man har slik kontakt bare av og til, og ikke spesielt ofte.

### Årsaker til saker om miljørettet helsevern i kommunene



På spørsmål om i hvilken grad kommunene kontakter Statens forurensningstilsyn, svarer 21 prosent av kommunene at slik kontakt tas *av og til* mens 67 prosent svarer *sjelden*. For Hordalands vedkommende er de tilsvarende tallene 17 og 78 prosent. Lignende spørsmål ble stilt vedrørende forholdet til Mattilsynet. På landsbasis sier 76 prosent av kommunene at de *ofte* eller *av og til* kontakter Mattilsynet i spørsmål som vedrører miljørettet helsevern. For Hordaland er dette tallet 65 prosent.

Over halvparten av landets kommuner (58 prosent) ser ut til å ha en tradisjon for å kontakte andre kommuner i saker som berører miljørettet helsevern. I Hordaland er det tilsvarende tallet 65 prosent, d.v.s. at slik kontakt tas *ofte* eller *av og til*.

På landsbasis er det bare en prosent av kommunene som sier at henvendelser fra Fylkesmannen er den vanligste årsaken til at det oppstår en miljørettet helsevernsak. Tilsvarende tall for Hordaland mangler.

29 prosent av kommunene i Norge oppgir at deres miljørettede helsevern deltar i utvikling og vedlikehold av lokal helsestatistikk. For Hordaland gjelder dette i 30 prosent av kommunene.

16 prosent av landets kommuner oppgir at egne befolkningsundersøkelser er blant de verktøyene de benytter for å skaffe oversikt over helsetilstand og risikofaktorer. I Hordaland er det bare ni prosent av kommunene som sier at de benytter dette verktøyet.

32 prosent av alle kommunene i Norge oppgir at miljørettet helseverntjenesten fører tilsyn med det psykososiale miljø ved alle skolene. 46 prosent av kommunene oppgir at de fører delvis tilsyn med dette. I Hordaland er det 35 prosent av kommunene som sier at de fører slikt tilsyn ved alle skolene, mens 48 prosent av kommunene sier at de delvis fører slikt tilsyn. 34 prosent av landets kommuner oppgir at det er utarbeidet plan for tilsyn, basert på

vurdering av risikofaktorer i kommunen. I Hordaland er dette tallet vesentlig lavere: 17 prosent. Resten av kommunene i Hordaland svarer at det ikke er utarbeidet slik plan.

Når det gjelder måter eller metoder for å drive tilsyn, sier 20 prosent av landets kommuner at *systemrevisjoner* er den metoden som brukes mest. I Hordaland, derimot, er det ingen kommuner som sier at dette er den mest benyttede metoden for å drive tilsyn. I Hordaland er det heller ingen utbredt tradisjon for å føre tilsyn ved hjelp av *spørreskjemaundersøkelser*. Bare fire prosent av Hordalandskommunene sier at dette er den mest brukte formen for tilsyn, mot ni prosent for landet sett under ett.

44 prosent av norske kommuner sier at deres miljørettet helseverntjeneste har oversikt over problemomfanget når det gjelder radon; 37 prosent oppgir at de har en delvis oversikt. For Hordaland er de tilsvarende tallene 48 og 39 prosent. Mens 42 prosent av kommunene i hele landet oppgir at det er foretatt radonmålinger i skoler, barnehager og lignende de siste fem årene, er det tilsvarende tallet for Hordaland 35 prosent.

Helsedirektoratets gjennomgang av miljørettet helsevern gir en lang rekke oversikter over miljøfaktorer som oppleves som en trussel mot folks helse og i hvilken grad kommunene har oversikt over disse faktorene. Mange av de andre statistikkene gjelder hvordan tjenesten er organisert. Mange av de svarene som Helsedirektoratet har vært opptatt av, er forskjellen mellom små og store kommuner. Man har valgt ikke å fokusere på forskjeller mellom fylkene i like stor grad. Det er fordelingen av en lang rekke forhold på kommuner med forskjellige størrelser som har vært gjensstand for hovedoppmerksomheten, inkludert hvorvidt kommunene har innledet et interkommunalt samarbeid eller om den enkelte kommune er vertskommune for andre kommuner. Hvilken betydning kommunestørrelse og samarbeid mellom kommuner har, er omtalt nærmere ovenfor i denne artikkelen.

## Saker om miljøretta helsevern i Hordaland

Fylkesmannen i Hordaland behandla fem klagesaker etter reglane om miljøretta helsevern i 2009. Dette er på same nivået som tidlegare år. Vi trur likevel at det er potensiale for fleire klagesaker på dette området.

Dei fleste sakene kom frå Bergen kommune, og galdt klage på støy. Tre av sakene har særskild prinsipiell verdi. Ei dreidde seg om støy frå ballbinge i bustadmiljø, ei handla om plassering av asylmottak i ei støysone og ei galdt inneklima i skule.

### Støy frå ballbinge

Fylkesmannen har stansa bruken av ein ballbinge etter ei naboklage på grunn av helsefarleg støy. Omsynet til leikande barn og unge måtte vika for omsynet til andre som bur i området.

10 meter frå endeveggen i bingen var støyen målt til 80 – 88,5 dB(A). Tiltrådd maksimal støy i denne avstanden er 60 dB(A).

Støyen låg høgt over dei tilrådde støygrensene, og Fylkesmannen endra difor kommunen sitt vedtak om ikkje å gripa inn i saka. Mange andre bustader låg òg nær bingen, slik at det var fleire familiar som kunne vera utsette for helsefare. Tiltaka som velforeininga hadde gjort for å redusera støyen var ikkje tilstrekkelege.

Det er eit nasjonalt mål å leggja tilhøva til rette for fysisk aktivitet for barn og unge i nærområdet, og ballbingar er populære tiltak. Vi trur at naboar også andre stader kan vere plaga av slik støy, men at ein del vegrar seg mot belastninga det er å klaga.

[Les meir om saka hjå Fylkesmannen](#)

### Støy frå flyplass

Eit nyetablert asylmottak like ved Bergen lufthamn Flesland vart ikkje godkjent av kommunen. Årsaka er at det var for mykje støy frå flyplassen. Fylkesmannen var einig i kommunen si vurdering. Klaga frå eigaren av mottaket vart ikkje teken til følgje.

Asylmottaket låg i eit område som på flystøysonekartet var merkt som "raud sone". Dette er område der ein skal unngå etablering av ny utbygging som ikkje toler mykje støy.

Det gjennomsnittlege støynivået inne på soverom i asylmottaket var 40 dB(A). Tiltrådinga frå Folkehelseinstituttet er at gjennomsnittleg støynivå ikkje bør vera over 30 dB(A) om natta, og at det maksimale støynivået ikkje bør vera over 45 dB(A).

For utandørs støy er tilrådinga at det gjennomsnittlege og maksimale støynivået ikkje bør vera over respektive 45 dB(A) og 60 dB(A) for at folk skal kunna sova med ope vindauge. Eigedomen hadde eit gjennomsnittleg utandørs lydnivå på 70 dB(A). Folkehelseinstituttet tilrår at støynivå på utandørs opphaldsareal ikkje bør koma over 55 dB(A) for å unngå "alvorlege støyplager".

Fylkesmannen slutta seg til kravet frå kommunen om at mottakseigaren måtte utbetra husa slik at støynivået innandørs vart forsvaret, eller flytta bebuarane til ein annan mottaksstad.

[Les meir om saka hjå Fylkesmannen](#)

**Støynivå**

- Støy vert målt etter ein logaritmisk skala. Til dømes vert støyen tidobla når lydnivået går frå 60 til 70 dB.

[Meir om desibelskalaen](#)

### Inneklime i skule

For ein skule i Bergen hadde helsevernetaten godkjent ei grense på 21 elevar i somme klasserom og 23 i andre. Byrådsavdeling for barnehage og skole meinte dette var for lite fleksibelt og klaga vedtaket inn for Fylkesmannen.

Fylkesmannen støtta intensjonane bak vedtaket til helsevernetaten, men endra vilkåra for godkjenninga. Skulen får høve til å ta inn fleire enn 21 eller 23 elevar i klasseromma i kortare periodar på inntil eit par timar på vinterstid, mindre om sommaren. Vilkåret er at skulen kan dokumentera at CO<sub>2</sub>-nivået og innetemperaturen likevel held seg innanfor dei gjeldande normene.

Skulen måtte òg etablera ein effektiv internkontroll for å dokumentera at kravet til inneklimate er oppfylt, og rektor har ansvaret for at det vert sett inn korrigerande tiltak når det trengst. For å unngå at internkontrollrutinane ikkje vert etterlevde tilrådde Fylkesmannen at skulen skulle vurdere å innføra eit anna og meir effektivt system for luftskifte.

[Les meir om saka hjå Fylkesmannen](#)

## Koordinerte tenester for habilitering og rehabilitering

Mange pasientar treng betre koordinering og samanheng i tenestene. Koordinerande eining med klårt definerte oppgåver, er eit av tiltaka som kan betra samhandlinga.

Vi veit ikkje kvifor det tek så lang tid før alle kommunane har velfungerande koordinerande einingar for habilitering og rehabilitering der pasientar og personell kan venda seg for rettleiing og hjelp. Somme kommunar har gode ordningar. I andre kan samarbeidet verta mykje betre.

Både kommunar og spesialisthelsetenester er pålagde å ha ei koordinerande eining for habilitering og rehabilitering. Ei kartlegging i 2009 viste at det er store skilnader i kva oppgåver desse einingane har, og i kva grad samarbeidspartnarar er informerte om dei.

Kommunane kan sjølve bestemma kva oppgåver eininga skal ha. I Stortingsmelding nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring* er det gjeve fleire døme på kva koordineringsfunksjonen kan omfatta. Det kan mellom anna vera å koordinera samarbeid mellom helse- og sosialtenestene og andre kommunale og statlege etatar, opplæring, utvikling og vedlikehald av rutinar for tverrfagleg samarbeid. I halvparten av dei 31 kommunane og bydelane som svara hadde koordinerande eining samarbeid med NAV, skule, PPT, sosialteneste og barnevern.

Pasientar som treng langvarige og koordinerte tenester har, om dei ynskjer det, rett til å få ein individuell plan. Det er ofte mange som skal samhandla, og det kjem spørsmål om kven som bør koordinera arbeidet med planen. Det skal vera klårt kven i kommunane som har systemansvar for individuell plan. Helsedirektoratet har tilrådd at koordinerande eining bør ha denne oppgåva.

Kartlegginga viste at i om lag to av tre kommunar hadde koordinerande eining sektorovergrepande ansvar for utarbeiding av rutinar og for opplæring om individuell plan. Enkelte svara ikkje. Andre opplyste at dette ansvaret var plassert i deltenestene.

Det er truleg fleire grunnar til at korkje koordinerande eining eller individuell plan fungerer slik dei skal. Om rammer, ansvar og oppgåver ikkje er klare, vil det vera personavhengig kva som vert gjort. Vi meiner at koordinering av tenester er eit felles ansvar på tvers av verksemder og etatar og at leiarane har eit særleg ansvar for å betra samhandlinga. Koordinerande eining for habilitering og rehabilitering er eitt av tiltaka.

## Psykisk helsearbeid i kommunane – styrk samhandlinga

Område som treng særleg merksemd, er samordning av tenester til personar med psykisk lidning og rusproblem og vidareutvikling av samarbeidet mellom kommunale tenester og spesialisthelsetenester og andre etatar. Det er særleg viktig å få til godt tilrettelagde bustader med nok kvalifisert personell.

Tilrettelagde bustader, arbeid, aktivitet og oppfølging er i mange tilfelle avgjerande for utbyttet av behandling i spesialisthelsetenesta. For andre er tilrettelagt tilbod i kommunen nødvendig for å unngå forverring. Det er stor skilnad på om og korleis kommunane koordinerer arbeidet med rus og psykisk helse, og kva ordningar som finst for å sikra overgangen frå institusjon til lokalsamfunn. Det er ikkje dei same som har ansvaret for barn og vaksne, og overgangen frå ungdom til vaksen gjer at pasientane får nye tenester og folk å samarbeida med. Planlegging og tilrettelegging av slike overgangar bør byrja i god tid og i samarbeid med den det gjeld. Her sviktar det for ofte.

Fleire kommunar deltek i samarbeidsprosjekt med spesialisthelsetenestene som legg opp til meir oppsøkjande verksemd og tiltak for å førebyggja innlegging. Brukar – plan-prosjektet som Helse Fonna har teke initiativ til, er eit døme på eit samarbeidsprosjekt og eit konkret kartleggings- og planleggingsverktøy for kommunane.

Hovudinntrykket det fyrste året etter at opptrappingsplanen vart avslutta, er at kommunane vidareførte etablerte tenestetilbod.

### Styrkja fagleg kompetanse

I ei kartlegging hausten 2009 svara dei tidlegare kontaktpersonane for psykisk helse at det særleg var bruk for meir kompetanse for å følgja opp personar med samtidige psykiske problem og rusproblem.

I alt fekk 50 personar tilskot til vidareutdanning i psykisk helsearbeid og psykososialt arbeid for barn og unge i 2009. Åtte kommunar fekk tilskot til rekruttering av psykologar. Vi meiner det òg er trong for at andre helsepersonellgrupper får betre kunnskap om psykisk helse, psykiske problem og rusproblem.

### Medverka til å utjamna sosiale skilnader i helse og bruk av helsetenester

Ti år med opptrappingsplan var starten på eit langsiktig arbeid for å styrkja kapasitet, kompetanse og kunnskapsgrunnlag i tenestene til dei psykisk sjuke, og nasjonale styresmakter ventar at kommunane prioriterer arbeidet med psykisk helse vidare.

Helse- og omsorgstenestene skal vera likeverdige med omsyn til tilgjenge, bruk og resultat. Vi veit ikkje nok om i kva grad helsetenestene er med på å utjamna eller forsterka sosiale helseskilnader, men vi veit at det er nødvendig å styrkja tilbodet til utsette grupper. Det gjeld både dei førebyggjande og dei kurative tenestene. Den felles utfordringa er å innretta tenestene slik at dei medverkar til å jamna ut sosiale skilnader i helse utan å stigmatisera dei sjuke og hjelpetrengjande.

## Statlege tilskot til kommunal rusomsorg

Fylkesmannen skal hjelpa Helsedirektoratet med å setja i verk og gjennomføra Opptrappingsplanen for rusfeltet og medverka til at kommunane sin innsats på feltet vert utvikla vidare i tråd med intensjonane og tiltaka i planen.

I 2009 har Fylkesmannen fordelt 23 619 094 kroner til kommunane i Hordaland. Fylkesmannen skal forvalta øyremerkte tilskot til kommunalt rusarbeid i statsbudsjettet og sikra at kvar einskild kommune forvaltar tilskotet i tråd med regelverket for dei ymse ordningane. Forvaltningsansvaret inneber mellom anna å gjera tilskotsordningane kjende for kommunane og medverka til at fleire kommunar vert omfatta av ordningane. Tilskotsordninga skal fremja metodeutvikling, auka innsats og meir treffsikre tiltak.

Fylkesmannen løyvde vel 22 millionar kroner til tolv kommunar for å støtta satsinga på betre tenester for personar med rusproblem. Dette er midlar som Fylkesmannen vidare-formidlar frå Helsedirektoratet til kommunal rusomsorg.

Helsedirektoratet løyvde i tillegg 8 250 000 kroner direkte til akuttmottak i Bergen kommune. Ein del prosjekt har fått overført ubrukte løyvingar frå 2008 til 2009, slik at det i røynda var endå meir statlege midlar til disposisjon for kommunane no i 2009.

### Løyving til tiltak mot rus etter kommune 2009

Kommune	Løyving i kroner
Bergen	13 293 211
Stord	2 655 000
Os	1 575 000
Lindås	1 495 000
Odda	1 480 000
Øygarden	668 000
Meland	590 000
Sund	480 000
Vaksdal	480 000
Kvinnherad	452 731
Kvam	385 952
Askøy	64 200
<b>I alt</b>	<b>23 619 094</b>

### Løyving til tiltak mot rus etter tiltakstype 2009

Tiltak	Løyving i kroner
Styrking av heilskaplege oppfølgingstenester til rusmiddelmissbrukarar (STYRK)	9 358 956
Oppfølgingstenester til personar i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	7 745 152
Lågterskelhelsetiltak for rusmiddelmissbrukarar, inkludert tannhelsetenester (LAV)	5 274 986
Forsøk med bruk av tillitspersonar og samordning av psykososialt arbeid (Tillit)	1 240 000
<b>Tilskot til kommunale oppfølgingstenester til rusmiddelmissbrukarar i alt</b>	<b>23 619 094</b>

## Løyving til tiltak mot rus etter tiltakstype og kommune 2009

<b>STYRK</b>	<b>Løyving i kroner</b>
Bergen	4 543 225
Odda	950 000
Lindås	715 000
Øygarden	668 000
Meland	590 000
Stord	480 000
Sund	480 000
Vaksdal	480 000
Kvinnherad	452 731
<b>I alt</b>	<b>9 358 956</b>

<b>LAR</b>	<b>Løyving i kroner</b>
Bergen	5 480 000
Stord	1 100 000
Os	715 000
Kvam	385 952
Askøy	64 200
<b>I alt</b>	<b>7 745 152</b>

<b>LAV</b>	<b>Løyving i kroner</b>
Bergen	3 269 986
Os	860 000
Stord	615 000
Odda	530 000
<b>I alt</b>	<b>5 274 986</b>

<b>Tillitsperson</b>	<b>Løyving i kroner</b>
Lindås	780 000
Stord	460 000
<b>I alt</b>	<b>1 240 000</b>

## Omsorgsplan 2015 – mykje arbeid og knapp tid

Kommunane får fleire oppgåver og meir ansvar for å yte helse- og omsorgstenester. Fleire har teke initiativ til interkommunalt samarbeid og samhandling med spesialisthelsetenesta. Dette er ei ynskt utvikling som må halda fram.

Tekstboksen viser dei fire hovudindikatorane som vert brukte til å følgja gjennomføringa av omsorgsplanen i Hordaland.

### Omsorgsplan 2015

- Talet på nye sjukeheimplassar og bustader for heildøgns omsorg
- Nye årsverk
- Årsverk med fagutdanning
- Dagaktivitetstilbod

I 2008 låg kommunane i

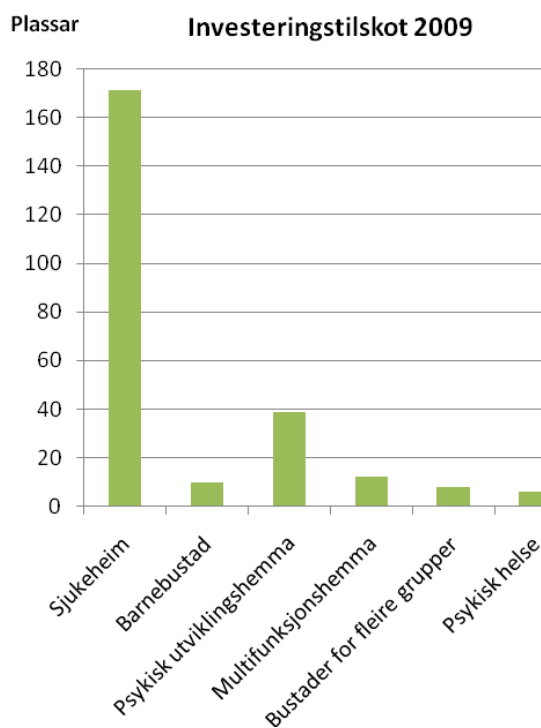
fylket nær landsgjennomsnittet når det gjaldt kor stor del heildøgns omsorgsplassar dei hadde i høve til innbyggjarar på 80 år og eldre. Kapasiteten i dagtilboda for personar med demens er for liten. Det er bruk for fleire sjukeheimplassar, særleg korttidsplassar. Talet på årsverk i brukarretta pleie- og omsorgsteneste gjekk ned frå 2007 til 2008. Det trengst fleire årsverk, fleire tilsette med fagutdanning og større breidd i helse- og omsorgstenestene.

### Færre søknader om investeringstilskot enn venta

Tilskota skal stimulera til utbetring og bygging av sjukeheimplassar og omsorgsbustader for personar som treng heildøgns helse- og sosialtenester, uavhengig av alder, diagnose og funksjonshemming.

I 2009 gav Fylkesmannen tilråding til Husbanken Vest om å gje investeringstilskot til 17 byggjeprojekt i 10 kommunar. Tilsegnssramma for Hordaland vart brukt opp, men talet på søknader var mindre enn venta ut frå kartlegginga av byggjeplanar i 2008.

Det er gjeve tilskot til 53 nye sjukeheimsplassar. Resten er tilskot til fornying og erstatning av eksisterande plassar.



Eit sentralt krav for å få investeringstilskot er at bygningane er tilrettelagde for personar med demens og kognitiv svikt. Dette gjeld òg bygningar som er tenkt nytta av andre grupper enn eldre, så sant det ikkje kjem i konflikt med andre viktige omsyn. Alle kommunane har fått informasjon om dette.

Fylkesmannen ventar at retningslinene for tilskotsordninga vert følgde og ynskjer at kommunane tek kontakt for informasjon og rettleiing tidleg i planlegginga av ombygging eller nybygg.

## Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet er ein kompetanse- og rekrutteringsplan for omsorgstenestene i kommunane frå 2007 til 2015. Føremålet er å medverka til at kommunane i tide byrjar arbeidet med å kvalifisera og rekruttera nok personell til å møta det som følgjer av demografisk utvikling og endra sjukdomsbilete.

Satsinga er organisert med forpliktande fireårige handlingsplanar og rapporteringar kvart år. I perioden 2007–2010 vert det gjeve tilskot til:

- Kvalifisering av personell, nye, vaksne helsefagarbeidarar
- Desentraliserte høgskulestudiar
- Vidareutdanning for personell med vidaregåande utdanning, medrekna vidareutdanning i geriatri og demens for fagutdanna som arbeider i omsorgstenestene
- Vidare- og etterutdanning for høgskuleutdanna personell

Fylkesmannen løyvde vel 11 millionar til kommunane i Hordaland til opplæring og kompetanseheving av personell i helse- og omsorgstenestene i 2009. Vi fekk om lag 1,5 millionar kroner mindre til fordeling enn året før. Samstundes viste søknadane at fleire kommunar ynskje å gje utdanningstilbod til fleire. Alle kommunane med unntak av Modalen søkte og fekk tilskot i samsvar med dei prioriterte tiltaka i fyrste delen av planperioden.

**Kompetanseløftet 2015 – fordeling av tilskot 2008-2009**

<b>Kommune</b>	<b>Tilskot 2008</b>	<b>Tilskot 2009</b>
Bergen	*8 057 871	6 025 503
Askøy	500 000	611 000
Kvam	400 000	505 000
Voss	370 000	505 000
Kvinnherad	320 000	360 000
Odda	350 000	465 000
Fjell	269 000	165 000
Bømlo	300 000	450 000
Vaksdal	250 000	205 000
Tysnes	228 000	70 000
Osterøy	124 000	200 000
Austevoll	170 000	90 000
Sveio	160 000	183 000
Ullensvang	140 000	140 000
Etne	100 000	135 000
Samnanger	140 000	80 000
Jondal	0	75 000
Os	90 000	70 000
Fedje	50 000	30 000
Radøy	75 000	25 000
Fitjar	* 100 000	80 000
Fusa	80 000	105 000
Meland	67 500	65 000
Masfjorden	90 000	50 000
Stord	365 000	100 000
Eidfjord	0	30 000
Granvin	0	30 000
Modalen	50 000	0
Øygarden	10 000	30 000
Ulvik	50 000	10 000
Sund	20 000	80 000
Lindås	0	30 000
Austrheim	80 000	60 000
<b>I alt per år</b>	<b>13 005 371</b>	<b>11 050 503</b>

\*inkl. ekstraløyving

**Fleire tilbud frå fagskulane, men få søkjarar**

Det er ei spesiell utfordring å få nok søkjarar til vidareutdanningar i fagskule. Fagskuleutdanning i psykisk helsearbeid ved Fusa vidaregåande og fagskulen i eldreomsorg ved Fitjar vidaregåande hadde for få søkjarar til å starta opp tilbod hausten 2009. Desse tilboda om vidareutdanning er framleis ikkje godt nok kjende. Fleire private aktørar tilbyr konkurrerende utdanning. Vi har òg fått opplyst at praksisperioden på ti veker vert for dyr for dei studentane som ikkje får løn i praksisperioden. Dette vil fagskulane gjera noko med ved at studentane vil få plan for heile studiet ved studiestart slik at dei sjølve kan planleggja deretter.

Etter initiativ frå Bergen kommune skipa Fitjar og Fusa vidaregåande skular fagskulefilialar i Bergen hausten 2009. Kommunen har store utdanningsprogram både for ufaglærte og fagarbeidarar i pleie- og omsorgssektoren.

Fusa vidaregåande skule har fått godkjend søknaden om fagskule i kreftomsorg og lindrande behandling frå hausten 2010. Fitjar vidaregåande skule har søkt Nokut om godkjenning av fagskule i miljøarbeid til menneske med funksjonsnedsetjing og fagskule innan rus, med oppstart hausten 2009.

Fylkesmannen ynskjer å stø opp under utviklingsarbeid og medverka til betre tenester. Innspel frå kommunane vert brukte som utgangspunkt for vidare arbeid med Kompetanseløftet 2015.

For å skaffa nok kvalifisert personell til helse- og omsorgstenestene er det avgjerande at kommunane styrkjer arbeidet med rekruttering til helsefag i vidaregåande skule og motivera vaksne ufaglærte til å ta helsefagarbeidarutdanning.

# Større kapasitet og betre kompetanse om demens

Det finst ikkje ei behandling som kan kurera demenssjukdom, men det finst kunnskap om kva som kan gjera kvar dagen betre for pasientane og deira pårørande. Alle taper på dårleg tilrettelagde tilbod, sein utgreiing og diagnostikk og svikt i oppfølginga.

Så snart som råd bør dei faglege tilrådingane i Demensplan 2015 vere omsette i praktisk handling.

Demensplan 2015 tilrår at alle kommunane opprettar dagtilbod til personar med demens. I kartlegginga av tilbod i Hordalandskommunane hausten 2009, svara 12 at dei har særskilt tilrettelagde dagtilbod for personar med demens og 11 har planar om å oppretta slike. Somme, særleg mindre kommunar, sa dei vil gje individuelle tilbod når det trengst, og grunn gav dette med at talet på aktuelle tenestemottakarar er lågt. Bergen er den einaste kommunen som har særskilt tilrettelagde dagtilbod for yngre personar med demens. Kommunen gjennomfører for tida eit prosjekt med dagtilbod på gardsbruk for yngre personar med demens.

Opningstida i dagtilboda varierer. Det varierer også kor mange dagar i veka kvar tenestemottakar får tildelt plass. Somme av kommunane har ikkje plass til alle som ynskjer det og kan ha utbyte av dagtilbod. Døme på tenestemottakarar som ikkje får tilbod er:

- Yngre personar med demens
- Personar med langtkomen demens
- Personar som ikkje har fått ein diagnose, eller ikkje har eit alvorleg minneproblem

Kartlegginga viser at det framleis er for få

tilrettelagde dagtilbod og at kapasiteten er for liten. Det manglar også tilbod på ettermiddag, kveld og helg. Større kapasitet i tilrettelagde dagtilbod må til for å medverka til å halda oppe funksjon og meistring lengst mogeleg og for å gje pårørande nødvendig avlasting.

## Demensplan 2015 i Hordaland

- Kartlegginga til Fylkesmannen i 2009 viste at 12 av 33 kommunar i Hordaland har tilrettelagde dagtilbod for personar med demens. 22 kommunar har oppretta demensteam.

## Utgreiing av demens – så tidleg som råd

Etter pasientrettslova § 2-1 har alle rett til nødvendig helsehjelp. Det er kjent at somme har fått ein demensdiagnose på feil grunnlag og at andre fyrst er utgreidde etter lang tids sjukdom. Målet er at fleire med symptom på demens vert utgreidde i tidleg fase av sjukdomen.

Utgreiingsverktøyet frå Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Helsedirektoratet tilrår at utgreiing vert gjort i samarbeid mellom omsorgstenestene og fastlegane. Kartlegginga hausten 2009 viste at 22 kommunar har oppretta demensteam og at utgreiingsverktøyet er kjent og vert brukt. Kartlegginga gjev ikkje svar på om utgreiing av demens vert starta tidleg.

Oppgåvene til teama er i hovudsak kjende for samarbeidspartnarar og teama følgjer opp førespurnader. Dei gjev òg rettleiing til helsepersonell og pårørande. Med unntak av ein kommune samarbeider personell i demensteam med fastlegar om utgreiing, men berre halvparten av kommunane har rutinar for korleis samarbeidet skal vera. I dei kommunane som har samarbeidsrutinar, er samarbeidet noko variabelt. Kontakten med legane går føre seg i møte, telefon og ved oversending av skriftleg informasjon. Det er opplagt trong for å styrkja samarbeidet mellom fastlegar og personell i omsorgstenestene.



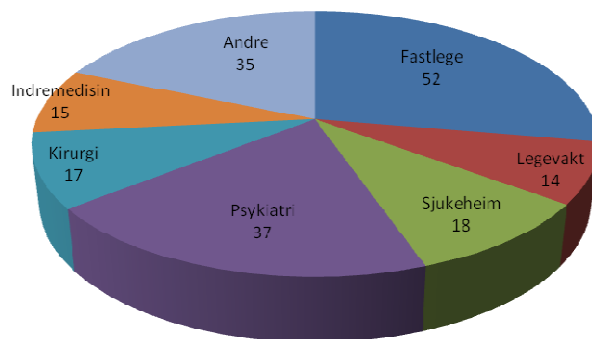
# Tilsyns- og klagesaker

Helsetilsynet i Hordaland behandla 243 klager i 2009, mot 236 året før. Ti personar miste autorisasjonen sin som helsepersonell.

Både pasientar og andre kan ta opp konkrete saker og klaga på behandling, framferd eller tenestetilbod i helsetenesta. Det er om lag like mange saker frå kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

I 2009 avviste vi 25 saker som grunnlause. 30 saker vart sende til lokal avklaring i helsetenesta, medan vi handsama 188 saker. I dei fann vi 65 brot på lov eller forskrift. Desse fordeler seg med snautt 1/3 i spesialisthelsetenesta og drygt 2/3 i kommunehelsetenesta.

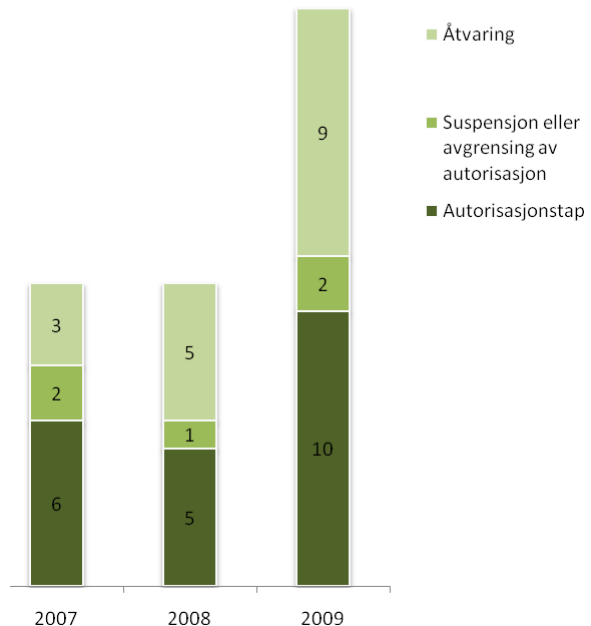
Tilsynssaker 2009 fordelt på saksområde



Figuren viser dei 188 tilsynssakene som Helsetilsynet i Hordaland handsama i 2009, fordelt på saksområde.

Vi sende 33 saker til Statens helsetilsyn for endeleg avgjerd om reaksjon. Dette er alvorlege saker der vi meiner det er grunnlag for reaksjonar mot einskildpersonar. Av dei det var klaga på, miste ti retten til å arbeida som helsepersonell. Somme av sakene er framleis inne til vurdering.

## Vedtak om administrative reaksjonar 2007-2009



Figuren viser avgjerder frå Statens helsetilsyn i saker frå Hordaland.

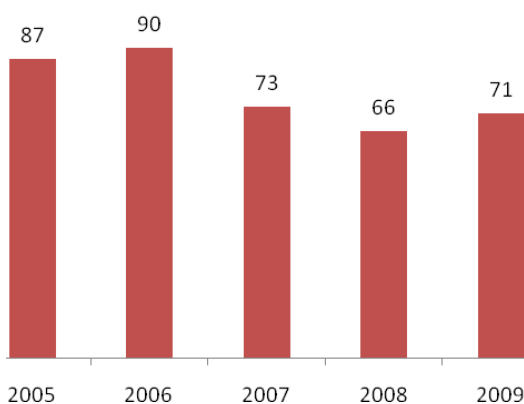
I saker der vi meiner det er verksemda og ikkje einskildpersonar som har ansvar for det som har hendt, vert saka avgjort hjå oss uavhengig av kor alvorleg ho er.

Somme av tilsynssakene fekk stor plass i media. Ei sak starta med at ein sjukeheimpasient i Kvinnherad måtte bu på badet. Etter kvart kom det fram at fleire av dei eldre på sjukeheimen ikkje fekk nødvendig hjelp til å stå opp etter middagskvilen. Helsetilsynet i Hordaland konkluderte i si vurdering med at kommunen ikkje hadde gjort nok for å sikra nok fagleg kompetanse på sjukeheimen. Dette innebar eit brot på kommunehelsetenestelova og helsepersonellova. Ansvaret vart lagt på den politiske leiinga.

Frå spesialisthelsetenesta vart den såkalla Blåbærlia-saka mykje omtala i media. Bakgrunnen for saka var at Helse Bergen HF ville omorganisera tilbodet til unge schizofrene mellom anna ved å redusera tida desse pasientane må vera innlagde og heller byggja opp poliklinisk rehabilitering med utgangspunkt i dei distriktspsykiatriske sentra. Forslaget innebar å leggja ned ein seksjon ved Blåbærlia med ti plassar. Helsetilsynet i Hordaland meinte at den omorganiseringa Helse Bergen la opp til ikkje var i strid med krava til eit fagleg forsvarleg tilbod til pasientgruppa. Føresetnaden for dette var likevel at helseføretaket sikra at dei distriktspsykiatriske sentera, som ved dette fekk meir ansvar, hadde nok psykiatrisk kompetanse og kapasitet til å ta oppfølginga som endringane ville føra med seg.

To saker der autorisert helsepersonell gav alternativ behandling vart sende til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon. Vi meinte behandlinga var i strid med krav til forsvarleg verksemd. Helsepersonellova gjeld også når autorisert helsepersonell gjev alternativ behandling. Plikta til forsvarleg verksemd er sentral. Autorisasjon som helsepersonell skal medverka til at pasientane kan ha tillit til behandlinga som vert gjeven. Difor er informasjonsplikta skjerpaa når autorisert helsepersonell nyttar metodar som ikkje er fagleg godkjende. Helsepersonellet har ansvar for at informasjon som vert gjeven, også vert forstått.

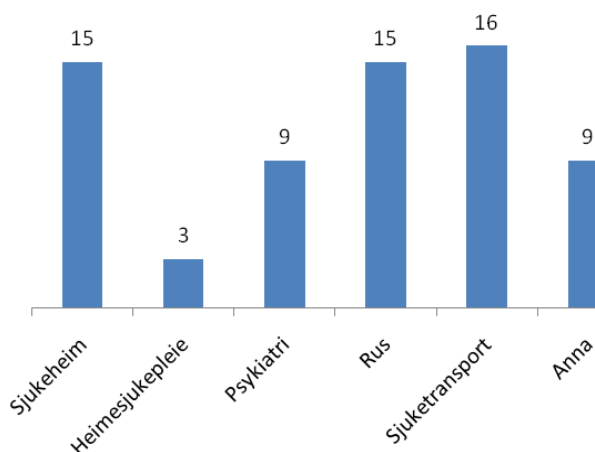
Innkome pasientrettsklager 2005-2009



## Pasientrettsklager

Då pasientrettslova tok til å verka i 2001 var det svært få klager som galdt manglande oppfylling av pasientrettar. Fram mot 2005–2006 tok dette seg opp. Etter dette har vi fått noko færre klager og dei siste tre åra har det vorte handsama snautt 70 saker i året.

Pasientrettsklager handsama i 2009



Dei vanlegaste områda for pasientrettsklager er rus, sjuketransport, sjukeheimplass og oppfølging innanfor psykisk helsevern. Som i åra før er det svært få klager som til dømes gjeld individuell plan, manglande informasjon, samtykkespørsmål eller journalinnsyn.

## Klagesaker som gjeld LAR

Pasientar som ikkje får LAR-behandling kan klaga til det lokale helsetilsynet over dette. Vi hadde 14 klagesaker som galdt LAR i 2009.

I ansvarsområdet til Helsetilsynet i Hordaland er det etablert tilbod om LAR på to stader – LAR Bergensklinikkene og LAR Helse Fonna. Sistenemnde starta opp sitt tilbod i 2009. Helse Vest reknar med at det no er om lag 1100 pasientar med tilbod om LAR i dei tre fylka i vår helseregion. Det regionale helseføretaket har bestemt at ansvaret for all LAR-

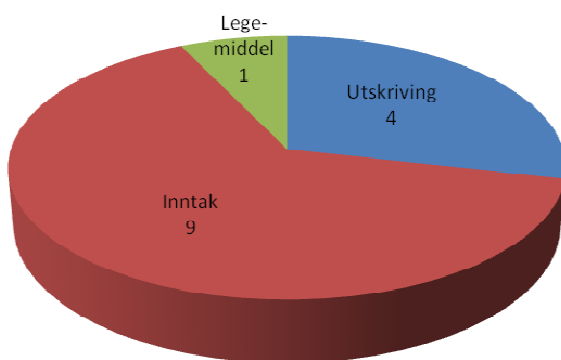
behandling skal overtakast av dei lokale helseføretaka innan 2011 og at alle dei fire helseføretaka i regionen då skal ha dette tilbodet.

### Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

• Dette er ei behandlingsform mynta på opiatavhengige rusmisbrukarar. Behandlinga skal ha stor vekt på rehabilitering av pasienten. Som ledd i rehabiliteringa får pasientane behandling med legemiddel (Metadon eller Buprenorfin) som skal erstatta opiatinntaket og dermed redusera rusmisbruket.

Omkring 1/5 av pasientrettsklagene i 2009 galdt LAR. Dei vart vurderte med grunnlag i den lovfesta retten til nødvendig helsehjelp, og fordeler seg i tre ulike grupper: Dei som klagar fordi dei ikkje får tilbod om LAR, dei som vert utskrivne frå LAR mot sin vilje og dei som ynskjer eit anna legemiddel enn det helsestenesta vil bruka. I 2009 fordelte sakene seg slik:

LAR-klagesaker 2009



Tolv av klagesakene som vart vurderte galdt LAR Helse Fonna, medan LAR Bergensklinikkene fekk to klagesaker behandla. Kring 90 prosent av klagenes kjem frå menn. Ingen av pasientane fekk medhald i klaga.

Pasientane som vert nekta inntak til LAR er som oftast pasientar som ikkje kan dokumentera eit opiatdominert misbruk eller som ikkje har prøvd ut alternative behandlingsformer.

Pasientane som vert utskrivne frå LAR har som regel eit vedvarande og omfattande misbruk av andre rusmiddel enn opiat, samstundes som dei får legemiddel i LAR. Kombinasjonen kan i einiskilde tilfelle gjera legemiddelbehandlinga uforvarleg.

Suboxone er i dag fyrstevalet blant legemidla som vert brukte i LAR, fordi det har mindre misbrukspotensiale og er mindre attraktivt i den illegale marknaden. Pasientar som ynskjer å erstatta Suboxone med Subutex, må dokumentera alvorlege biverknader for å få lov å byta.

## Tvangsmedisinering

Klagene på vedtak om tvangsmedisinering i psykiatrien i Hordaland tok seg opp i 2009 etter fleire års nedgang. I 2009 behandla vi 113 klager som galdt tvangsmedisinering, mot 95 året før.

Pasientar under psykisk helsevern kan på visse vilkår verta behandla mot sin vilje, også med legemiddel. Desse pasientane har rett til å klaga på slik behandling til Fylkesmannen. Seks prosent av desse klagenes fekk medhald i 2009.

## Pasientrettslova kapittel 4A – helsehjelp mot pasienten sin vilje

I 2009 har Helsetilsynet i Hordaland fått 173 kopiar av vedtak etter det nye kapittelet. Litt over halvparten av desse galdt tiltak som varte i meir enn tre månader. Dei fleste vedtaka kjem frå kommunehelsetenesta.

Frå og med 1. januar 2009 tok pasientrettslova kapittel 4A til å gjelda. Det nye kapitlet gjeld der det er aktuelt å yta somatisk helsehjelp til vaksne pasientar mot deira eigen vilje. Etter lova skal Helsetilsynet i Hordaland føra kontroll med alle slike vedtak i Hordaland og frå Helse Fonna HF.

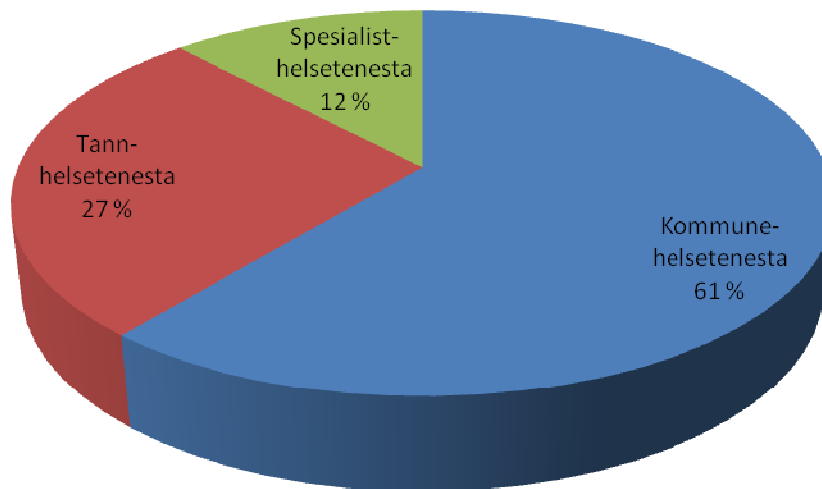
Det nye regelverket gjeld på eit område som tradisjonelt har representert eit fagleg, etisk og juridisk dilemma for helsetenesta. Sjølv med nytt lovverk er den grunnleggjande utfordringa at pasienten ikkje forstår konsekvensane av motstanden sin mot nødvendig helsehjelp.

Spørsmålet er framleis korleis ein best kan få gjeve pasienten denne helsehjelpa. Gjennom undervisning, rettleiing og kontroll av vedtak har Helsetilsynet i Hordaland kome nærare på desse problemstillingane.

### Flest vedtak frå kommunehelsetenesta

Om lag tre fjerdedelar av dei innkomne vedtaka i 2009 kjem frå kommunehelsetenesta, men det har kome stadig fleire vedtak også frå spesialist- og tannhelsetenesta i løpet av året. Vi vil følgja fordelinga mellom dei ymse tenestene nøye.

4A-vedtak fordelt på tenester



Figuren viser prosentvis fordeling av vedtaka i perioden 6. september 2009 til og med 5. januar 2010.

### **Manglande dokumentasjon på alternativ til bruk av tvang**

Alternativ til tvangsbruk skal alltid vurderast. Tenestene må strekkja seg langt for å finna andre løysingar utan å bruka tvang eller makt. Slike tiltak kan til dømes vera å setja inn personell med anna eller betre kompetanse, betre utgreiing av behova til pasienten eller ymse miljøtiltak.

Dersom den ansvarlege for tvangstiltak etter pasientrettslova kapittel 4A let vera å visa at desse problemstillingane er vurderte, vil vedtaket om bruk av tvang eller makt i alle tilfelle vera å sjå på som ugyldig. Det er ikkje uvanleg at vedtak manglar god dokumentasjon på dei tillitsskapande tiltaka som er prøvde ut. I oppfølginga av vedtaka ser vi ofte at det er prøvd ut ei rekke strategiar og framgangsmåtar, men at dette ikkje kjem fram i vedtaket.

### **Tverrfaglege vedtak gjev større rettstryggleik for pasientane**

Lova seier at det er den som er ansvarleg for helsehjelpa som har høve til å gjera vedtak. Dersom det er snakk om eit alvorleg inngrep, som til dømes å halda tilbake pasienten på sjukeheim, skal det alltid vera to helsepersonell som gjer vedtaket. Utan omsyn til desse formelle krava har vi registrert stor skilnad mellom dei vedtaka som er gjort av eitt helsepersonell og dei vedtaka som er gjort tverrfagleg. Helsetilsynet i Hordaland ser positivt på verksemder som arbeider tverrfagleg med dei problemstillingane pasientrettslova kapittel 4A regulerer, sjølv om det ikkje alltid krevst.

### **Stor trong for undervisning i helsetenesta**

Helsetilsynet i Hordaland har gjennom heile 2009 lært opp helsepersonell i å forma ut og bruka 4A-vedtak etter pasientrettslova. Vi har mellom anna samarbeidd med Løvåsen Undervisningssjukeheim om ei kursrekke, med støtte frå Helsedirektoratet. Her var alle kommunane i Hordaland inviterte til å delta. Om lag 500 tilsette i kommunehelsetenesta fekk opplæring gjennom dette prosjektet.

Sidan det nye lovverket vart innført, har vi nådd over 1250 helsepersonell gjennom undervisningsopplegg og innlegg på konferansar.

Fylkesmannen vil også gjennom 2010 vurdere behovet for å gje tilbod om opplæring til helsetenesta i Hordaland og Helse Fonna HF.

I opplæringa har vi lagt stor vekt på haldnings- skapande arbeid. Vidare har vi òg formidla retten som individet har til å bestemma over eigen kropp og eiga helse. Helsepersonell har eit stort ansvar med å syta for at pasientane så langt det er mogleg forstår grunnlaget for dei vala dei tek. Pasientrettslova seier at helsepersonell som hovudregel skal respektera pasienten sitt syn, sjølv om ein ikkje er einig i pasienten sitt standpunkt til tilbodet om helsehjelp. Helsetilsynet i Hordaland opplever gjennom vedtaka vi får inn og i den undervisinga vi har gjennomført at fleirtalet av helsepersonell legg vekt på å respektera pasienten sitt syn så langt som råd er.

### **Få tvangsvedtak frå fastlegane og spesialisthelsetenesta**

Mange pasientar med nedsett eller manglande samtykkekompetanse får kommunale helse- tenester i eigen heim eller omsorgsbustad. Då det nye regelverket kom, la vi til grunn at fast- legane fekk eit særskilt ansvar med vurdering av og avgjerd om tiltak etter pasientrettslova kapittel 4A. Helsetilsynet i Hordaland har likevel fått få vedtak frå fastlegar. Samstundes har vi fått nokre vedtak der fastleggen burde ha vore involvert.

Det er også ei kjensgjerning at spesialisthelse- tenestene i liten grad bruker pasientrettslova kapittel 4A. Helsetilsynet i Hordaland meiner at dette kan vera ein uheldig situasjon, då også desse tenestene ofte gjev helsehjelp til perso- nar med svekt mental funksjon. Vi vil difor prioritera å heva kunnskapen om somatisk helsehjelp mot pasienten sin vilje på desse områda i helsetenesta.

Mange av dei vedtaka vi har fått frå spesialisthelsetenesta er gjort for å ta vare på pasienten i akutte situasjonar. Slike situasjonar er ikkje omfatta av 4A-regelverket Det er den alminnelige omgåande hjelp-regelen som då skal brukast.

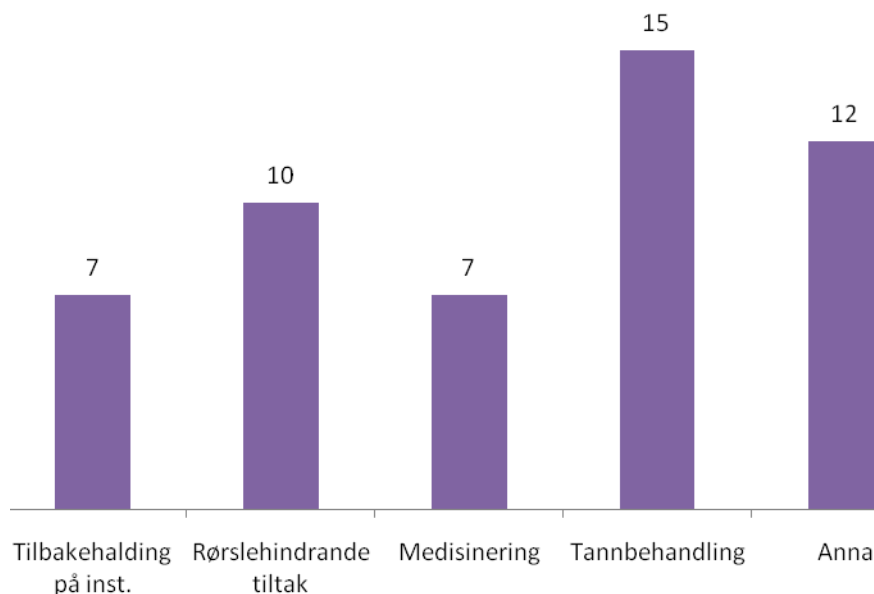
#### **Kva tvang vert nytta?**

Etter lova pliktar helsepersonell som gjer vedtak å senda kopi til Helsetilsynet i fylket. Her går det fram kva tiltak som vert brukte. Kategorien "anna" inneheld for det meste ymse pleietiltak.

#### **Berre ei 4A-klage i 2009**

Det er viktig at pasientar og andre som vert utsette for inngrep frå det offentlege får garantiar mot overgrep og maktmisbruk. Det nye regelverket i pasientrettslova kapittel 4A gjev pasientane vesentlege betre vern enn tidlegare. I tillegg til sakshandsamingskrav før vedtak, vil pasientar og pårørande kunna klaga på vedtak om tvangsbruk. Vi fekk ei klage på vedtak etter pasientrettslova kapittel 4A i 2009. Det var pasienten sjølv som ynskte å klaga på vedtaket. Vi har ikkje fått klager frå pårørande. Ingen saker i Hordaland eller frå Helse Fonna HF har vore fremja for domstolane.

## **4A-vedtak etter type tiltak**



*Tala gjeld perioden frå 6. september 2009 til og med 5. januar 2010.*

## Færre, men alvorlegare meldingar om pasient-skadar

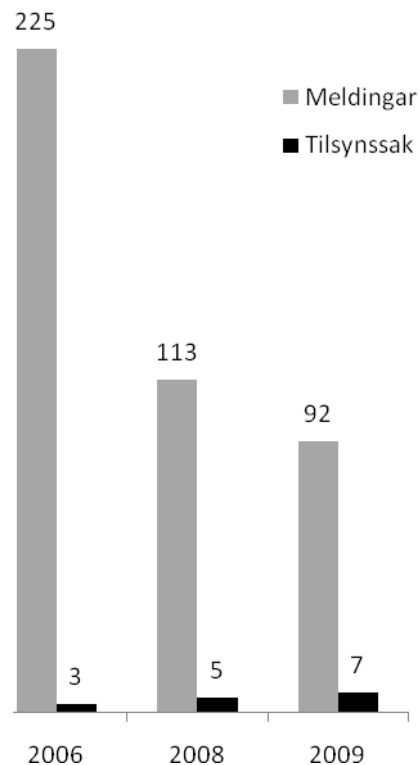
Spesialisthelsetenesta skal melda frå om pasientskadar og hendingar som har eller kunne ha ført til vesentleg skade på pasienten, til Helsetilsynet i fylket. I 2009 kom det inn 92 meldingar frå sjukehusa i Hordaland.

Alt helsepersonell i spesialisthelsetenesta kan melda slike hendingar via leiaren sin eller direkte til skade- og klageutvalet i helseføretaket eller det private sjukehuset. Utvalet sender meldingane vidare dersom det er alvorleg. Føremålet med denne meldeplikta er kvalitetsforbetring og betring av pasienttryggleiken. Meldingar om pasientskadar er ein del av grunnlaget helsetilsynet i fylket baserer tilsyns- og rådgjevingsverksemda si på når det gjeld internkontroll og kvalitetssikring.

I 2009 kom det inn 92 meldingar frå sjukehusa i Hordaland. Av desse var sju meldingar (7,6 prosent) så alvorlege at Helsetilsynet i Hordaland oppretta tilsynssak. I 2008 vart det oppretta tilsynssak i 4,1 prosent av tilfella. Går vi attende til 2006 er talet 225 meldingar, med tilsynssak for 1,7 prosent av dei. Vi ser ein nedgang i talet på meldingar frå sjukehusa i Hordaland, samstundes som fleire av dei er meir alvorlege. Dette kan tyda på at sjukehusa er vortne betre til å sortera meldingar før dei sender dei vidare.

Vi registrerer at det vert sendt langt fleire meldingar til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) enn til Helsetilsynet. Vi samarbeider no med Helse Bergen for å sjå nærare på desse tala. Slik kan vi sikra oss at vi får inn dei meldingane vi faktisk skal ha. Dette vil vi og sjå på ved dei andre verksemdene i regionen.

Meldingar i Hordaland



Hordaland er med på pilotprosjektet e-mess, eit nytt e-meldesystem for pasientskadar som vert innført i 2010. Meldingane i det nye systemet vil vera anonyme. Vi håpar at dette vil føra til at det kjem inn fleire meldingar.

# Landsomfattande tilsyn med distriktspsykiatriske sentra

Ikkje alle DPS kan tilby dei tenestene som er venta av dei. Sjølv om det er sett i verk kompensierende tiltak, er ikkje kvaliteten god nok.

På oppdrag frå Statens helsetilsyn gjennomførte vi i 2008 og 2009 tilsyn med tenestene ved ni distriktspsykiatriske sentra (DPS) i Helse Vest. Tema ved tilsynet var vurdering og prioritering av nye pasientar, utgreiing, behandling og oppfølging. Tilsynet er gjennomført i alle tre fylka og ved både offentlege og private DPS:

- Helse Førde HF: Indre Sogn Psykiatrisenter (2008)
- Helse Bergen HF: Øyane DPS (2009), Kronstad DPS (2009)
- Helse Stavanger: HF Sandnes DPS (2008) Ryfylke DPS (2009), Sola DPS (2009)
- Helse Fonna HF Karmøy DPS (2008)
- Private, avtale med Helse Vest: Betanien DPS (2008), Hospitalet Betanien DPS (2008)

## Styring av DPS – ei utfordring

Tilsynet i 2008 og 2009 viste at det var store skilnader og at ikkje alle tilbyr dei tenestene den nasjonale rettleiaren legg opp til at eit fullverdig DPS skal ha. Fleire manglar nødvendig fagleg spesialistkompetanse. Dei har for få psykiatrar, og nokre stader har òg for få psykologspesialistar. Ved Øyane DPS i Helse Bergen konkluderte tilsynet med at verksemda var uforsvarleg. Det var manglar i styringa ved fleire DPS. Ved Indre Sogn Psykiatrisenter i Helse Førde og ved Solli DPS fann vi ikkje brot på lov eller forskrift.

## Hovudproblemet er for få spesialistar

Sju av ni DPS har for få lege- og/eller psykologspesialistar. Fagmiljøa er små og sårbare og har dårleg rekruttering. Dette er eit grunnleggjande og alvorleg problem i tre av helseføretaka i regionen. Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Bergen har vanskar med å rekruttera og halda på psykiatrar. Helsetilsyna i denne regionen meiner at dette kan ha fleire årsaker, og vi trur ikkje rekrutteringsproblema kan løysast i regionen åleine. Det er eit nasjonalt ansvar å syta for at det vert utdanna nok spesialistar.

## Konsekvensar av for få spesialistar

Stor utskifting av spesialistar og bruk av vikarar frå inn- og utland fører til mangel på kontinuitet i pasientbehandlinga. I verste fall får ikkje pasientane den vurderinga dei skulle hatt. Når det til dømes ikkje er lege med i inntaksvurderinga, kan det føra til at ikkje alle med alvorleg sjukdom får rett prioritet og ventetida kan verta lenger enn det som rett er. Når legen ikkje deltek i utgreiing og behandling, kan somatisk sjukdom verta oversett. Det er òg risiko for å feilvurdere effekten av legemiddelbehandling.

Fleire fastlegar let vera å tilvisa pasientar til DPS når dei ikkje kan tilby nødvendige, faglege vurderingar. I staden vil somme venta til pasientane er så dårlege at dei må leggjast inn akutt. Andre pasientar vert tilviste til private spesialistar. Fleire DPS er lite tilgjengelege for kommunehelsetenesta mellom anna ved at det er lite tid avsett til akuttbehandling.

Intensjonen med DPS var at pasientane skulle få eit dag- eller døgntilbod tidleg i sjukdomsutviklinga. Dei skulle sleppa å verta lagde inn på sjukehus. Dette målet er ikkje nådd. For mange av pasientane vert framleis lagde inn på sjukehusavdelingar. Sjukehusa har heller ikkje gjort nok for å endra dette. Pasientar som burde fått hjelp på DPS, tek i staden opp plass på sjukehus. Ei følgje av dette er korridorpasientar og flaskehalsar i behandlingssystemet.

Helseføretaka har så langt ikkje makta å gjera DPSa til den staden der kommunehelse-tenesta fyrst tek kontakt når dei treng hjelp frå spesialisthelsetenesta. Kapasiteten i det psykiske helsevernet vert difor ikkje utnytta på ein god måte, noko som truleg har negative konsekvensar for pasientane.

For å gje eit forsvarleg behandlingstilbod, trengst det robuste fagmiljø med lege- og psykologspesialistar. Det bør vurderast kva tiltak som må til for å sikra rekrutteringa både på nasjonalt og regionalt nivå, og om fordelinga av spesialistar i kvart helseføretak er rett.

Når DPSa ikkje alltid har nok kapasitet og ikkje alltid held god nok kvalitet, er tilbodet innan psykisk helsevern i realiteten ikkje så desentralisert som nasjonal helsepolitikk legg opp til. Vi meiner det er grunn til å spørja om desentraliseringa av tenestene har gått for langt, og at nærleik til tenestene ikkje veg opp for manglar ved det faktiske tilbodet.

Rapportane frå kvart tilsyn er tilgjengelege på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) eller [www.fylkesmannen.no](http://www.fylkesmannen.no)

## Fylkesmannen er uroleg for tenestetilbodet i barne- og avlastingsbustader

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hordaland har ført tilsyn med kommunale sosial- og helsetenester til barn i barne- og avlastingsbustader i Radøy, Odda og Bergen. Tilsynet viste stor variasjon i kvaliteten på tenester og at kommunane ikkje har god nok kontroll med at barn får tilrettelagde sosial- og helsetenester.

Tilsynet var ein del av det landsomfattande tilsynet med sosial- og helsetenester i barne- og avlastingsbustader i 2009. Føremålet var å

undersøkjja om kommunane sikrar forsvarlege sosial- og helsetenester til barn. Tema var barne- og avlastingsbustader, meiningsfylt daglegliv, pleie og omsorg tilpassa helsa til barnet, forsvarleg handtering av legemiddel og fysisk tilrettelegging.

Dei tre kommunane hadde fire avlastingsbustader, tre kommunale og ein privat, som yter heildøgns omsorgstenester til barn under 18 år etter lov om sosiale tenester. Ingen av barna bur der fast. Det var stor variasjon i kor lenge og kor ofte dei var der.

Barn som får plass i barne- og avlastingsbustad har ofte nedsett funksjonsevne og sjukdommar som krev ekstra omsorg og pleie. Grundig kartlegging, før barnet kjem til bustaden, er avgjerande for å kunna tilpassa bustaden og planleggja eit tilbod med varierte og tilpassa aktivitetar. Foreldre og tenesteytarar i andre tenester, som kjenner barnet, er sentrale samarbeidspartnarar i kartleggingsarbeidet. Dersom personellet i bustaden ikkje har nødvendig helsefagleg kompetanse, må helsetenestene i kommunen koplast inn slik at tenestetilbodet i bustaden vert forsvarleg.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hordaland påpeika desse brota på lov og forskrifter:

- Mangelfull kartlegging av behov når avlastinga byrja og når behova endra seg under opphaldet.
- Manglande helsehjelp ved sjukdom.
- Legemiddelhandtering som ikkje er i samsvar med regelverket. Personell som skal laga til og dela ut legemiddel hadde ikkje fått nødvendig opplæring.
- Mangelfull oppfølging av tenestene i private avlastingsbustader med kommunal avtale. Kommunen har ikkje oversikt over korleis tenestene til barn i private avlastingsbustader fungerer.

Rapport frå kvart tilsyn ligg på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

# Smittevern i sjukeheimar

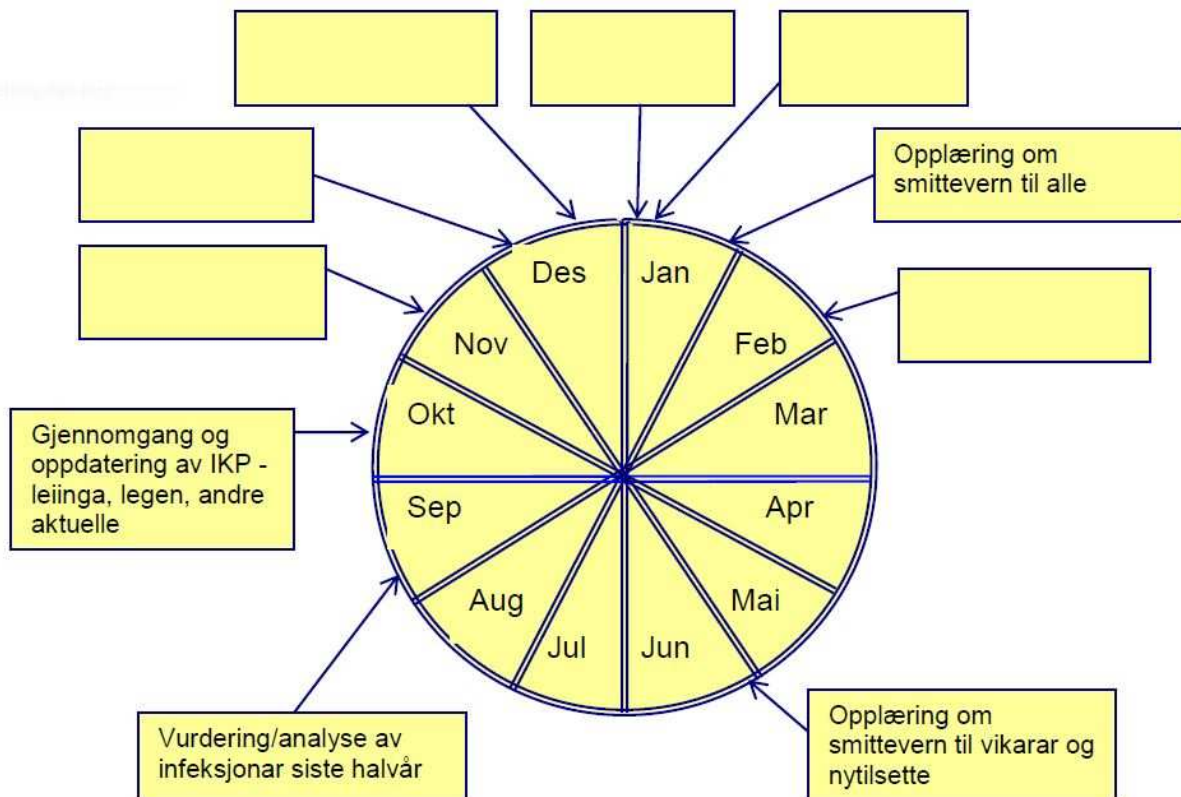
Helsetilsynet i Hordaland gjennomførte våren 2009 ei kartlegging av infeksjonskontrollprogram i sjukeheimar. Vi fekk svar frå 39 av om lag 70 sjukeheimar i 21 av 33 kommunar. Ein av fire institusjonar har ikkje eit ferdig utarbeidd infeksjonskontrollprogram.

Svært få sjukeheimar har planlagt gjennomgang av infeksjonskontrollen og opplæring av tilsette som ein regelmessig aktivitet i arbeids-

året. Difor manglar det skriftlege prosedyrar i programmet, eller utarbeidde prosedyrar er forelda. Difor kan det òg gå fleire år mellom kvar gong personalet får opplæring om smittevernrutinar.

Hovudfunnet ved kartlegginga er difor at arbeidet med smittevern i liten grad er ein del av internkontrollen i institusjonane. Figuren under gjev døme på korleis institusjonsleiarar kan bruka eit årshjul for å sikra at infeksjonskontrollen vert ein del av den regelfaste gjennomgangen av drifta ved institusjonen.

[Heile kartlegginga ligg til nedlasting på nettsidene til Fylkesmannen.](#)



# Tilsyn med helsetenester i 2009

I 2009 utførte Helsetilsynet i Hordaland 21 planlagde tilsyn. Tabellen viser kvar tilsyna vart utførte og kva dei omfatta.

Tilsyn som er merkte (F) er gjennomførte i samarbeid mellom Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hordaland.

Rapportane frå tilsyna er tilgjengelege på nettsida [www.fylkesmannen.no/hordaland](http://www.fylkesmannen.no/hordaland).

Tilsyna med tenester i avlastings- og barne- bustader og med distriktpsykiatriske senter er del av landsomfattande tilsyn med kommunale helse- og sosialtenester og med spesialist-helsetenester i 2009. Forhold som vart avdekte ved desse tilsyna er omtalte i artiklar på side 27–28.

Ved alle planlagde tilsyn undersøker vi korleis kommunane og helseføretaka styrer tenestene og sørgjer for at regelverket vert følgd.

Lindås kommune	<p>Infeksjonskontroll i sjukeheim</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infeksjonsførebyggjande tiltak: handhygiene, bruk av arbeidstøy og reingjering av utstyr</li> <li>• Infeksjonsovervakning</li> <li>• Undervisning og opplæring</li> </ul>
Vaksdal kommune	Infeksjonskontroll i sjukeheim, same tema som ovanfor
Bergen kommune	Infeksjonskontroll i sjukeheim, same tema som ovanfor
Tysnes kommune (F)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeid mellom barnevern, sosial- og helsetenester om utsette barn i skulepliktig alder</li> <li>• Samarbeid mellom barnevern-tenesta og sosialtenesta ved eventuell overgang frå barnevern til sosialteneste ved alder 18–23 år□</li> </ul>
Osterøy kommune (F)	Same tema som ovanfor

Sveio kommune (F)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandling av søknader om heimehjelp, støttekontakt, heimesjukepleie og plass i sjukeheim</li> <li>• Behandling av klager på vedtak om tildeling og avslag på søknader om tildeling av tenester som omtalt over</li> <li>• Gjennomføring av vedtak om støttekontakt, heimehjelp og heimesjukepleie</li> </ul>
Etne kommune	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medisinsk utgreiing og oppfølging av pasientar ved Etne omsorgs-senter</li> <li>• Journalføring</li> </ul>
Kvinnherad kommune	<p>Tilsynet vart gjennomført i sone Rosendal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomføring av vedtak om tildeling av heimesjukepleie</li> <li>• Korleis ein tek vare på grunnleggjande behov</li> </ul>
Askøy kommune	<p>Tilsynet vart gjennomført i avdeling Kleppstø og ved Kleppstø sjukeheim</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandling av søknader om heimesjukepleie og plass i sjukeheim</li> <li>• Gjennomføring av vedtak om heimesjukepleie</li> <li>• Rehabilitering i korttidsavdeling</li> </ul>
Radøy kommune (F)	Tilsyn med barne- og avlastingsbustader, jf. artikkel side 28
Odda kommune (F)	Tilsyn med barne- og avlastingsbustader, jf. artikkel side 28□
Bergen kommune (F)	Tilsyn med barne- og avlastingsbustader, jf. artikkel side 28□
Ullensvang herad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opptrening og rehabilitering av pasientar innlagde i sjukeheim</li> <li>• Journalføring</li> </ul>
Hospitalet Betanien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opptrening og rehabilitering av pasientar innlagde i sjukeheim</li> <li>• Journalføring</li> </ul>
Helse Fonna HF, Medisinsk klinikk, poli-klinikkar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vurdering og prioritering av tilviste pasientar</li> <li>• Kontroll med ventelister</li> <li>• Korleis retten til nødvendig helsehjelp innan fastsette behandlingsfristar vert teken vare på</li> </ul>

Helse Fonna HF, Medisinsk klinikk, Stord sjukehus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rehabilitering av pasientar med hjerneslag</li> </ul>
Helse Fonna HF, Medisinsk klinikk, Hauge-sund sjukehus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rehabilitering av pasientar med hjerneslag</li> </ul>
Helse Bergen HF, Øyane DPS	Rutinar og tiltak for å sikra forsvarleg pasientbehandling, sjå artikkel side 27
Helse Bergen HF, Kronstad DPS	Rutinar og tiltak for å sikra forsvarleg pasientbehandling, sjå artikkel side 27
Solli DPS	Rutinar og tiltak for å sikra forsvarleg pasientbehandling, sjå artikkel side 27
Askøy Blå Kors Klinik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ordningar og tiltak for å sikra at pasientane får eit forsvarleg behandlingstilbod</li> <li>Korleis rettstryggleiken til pasientane vert teken vare på ved bruk av inngripande tiltak</li> </ul>

## Talet på sosialklager aukar igjen

Etter at Fylkesmannen i Hordaland i 2008 mottok færre sosialklagesaker enn nokon gong etter at sosialtenestelova tok til å gjelda, auka talet på inkomne klagesaker i 2009 med 16 prosent, til 442 klager i alt.

Dei siste seks åra har talet på inkomne sosialklager utvikla seg slik i fylket vårt:

Årstal	Klager	Endring
2004	584	- 45
2005	560	- 24
2006	523	- 37
2007	466	- 57
2008	380	- 86
2009	442	+62

I alt handsama Fylkesmannen 384 sosialklagesaker i 2009, noko som er ein del færre enn vi fekk inn.

### Alle sosialklagesaker etter tema

Økonomisk sosialhjelp	234
Sosiale tenester	130
Andre sakstypar	20
<b>I alt</b>	<b>384</b>

Det var innan kapitlet om sosiale tenester at auken i klager kom (+ 46 prosent), medan klagealet på økonomisk sosialstønad var relativt stabilt (- 6 prosent). Under kategorien "Andre sakstypar" handsama Fylkesmannen i Hordaland i 2009 for fyrste gong ei sak som galdt den nye ordninga med kvalifiseringsstønad.

### Klager på sosiale tenester etter tenestetyp

Omsorgsløn	45
Støttekontakt	30
Avlasting	19
Praktisk bistand/heimhjelp	16
Brukarstyrt, personleg assistanse	15
Anna	5
<b>I alt</b>	<b>130</b>

### Klager på økonomisk sosialhjelp

Økonomisk sosialstønad	214
Refusjon i trygdeytning	13
Stønadsform	4
Bruk av vilkår	2
Anna	1
<b>I alt</b>	<b>234</b>

Ved handsaming av klagen endra Fylkesmannen i alt 27 av dei påklaga vedtaka til gunst for klageren, medan 57 vedtak vart oppheva og sende attende til kommunen for ny handsaming. Berre ei klagesak vart avvist, dvs. at saka av formelle årsaker ikkje vart realitetshandsama av klageinstansen.

Fylkesmannen skal handsama 90 prosent av sosialklagesakene innan tre månader, og dette kravet heldt vi i 2009, då vi handsama 92 prosent av klagen innan denne fristen.

Likevel auka handsamingstida i 2009: I alt 55 prosent av sakene hadde ei handsamingstid på meir enn to månader, mot berre 12 prosent i 2008.

## Sosialtenestelova kapittel 4A: Tvang andsynes psykisk utviklingshemma

Reglane om bruk av tvang og makt i lov om sosiale tenester kapittel 4A, skal hindra at personar med psykisk utviklingshemming utset seg sjølve eller andre for vesentleg skade, og førebyggja og avgrensa bruk av tvang og makt.

.....

Dette representerer store utfordringar for tenestene, både når det gjeld faglege utgreiingar/utprøvingar og sakshandsamingsreglane som skal følgjast. Risikoen for svikt vert difor stor på området. Samtidig har området stor verdi for rettstryggleiken til kvar einskild tenestemottakar, og konsekvensane av svikt er alvorlege for tenestemottakarane. Somme personar med psykisk utviklingshemming er ofte avhengige av hjelpa dei får, samstundes som fleire av desse tenestemottakarane i liten grad er i stand til å ta vare på interessene sine. Dei utgjør difor ei særleg sårbar gruppe.

I 2009 godkjende Fylkesmannen 202 tiltak med bruk av makt og tvang mot personar med utviklingshemming. Tiltaka omfatta i alt 110 personar. Omfanget er på nivå med året før.

Det kom inn 579 enkeltmeldingar om bruk av tvang og makt som skadeavverjande tiltak i naudsituasjonar, mot 692 i 2008. Meldingane omfatta i alt 145 personar, samanlikna med 159 året før. Fylkesmannen har i 2009 endra praksis, slik at kommunane ikkje lenger skal senda inn enkeltmeldingar dersom det vert ein periode frå eit vedtak har gått ut til nytt

godkjenningsvedtak ligg føre. Likeeins dersom personar som ikkje fylte krava til formell fagleg kompetanse og heller ikkje hadde dispensasjon frå desse, gjennomførte tiltak som var godkjent av Fylkesmannen. No skal kommunen i staden gjera greie for desse tilhøva til Fylkesmannen og kva dei vil gjera for å unngå dette. Brev om endring av praksis finn ein på Fylkesmannen i Hordaland si hovudsida om lov om sosiale tenester kapittel 4A.

Det er framleis slik at mange kommunar har problem med å fylla kompetansekrava som gjeld for dei tenesteytarane som skal gjennomføra tiltak med bruk av tvang. Fylkesmannen kan i særskilte tilfeller gje dispensasjon frå kompetansekrava. Det gjeld der ein er trygg på at mangelfulle formelle, faglege kvalifikasjonar er kompenserte gjennom realkompetanse. Fylkesmannen gav i 2009 dispensasjon til 468 tenesteytarar og avslag til 96. Fylkesmannen godkjende i alt 129 vedtak, noko som gjev eit gjennomsnitt på knapt 4 tenesteytarar med dispensasjon frå kompetansekrava per vedtak. Fylkesmannen har arbeidd for å få ned talet på dispensasjonar i kommunane.

### Oppsummering av tilsynserfaringar – stadlege tilsyn og hendingsbaserte tilsyn 2009

Fylkesmannen gjennomførte 41 stadlege tilsyn med godkjente tvangstiltak i 2009, fem fleire enn året før. Dette omfatta alle nye tiltak og tiltak der det var gått ei stund sidan førre tilsyn. I tillegg har det vorte gjennomført 20 tilsyn på bakgrunn av meldingar eller spesielle hendingar.

Det vart funne avvik i ca 2/3 av dei stadlege tilsyna. Avvika galdt mellom anna bruk av tvang utan godkjenning frå Fylkesmannen, manglar ved journalføring, manglande kompetanse, opplæring og rettleiing, og manglande system for å sikra at tenester og tiltak var i tråd med reglane i sosialtenestelova kapittel 4A.

Sjølvs om tilsyna avdekte avvik, viste dei òg at arbeidet med desse tiltaka etter sosialtenestelova kapittel 4A hadde høg prioritet mange stader.

Avvik funne ved stadlege tilsyn i 2009:

### Ulovleg bruk av tvang utan godkjenning vedtak frå Fylkesmannen

Det vert nytta tvang utan at det ligg føre godkjenning frå Fylkesmannen, anten fordi ein ikkje har kunnskap om reglane eller fordi ein manglar system og kompetanse som sikrar at reglane vert følgde. I mange tilfelle finn vi at kommunen ikkje har system for å avdekkja bruk av tvang eller for å sikra at vedtak vert gjort, evaluert og fornya. Såleis kan det over lengre periodar verta nytta tvang utan at det er overprøvd og godkjent av Fylkesmannen.

### Journalføring (protokoll)

Det er ofte berre delvis eller ikkje i det heile ført protokoll. Ofte er det store manglar med dei opplysningane som er førte. Det går ikkje fram kva periode tvangen vart nytta, kven som til ei kvar tid var ansvarleg for tiltaket, kva kompetanse dei hadde og kva tiltaket gjekk ut på.

### Ikkje nok opplæring og rettleiing

Det er ikkje gjeve opplæring og rettleiing i reglane om bruk av tvang på ein slik måte at krava i sosialtenestelova kapittel 4A vert stetta. Dette gjeld både til dei som har ansvar for, og dei som utfører tenester til personar med psykisk utviklingshemming. Ofte gjeld det grunnopplæring i kva vilkår og grenser som gjeld for bruk av tvang, og korleis ein skal leggja til rette for minst mogleg tvangsbruk. Dette kan medføre at tenestemottakarar kan verta utsett for ulovleg bruk av tvang.

### Manglande kompetanse

Mange kommunar fyller ikkje kompetansekrava etter reglane i sosialtenestelova kapittel 4A. Fylkesmannen er uroa over at det rundt nokre tiltak er organisert slik at dei som fyller kompetansekrava berre er til stades nett når

sjølve tiltaket vert utført. Intensjonen med kompetansekrava i lova er at ein gjennom godt fagleg arbeid skal kunna førebyggja og leggja til rette for minst mogleg tvangsbruk, i tillegg til at sjølve tvangstiltaka skal verta gjennomførte på ein best mogleg fagleg og minst mogleg inngripande måte.

### Manglande internkontroll

Mange kommunar har ikkje gode nok system for å sikra at tenestene er i tråd med reglane i sosialtenestelova kapittel 4A. Dei har ikkje rutinar som avdekkjer og rettar opp avvik.

## Erfaringar frå systemrevisjonar med kommunane i 2009

Fylkesmannen i Hordaland gjennomførte i 2009 systemrevisjonar i tre kommunar om bruk av tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming, knytt til lov om sosiale tenester kapittel 4A.

Tilsynet skal kontrollera at dei delane av verksemda som det vert ført tilsyn med er i tråd med lovkrav som styresmaktene stiller.

Tema for tilsynet, avgrensing og val av område for tilsyn er gjort på grunnlag av vurderingar av risiko og sårbarheit.

Fylkesmannen undersøkte om kommunen sikra:

- Eit forsvarleg tenestetilbod til personar med psykisk utviklingshemming i samsvar med endring av bilstandsbehov og uavhengig av endra rammer
- Utføring av tenester etter lov om sosiale tenester § 4-2 bokstav a-d til personar med psykisk utviklingshemming utan bruk av tvang og makt i strid med reglane i lov om sosiale tenester kapittel 4A.

Tilsynserfaringane viser uheimla tvangsbruk i desse kommunane, der kommunane ikkje har

