



Fylkesmannen i Møre og Romsdal
Helsetilsynet i Møre og Romsdal

2009

Helse- og sosialmelding





Innhold

Forord/2009	side 4-5
Barnevern	side 6-7
Sosiale skilnader i helse	side 8-9
Fart i det kommunale rusarbeidet	side 10-11
Kommunar kuttar ned	side 12-13
NAV-reforma på plass i heile fylket	side 14-15
Bustad til alle –stor satsing i Møre og Romsdal	side 16-17
Finanskrise – nye utfordringar i kommunane	side 18-19
Demensplan 2015: “Den gode dagen”	side 20-21
Nytt kapittel i Lov om pasientrettar	side 22-23
Den nye influensaen A (H1N1)	side 24-25
Meldefrekvensen framleis lav	side 26-27
Pasientreiseordninga under omlegging	side 28-29
Kort og godt	side 30-33

Forord

2009 er over - og med det det 6-årige forsøket med einskapsfylket. Sidan 2004 har Møre og Romsdal fylke vore organisert som eit einskapsfylke. Dette innebar at dei tilsette i fylkeskommunen og fylkesmannsembetet har vore integrerte i eit regionalt organ under felles leiding av fylkesdirektøren. Helse- og sosialavdelinga har berre hatt statlege oppgåver i forsøket, ingen fylkeskommunale. Det har vore eit mål å sjå utviklingsoppgåver og klage/tilsyn i samanheng, også på tvers av avdelingar i einskapsfylket. Frå 1.1.2010 er fylkesadministrasjonen i Møre og Romsdal slik det er i dei andre fylka i Noreg.

Helse- og sosialmeldinga står fram i ny drakt. Tidlegare har meldinga hatt ei ganske detaljert rapportering av resultatane innafør embetsoppdraga frå dei einskilde departement til einskapsfylket Møre og Romsdal fylke, Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket. I meldinga for 2009 har vi forsøkt å sette fokus på einskilde, viktige hendingar og sentrale oppgåver. Vi viser til den elektroniske årsmeldinga til Møre og Romsdal fylke og Fylkesmannen i Møre og Romsdal for meir detaljert rapportering på dei einskilde oppdraga. (www.arapp.fylkesmannen.no)

Molde, 28. februar 2010

Berglöt Vinjar

Berglöt Vinjar
Direktør/fylkeslege
Helse- og sosialavdelinga



Tilsette pr. 31. 12 2009

Første rekke frå venstre:

Rådgjever Kristin Lervik, fylkessjukepleiar Marie Eide, førstekonsulent Anna Vågen Grendsen, seniorrådgjever Eli Karin Walle, rådgjever Åse Hansen, rådgjever Linn Iren Tovan

Andre rekke frå venstre:

Rådgjever Hilde Kristin Haugen, rådgjever Helene Lossius, rådgjever Berit Roll Elgsaas, seksjonsleiar utvikling Marit Hovde Syltebø, rådgjever Aase Årsbog Dyrset, rådgjever Rolf Toven, rådgjever Sverre Veiset

Tredje rekke frå venstre:

Rådgjever Oddhild Johnsen, direktør/fylkeslege Berglöt Vinjar, seniorrådgjever Egil Storås, rådgjever Margrethe Rørvik Kristiansen, rådgjever Anne Mette Nerbøberg, rådgjever Kjell Iversen, rådgjever Janne Bjørnsnø, seksjonsleiar tilsyn Einar Andersen

Førstekonsulent Norun Rypdal, rådgjever Hilde Støen, rådgjever Marianne Hole, rådgjever Liv Torild Karlsvik, rådgjever Marit Vestad, seniorrådgjever Sissel Tho, ass. fylkeslege Andreas Georg Kjerstad var ikkje til stades når bilde vart tatt.

2009

Samhandlingsreforma

Den varsla Samhandlingsreforma, St.meld. nr. 47 (2008-2009) "Rett behandling – på rett sted – til rett tid" vart lagt fram i juni. Dei viktigaste utfordringane er knytt til for lite koordinerte tenester og for liten innsats på eldre dei komande 20-30 åra, som og medverkar til auke i kroniske sjukdomar, vil gi utfordringar i helse- og omsorgstenestene som kan true den økonomiske bæreevna i samfunnet. Mange av dei same utfordringane er grunnlaget for Omsorgsplan 2015. Arbeidet med Omsorgsplanen går vidare. I 2009 var tema på omsorgskonferansen demens.

"Helse i plan"

For å nå måla i Samhandlingsreforma må ein styrkje kompetanse på system for analyse-, plan- og avgjerd, og setje søkjelyset på korleis den offentlege innsatsen på helse- og omsorgsområdet kan innrettast og mest rasjonelt fordelast mellom dei ulike innsatsområda. Dette må skje både på nasjonalt og lokalt nivå. Det er ei utfordring for kommunane å få samfunnsmedisinsk kompetanse og ressursar inn i kommuneplanarbeidet. Møre og Romsdal fylke arrangerte saman med Helsedirektoratet erfaringskonferanse for "Helse i Plan" i oktober.

NAV

Ved årsskiftet hadde alle kommunane i Møre og Romsdal etablert NAV kontor. Fleire av desse vart oppretta i løpet av 2009. Enno er reforma ung, og nye ordningar ventar på iverksetting i 2010. "Lov om sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltninga" trer i kraft frå 1.1.2010. Fylkesmannen får nye tilsynsoppgåver i forhold til denne lova.

Tilsyn

Målet med tilsynsverksemda er å få til kvalitetsforbetring i tenestene. Det er ei utfordring å få til endringar også i dei verksemdene der det ikkje er ført tilsyn (overføringsverdi). I 2009 hadde vi erfaringskonferanse frå tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar, og tilsyn med kommunale sosial- og helsetenester til barn i barne- bustadar og avlastningsbustadar. Vi ser at det er ei utfordring for kommunane å syte for god kvalitet på saksbehandlinga i høve til dei lovene som tenestene blir ytt etter. Utan gode vedtak blir ikkje rettstryggleiken til brukaren ivaretatt.

Nasjonalt strategi for kvalitetsforbetring i sosial- og helsetenesten "...Og bedre skal det bli!" (2005-2015) har som mål at tenestene er verknadsfulle, trygge og sikre, involverer brukarane og gir dei medråderett, er samordna og prega av kontinuitet, utnyttar ressursane på ein god måte, er tilgjengelege og rettferdig fordelt. Samhandlingsreforma og NAV reforma har desse måla - men sagt med litt andre ord.





ILLUSTRASJONSFOTO: ÅSE TRONSTAD

Barnevern

BARN SOM LEVER UNDER FORHOLD SOM KAN SKADE HELSA ELLER UTVIKLINGA DEIRA, SKAL SIKRAST NØDVENDIG HJELP OG OMSORG TIL RETT TID. DETTE ER FORMÅLET FOR DEN KOMMUNALE BARNEVERNTENESTA. I MØRE OG ROMSDAL ER DET 36 KOMMUNAR SOM PÅ ULIKE MÅTAR OG I ULIK GRAD MAKTAR DENNE OPPGÅVA.

Pr 1. juli 2009 var det 1663 barn som fekk ulike hjelpetiltak i heimen og 355 var under omsorg. Desse tala har halde seg stabile dei seinare åra. Andelen barn som får barneverntiltak her i fylket er høgare enn for resten av landet; 3,2 prosent her medan landsgjennomsnittet er 2,8prosent.

Det vert stilt store faglege krav til barneverntenestene. Fleire kommunar, særleg dei mindre, ser at det er gevinstar med å slå seg saman til større einingar og samarbeide over kommunegrensene. I Møre og Romsdal er det no etablert tre interkommunale barneverntenester og ytterlegare to samarbeid er på trappene. Kristiansund (og Frei) og Averøy var først ute, deretter har Molde og Midsund og Storfjorden (Skodje, Ørskog, Stordal og Norddal) inngått vertskommunesamarbeid om barnevernet. Nå står Sunndal, Nettet og Tingvoll for tur, samt Surnadal, Rindal og Halså.

Barnevernlova stiller strenge krav til saksbehandling. Mellom anna er det fastsett at ei undersøking skal gjennomførast så snart som mogleg og seinast innan tre månader; i særlege tilfelle kan fristen utvidast til seks månader. Kvart halvår rapporterer barneverntenestene mellom anna om kor lang tid dei brukar på undersøkingane. I fleire år har kommunane her i fylket hatt større andel med fristoverskringar enn landsgjennomsnittet. Fylkesmannen har gjennomført tilsynsbesøk i mange av kommunane i forhold til dette. Ved slike tilsynsbesøk vert det gjeve rettleiing til barneverntenestene og kommuneleinga deltek på eit oppsummerande sluttmøte der det vert gjort greie for situasjonen og ansvaret som ligg på kommunane når det gjeld barnevern.

Det er fem barneverninstitusjonar i Møre og Romsdal, av desse er fire statlege og ein privat. Fylkesmannen fører tilsyn med dei ungdommane som bur i institusjonane ved å gjennomføre minst to besøk i året. Dersom institusjonen har ungdom plassert med bakgrunn i atferdsproblematikk, skal det gjennomførast minst fire besøk i året. Halvparten av besøka skal ikkje vere varsla på førehand. Under tilsynsbesøka orienterer vi om rolla til fylkesmannen og alle ungdommane får høve til å snakke med tilsynet om korleis dei opplever opphaldet. I tillegg vert det kvart år også gjennomført systemrevisjon ved barneverninstitusjonane ut i frå ulike tema. I 2009 var temaet teieplikt. Dei tilsette ved institusjonane har stor respekt for teieplikta. Dei to avkika som vart avdekkja, handla begge om unntaka frå teieplikta.

Landsomfattande tilsyn med helsetenester ved barne- og avlastningsbustader

I 2009 VART DET GJENNOMFØRT LANDSOMFATTANDE TILSYN MED KOMMUNALE SOSIAL- OG HELSETENESTER TIL BARN I BARNE- OG AVLASTINGSBUSTADER. I MØRE OG ROMSDAL VART DET GJENNOMFØRT TILSYN BERRE I AVLASTNINGSBUSTADER

Tema for tilsynet

Tilsynet vurderte kommunen si tenesteyting medan barna oppheld seg i barne- og avlastningsbustaden, og systemrevisjon gjaldt følgjande område:

- ivaretek barna sin rett til samvær med andre, om dei har eit meningsfullt daglegliv og deltaking i fritidsaktivitetar
- ivaretek barn med særskilde ernæringsbehov
- yter pleie og omsorg tilpassa barna si helsestilstand
- har forsvarleg legemiddelhandtering
- om bustaden er fysisk tilrettelagt for barna

Tilsynsobjekt

Det vart gjennomført fire landsomfattande tilsyn i Møre og Romsdal: Haram, Smøla, Eide og Molde kommune

Funn og konklusjonar

Det vart gjeve avvik i tre av kommunane. Både i Haram, Smøla og Eide kommune vart det avdekt at dei ikkje har eit system som sikrar forsvarleg legemiddelhandtering. Ingen av desse kommunane hadde utpeika fagleg rådgivar med legemiddelkompetanse. I Haram og Smøla kommune vart det òg avdekt at kommunane ikkje har eit system

som sikrar at barn i avlastningsbustaden får forsvarlege sosial- og helsetenester. Mellom anna vart det avdekt at helsehjelp ikkje vart vurdert ved tildeling av avlastningsplass. I Molde kommune vart det gjeve ein merknad. Avlastningsbustaden står fram som lite tenleg og dårleg fysisk tilrettelagt. Under tilsynet vart det opplyst at ny avlastningsbustad er vedtatt bygd, og den er planlagt å vere klar til innflytting desember 2010.

Rapportane frå tilsynet er å finne på www.helsetilsynet.no

Sosiale skilnader i helse

“KOMMUNENS HELSETJENESTE SKAL TIL ENHVER TID HA OVERSIKT OVER HELSETILSTANDEN I KOMMUNEN OG DE FAKTORER SOM KAN VIRKE INN PÅ DENNE. HELSETJENESTEN SKAL FORESLÅ HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE TILTAK I KOMMUNEN” (KOMMUNEHELSETENESTELOVA)

Kva er no sosiale skilnader i helse, eit omgrep ein høyrer stadig meir om? Forsking viser at personar frå høge sosial lag – målt etter utdanning, yrke eller inntekt – både lever lenger og har betre helse enn personar frå lågare sosiale lag. Til dømes er det slik at dødstal for menn mellom 45 og 60 år er meir enn 2,5 gongar høgare for dei med berre ungdomskuleutdanning, til forskjell frå dei med avslutta høgskule- eller universitetsutdanning. Desse skilnadane går ikkje berre på at fleire døyr, men gjer seg og gjeldande på andre helserelaterte felt; som til dømes sjukdommar frå kreft til psykisk sjukdom. Faktorar som er gjeldande for forskjellar og verkar inn på dei sosiale skilnadane er til dømes usunne bustader, røykevanar, overvekt, aktivitet i kvardagen, risiko for brannulukker og kor utsette ein er for forureina luft.

Dette er for så vidt ikkje ny kunnskap; til alle tider har det vore slik som munnehelset seier, at det er “betre å vere rik og frisk enn fattig og sjuk”. Internasjonalt starta ein i Storbritannia allereie på byrjinga av 1980-talet å forske meir intensivt på dette feltet, og spesielt har den såkalla “Black-rapporten” hatt mykje å seie. Sidan dette har det kome stadig meir kunnskap, men også strategiar for å prøve å jamne ut skilnadane. WHO, (Verdas helseorganisasjon) har samanfatta

dokumentasjon for korleis ein best kan oppnå ei meir rettvis fordeling av helse, på globalt plan. Den er no omsett til norsk, og har tittelen “Utjevne helseforskjellene i løpet av en generasjon”.

Ser ein frå eit folkehelseperspektiv er det naudsynt med tilnærming frå mange sektorar for å endre forskjellane. Blant anna å leggje til rette for gode oppvekstvilkår for barn og unge gjennom skule og fritidsaktivitetar, å fremje tryggleik og deltaking. Dette krev innsats frå fleire verksemdar.

Helsetenesta har ofte kunnskap om effektive tiltak, men styrer ikkje tiltaka, som til dømes innføring av frukt og auka fysisk aktivitet i skolen, og tobakksførebyggande tiltak i skolen. Når det gjeld tobakksbruk er røyking blant unge halvert i løpet av dei fem siste åra. Like fullt er det om lag fire gonger så mange som røyker blant 10.klassingar av dei frå lågare sosiale lag samanlikna med dei frå høgare sosiale lag. Tobakksførebygging i skolen har vore tema i samlingar med folkehelsekoordinatorane i Møre og Romsdal. I skoleprogrammet FRI (for ungdomskoleelevar) er 78 % av elevane i Møre og Romsdal med i programmet. På landplan er det 56 %, medan Finnmark ligg høgast med 92 %. Det er såleis meir å gå på i fylket vårt, og ei god planlegging for deltaking frå alle klassane i ungdomsskolane vil kunne vere med å redusere skilnadane.

Helsestasjon- og skolehelseteneste er ei kommunal helseteneste som skal vere tilgjengeleg for alle barn og ungdomar frå 0 til 20 år. Desse tenestene skal bidra til å ha oversikt over helsetilstanden og dei faktorar

som kan virke inn på helsa til barn og ungdom, og til gravide som går til kontroll i tilknytning til helsestasjonen. Det er eit viktig tiltak å ha tilstrekkeleg kapasitet slik at ein kan hindre at problem oppstår og får utvikle seg.

Underbemanning i helsestasjon- og skolehelsetenestetilbodet blir ikkje synleg gjennom “køar” med ungdom som treng hjelp.

For mange av dei andre helsetenestene vil kapasitetsproblem fort bli synleg gjennom ventelister. Førebyggande og helsefremjande arbeid kan ikkje dokumenterast gjennom slike lister. For å vurdere om ein bør fastsette personellnormer har Helsedirektoratet nyleg gjennomført ei kartlegging av personellsituasjonen i helsestasjon- og skolehelsetenesta. Det er ikkje kome rapport på området enno.

Fylkesmannen skal medverka til at kommunane tek omsyn til dei utfordringane som kjem fram på folkehelseområdet. Vi har gjennom ulike kurs og konferansar hatt mange tema på sosiale skilnader som til dømes utdanning og helseskilnader, data som grunnlag for planarbeidet i kommunane, folkehelse i kommuneplan. Men dette er ikkje nok.

Vi treng meir fokus på folkehelse, vi treng å sjå utfordringane i samanheng med konkrete område, og vi treng å sikre temaet inn i samfunnsplanarbeidet i kommunane. Dette arbeidet er stort og må gå over fleire år, dersom det skal bli effekt av satsinga.

Les meir om sosiale skilnader i helse på www.helsedirektoratet.no



ILLUSTRASJONSFOTO: ÅSE TRONSTAD

Fart i det kommunale rusarbeidet

OPPTRAPPINGSPLANEN FOR RUSFELTET 2007-10 ER EI STOR SATSING SOM BER FRUKTER BÅDE I KOMMUNAR, SPESIALISTHELSETENESTA OG I ANDRE DELER AV OFFENTLEG OG FRIVILLIG ARBEID INNAN RUSOMSORGA. I PERIODEN 2007 TIL 2009 ER DET YTT 685 MILL. KRONER EKSTRA TIL EIT BREITT SPEKTER AV TILTAK INNAN RUSFELTET. MÅLET ETTER FULLFØRT PLANPERIODE ER MELLOM ANNA AUKA TENESTETILBOD, KOMPETANSE OG KAPASITET I ALLE DELAR AV TENESTETILBODET. DETTE SKAL BYGGJE OPP UNDER HOVUDMÅLET FOR SATSINGA: Å REDUSERE DEI NEGATIVE KONSEKVENSAANE AV RUSMIDDELBRUK BÅDE FOR ENKELTPERSONAR OG FOR SAMFUNNET.

“Opptappingsplanen for rusfeltet” er eit resultat av blant anna evaluering av rusreforma i 2004. Evalueringa avdekte manglar og veikskap i rusomsorga i landet, mellom anna store geografiske forskjellar i tilbodet, lange ventelister i spesialisthelsetenesta, mange brot i behandlinga, for å nemne nokre.

Det overordna målet, å redusere dei negative konsekvensane av rusmiddelbruk både for enkeltpersonar og for samfunnet, er delt opp i fem hovudmål med fokus på; folkehelseperspektiv, kompetanse, tilgjenge, samhandling, barn og pårørande.

Tilskot til kommunane

Det viktigaste verkemiddelet for å få auka aktiviteten på rusfeltet i kommunane har vore tilskot til kommunalt rusarbeid. Tilskota er delt i tre ulike ordningar, lavterskel helsestilbod til rusmiddelavhengige, oppfølging av personar på legemiddellassistert rehabilitering og styrking av det kommunale tenestetilbodet innan rusfeltet. Fylkesmannen har ei særskilt oppgåve i å følgje opp kommunar som mottok slikt tilskot, og alle fylkesmannsembeta i landet har difor fått øymerke midlar til ei stilling i planperioden. I 2009 fekk 11 kommunar i Møre og Romsdal tilskot

til 18 ulike prosjekt, som fagnar frå oppfølging av ungdom i risikosona til lavterskel helsehjelp til langtkomne rusmisbrukarar. I 2008 var det seks kommunar og 11 prosjekt. Med andre ord ei positiv utvikling i satsinga på det kommunale rusarbeidet.

I tillegg til dei tre ordningane nemnt over, kom det i samband med opptappingsplana eit forsøk med ei ny ordning kalla koordinerande tillitsperson. Den skal gje kommunane moglegheit til å prøve ut nye metodar for å kunne gi enkeltpersonar eit meir samla og samanhengande tenestetilbod. To kommunar i Møre og Romsdal mottok slikt tilskot, Eide og Kristiansund. På landsbasis er det 30 kommunar som er med i dette forsøket, som går ut 2011.

Ein kommune, tre tilskot

Molde er ein kommune som mottok fleire tilskot for å styrke rusarbeidet i 2009. Eit av tiltaka deira er helsehjelp til rusmisbrukarar som ikkje er i stand om å gjere seg nytte av dei ordinære tenestene. Tiltaket er todelt: Lavterskel helsestasjon samlokalisert med Frelsesarmeen si varmemstue og “Sjukepleie på hjul”, omreisande sjukepleier. Heidi Sporsheim er koordinator for denne tenesta.



OLAFOTO

Kvifor valde Molde kommune å satse på den gruppa?

“Molde kommune valde å satse på dette området fordi vi såg at det mangla eit tilbod til denne gruppa. Dei var vanskeleg å få tak i, særleg dei med dobbeldiagnose. Molde hadde mange injiserande narkomane. Det var mange skader etter bomskot og ureine sprøyter. Vi såg at det var behov for eit tilbod om byting av sprøyter.” Fleire lavterskeltiltak andre stadar i landet driv same praksis.

Kor mange er det som nyttar seg av denne tenesta i 2009?

“Lavterskeltilbodet (Helsestasjon og Sykepleie på hjul) har kontakt med ca. 45 personar i målgruppa. I tillegg følgjer vi opp ca. 60 andre brukarar.”

Kor lenge har de hatt tilbodet?

“Helsestasjonen blei opna i oktober 2007, tilbod om sprøytebytte blei starta i desember 2007 og “Sjukepleie på hjul” blei starta i februar 2008.”

Kven samhandlar de med?

“Frelsesarmeen er ein viktig samarbeidspartnar for oss. Tilbodet om helsestasjon ligg i same lokalar som Frelsesarmeen si varmemstue. På den måten får vi lett kontakt med personar som kan vere tent med dette tilbodet. Andre vi samarbeider med i dette arbeidet er LMS (Landsforeninga mot Stoffmisbruk), Psykiatrisk poliklinikk, Kriminalomsorga, fastlegane, NAV, Molde utleieboliger, Rehabiliteringsteamet og helseavdelinga i kommunen, politi, sjukehus m.m.”

Kva grep gjer kommunen for å vidareføre når dei ikkje lenger får tilskot?

I løpet av 2010 satsar vi på å gjere tilbodet interkommunalt. Får vi det til vil fleire av dei kommunane som ligg omkring Molde ta eit økonomisk ansvar for drifta. Vi vil også prøve å få tilbodet lagt inn i den ruspolitiske plana og dei politiske rammene til Molde kommune for åra som kjem.

Nettverk for kommunane

Tilskotsordninga er altså tenkt som ei hjelp til kommunane til å kome i gang med ei satsing på tenester til rusmiddelavhengige. Etter tre år skal kommunane sjølv bære det økonomiske ansvaret for dei nye, eller styrka tenestene som er starta på bakgrunn av tilskotet. Som eit ledd i oppfølging av kommunane som mottok tilskot, har Møre og Romsdal Fylke etablert eit nettverk for desse kommunane. Fokus for samlinga

i 2009 var korleis drive prosjekt. Mange kommunar som får tildelt midlar slit med å kome i gang. For å få så hurtig og effektiv oppstart som råd er, fekk kommunane tilbod om intensiv opplæring i prosjektarbeid både som kurstilbod i sommar og på nettverksamling i haust.

Les meir om rusarbeid på www.forebygging.no

HEIDI SPORSHEIM
ER KOORDINATOR FOR
“SJUKEPLEIE PÅ HJUL”
I MOLDE

Talet på klagesaker på kommunen si oppfølging av rusmisbrukarar er lavt (Lov om sosiale tenester kap 6-1). Like etter at rusreforma kom i 2004 var det litt fleire klager på hjelpetiltak, men dei siste åra har talet vore særst lavt. Fylkesmannen meiner det er bekymringsfullt

Kommunar kuttar ned

PERIODEN MED ØYREMERKING AV MIDLAR ER OVER. NO FÅR FYLKESMANNEN BEKYMRINGSMELDINGAR OM AT TILBOD OG TILTAK FOR PERSONAR MED PSYKISKE LIDINGAR BLIR RAMMA AV SPAREKNIVEN.

Helse- og sosialtenester i kommunane blir generelt finansiert gjennom statlege rammetilskot, samt egne ubundne inntekter. Etter ti år med øyremarking av midlar, gjeld dette no og tenestetilbod til personar med psykiske lidningar. Opptrappingsplanen for psykisk helse vart avslutta ved inngangen til 2009 og midlane gjekk inn i rammene. Sentrale føringar gav klare forventningar til kommunane om å oppretthalde og vidareutvikle tilboda til denne gruppa.

Fylkesmannen har i 2009 motteke fleire bekymringsmeldingar om at tilbod blir ramma av nedskjeringar. Dette gjeld hovudsakleg tilbod innan førebygging og aktivisering, men og individuell oppfølging på kveld og helg. Interkommunale tilbod er og sårbare, når til dømes ein av partane trekkjer seg ut av samarbeidet.

Den økonomiske satsinga i opptrappingsplanen har ført til stor merksemd og vilje til prioritering av feltet psykisk helse. Dette har påverka organiseringa av helsearbeidet og ført til auka aktivitetsnivå. Prioriteringa var naudsynt og har gjeve eit tydelegare tenestetilbod.

Auka kunnskap

For å møte dagens og framtida sine utfordringar, er det nødvendig å satse på kompetansebygging i kommunane. Tverrfagleg vidareutdanning for høgskuleutdanna personell innan psykisk helsearbeid og psykososialt arbeid med barn og unge er prioritert med statlege tilskot til

dekking av lønsutgifter under utdanninga. Denne tilskotsordninga vart etablert i 1994 og er framleis prioritert vidareført i statsbudsjettet. Det er kommunen som er søker (ikkje studenten). Fylkesmannen handsamar søknadane med innstilling til Helsedirektoratet som forvaltar tilskotsordninga.

I vårt fylke er begge vidareutdanningane deltidsstudium, noko som betyr at det tek tid å etablere og styrkje kompetansen i kommunane. Nokre kommunar er svært ivrige brukarar av tilskotsordninga og dei fleste kommunane har søkt tilskot for ein eller fleire av sine tilsette. Det er hittil mellom sytti og åtti personar som har gjennomført, eller i gang med slik vidareutdanning med tilskot frå staten. Dei siste to åra har søkjarar til vidareutdanning innan psykososialt arbeid med barn og unge hatt førsteprioritet.

Tilbod til barn og unge

På landsbasis er det få kommunar som har etablert egne psykiske helsetenester for barn og unge. Slik er det og i vårt fylke. Tenestene er hovudsakleg forankra og integrert i helseavdeling og helsestasjonsverksemd. I planperioden har det likevel skjedd ei endring og utviding når det gjeld kva tenester som er involvert i helsearbeid retta mot barn og unge. I 2009 var fem kommunar inviterte til å delta på dialogmøte med RBUP (Regionalt senter for Barne- og ungdomspsykiatri) for å utvikle samhandlingsmodellar mellom helsestasjon og barnehage. Målsettinga er å nå dei risikoutsette barna så tidleg som mogleg.

Implementering av skuleprogrammet Psykisk helse i skulen har hatt stort fokus i 2009. Satsinga er knytt til seks program retta mot ulike nivå i skuleverket, tilpassa elevane sitt nivå og behov.

Sentralt i fylkesmannen si rolle er å gje kurstilbod for lærarar og andre grupper som arbeider i skulen. Målet er å auke lærarane sin kompetanse når det gjeld å forstå og fange opp elevar som slit psykisk, samt å bli trygg til å ta den første samtalen. Auka kunnskap om psykisk helse vil medverke til at dei elevane som ikkje har det bra, får det betre. Det er viktig å integrere dette tilbodet som ein del av skulen si årlege verksemd.

Gjennom arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse og oppfølginga i ettertid, har vi sett at kommunane er i stand til å løyse mange utfordrande oppgåver på dette feltet. Arbeidet er likevel ikkje slutført. Spesielt ser dette ut til å gjelde pasientar som er utskrivingsklare, med behov for eit omfattande tenestetilbod. Dette gjeld både tilrettelegging i form av eigna bustad og krav til høg kompetanse heile døgnet. Samhandling har vore viktig gjennom heile planperioden og er framleis ei stor utfordring.

Fylkesmannen vil fylgje med i vidareføring og utvikling gjennom kontakt med kommunane, rapporteringar, samt klage- og tilsynsaktivitet.

Landsomfattande tilsyn med helsetenester ved distriktpsikiatriske senter

I 2008 OG 2009 VART DET GJENNOMFØRT LANDSOMFATTANDE TILSYN MED SPESIALISTHELSETENESTER VED DISTRIKTPSYKIATRISKE SENTER (DPS) TIL VAKSNE MED ALVORLEGE PSYKISKE LIDINGAR.

Tema for tilsynet

Systemrevisjonen gjaldt følgjande område:

- 👉 Vurdering og prioritering av nye pasientar
- 👉 Utgreiing
- 👉 Behandling og oppfølging

Nyoppdaga psykose, alvorleg depresjon og pasientar under tvungent psykisk helsevern var prioriterte grupper ved dette tilsynet.

Tilsynsobjekt

Det vart utført to landsomfattande tilsyn med DPS i Møre og Romsdal i 2008 og to i 2009: 🇮🇪 Helse Nordmøre og Romsdal HF, Kristiansund DPS (2008) og Molde DPS (2009) 🇮🇪 Helse Sunnmøre HF, Ålesund sjukehus DPS (2008) og Volda DPS (2009)

Same team utførte også tilsyn med

- 🇮🇪 St. Olavs Hospital HF, Tiller DPS (2008) og Orkdal DPS (2009)
- 🇮🇪 Helse Nord-Trøndelag HF, Namsos / Kolvereid DPS (2008), Stjørdal DPS (2009)

Funn og konklusjonar

Det vart funne eit avvik ved alle einingane, med unntak av einingane ved Helse Nord-Trøndelag HF.

Avvik gitt etter tilsynet i Ålesund var knytt til der ein avslår henvisningar, der desse er mangelfulle eller der ein trur at desse er mottatt som feil instans. Ved Volda DPS blei det avdekket at deler av prosessen knytt til utgreiing ikkje var forsvarleg. Tilsyna vart avslutta i 2009. Ved Kristiansund DPS var tiltak for å styre dei pasientretta aktivitetane uklare. Henvisningar ved Molde DPS vart ikkje alltid handtert i tråd med lovkrav. Vidare blei det avdekket at utredning og behandling av pasientar ved Molde DPS i liten grad er styrkt.

Helsetilsyna i Midt-Norge har i samlrapport til Helse Midt-Norge RHF gitt ei samla vurdering av funn frå dei åtte tilsyna i 2008 og 2009 under punkta: 1) Organisering 2) Bruk av diagnostiske verkktøy 3) Utredning av depresjonar 4) Dokumentasjon 5) Støttesystem Rapportane frå tilsynet er å finne på www.helsetilsynet.no

NAV-reforma på plass i heile fylket

Frå 01.01.10 er deler av Lov om sosiale tenester skilt ut i ei eiga lov: "Lov av 18.12.2009 nr 131 om sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltningen" har mellom anna reglar om økonomisk hjelp og kvalifiseringsprogrammet, om bustad for vanskeligstilte og midlertidig bustad, og reglar om økonomisk hjelp. Den opphavslege "Lov av 13.12.1991 nr 81 om sosiale tenester m.v." inneheld no mellom anna reglane om sosiale tenester til dei som ikkje kan dra omsorg for seg sjølv.

ETTER EIN SÆRS HEKTISK PERIODE FRÅ OG MED 2007, HAR ALLE SÅ NÆR SOM TO KOMMUNAR FÅTT NAV-KONTOR VED UTGANGEN AV 2009. DEI TO SISTE KOM MED I JANUAR 2010

Målet med NAV-reforma er ei heilskapleg, effektiv og brukarretta arbeids- og velferdsforvaltning. Den organisatoriske delen av NAV-reforma er ved utgangen av 2009 i all hovudsak gjennomført. Alle kommunane i Møre og Romsdal har etablert eit NAV kontor, som til saman utgjer det vi før kjente som sosialkontor, trygdekontor og a-etat. Helse- og sosialavdelinga ved Møre og Romsdal fylke har som oppdrag å samarbeide med NAV fylke for å underbygge partnerskapet mellom stat og kommune. Vi skal også følgje med på utviklinga

av dei sosiale tenestene i NAV. Ny lov om sosiale tenester i NAV blei vedtatt 18.12.09 og gjort gjeldande frå 01.01.10. Kommunen sitt ansvar er ikkje endra, men føremålsparagrafen har sett meir fokus på barn, barnefamiliar og på arbeid. Kommunen skal ha internkontrollsystem for dei sosiale tenestene i NAV og fylkesmannen skal føre tilsyn med oppgåvene som gjeld økonomisk sosialhjelp og kvalifiseringsprogram.

Kvalifiseringsprogrammet – Sosialfagleg skreddarsaum i NAV

Kvalifiseringsprogrammet (KVP) er regjeringa sitt viktigaste tiltak i kampen mot fattigdom. Programmet er heimla i Lov om sosiale tenester i NAV og er eit tilbod for personar som ønskjer å komme i arbeid og aktivitet, men som treng tilrettelagt, tett og koordinert oppfølging. Kommunen har gjennom lona ansvaret for programmet, men forvaltninga av det er lagt til NAV – kontor. Kvalifiseringsprogrammet har i 2009 gitt om lag 370 personar i Møre og Romsdal ny høve til å komme seg i arbeid og aktivitet. Møre og Romsdal fylke har saman med NAV-fylke vore på besøk i dei fleste NAV-kontora i samband med oppstart av Kvalifiseringsprogrammet. I tillegg har vi hatt konferansar og møte med NAV-tilsette om programmet.

Møre og Romsdal fylke har og engasjert 4 kommunalt tilsette i NAV-kontor i ulike delar av fylket til å medverke med tilføring av kompetanse i NAV-kontora.

I samband med Kvalifiseringsprogrammet fekk og Møre og Romsdal fylke i oppdrag å etablere Faglege forum. Det vart i 2009 etablert 5 slike fora i vårt fylke. Desse fora er meint som ein arena for at saksbehandlarar i NAV-kontora som arbeider med Kvalifiseringsprogrammet kan ha høve til å reflektere over eigen praksis og drøfte ulike utfordringar og erfaringar med kvarandre.

Les meir om kvalifiseringsprogrammet på www.nav.no/Kvalifiseringsprogrammet



Nedgang i talet på klagesaker om økonomisk hjelp!

Over fleire år har det vore nedgang i talet på klagesaker som gjeld økonomisk sosialhjelp. Talet på innkomne saker vart redusert frå 107 i 2008 til 78 i 2009.



Bustad – stor

Aktuelle lovar:

“Lov av 17.07.1992 nr 99 om frivillig og tvungen gjeldsordning for privatpersoner (gjeldsordningsloven)” og “Lov av 18.12.2009 nr 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen”

til alle satsing i Møre og Romsdal

MØRE OG ROMSDAL ER DET FYLKET I LANDET SOM HAR FLEST KOMMUNAR MED SATSING PÅ BUSTADSOSIALT ARBEID FOR BRUKARAR SOM TRENG OPPFØLGING I BUSTADEN.

Kvifor bustadsosial satsing?

Bustad er ein grunnpilar for eit verdig liv og deltaking i samfunnet. Ein god, trygg og varig bustad er viktig for å oppretthalde eit privatliv, sosiale relasjonar og for deltaking på utdannings- og arbeidsarenaen.

Bustadsosialt arbeid i Møre og Romsdal

I alt 19 kommunar i Møre og Romsdal har fått tilskot til ei bustadsosial satsing. Det har vore med på å hindre at personar har vorte utan bustad.

Sidan 2005 har kommunar i heile landet hatt høve til å søkje om bustadsosiale tilskotsmidlar for å førebyggje at personar mister bustaden. Målet i den nasjonale strategien “På veg til eigen bustad” var å redusere oppmodingar om å fråvike bustader med 50 prosent. Gjennom individuell tilrettelegging og tett oppfølging har mange kommunar i vårt fylke greidd å nå desse måla. Sidan 2005 og fram til no har desse kommunane fått tilskot til bustadsosialt arbeid med om lag 17 millionar kroner. Desse midlane har i hovudsak gått med til oppfølgingstenester av om lag 400 personar.

Kommunane har ytt ymse tenester i oppfølgingsarbeidet. Det har vore mellom anna å lære personar å bu i bustad, innkjøp, halde orden, forvalte økonomi, døgnrytme, deltaking på sosiale aktivitetar, oppfølging for å kunne kome i arbeid/aktivitet, o.a. Alle desse tiltaka har vore medverkande til at personar har makta å halde på bustaden.

Kven er dei vanskelegstilte på bustadmarknaden

Personar som får oppfølgingstenester kan være personar som slit med ulike utfordringar. Dette kan være personar som har psykiske lidningar, unge i overgangen mellom barneverntenesta og sosialtenesta, familiar, økonomisk vanskelegstilte og personar med rusproblem.

Kva har satsinga gjort for brukarar i Møre og Romsdal?

Undersøkingar syner at brukarar ofte får tilbod om bustad i eit belasta område og at bustaden er mellombels. Dette gjer at brukarar ikkje kjem vidare og heller ikkje maktar å halde på bustaden. Fleire kommunar har no sett desse utfordringane og lagt til rette for bustadar som er meir tilpassa den einskilde sine behov. Fleire kommunar satsar på småhus, og fleire legg til rette for at brukaren etter kvart kan eige bustaden sjølv. Tenestene i kommunane har òg verte meir samordna slik at brukaren får ei meir heilskapleg oppfølging.

Nettverk

Møre og Romsdal fylke har eit nært samarbeid med Husbanken. Kvart år arrangerer Møre og Romsdal fylke og Husbanken samlingar for dei kommunane som har fått tilskot til bustadsosialt arbeid. Hensikta er å tilføre desse kommunane fagleg kunnskap, samt at kommunane får høve til å dele erfaringar innanfor dette feltet. Satsinga på bustadsosiale tilskotsordningar held fram også i 2010 og det er venta at endå fleire kommunar no vil søkje midlar. Det er stor deltaking på desse nettverksamlingane.



I 2009 vart nettverket så stort at det vart arrangert 2 nettverkssamlingar, ei for Sunnmøre og ei for Romsdal og Nordmøre.

Utfordringar

Utfordringar som er knytt til det bustadsosiale arbeidet er mellom anna å sikre at brukarar får vedtak på tenester og at det er ei reell brukarmedverking. Tilskot kan ystast i ein periode på 3 år. Ein av føresetnadane for å få tilskot er at tiltaket skal vidareførast i kommunen som ei fast ordning etter at tilskota tek slutt. Ein kan sjå at det er ei utfordring å få ei økonomisk forankring i kommunanes økonomiplanar etter at tilskotsperioden er over. Ei anna utfordring er at kommunane sine bustadsosiale handlingsplanar ikkje vert gjennomførte. Det er mange kommunar som har planar som gjev gode beskrivingar av utfordringar og gode tiltak. Ei politisk og administrativ forankring av desse planane vil medverke til at dei vert gjennomførte. Det kan og være med på å styrkje ei felles forståing på tvers av kommunale etatar om at bustadsosialt arbeid er hensiktsmessig og førebyggjande.

Finanskrise – nye utfordringar

DÅ NOREG MED RESTEN AV VERDA VART RÅKA AV FINANSKRISSE, AUKA BEHOVET FOR ØKONOMISK RÅDGJEVING OG GJELDSRÅDGJEVING I KOMMUNANE. BRUKARAR AV TENESTENE AUKA OG FLEIRE MÅTTE BE OM BISTAND.

Mange med behov for tenester

Personar som treng økonomisk rådgjeving/ gjeldsrådgjeving har tradisjonelt vore personar som har kome i eit økonomisk uføre, til dømes gjennom lett tilgang til kredittkort. Mange blir lett freista til å velje enkle løysingar når behovet for pengar er stort. Utlånsinstitusjonar og kredittselskap har vore lett tilgjengelege og det har vore lett å låne pengar. Mange har lånt pengar utan utsikt til å betale tilbake gjeld, eller dei har vanskar med å disponere egne midlar slik at tilbakebetaling har vorte særskilt vanskeleg.

Gjeldsrådgjevarar i kommunen har då gitt naudsynt bistand til enkeltpersonar, som til dømes ved rettleiing, inngå avtalar, sette opp budsjett, avtale frivillig forvaltning og andre tiltak for å få bot på slike situasjonar.

Finanskrise ga desse rådgjevarane nye og andre utfordringar. Dei vart no kontakta av personar som i utgangspunktet hadde høg inntekt og aldri hatt behov for bistand. Mange av desse hadde i tillegg til høg inntekt også ei stor gjeld. Desse personane vart no råka av finanskrise i form av at dei miste arbeidet og den inntekta dei var vant til og som dei levde etter.

Møre og Romsdal fylke fekk fleire telefonar frå kommunar som fortalde om at det var auka behov for bistand til enkeltpersonar til gjeldsrådgjeving og at det var behov for å auke kompetansen på området.

Stor deltaking på kurs

Møre og Romsdal fylke si oppgåve i samband med økonomisk rådgjeving og gjeldsrådgjeving i kommunane er framfor alt å tilby kommunane opplæring i å handtere desse utfordringane som enkeltpersonar står overfor.

Kvart år tilbyr Møre og Romsdal fylke kurs for personar som er tilsette i kommunane. Desse kursa er spesielt retta mot saksbehandlarar innanfor økonomisk rådgjeving og gjeldsrådgjeving. Møre og Romsdal fylke tilbyr grunnkurs og vidaregåande kurs, og eit påbyggingskurs innanfor emnet annakvart år.

I 2009 vart det arrangert grunnkurs for kommunalt tilsette og NAV-tilsette som har slike oppgåver. Det var forventet deltaking med ein person frå kvar kommune, altså ca 36 personar. Deltakinga på kurset vart om lag dobbelt så stor som forventet, med 60 deltakarar. Det tyder på at det er fleire

som no har desse oppgåvene i kommunane og NAV-kontora. I 2010 vil det verte eit vidaregåande kurs, og ein reknar med at det her òg vil bli stor deltaking.

Interkommunalt samarbeid

Fleire kommunar har gått saman om interkommunalt samarbeid på dette området. Dei har i fellesskap tilsett økonomisk rådgjevarar som yter tenester i fleire kommunar. Eksempel på dette er kommunane Hareid, Herøy, Ulstein, Sande og Vanylven på søre Sunnmøre.

Vi kjenner òg til at det er NAV-kontor fleire stader i fylket som ønskjer å få til interkommunale ordningar for gjeldsrådgjeving.

Aktuelle lover:

“Lov av 17.07.1992 nr 99 om frivillig og tvungen gjeldsordning for privatpersoner (gjeldsordningsloven)” og “Lov av 18.12.2009 nr 131 om sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltningen”



800GJELD

I oktober 2009 oppretta NAV ein nasjonal gjeldstelefon 800GJELD, som er det same som 80045353. (Tastaturbokstavane G - J - E - L - D samsvarer med tala 4 - 5 - 3 - 5 - 3 på telefonen.) Tenesta er for personar som har økonomiske problem og treng råd og rettleiing.

demensplan 2015: "Den gode dagen"

I 2009 HAR HELSE OG SOSIALAVDELINGA HATT EKSTRA FOKUS PÅ DEI OMSORGSUTFORDRINGANE AUKA LEVEALDER OG ENDRÅ ALDERSSAMANSETJING I BEFOLKNINGA VIL FØRE TIL. TALET PÅ MENNESKE MED ULIKE DEMENSSJUKDOMAR VIL TRULEG BLI DOBLA I LØPET AV 35 ÅR. DEMENSPLAN 2015 ER EIN NASJONAL PLAN MED TILTAK SOM SKAL BETRE SITUASJONEN FOR PERSONAR MED DEMENS OG DEIRA PÅRØRANDE.

Vår erfaring viser at fylgjande tre tiltak manglar i mange kommunar:

1. Demensteam som syter for at personar får ei diagnose, samt utgreiing av hjelpebehov og plan for tiltak
2. Gode dagtilbod som er tilpassa interesser og funksjonsnivå hjå brukarane
3. Pårørandeskole og samtalegrupper

Kommunane Sunndal, Kristiansund, Tingvoll, Herøy og Molde har vore med i eit nasjonalt utviklingsprogram innan demensomsorg. Programmet var delt i diagnostikk og utgreiing, dagtilbod og avlastningsordningar, samt tiltak for pårørande.

Gunn Inger Lie frå Sunndal kommune seier dei har gjennomført pårørandeskole i 2008 og 2009. Dei har bestemt at det blir gjennomført årlege kurs, såfram det er nok deltakarar. Ho seier vidare: "Eg opplevde det motiverande å møte andre modellkommunar. Vi har forskjellig innbyggartal, geografi og organisering, men det er nyttig å høyre og adoptere tankar, visjonar og metodar som andre kommunar har."

Her finn du fleire kompetansemiljø innan demensfeltet:

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse - www.aldringoghelse.no
Helsedirektoratet - www.helsedir.no
Helsebiblioteket - www.helsebiblioteket.no
Nasjonalforeningen for folkehelsen - www.nasjonalforeningen.no
GERIA, Oslo kommunes ressurscenter for demens og alderspsykiatri - www.geria.no
Olaviken alderspsykiatriske sykehus - www.olaviken.no
Senter for omsorgsforskning
Undervisningssykehjemmene

Bente Åsbø er koordinator for modell-kommuneprosjektet i Kristiansund kommune. Ho seier at det å ha vore modellkommune innanfor alle tre programområda har hjulpet kommunen til å halde fokus på og løfte fram utviklinga av tenestetilbodet innan dette området. "Vi har utvikla kvaliteten innan utredning og diagnostisering, dag- og avlastningstilbod og tilbod til pårørande. Vi har gjennom deltaking i tre programområde sett at dette er område som må utviklast parallelt for å få gode, samanhengande og førebyggjande tenester til brukargruppa."

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse skal utvikle ein nettbasert erfaringsbank som skal vise gode eksempel på tilrettelagte tenester til personar med demens. Nettsida opnar våren 2010 og erfaringar frå Møre og Romsdal blir teke med der.

Tilskot til auka kompetanse

I Demensplan 2015 er kompetansetiltaka for perioden 2007 til 2010 i hovudsak knytt opp mot auka grunnkompetanse om demens. Demensomsorgens ABC er ei studiepakke

som kan nyttast til bedriftsintern opplæring. Kommunane får studieopplegget til subsidiert pris. Nærare opplysningar om studieopplegget kan hentast frå www.aldringoghelse.no

På same nettstad finns det og informasjon om fagskoleopplæring i demens og alderspsykiatri for hjelpepleiarar, omsorgsarbeidarar og helsefagarbeidarar. Kommunen kan søke om tilskot til vidareutdanning for sine tilsette innan geriatri og demens gjennom Kompetanseløftet 2015. Fylkesmannen kan gi nærare opplysningar om dette.

Så god ein dag




"Så god ein dag" var tittelen på omsorgskonferansen i 2009 som samla heile 350 deltakarar og vekte stort engasjement. Kvart år i planperioden frå 2007 til 2015 arrangerer vi ein stor konferanse med eit årstema. Konferansen i 2009 hadde både nasjonale og internasjonale innleiarar med høg kompetanse og erfaring. Konferansen sette demens på dagsorden både når det gjeld haldningar, kunnskap og tiltak som kan gjere dagane lettare. For det er mykje ein kan gjere. Ein av innleiarane snakka av eigen smerteleg erfaring som pårørande. Det var Laila Lanes som er gift med tidlegare fiskeriminister Jan Henry T. Olsen. Ekteparet deltok på konferansen og gjorde sterkt inntrykk på deltakarane med si gripande og ærlege forteljing. Dei delte erfaringar om korleis det var å få diagnosen demens som lukkeleg nygift; og korleis dei opplevde møtet med hjelpeapparatet.



ILLUSTRASJONSFOTO: INGRAM

Tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheim

Som eit ledd i tilsynet med pleie- og omsorgstenesta i fylket gjennomførte Helsetilsynet i Møre og Romsdal i 2009 tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar i seks kommunar. Dei kommunane som fekk besøk var Vestnes, Kristiansund, Midsund, Stranda, Eide og Fræna. Det viste seg å vere store skilnader mellom dei seks kommunane. Halvparten av kommunane fekk eit avvik kvar, to fekk ikkje avvik og ein kommune fekk ein merknad.

Tilsynet vart gjennomført som del av eit landsomfattande tilsyn, der målet var å undersøkje om kommunane sikrar at eldre pasientar på sjukeheim får nødvendig og rett legemiddelbehandling ved innlegginga og det vidare opphaldet i sjukeheimen. Det vart undersøkt:  om kommune- og sjukeheimsleiinga sikrar at legemiddelbehandlinga blir vurdert og systematisk følgd opp  at det ligg føre naudsynt dokumentasjon av behandlinga og at dokumentasjonen er tilgjengelig for dei som treng det  at det ligg føre naudsynt kompetanse og kapasitet hos lege og anna helsepersonell som er involvert i legemiddelbehandlinga

I dei kommunane som ikkje fekk avvik vart det vist til at det over tid har vore arbeid med å bygge opp system som skal sikre at det blir tatt omsyn til alle delar i legemiddelbehandlinga. Desse kommunane viste til at tenesta var organisert slik at ansvar, oppgaver og mynde var tydeleg i verksemda. Det vart også vist til ei kompetanse- og personellstyring som sikra legemiddelbehandlinga. Likevel har også desse kommunane utfordringar i samband med kompetanse og personell. Desse kommunane viste til mange gode døme for å leggje til rette for god praksis og førebyggje svikt innan legemiddelbehandling. Tilsynet merka seg at leiinga var synleg, og det var kontinuitet i tilsynslegefunksjonen.

I dei kommunane som fekk avvik var det ulike grunnar for det i kommunane. Det var mange manglar ved organisering og fordeling av ansvar, mynde og oppgaver. I nokre høve var det lite leiarsressursar, andre stadar var det uklare ansvarslinjer

og mangelfull oversikt over ansvar og mynde. Tilsynet fann også at det kunne vere lite dokumentasjon om pasienten si legemiddelbehandling i pasientjournal, og det var lite system på regelmessige kontrollar av pasienten si legemiddelbehandling. I einskilde tilfelle var det lite system på kompetansestyling, og i nokre tilfelle var det manglande ressursar/planar for å ivareta legemiddelbehandlinga til pasienten, serleg i helgar, høgtider og feriar. Vi såg òg at det var manglande system for handtering av avvik og risiko og sårbarheit i desse kommunane.

Det er såleis store forskjellar på dei kommunane/sjukeheimane der det ikkje vart avdekket avvik mot dei som det vart avdekket avvik med. Tilsynet meiner det er grunn til å uroe seg over at det er så stor skilnad på kommunane, og vi vil oppmunde kommunane om å lære av kvarandre.

Rapportane frå tilsynet er å finne på www.helsetilsynet.no

Nytt kapittel i



Lov om pasientrettar

NYE REGLAR I LOV OM PASIENTRETTAR FRÅ 1. JANUAR 2009. KAP 4 A REGULERER ADGANGEN TIL Å YTE SOMATISK HELSEHJELP TIL PERSONAR SOM MANGLAR SAMTYKKEKOMPETANSE, OG SOM SAMSTUNDES MOTSET SEG HELSEHJELPA.

Omfang

Reglane omfattar personar med demens, psykisk utviklingshemning eller fysiske eller psykiske forstyrningar som svekkar samtykkekompetansen. Reglane skal sikre denne pasientgruppa nødvendig helsehjelp, og førebygging og redusere bruken av tvang. Helsepersonellet skal prøve å legge til rette for at helsehjelpa kan ytast utan at det vert nødvendig å bruke tvang. Dersom pasienten stadig motset seg helsehjelpa, og det å ikkje gi hjelpa kan føre til vesentleg helseskade slik at helsehjelpa vert sett på som nødvendig, er det høve til å gi helsehjelp med tvang. Helsepersonellet må også vurdere om tiltaket står i forhold til behovet for helsehjelpa.

Tvungen helsehjelp

Helsepersonell som er ansvarleg for helsehjelpa treff vedtak om tvungen helsehjelp, og slikt vedtak kan treffast for inntil eit år om gongen. Pasienten og næraste pårørande skal snarast mogeleg bli informert om vedtaket.

Pårørande sine rettार

Næraste pårørande til desse pasientane har visse rettार. Før det blir truffe vedtak om tvungen helsehjelp, skal det om mogeleg innhentast informasjon frå pasienten sine næraste pårørande om kva pasienten ville ha ønska.

Informasjon

Både pasienten og næraste pårørande har rett til nødvendig informasjon som gjer det mogeleg å få innsikt i helsetilstanden til pasienten og innhaldet i helsehjelpa. Dei skal og ha høve til å vere med og velje mellom forsvarlege og tilgjengelege undersøkings- og behandlingsmetodar.

Klager

Vedtak om tvungen helsehjelp kan påklagast av pasienten eller pasienten sine næraste pårørande. Klagefristen er tre veker, men også klage som er sett fram seinare, kan bli behandla. Klagen skal vere skriftleg og rettest til helsetilsynet i fylket, men sendast til den helsetenesta eller verksemda som har truffe vedtaket. Helsepersonell kan hjelpe til med å skrive ned klagen.

Auka kompetanse

Helsetilsynet i Møre og Romsdal har i 2008 og 2009 gjennomført eit omfattande opplæringsarbeid overfor kommunane, helseføretaka, tannhelsetenesta, brukarorganisasjonane og ulike utdanningsinstitusjonar. Opplæringa er gitt i form av fleire heildagsseminar, generell informasjon rundt tematikken i samband med ordinær kontakt med instansane, og i ad-hoc møter om enkeltsaker.

Vi får kopi av alle vedtak, og gjennom vår saksbehandling gir vi tilbakemelding, slik at tenesteutøvarane skal få auka sin kompetanse.

Fokus på tillitsskapende tiltak

Erfaringa så langt er at regelverket har hatt stort fokus på tillitsskapende tiltak, som igjen har medført at iversetning av tvangstiltak ikkje har vorte nødvendig. I løpet av 2009 har fylkesmannen fått ca 40 vedtak. Det er grunn til å tru at omfanget av tvang er meir omfattande enn dette. Det er stor skilnad mellom kommunane. Mange kommunar har enno ikkje fatta vedtak, medan andre har fatta fleire. Truleg er ikkje det nye regelverket enno fullt ut kjent og teke i bruk. Vi ventar oss såleis ein stadig auke i vedtak etter kapittel 4A i lov om pasientrettar. Slike vedtak er med på både å synleggjere, men også på sikt å få ned bruken av tvang, slik vi ser det.



Den nye influensaen

PANDEMIEN I 2009 VAR PÅ MANGE MÅTAR EIN PRØVESTEIN PÅ EI SAMORDNA NASJONAL HELSETENESTE. PANDEMIEN GAV NOREG EIN LANGVARIG BEREDSKAPSSITUASJON. DEN HAR GJEVE MYKJE ERFARING I SAMHANDLING PÅ ALLE NIVÅ OG BLIR KANSKJE REFERANSE TIL KORLEIS NYE HENDINGAR SKAL HANDTERAST.

I slutten av april kom det urovekkande meldingar frå Mexico om eit nytt influensavirus med høg dødsrisiko. Sjukdommen spreidde seg svært fort i verda og ein visste ikkje når og korleis Noreg ville bli råka. Året vart prega av ei planlegging for det uvisse, gjennomføring av helseteneste med stadig endra føresetnader, utfordringar i å sørge for like tilbod i alle landets kommunar og naudsynt bruk av elektroniske medier for informasjonsflyt.

Kva er ein pandemi?

Ein pandemi er ein verdsomspennande influensaepidemi med eit heilt nytt influensavirus som ingen har immunitet mot og alle kan bli smitta av. Det er om lag tre tilfeller kvart 100. år. Det er stor uvisse om når og korleis ein ny pandemi vil råke. I 1918-19 vart verda råka av "Spanskesjuka", ein influensaepidemi med 20-40 millionar døde på verdsbasis. Ein har sidan vore redd for at ein ny influensa skulle råke verda på same vis.

Planlegging for det uvisse

Heilt frå starten var det fokus på planlegging av samfunnsmessige konsekvensar av noko ein ikkje visste kva skulle kome til å bli - ein verstefalls strategi. Krisa kunne ikkje handterast av helsevesenet åleine. Tydeleg leiारforankring, ikkje minst i kommunane utvikla seg gjennom sommaren og medverka til god planlegging i alle sektorar. Det var spreidde tilfelle i Noreg fram mot juli, då kom dei første stadfesta tilfella i Møre og Romsdal. Føresetnader basert på erfaringar frå den sørlege halvkule førte til at sjukehusa og kommunane måtte planlegge for auka kapasitet, særleg for intensiv behandling. Gjensidig informasjon i form av regelmessige telefonmøte mellom kommunane, helseføretaka i fylket og fylkesmannen viste seg å ha stor nytteverdi.

Vaksine – både krav og skepsis frå befolkninga

Tida fram til første levering av vaksinen vart nytta til intens planlegging for massevaksinasjon. Vaksinane vart sendt ut porsjonsvis til kommunane og helseføretaka frå oktober og fram til desember. Dette fall saman med den andre bølga som råka Noreg. Nasjonale helsestyresmakter avgjorde prioriteringa. Risikogrupperne skulle få vaksine først. Vaksineskepsis i befolkninga generelt og frå helsepersonell spesielt, svinga frå dag til dag. Ved årets slutt hadde om lag 50-70% av den totale befolkninga i Noreg fått vaksine.

Kva vart resultatet?

Sjukdomen var mild for dei aller fleste. Ved årsskiftet er det berekna at mellom

450.000 og 1.800.000 nordmenn har vore sjuke. Det var om lag 14.000 bekrefta positive prøver. I heile landet er 29 personar døde på grunn av influensaen. Dei fleste tilhørte risikogrupperne, men 1/3 av dei som døde hadde ingen underliggjande kjende sjukdomar. Det var ikkje spesielt høgt sjukefråvær i samfunnet. Dei aller fleste stadene var det ikkje naudsynt å sette i verk beredskapsplanane. Likevel har planlegginga vore ein føresetnad for at helsevesenet har tålt den auka belastninga, og for vellukka gjennomføring av massevaksinasjonen.

Behov for rask kommunikasjon – gjennomslag for elektroniske medier

Elektroniske medier, internett og epost, fekk vist sin nytteverdi. Nettstaden www.pandemi.no vart oppretta. Rask informasjon og kommunikasjon var naudsynt, men mengda av informasjon og raske medier har nok også ført til mykje støy og i seg sjølv medverka til utfordringar i handteringa av pandemien.

Ei nasjonal helseteneste – behov for samordning!

I Noreg er der over 400 kommunar, som alle har ansvar for si eiga helseteneste og handtering av ein kvar situasjon. Pandemien har lært oss at det er svært viktig å ha ein felles situasjonsforståing og semje om kva tiltak som er naudsynt. Aktiv samordning i alle ledd av forvaltninga og helsetenesta har vore føresetnaden for at det vart eit godt resultat. Ved handtering av kriser dei komande åra vil det heilt sikkert bli referert til pandemien i 2009.

A (H1N1)

Lenker:
<http://www.pandemi.no>

ILLUSTRASJONSFOTO: INGRAM



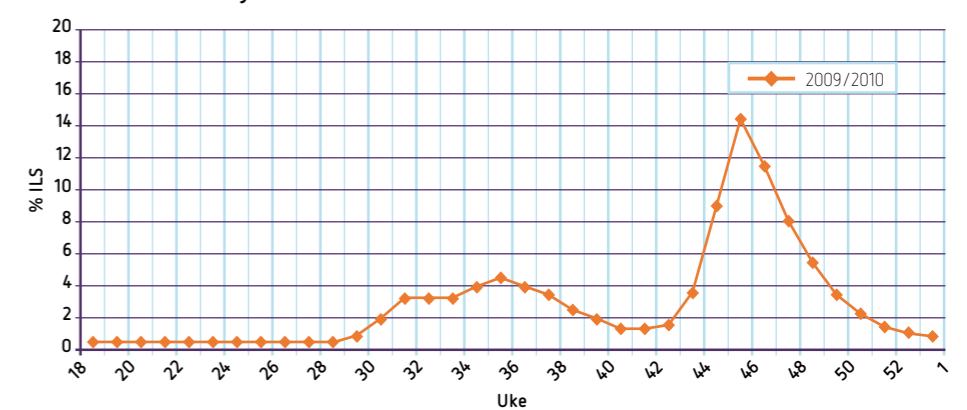
OLAFOTO

Risikogrupper

(kilde : pandemi.no) :

- Vaksne og barn med kroniske luftveissjukdomar
- Vaksne og barn med kroniske hjerte/karsjukdomar
- Vaksne og barn med nedsett forsvar mot infeksjonar
- Vaksne og barn med diabetes mellitus (både type 1 og type 2)
- Gravide
- Vaksne og barn med kronisk nyresvikt eller leversvikt
- Kronisk, nevrologisk sjukdom eller skade
- Svært alvorleg fedme, dvs. kroppsmasseindeks (BMI) over 40 kg/m²

Influensaliknende sykdom 2009/10



KILDE GRAFER: SITUASJONSRAPPORT NR. 47 FRA FHI TIL HELSEDIRKORATET. INFLUENSALIKNENDE SYKDOM (ILS) I NORGE. GRAFEN VISER ANDEL (%) AV ALLE LEGEKONSULTASJONENE PR. UKE HVOR DIAGNOSEN "INFLUENSALIKNENDE SYKDOM" BLE SATT.

Meldefrekvensen

TALET PÅ MELDINGAR OM BETYDELEG PASIENTSKADE I SJUKEHUS ER DOBLA INNAN MEDISIN, GYNEKOLOGI/ FØDE OG PSYKIATRI SAMANLIKNA MED ÅRET FØR, MEN ER FRAMLEIS SVÆRT LAV SAMANLIKNA MED LANDET OG REGIONEN ELLES.



framleis lav



Meldingar etter Lov om spesialisthelsetenester § 3-3 er den delen av helseføretaka sine avvik/skademeldingar som Helsetilsynet i fylket sakshandsamar gjennom året. Meldeplikta gjeld for helseføretak, private sjukehus og liknande. Den omfattar hendingar som har ført til betydeleg personskaade og tilhøve som kunne ha ført til betydeleg personskaade.

Meldefrekvensen i vårt fylke har totalt sett auka dei siste åra, men er framleis svært låg samanlikna med landet og regionen elles. At meldefrekvensen er aukande treng ikkje bety at det skjer fleire feil ved sjukehusa no enn tidlegare. Mykje tyder på at det heller er uttrykk for at sjukehusa er meir opne i høve til slike hendingar og har betre rutinar for å følgje dei opp.

Meldesystemet er meint å skulle vere eit ledd i verksemda sitt internkontrollsystem. Derfor er det å lage ei melding berre første del av ein omfattande prosess. Verksemda har ansvar for at alle sider ved hendinga vert analysert og trekt lærdom av, med tanke på å gjera systema meir robuste for å tryggje pasientane. Vårt inntrykk er at desse prosessane endå kan bli betydeleg betre ved mange avdelingar. Dette må implementerast i ulike forbetningsprosessar. Det er eit omfattande arbeid som krev ei aktiv leiing og ein open organisasjon.

Graden av alvor i hendingane/meldingane i 2008 og 2009

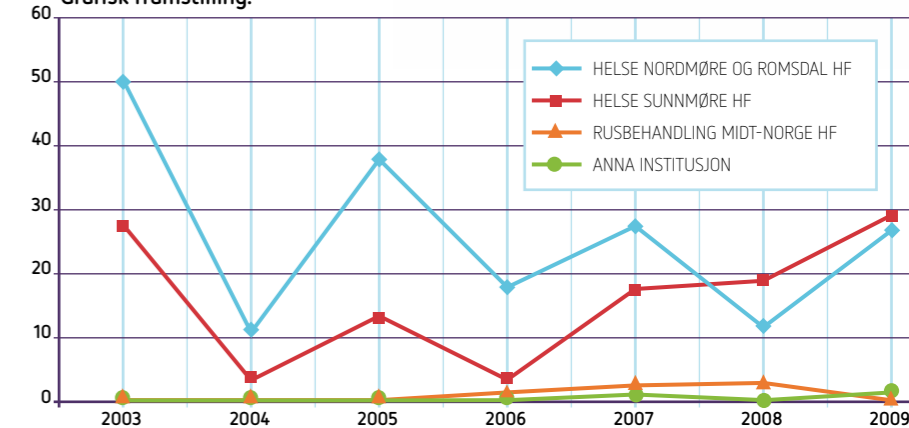
	2008	2009
Forhold som kunne ha ført til betydeleg skade på pasient	9	18
Betydeleg skade på pasient	20	32
Dødsfall	5	7
Totalt	34	57

Utfallet av hendingane

Av dei 91 hendingane som vart meldt over toårsperioden enda 12 med naturleg død. Halvparten av desse var sjølv mord.

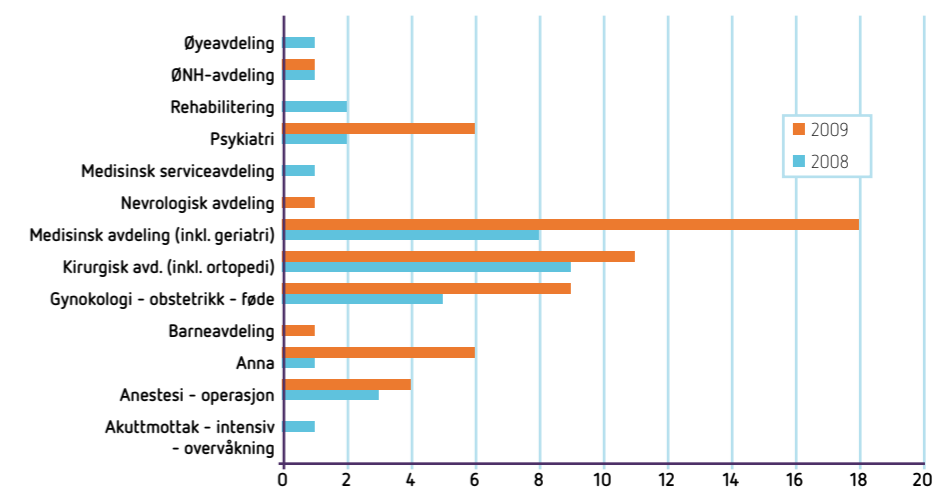
Talet på meldingar fordelt på helseføretak frå 2003 til 2009

Grafisk framstilling:



Helseføretak	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Helse Nordmøre og Romsdal HF	50	11	38	18	27	12	27
Helse Sunnmøre HF	27	4	14	4	17	19	29
Rusbehandling Midt-Norge HF	0	0	0	2	3	3	0
Annen institusjon	0	0	0	0	1	0	1
Totalt	77	15	52	24	48	34	57

Talet på meldingar fordelt på avdelingar i sjukehusa frå 2008 og 2009



Pasientreiseordninga

PASIENTAR SOM SKAL TIL BEHANDLING I DET OFFENTLEGE HELSEVESENET HAR ETTER PASIENTRETTSLOVA KRAV PÅ DEKNING AV REISEUTGIFTER ETTER FASTSETTE SATSAR. AV DEI RETTIGHETSKLAGENE SOM HELSETILSYNET I MØRE OG ROMSDAL BEHANDLAR, ER PASIENTREISENE DEN DOMINERANDE GRUPPA, OG UTGJER VEL HALVPARTEN AV SAKENE, CA. 20-30 SAKER KVART ÅR.

Pasientane sine krav om reiseutgifter vart tidlegare behandla ved NAV-kontora i den einskilde kommune, frå september 2009 vart det oppretta eit felles kontor for heile fylket som vurderer krava i første instans.

Finansieringsansvaret for pasientreisene vart frå årsskiftet 2003/2004 overført frå folketrygda til dei regionale helseføretaka. Helsetilsynet i fylket, som frå før var etablert som klageinstans etter pasientrettslova, avløyste også Trygderetten som klageorgan for desse sakene. Pasientane merka den gong lite til omlegginga, sidan deira rettar var uendra, og helseføretaka kjøpte saksbehandlingstenester frå trygda. Ein kunne framleis ta med seg billetter og andre vedlegg og møte opp på sitt lokale trygdekontor (som etter kvart vart til NAV-kontor), der kravet vart behandla på same måte som før.

Pasientreisekontor i Møre og Romsdal

Dei regionale helseføretaka har no teke omlegginga eit steg vidare, ved sjølv å overta saksbehandlinga. Frå september 2009 vart det starta opp eit eige pasientreisekontor i Ålesund, som skal behandle alle reiserekningar for Møre og Romsdal. Pasienten må no fylle ut eit rekningskjema som han får hos legen/ behandlaren, sende dette til eit felles senter (Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS) i Skien, som igjen fordeler sakene til pasientreisekontoret i det einskilde fylke.

For pasientar som er vant med å ta med seg ei usortert bunke med kvitteringar til sitt lokale kontor og der få hjelp med å sette opp kravet, blir nok dette uvant. NAV-kontora har nok i den siste tida før omlegginga prøvd å venje pasientane til å fylle ut rekningskjema sjølv, noko som har ført til misnøye. Det blir derfor spanande å sjå kor fort den nye ordninga blir kjent og akseptert av pasientane. Truleg vil nok pasientreisene framleis bli oppfatta som eit NAV-ansvar i ein periode framover.

Sidan omlegginga skjedde så seint på året, har Helsetilsynet i fylket enno ikkje motteke klager som har vore behandla ved det lokale Pasientreisekontoret. Vi har registrert einskilde mishagsyttringar pr. telefon og ved innlegg i media over at behandlinga av kurante saker tek lang tid, og senteret i Skien melder no at dei har problem med saksbehandlingstida på grunn av at saksmengda er 30 % større enn berekna.

Nokre typiske problemstillingar:

👉 Pårørende sine opphaldsutgifter

Ting som går igjen i klagesakene, er til dømes at pårørende krev dekt opphald på behandlingstaden når pasienten som dei har vore følgjesvein for blir innlagt på sjukehus i fleire dagar. Dette er ikkje noko dei pårørende har rett til etter dette regelverket, og fører regelmessig til avslag. Retten til sjuketransport er avgrensa til det nødvendige for å få pasienten til og frå behandlingstaden. Dersom det av behandlingssmessige årsaker er nødvendig å ha nære pårørende til stades, må kostnadene med dette dekkjast av den aktuelle helseinstitusjonen.

Likevel kan det slumpe til at følgjesvein får rett til dekning av opphaldskostnader når pasienten er innlagt, men det er i dei tilfella der det fell rimelegare å opphalde seg på behandlingstaden enn å reise to turar, ein gong for å levere pasienten, og reise ein gong til for å hente han heim att.

👉 Forelding av krav

Ein gjengangar i klagesakene er dette med at pasientar samlar opp reiseutgifter over lengre periodar, og blir svært seine med å levere inn rekningane. Etter 6 månader misser ein retten til å få utgiftene dekt. Denne regelen vart arva frå folketrygdlova.

I samband med at ny sjuketransportforskrift vart vedteken i 2008, fann ein at det var nødvendig å gjere ei tilføyning i lovteksten i pasientrettslova § 2-6 om fastsetting av fristar. Inntil denne lovendringa kom på plass, var det den generelle 3-årsfristen i foreldingslova som gjaldt. I 2009 var det nokre pasientar som gjennom klagebehandlinga berga krava sine på grunn av dette.

Den nødvendige lov- og forskriftsendringa vart sett i kraft frå 1.1.2010, og fristen er no 6 månader igjen!

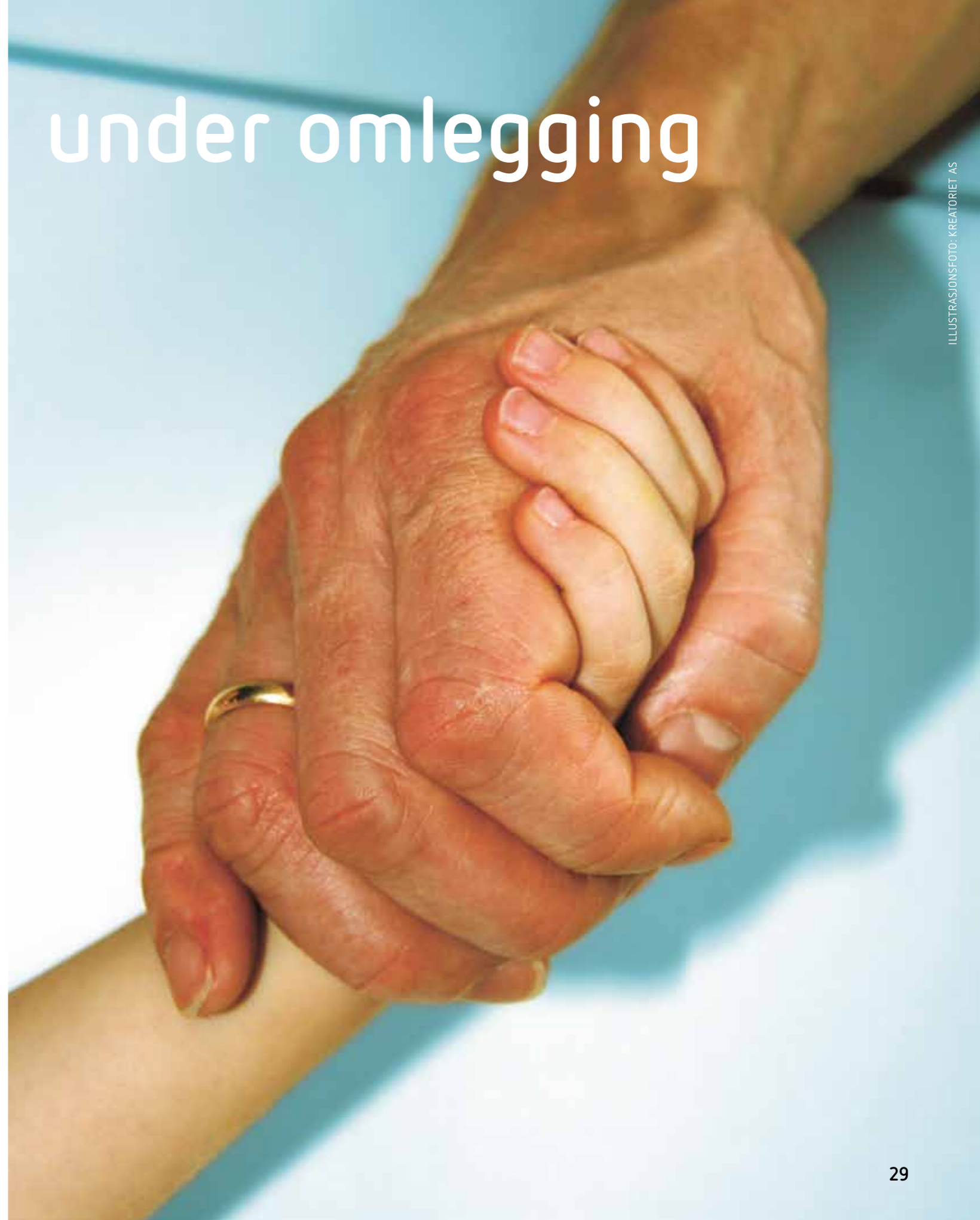
👉 Næraste stad

Det sjølvsgatte utgangspunkt er at pasientreiser skal skje på billegast mogleg måte for det offentlege. Rutegående transport skal nyttast dersom ein kan, eller felles transportløyisingar kan bli organisert av Pasientreisekontoret. Likeeins skal ein nytte det behandlingstilbodet som er nærast. Innan primærhelsetenesta ser ein likevel heile kommunen under eitt, slik at pasientar har rett til dekning av reisa sjølv om legen, fysioterapeuten, m.v. held til i den andre enden av kommunen. Skulle det vere fleire kommunar som har organisert eit samarbeid om fastlegeordninga, vil også ein fastlege i nabokommunen vere å rekne som næraste stad, uansett avstand. Helsetilsynet har likevel gjeve medhald i nokre få saker der ventetida for å sleppe til hos den næraste behandlaren har vore urimeleg lang, og pasienten har brukt behandlar litt lenger unna.

Nokre krav kan og føre til avslag fordi reiseavstanden er for kort, då reiseavstanden må vere over 3 km for at det skal bli rekna som reise. Slike bagatellkrav får vi likevel sjeldan klager på.

Les meir på www.pasientreiser.no

under omlegging



Kort og godt:

Verjemål

Fylkesmannen er klageinstans over enkeltvedtak som overformynderi har fatta, samt at ein behandlar søknader om lån av umyndige sine midlar i første instans. Fylkesmannen har også tilsyn med overformynderi i fylket. Ein vesentleg del av dette som skjer ved desisjon/ godkjenning om rekneskap er i tråd med verjemålslova. Fylkesmannen ser at klagesakene og førespurnad på området ofte er juridisk komplekse.

Klagesaker og behandling i første instans:

	2007	2008	2009
Mottatte klagesaker	14	11	12
Behandla klagesaker	13	9	13 (3 frå 2008)
Mottatte saker til behandling i første instans	2	5	1
Behandla saker i første instans	2	4	3 (2 frå 2008)

Tilsyn:

	2007	2008	2009
Mottatte rekneskap (inkl. tidlegare rekneskapsår)	19	45	37
Behandla rekneskap (inkl. tidlegare rekneskapsår)	19	38	32
Mottatte tilsynssaker	4	2	2
Behandla tilsynssaker	4	0	2
Stadlige tilsyn	1	0	0



Separasjon og skilsmisse

Fylkesmannen i Møre og Romsdal behandlar separasjon- og skilsmisseyve etter ekteskapslova:

Tal på løyve for åra 2006-2009:

År	Separasjon	Skilsmisse	Ekteskap inng.(MANNENS BUSTADSADR)
2009	552	461	
2008	516	446	1135
2007	515	456	1067
2006	526	480	940

Møre og Romsdal fylke godkjenner utanlandske separasjonar- og skilsmisser:

Tal på godkjende saker for åra 2006-2009:

År	Godkjende saker
2009	64
2008	56
2007	36
2006	49

Løyve til å rekvirere sentralstimulerande legemiddel

I 2009 vart det søkt om generelt løyve frå 15 legar, det vart gjeve løyve til 12 spesialistar og avslag på 3 søknader. Løyva vart gjevne fram til 2011. Saman med løyve til spesialistar gjeve i åra 2005 til 2008 så er det no 54 spesialistar i Møre og Romsdal som har generelt løyve fram til 01.05.2011.

Allmennpraktiserande legar kan få løyve til å føreskrive til einiskilde pasientar, under føresetnad av at det er ein legespesialist som har gjennomført den medisinskfaglege vurderinga. Tallet på løyver viser stor skilnad på ulike delar i fylket. Ein gjer merksam på at løyve til forskrivning til barn under 18 år, og vaksne over 18 år, frå 2005 blir gjevne fram til 2011, slik at tala til ein viss grad avspeglar kumulative tendensar.

Område	2006	2007	2008	2009
Nordmøre	67	32	49	52
Romsdal	123	56	69	36
Sunnmøre	110	74	79	61
I alt	300	289	197	149

TALET PÅ ENKELTLØYVE TIL PASIENTAR > 18 ÅR SOM FÅR FØRESKRIVE SENTRALSTIMULERENDE LEGEMIDDEL I ÅRENE 2006, 2007, 2008 OG 2009. (KJELDE: HELSE- OG SOSIALAVDELINGA)

Område	2006	2007	2008	2009
Nordmøre	46	50	49	68
Romsdal	37	32	20	32
Sunnmøre	35	45	54	73
I alt	118	127	123	173

Særfrådrag i skatt for store sjukdomsutgifter

Etter skattelova § 6-83, andre ledd kan det krevjast særfrådrag ved likninga for store sjukdomsutgifter, det skatteytaren har nytta seg av tilbud utanfor det offentlege norske helse- og sosialvesenet. Fylkesmannen avgjer om vilkåra for å få slike særfrådrag er innfridd:

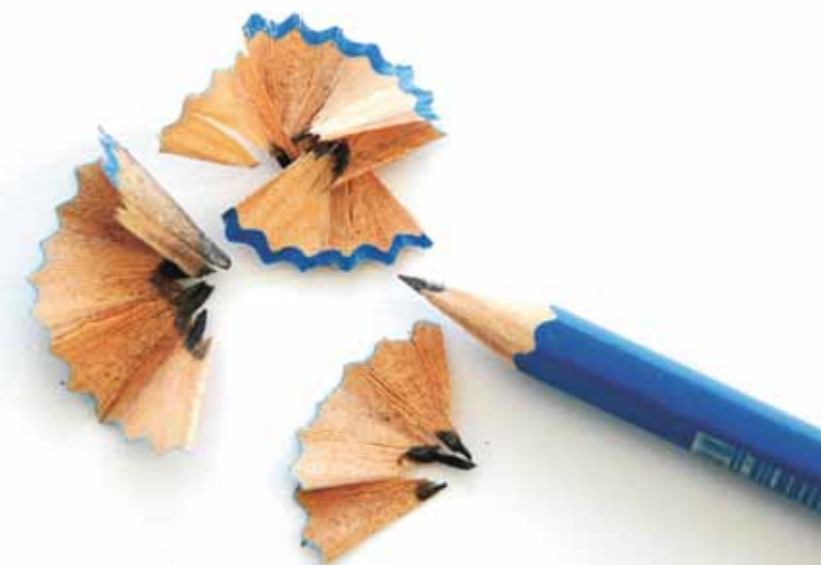
1. om behandlinga er gjeve utanfor det offentlege helsetilbodet
2. om det offentlege manglar rett tilbud for behandlinga av sjukdommen, eller det er urimeleg lang ventetid for å få tilgang til det offentlege tilbodet.
3. om det oppsøkte tilbodet kan sjåast på som fagleg forsvarleg.

Behandling av klage på krav om særfrådrag

	2007	2008	2009
Behandla saker	22	23	26
Avslag	21	21*	23**
Medhald	1	0	0
Klage oversendt Helsedirektoratet	7	8	9

*: 3 SAKER FEILSENDT OSS **: 3 SAKER FEILSENDT OSS

Talet på innkomne saker i 2009 var 58, ved årsskiftet 2009/2010 var det 32 saker i restanse, desse er behandla i 2010. Fem saker er ferdigbehandla i Helsedirektoratet, og Fylkesmannen sine vedtak er stadfesta. Utfallet i 4 av dei oversende klagene er ikkje kjent enno.



Klagebehandling

Tilsynssaker

Uheldige hendinger i helsetenesta der det har vore grunn til å tru at helsepersonellova har vore broten.

	2006	2007	2008	2009
Mottekne saker	75	78	118	121
Avslutta saker*)	76	81	106	146

*) INKL. AVVISTE SAKER OG SAKER AVSLUTTA ETTER MINNELEG LØYSING MELLOM KLAGAR OG DEN INNKLAGA.

Det har dei siste to åra vore ei markert stigning i talet på klager. Det er usikkert om dette skuldast at det skjer fleire feil i helsevesenet, betre kjennskap til klageordningane eller om pasientane har fått lågare terskel for å klage. Av dei avslutta sakene vart det i 2009 oversendt seks til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon (åtværing, autorisasjonstap eller annan reaksjon).

Klagesaker etter pasientrettslova/ kommunehelsetenestelova

Klager der pasientar meiner dei ikkje har fått oppfylt sine rettar til helsetenester etter helselovgivinga.

	2006	2007	2008	2009
Mottekne saker	36	45	61	29
Avslutta saker	30 (24)	54 (23)	62 (33)	32 (19)

(HERAV PASIENTTRANSPORTSAKER)

Etter to år med markert oppgang i klagen, kom vi i 2009 ned på nivå med tidlegare år igjen. Vi har ikkje noko forklaring på denne utviklinga, som truleg må skuldast tilfeldige svingingar.

HPV-vaksine

HPV-VAKSINE - HALVPARTEN AV JENTENE FØDT I 1997 HAR FÅTT FØRSTE VAKSINEDOSE MOT HUMANT PAPILLOMAVIRUS – HPV

Vaksina mot humant papillomavirus (HPV) vart innført som ein del av det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet for jenter på 7. klassetrinn frå og med skoleåret 2009/2010. Vaksina blir gitt i 3 doser i løpet av 6–12 månader. HPV-vaksina beskyttar mot dei typene av HPV som er årsak til minst 70 prosent av tilfella av livmorhalskreft.

Det er skolehelsetenesta i kommunane som står for vaksinasjonen. 50 % av jentene i 7.-klasse i Møre og Romsdal har fått første dose av vaksinen hausten 2009, viser tal som er registrert i nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK).

Klagesaker over vedtak om tvangsbehandling med medisinar eller ernæring etter psykisk helsevernlova

Fylkesmannen kan etter klage overprøve overlegen sitt vedtak om å behandle tvangsinnlagte pasientar med medisin. Etter at det for to år sidan også vart høve til å vedta tvangsbehandling med ernæring for pasientar med ernæringsproblem, har vi no i 2009 for første gong motteke klager vedrørande dette.

	2006	2007	2008	2009
Mottekne/avslutta saker	47	61	51	64

DESSE KLAGENE BLIR BEHANDLA FORTLØPANDE, SKAL AVGJERAST INNAN 2 VERKEDAGAR.

Klagesaker etter sosialtenestelova

Det kom inn 134 sosialklagesaker i 2009, mot 154 året før.

Behandla klagesaker etter kapittel:

	Kapittel 4	Kapittel 5	Kapittel 5A	§ 6-1
2008	40	117	0	2
2009	53	61	2	2

Resultatet av fylkesmannen si klagesaksbehandling:

	Kapittel 4	Kapittel 5	Kapittel 5A	§ 6-1
Stadfesta tal	29	49	1	2
Stadfesta andel	55%	80%	50%	100%
Oppheva/endra	24	12	1	

Saksbehandlingstid: 95 % av sakene blei behandla innan 3 mnd.



Vaksinasjonen av 7. klassingane er ikkje avslutta for skoleåret 2009/2010, og det er difor for tidlig å trekke konklusjonar med omsyn til den endelige oppslutninga om vaksina.

Oppstarten med vaksinasjonen kan vere forsinka i ein del av kommunane på grunn av kommunane sitt ekstraarbeid i samband med pandemivaksinasjon.

Helse- og sosialavdelinga arrangerte kurs om endringane i vaksinasjonsprogrammet i 2009. 102 personar som arbeider med vaksinasjon i den kommunale helsetenesta i fylket deltok på kurset.



Arbeidsgruppe for årsmeldinga:

Anne Mette Nerbøberg
Marie Eide
Anna Vågen Grendsen
Berit Roll Elgsaas
Rolf Toven

Grafisk formgjeving:

Kreatoriet as/Synnøve Hungnes

Illustrasjonsfoto:

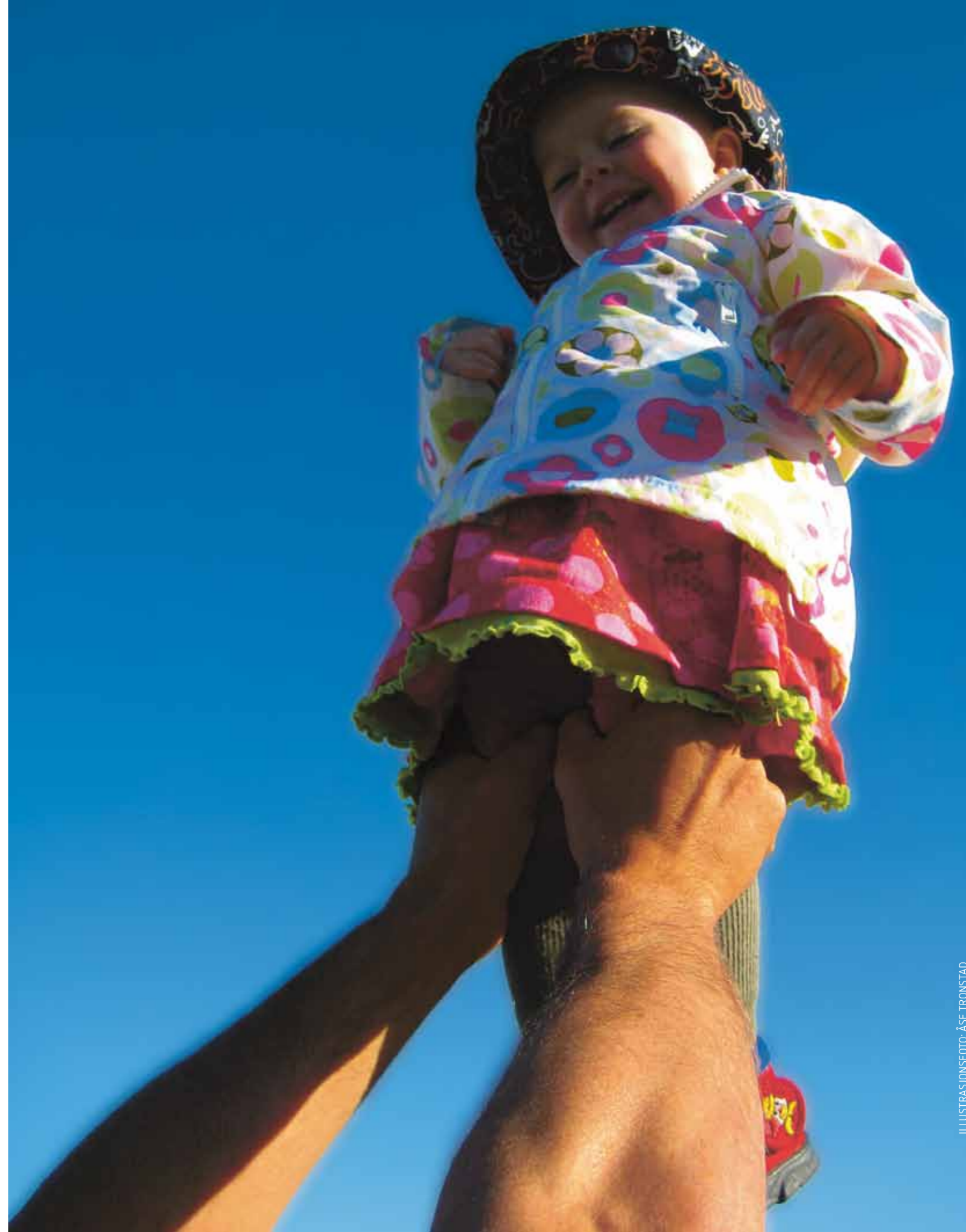
Åse Tronstad
Olafoto
UT Ungdomstiltak as
Kreatoriet as

Svanemerka trykksak:

EKH trykk

Opplag:

700 stk





Fylkesmannen i Møre og Romsdal
Helsetilsynet i Møre og Romsdal

Helse- og sosialavdelinga
Fylkeshuset
6404 Molde



www.fmmr.no



ILLUSTRASJONSFOTO: KREATORIET AS

