

melding 2004



FYLKESMANNEN I NORD-TRØNDELAG
Sosial-, helse- og barnevernavdelingen

HELSETILSYNET
I NORD-TRØNDELAG

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	3	Familieretten	24
Avlastnings- og barneboliger		Barneloven	24
i Nord-Trøndelag	6	Familiemekling	25
Avlastning	6	Familievern	25
Barneboliger	6	Tilsyn og klagebehandling	26
Om bruk av tvang og makt	7	Innledning	27
Oppsummering	7	Tilsynsbegrepet	27
Rekrutteringsplan	9	Tilsynets formål	27
Statlige myndigheter følger utviklingen	9	Tilsyn som kontrollmekanisme ..	27
Status og utfordringer for		Tilsyn som kvalitetsutvikling	27
Nord-Trøndelag i 2004	9	Tilsyn – ulike tilnærminger	27
Utfordringer framover	10	Systemrevisjon	28
Barnevern – en tjeneste i endring	12	Landsomfattende tilsyn	29
Noen faktatall for barnevernet		Egeninitierte tilsyn	31
i Nord-Trøndelag	12	Hendelsesbasert tilsyn	34
Barnevern i små kommuner	12	Lov om pasientrettigheter	35
Forsøk med interkommunalt		Lov om sosiale tjenester	35
samarbeid i barneverntjenesten	13	Hjelptjenester og	
Organiseringen av det nye statlige		økonomisk sosialhjelp	35
barnevernet	14	Enkeltvedtak og klageadgang	36
Avsluttende kommentarer	14	Saksgang ved klage	36
Legetjenesten i kommunene		Saksmengde	36
i Nord-Trøndelag	16	Kapittel 4	36
Fastlegeordningen	16	Kapittel 5	36
Kjønnfordeling blant fastlegene	17	Kapittel 11	37
Stabilitet i legedekningen	18	Råd, veiledning og	
Turnusleger i kommunehelsetjenesten	18	kompetanseheving	37
Legevakt og legevaktsamarbeid	19	Aktuelle lover og rundskriv	37
Tannhelsetjenesten i Nord-Trøndelag	20	Lov om barneverntjenester	38
Tilgjengelighet til tjenestene	21	Klager på enkeltvedtak	
Rekruttering i forhold til behov		fattet av barneverntjenesten	38
for tannbehandling i befolkningen	22	Klager på andre forhold i barne-	
Fordeling av tannbehandlingstilbudet	22	verntjenesten (beklagelser) og	
Prosjekt for utprøving av et utvidet		tvistesaker mellom kommuner ..	38
tilbud på tannhelsetjenester	22	Barneverninstisjoner	38
Oppsummering	23	Avsluttende kommentar	39
		Veiledning	39
		Brukermedvirkning	39
		Effekt av tilsyn	40

Forord



«**A**LT HENGER SAMMEN MED ALT» er et utsagn som Gro Harlem Brundtland ofte refererte til, og Lars Korvald huskes for sitt fokus på at «Norge er et land i verden». Disse utsagnene ble høyaktuelle i mellomjula da vi ble påminnet hvor sårbare vi er når katastrofen rammer.

En av konsekvensene av katastrofen for Nord-Trøndelag var at vi fikk høste erfaring med hvordan kriseberedskapen ved Trondheim lufthavn Værnes fungerer. Disse erfaringene vil bli evaluert og benyttet i det videre beredskapsarbeidet i fylket.

KATASTROFEN VAR EN viktig påminning om betydningen av oppdaterte beredskapsplaner på flere områder. Når det gjelder smittevern må vi de neste årene være forberedt på å møte ekstraordinære smittesituasjoner og flere tilfeller av smitte med influensavirus fra fugler, særlig høns. Dette gir grunn til økt bekymring for en ny influensapandemi.

FYLKESMANNEN I NORD-TRØNDELAG har i 2004 omorganisert sin virksomhet. Helseavdelingen er slått sammen med sosial- og barnevernseksjonen fra tidligere kommunal- og familieavdelingen til en egen sosial-, helse- og

barnevernavdeling. Denne omorganiseringen trådte i kraft fra 01.02.04.

Helsetilsynet i Nord-Trøndelag er administrativt underlagt Fylkesmannen, og faglig underlagt Statens helsetilsyn. De sentrale myndigheter har også gjennomgått en omorganisering det siste året, og Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet var en realitet fra 01.10.2004.

ALL OMORGANISERING BØR HA som formål at det kommer innbyggerne til nytte.

På en del områder er det fortsatt slik at det er langt fram til at tjenestene framstår som helhetlige og samordnet. Individuell plan er eksempel på et verktøy som er «forordnet» av sentrale myndigheter, men som det tar tid å få satt ut i livet på en god måte. Ordningen med *pasientansvarlig lege* på sykehusene skulle sikre at pasientbehandlingen ble samordnet og enhetlig. Hvorfor fungerer ikke dette på sykehusene? En kan med rette spørre om sykehusene bør organisere sin virksomhet mer som tverrfaglige arbeidslag med ansvar for bestemte pasienter.

FYLKESMANNEN I NORD-TRØNDELAG og

Helsetilsynet i Nord-Trøndelag er i oppdragsbrev fra sentrale myndigheter blitt pålagt mange tilsynsoppgaver. Det er en utfordring for oss å prioritere tilsynsressursene. De skal styres mot områder av stor betydning for enkeltmenneskers rettsikkerhet, områder der sannsynlighet for svikt er stor, der konsekvensene av svikt for brukere og pasienter er alvorlige, eller der brukere og pasienter ikke kan ivareta sine interesser. Vi vil i økende grad benytte risiko- og sårbarhetsanalyser som grunnlag for prioritering av tilsynsressursene. Dessuten vil vi legge vekt på å formidle at kvalitetsutvikling av tjenestene er et av hovedformålene med tilsyn.

HELSEPOLITIKK BØR FOKUSERE på å forebygge mer slik at behovet for å reparere blir mindre.

Skal vi lykkes med folkehelsearbeidet må vi ha en bred forankring. Mye av folkehelsearbeidet er rettet mot livsstilsfaktorene tobakk, rus, kosthold og fysisk aktivitet. Også på dette området gjelder utsagnet at «Norge er et land i verden», – våre livsstilssykdommer følger samme trend som i alle industrialiserte land. Som eksempel kan nevnes at fedme av WHO er definert som en global epidemi med store konsekvenser for folks helse.

HELHET I TJENESTEYTINGEN står sentralt i det sosialpolitiske arbeidet. Grensen mellom sosial og helse viskes stadig

mer ut; – en rusmiddelmissbruker vil ofte ha behov for både sosiale tjenester og helsetjenester. I henhold til sosialtjenesteloven mottar Fylkesmannen vesentlig flere klager på utmåling av økonomisk sosialhjelp enn klager på andre hjelpetjenester. For en del er økonomisk hjelp en forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg andre hjelpetiltak. Fylkesmannens vurdering av klage i henhold til sosialtjenesteloven berører både personens funksjonsevne, hjelpebehov og aktuell økonomi. Kravet om å se mennesket som en helhet vil forsterkes i tiden fremover ettersom kunnskap om rettigheter økes. Hvordan skal samfunnet bli i stand til å møte de utfordringer som dette innebærer?

EN ANNEN UTFORDRING fremover er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres utvikling og helse får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Det er et tankekors i så måte at andelen barnevernansatte i Nord-Trøndelag er godt under landsgjennomsnittet. Det er derfor gledelig å registrere at flere kommuner de siste årene har endret sin organisering av barneverntjenesten ved å inngå avtaler om interkommunalt samarbeid med en eller flere andre kommuner. Spesielt små kommuner med få barnevernansatte kan ha god nytte av de mulighetene et slikt samarbeid gir for et større fagmiljø og bedre utnyttelse av ressursene.



FYLKESMANNEN I NORD-TRØNDELAG og Helsetilsynet i Nord-Trøndelag mottar til sammen mange henvendelser og en del klager fra innbyggerne i fylket. Flere av disse henvendelsene gir oss informasjon om hvordan pasienter eller brukere av sosial-, helse- og barneverntjenester opplever å bli møtt av tjenesteytere og et offentlig system. Det er tjenesteapparatet som ofte definerer behovet for tjenester, som tildeler og som setter tiltakene ut i livet. Tjenesteyteren har som regel mest makt og innvirkning i relasjonen, både i kraft av sin faglige kompetanse og som beslutningstaker eller premissleverandør av beslutninger om hvilke ytelser som skal gis.

Følgelig er det ikke et symmetrisk forhold mellom den som yter tjenester og den som mottar.

Dette stiller store krav til tjenesteyterne og vår offentlige forvaltning når det gjelder verdiforankring og utøvelse av skjønn. Hvis vi skal ha håp om å redusere antall klager vil fokus på dette feltet være ett av flere virkemiddel.

BILDENE I MELDINGA I ÅR viser arbeidslag fra ulike tider og i ulike situasjoner. Arbeidslag vil aldri bli umoderne. Skal samhandlingen bli god og tjenestene bli helhetlige bør vi nok satse enda mer på gode, velfungerende arbeidslag.

Steinkjer februar 2005

Mant Rypdal Kvoteld
fylkeslege

Forsidebildet er utlånt fra Ingrid S. Haugdahl.

Avlastning- og barneboliger

I NORD-TRØNDELAG

Av Thea Kveinå, rådgiver

I Nord-Trøndelag var det i 2004 20 barne- og avlastningsboliger som ga et tilbud til funksjonshemmede barn og unge. I disse barne- og avlastningsboligene var det 87 barn som ved kortere og lengre opphold fikk et tilbud.

I tillegg fikk familier til 132 funksjonshemmede barn privat avlastning i Nord-Trøndelag. Fylkesmannen har merket seg at de barna som får tjenester i de kommunale avlastningsboliger, i økende grad har sammensatte vansker som krever økte ressurser, økonomisk og faglig.

Avlastning

Avlastning er et forholdsvis nytt tjenestetilbud. På sekstitallet ble avlastning aktualisert blant annet gjennom de kursene som ble arrangert ved Frambu helsesenter for foreldre med funksjonshemmede barn. Fra 1977 etablerte det fylkeskommunale helsevernet for psykisk utviklingshemmede, avlastningsordninger i egne lokaler for hjemmeboende personer med psykisk utviklingshemming. Samtidig etablerte de første kommunene ordninger med privat avlastningshjelp for foreldre med funksjonshemmede barn. I 1983 hadde 158 av landets kommuner en eller annen avlastningsordning for pårørende til funk-

sjonshemmede og eldre. 98 kommuner hadde avlastningsordninger for pårørende til funksjonshemmede barn og unge (*Avlastningsutredningen – sosialdepartementet 1984*).

I sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav b, sies det at avlastningstiltak skal omfatte "personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid". Avlastning gis i private hjem og/eller i en avlastningsbolig. Ikke alle kommuner har egne avlastningsboliger. Videre er det noen som gir avlastning i barnehage og skolefritidsordning.

De kommunale avlastningsboligene gir ofte tjenester til barn som har store funksjonshemninger. Det kan være barn som har multifunksjonshemninger med både medisinske og sosiale funksjonshemninger, eller barn som på grunn av en hjerneskade har store atferdsavvik. Der det er behov for spesialiserte hjelpetjenester, gis tilbudet i en barne-/avlastningsbolig.

Barneboligen skal være mest mulig likt et vanlig hjem, og bør ligge gunstig til i forhold til skole, leke- og fritidsmuligheter og med uteareale knyttet til boligen.

Barneboliger

Kommunen er forpliktet til å sikre psykisk utviklingshemmede og andre funksjonshemmede barn og unge, som trenger heldøgns omsorgstjenester, gode og trygge boforhold i kommunen. I

Nord-Trøndelag er det 6 barn som bor i slike barneboliger. De funksjonshemninger disse barna har er så store at det ikke kan forventes at familiene alene skal kunne ivareta det totale behovet for pleie og omsorg. Foreldrene har fortsatt foreldreansvaret, men det er kommunen som gir den daglige omsorgen. Barna dette gjelder i vårt fylke har enten komplekse fysiske funksjonshemninger, eller atferdsvansker som forutsetter omfattende behandling, pleie og omsorg. Barneboligen skal være mest mulig likt et vanlig hjem, og bør ligge gunstig til i forhold til skole, leke- og fritidsmuligheter og med uteareale knyttet til boligen.

Om bruk av tvang og makt

Bestemmelsene i sosialtjenesteloven kap. 4A skal bidra til økt rettsikkerhet for de få psykisk utviklingshemmede som har en atferd som er til fare for seg selv eller andre. I tilfeller der en må benytte inngripende tiltak er det viktig at kommunen har sikringstiltak, slik at det ikke benyttes mer tvang og makt enn det som er forsvarlig. Videre at det ikke benyttes tvang og makt som ikke er nødvendig, og dermed ulovlig. Ved at kommunene skal følge saksbehandlingsregler fastsatt i sosialtjenesteloven kap. 4A, økes rettsikkerheten for å unngå ulovlig tvangsbruk.

Tvang og makt overfor barn kan være vanskelig å definere. I loven er det imidlertid tydeliggjort at tvang og makt skal defineres når det benyttes tiltak som går utover det som må karakteriseres som normal barneoppdragelse.

I Nord-Trøndelag ble det i 2004 fattet vedtak om bruk av tvang og makt overfor 4 barn som fikk tilbud i en kommunal institusjon. Fylkesmannen har imidlertid, gjennom sin kontakt med kommunene og pårørende, grunn til å tro at det fortsatt er en underrapportering av tvangsbruk med henvisning til at tiltakene går

inn under ordinær barneoppdragelse. Fylkesmannen ser at en kontinuerlig kompetanseheving på området er nødvendig for å sikre at det ikke benyttes mer tvang og makt enn nødvendig.

Oppsummering

I Nord-Trøndelag har 87 barn et tilbud ved en kommunal barne-/avlastningsbolig. I tillegg mottar 132 barn bistand i et privat avlastningshjem. Selv om det er foreldrene som får innvilget avlastning, er det barnet som er på avlastningsoppholdet. Det er derfor viktig å ha fokus på kvaliteten på disse tjenestene. Frem til 2004 hadde Fylkesmannen plikt til å føre tilsyn med barne-/avlastningsboligene to ganger i året. Denne plikten er nå erstattet med at Fylkesmannen har en generell plikt til å føre tilsyn med sosialtjenestens tjenesteyting etter sosialtjenesteloven kap. 4. I praksis vil det si at Fylkesmannen ikke vil ha like god oversikt som tidligere over kvaliteten ved de kommunale institusjonene hvor det bor barn og unge med funksjonshemninger. Det forutsettes at kommunen selv følger opp de krav som er gitt, og at det gjennom internkontroll sikres at kommunen har et styringsverktøy som ivaretar rettsikkerheten til barna ved institusjonen. Ser vi på hvilket tilsynsansvar staten har for de institusjonene hvor det bor barn plassert etter barneverntjenesteloven, er det et krav om tilsyn gjennom hele året, både anmeldte og uanmeldte. En kan stille spørsmål ved hvorfor det er strengere tilsynskrav til institusjoner etter barneverntjenesteloven enn etter sosialtjenesteloven. Vi registrerer at det ved barne- og avlastningsboliger er barn som kan ha vanskelig for å uttrykke hva de mener om tjenestetilbudet. Fylkesmannen vil fortsatt ha fokus på rettsikkerheten til barn og unge ved barne-/avlastningsinstitusjonene i Nord-Trøndelag.

Tvang og makt overfor barn kan være vanskelig å definere.

Kommune	Institusjon	Antall i institusjon	Antall i privat avlastning	Annet
Levanger	Leira avlastningsbolig	17 barn – 7 voksne	22 barn	
Stjørdal	Stjørdal avlastningsbolig	16 barn – 7 voksne	15 barn	
Verdal	Verdal avlastningsbolig	15 barn	6 barn	
Steinkjer	Søndre Egge avlastningsbolig	15 barn – 2 voksne	16 barn	
Inderøy	Inderøy avlastningsbolig	1 barn	8 barn	2 Friskgården
Namsos	Lonet avlastningsbolig	6 barn – 4 voksne	12 barn	
Meråker	Meråker avlastningsbolig	1 barn – 2 voksne	4 barn	
Grong	Grong avlastningsbolig	3 barn	3 barn	
Frosta	Frosta avlastningsbolig	1 barn	2 barn	
Nærøy	Nærøy avlastningsbolig	0	2 barn	
Leksvik	Leksvik avlastningsbolig	2 barn – 1 voksen	4 barn	
Lierne	Lierne avlastningsbolig	Bare voksne	2 barn	
Mosvik	Mosvik barnebolig	1 barn	1 barn	
Stjørdal	Yrkesveien barnebolig	1 barn		
Stjørdal	Fosliåsen barnebolig	1 barn		
Steinkjer	Steinkjer barnebolig	1 barn		
Høylandet	Høylandet barnebolig	1 barn	0	
Namdalseid		0	8 barn	
Fosnes	Fosnes avlastningsbolig	0	2 barn	
Overhalla		0	3	1 barn v/Lonet i Namsos
Vikna	Vikna avlastningsbolig	2 voksne	7 barn	
Verran	Verran avlastningsbolig	1 barn	4 barn	
Namsskogan		0	1 barn	
Snåsa		0	9 barn	
Leka	Leka avlastningsbolig	1 barn	1 barn	
Flatanger		0	0	
Røyrvik		0	0	

Tabell 1: Avlastnings- og barneboliger i Nord-Trøndelag 2004

Rekrutteringsplan

Av Ingrid S. Haugdahl, fylkessykepleier og Kirsti K. Mørkved, rådgiver

“Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003–2006 – Rekruttering for bedre kvalitet” har som viktigste formål å øke kvaliteten i tjenestene gjennom god rekruttering og ved å sikre stabil arbeidskraft med nødvendig kompetanse. Planen har særlig fokus på pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Denne satsingen er nasjonal og startet opp i 1998 (Handlingsplan for helse- og sosialpersonell).

I inneværende planperiode, som antas å være den siste, fokuserer Sosial- og helsedirektoratet særlig på tiltak rettet mot kapasitet og kvalitet i utdanning og fagopplæring, tiltak for bedre organisering og ledelse på arbeidsplassen, og tiltak for å videreutvikle kompetansen hos ansatte.

Blant de kvantitative målene som videreføres på landsbasis er:

- en årlig vekst av universitets- og høyskoleutdannede på 4-5 prosent
- å øke årlig vekst av fagutdannede fra videregående nivå fra 2,4 til 5 prosent
- å øke tilveksten av hjelpepleiere fra 3000 til 4500 pr. år (50 prosent økning)
- å redusere andel ufaglærte til 10 prosent (i dag 23 prosent)

Statlige myndigheter følger utviklingen

Sosial- og helsedirektoratet følger utviklingen nøye for å kunne styre virkemiddelbruken best

mulig i forhold til behovene i ulike regioner og kommuner. I den forbindelse blir det vektlagt å forbedre rutinene for kommunenes datarapportering til Statistisk sentralbyrå, slik at statistikken derfra kan være et pålitelig styringsverktøy.

Gjennom begge planperioder har kommunene hvert år rapportert om utviklingen via Fylkesmannen til Sosial- og helsedirektoratet. Dette er viktig for bevilgende myndigheter sentralt, og for fylket når rekrutteringsplanens tilskudd skal fordeles hvert år. Rapporteringen bidrar også til at kommunene holder god oversikt over personellstatus (årsverk og kompetansenivå) og behov framover.

Fylkesmannens rolle i satsingen er å følge opp og støtte kommunens arbeid, herunder fordele tilskudd utfra avklarte behov og planlagte aktiviteter.

Status og utfordringer for Nord-Trøndelag i 2004

I 2004 fordelte Fylkesmannen i Nord-Trøndelag 2,3 millioner kroner i tilskudd til kompetanseheving. Det varierer hvor mye arbeid kommunene legger i egen kompetanseplanlegging. Fylkesmannen mottok færre søknader om midler i 2004 enn forrige år. En del kommuner har behov for å oppdatere sin personal-/kompetanseplanlegging i forhold til dagens situasjon.

Det er svært viktig at kommunene kommuniserer med og gir tydelige signaler til utdanningsinstitusjonene, slik at de kan tilpasse seg kommunenes framtidige rekrutteringsbehov. Her kan

Fylkesmannen bidra ved å legge til rette arenaer for kontakt.

Nord-Trøndelag er fortsatt bedre stilt enn landsgjennomsnittet, både på utdanningsnivå og tilgangen på alle kategorier sosial- og helsepersonell. Ved utgangen av 2003 var det fortsatt en viss økning i sysselsatte i sektoren (antall ansatte og årsverk).

Ut fra beregnet avgang og erstatningsbehov, jf. høy gjennomsnittsalder i enkeltgrupper, er trolig rekrutteringen til omsorgsyrkene likevel for svak. Det gjelder særlig hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, der kommunene i Nord-Trøndelag har mange ansatte som er over 55 år (19 prosent av årsverkene mot 15,6 prosent på landsbasis). Årlig erstatningsbehov for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere kan fort bli større enn den rekrutteringen kommunene selv legger til grunn i sine plantall, og skolene klarer å utdanne. Erstatningsbehovet med hensyn til sykepleiere ser derimot ut til å bli ivarettatt, jf. god utdanningskapasitet i fylket. Tilgangen på øvrige yrkesgrupper i pleie- og omsorgssektoren synes også tilstrekkelig så langt.

Nord-Trøndelag har lavere andel ufaglærte (dvs. personer som ikke har helse- og sosialfaglig utdanning) i brukerrettet tjeneste enn landsgjennomsnittet, og kommer følgelig bedre ut når det gjelder samlet utdanningsnivå. Det er et nasjonalt mål å redusere andel ufaglærte i sektoren ned mot 10 prosent innen 2006, og i Nord-Trøndelag arbeides det aktivt med at dette målet skal nås.

Fylket kommer dårligere ut enn landsgjennomsnittet når en ser på yrkesgruppene i forhold til arbeidstid. Bare ca. 13 prosent av

hjelpepleierne går i full stilling, og svært mange (42 prosent) har små stillingsandeler (fra 1-19 timer pr. uke) i 2003. Blant sykepleierne er bildet noe bedre, med 51 prosent i full stilling i 2003. I den grad situasjonen skyldes ufrivillig deltid, ligger det her et stort potensiale som kommunene har mulighet til å utnytte gjennom bedre organisering av arbeidet.

Sosial- og helsedirektoratet har i 2004 utstyrt den enkelte kommune med statistikkpakker som gir god oversikt og et grunnlag for videre kompetanseplanlegging. Her framgår bl.a. årsverk, antall ansatte over 55 år, og prognoser for erstatningsbehov i ulike personellgrupper.

Utfordringer framover

I tider med stadig strammere kommuneøkonomi, vil oppgaven med å opprettholde tilstrekkelig kvalitet og kompetanse i helse- og sosialsektoren være en konstant utfordring for alle kommuner i årene framover. Dette krever at hver kommune har et riktig bilde av personellsituasjonen ut fra dagens og morgendagens krav og utfordringer. Statistikkpakken fra Sosial- og helsedirektoratet er et nytt hjelpemiddel som vil lette arbeidet med rullering av egne personal-/kompetanseplaner. Videre kreves det at utdanningsinstitusjonene får presise signaler fra kommunene. Dialogen bør bli tettere med kommunene, og planer for ulike grunnutdanninger, videre- og etterutdanninger må tydeliggjøres på en slik måte at de kan tas inn i kommunenes kompetanseoppbygging.

Etter hvert som etterspørselen etter kvalifiserte folk øker, blir det enda viktigere at kommunene markedsfører seg i konkurransen om personell gjennom bl.a. å tilrettelegge, slik at ansatte trives og blir i jobben lengst mulig, og å organisere arbeidet slik at utstrakt bruk av deltidsstillinger unngås og uønsket deltid opphører.

Behovet for fagfolk spesielt i pleie- og omsorgssektoren vil øke framover, samtidig som det er mange ansatte i øvre aldersgrupper som om få år må erstattes. Kommuner som ikke kan tilby helstillinger vil lett tape i kampen om fagfolkene.

Det er et nasjonalt mål å redusere andel ufaglærte i sektoren ned mot 10 prosent innen 2006, og i Nord-Trøndelag arbeides det aktivt med at dette målet skal nås.

Arbeidsmiljø, ledelse, håndtering av sykefravær, videreutvikling og ajourføring av kunnskap er sentrale områder også i rekrutteringssammenheng. Fornøyde og velfungerende ansatte gir gode signaler når kommunene etter hvert vil måtte markedsføre seg langt mer offønsivt som arbeidsgivere.

Kommuner som ikke kan tilby helstillinger vil lett tape i kampen om fagfolkene.

Å få redusert bruken av deltidsstillinger blir en særlig stor utfordring for kommunene. Rekrutteringen framover avhenger av at ungdom i langt større grad enn i dag finner omsorgsyrkene attraktive. Utsikt til full stilling, samt utviklingsmuligheter er særlig viktig.

Sentrale signaler går ut på at bevilgningene til rekrutteringsplanen opprettholdes på landsplan i 2005, men at det vil skje en omfordeling fylkene imellom, bl.a. som følge av særlige utfordringer i storbyene. Dette kan bety noe lavere andel tilskudd til Nord-Trøndelag.

Befolkningsutviklingen for Nord-Trøndelag fram mot 2010 viser (med kommunevis variasjoner) jevn økning i antall eldre over 80 år, mens gruppen 67-79 avtar tilsvarende. I et lengre tidsperspektiv gir befolkningsutviklingen langt større utfordringer.

Mange av kommunene er fortsatt i en omstilling-/konsolideringsfase etter nylig foretatte utbygginger av tiltak og boformer i pleie- og omsorgssektoren. Kortere liggetid i sykehusene og økende grad av poliklinisk behandling har gitt kommunene ansvar for nye og kompliserte oppgaver som krever spesialisert kompetanse. Senere års handlingsplaner har gitt god oversikt over behovsutvikling i den enkelte kommune.

Det vil være nyttig å bygge videre på dette grunnlaget gjennom å opparbeide gode rutiner på strategisk personal- og kompetanseplanlegging. Det vil være nyttig i forhold til dagens bemanning og samtidig gjøre det mulig å gi korrekte signaler til arbeidsmarked og utdanningsinstitusjoner med sikte på framtidig rekruttering.

Barnevern

– EN TJENESTE I ENDRING

Av Kjell Morten Dahl, rådgiver

Staten overtok fra 01.01.2004 fylkeskommunens oppgaver på områdene barnevern og familievern. En vesentlig utfordring blir å sørge for et kompetansenivå i tjenestene som er i samsvar med dagens behov på området. Dette er særlig en utfordring for små kommuner med et lite fagmiljø. I Nord-Trøndelag er det mange kommuner som prøver ut interkommunalt samarbeid i barneverntjenesten. På dette området ligger vårt fylke meget langt fram i landssammenheng.

Noen faktatall for barnevernet i Nord-Trøndelag

Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at pr. 31.12.2003 var det 750 barn med barneverntiltak i Nord-Trøndelag. Av disse var 575 barn med hjelpetiltak. Dette er tiltak for barn som bor i sitt opprinnelige hjem. Det var videre 175 barn med omsorgstiltak. Dette er barn plassert utenfor hjemmet, enten i fosterhjem eller i barneverninstitusjon. Dette betyr at det var 22,5 barn med barneverntiltak pr. 1000 barn 0–17 år i Nord-Trøndelag ved denne dato. For landet som helhet var det 23,3 barn med barneverntiltak pr. 1000 barn 0–17 år. Nord-Trøndelag har de senere årene ligget rundt landsgjennomsnittet for antall barnevernsaker.

Statistikken fra SSB viser også at det pr. 31.12.2003 var i alt 57,3 årsverk i de kommunale barneverntjenestene i Nord-Trøndelag.

Dette tilsvarer 1,8 årsverk pr. 1000 innbygger 0-17 år. For landet som helhet var det tilsvarende tallet 2,6 tilsatte pr. 1000 barn 0-17 år. De fleste som var tilsatt i barneverntjenestene på dette tidspunktet var enten barnevernpedagoger eller sosionomer. I alt 11 av de 24 kommunene i fylket oppga å ha en ressurs på under ett årsverk i sin barneverntjeneste. Dette ble opplyst å være fra 0,2 – 0,5 årsverk. Statistikken viser dermed at Nord-Trøndelag er det fylket i landet med færrest årsverk i barnevernet.

Statistikken viser dermed at Nord-Trøndelag er det fylket i landet med færrest årsverk i barnevernet.

I alt 11 av de 24 kommunene i fylket oppga å ha en ressurs på under ett årsverk i sin barneverntjeneste. Dette ble opplyst å være fra 0,2 – 0,5 årsverk. Statistikken viser dermed at Nord-Trøndelag er det fylket i landet med færrest årsverk i barnevernet. Denne tendensen har vi også sett de siste 3-4 årene. I 2003 var det i tillegg en økning på landsbasis med antall årsverk i barnevernet, mens det i Nord-Trøndelag i stedet var en liten nedgang.

Barnevern i små kommuner

På landsbasis er 80 prosent av tiltakene hjelpetiltak. Dette er tiltak for barn som fortsatt bor i sitt opprinnelige hjem. De øvrige 20 prosent er omsorgstiltak hvor barnet er plassert utenfor hjemmet, med eller uten foreldrenes samtykke.

Barneverntjenesten skal hjelpe barn og unge som lever i en vanskelig omsorgssituasjon, og er en kommunal tjeneste som har stor myndighet til

å gripe inn i familiens private sfære. Barnevernet har en plikt til å undersøke bekymringsmeldinger ut fra gitte kriterier, og blant annet også en plikt til å foreslå omsorgsovertakelse overfor fylkesnemnda der lovens kriterier er oppfylt for dette. Fylkesnemnda er en statlig instans som fatter vedtak i alle tvangssaker.

Det er vanskelig å utøve godt barnevern når fagnettverket og kompetansetilførselen mangler.

I tillegg til foreldrenes generelt sviktende omsorgsevne, har barnevernsaker ofte sin bakgrunn i foreldres rusmisbruk og/eller psykiske vansker når det gjelder omsorgssaker. I andre saker kan det være behov for tiltak i en kortere periode f.eks. i en akutt krisesituasjon i familien. En barnevernansatt må derfor i sitt arbeide ha en bred faglig kompetanse ved utredning av barns omsorgssituasjon og foreldrenes omsorgsevne, samt til det å kunne sette inn riktig tiltak til rett tid for barnet og eventuelt dets familie. Videre må en barnevernarbeider kunne samarbeide med andre faginstanser som er i kontakt med familien. En ansatt i barnevernet må også ha god kompetanse til å takle konflikter og betydelige stressituasjoner.

Det er en forutsetning for å kunne arbeide profesjonelt med barn og unge og deres foreldre, at den enkelte barnevernleder og barnevernansatt har et godt faglig nettverk å forholde seg til. Det er vanskelig å utøve godt barnevern når fagnettverket og kompetansetilførselen mangler. Ledelse og ansatte i en del av de minste kommunene har i sin dialog med Fylkesmannen sagt, at barneverntjenesten i deres kommuner har god kompetanse til å arbeide med forebyggende- og lavterskeltiltak. Imidlertid er det behov for kompetanseheving når det gjelder arbeidet med de vanskelige sakene, som for eksempel omsorgsovertakelse.

Forsøk med interkommunalt samarbeid i barneverntjenesten

I henhold til barnevernloven § 2-1 skal det i hver kommune være en administrasjon med en leder, som har ansvaret for oppgavene etter loven. I kommuner hvor kommunestyret har besluttet at oppgaver etter loven også skal tilligge et folkevalgt organ, vil administrasjonen og det folkevalgte organet til sammen utgjøre kommunes barneverntjeneste. Kommunene står i utgangspunktet fritt til å organisere sin barneverntjeneste ut fra lokale forhold og behov. Barnevernloven krever imidlertid at det skal være en administrativ leder av barneverntjenesten i hver kommune.

I oktober 2002 sendte Kommunal- og regionaldepartementet i samarbeid med Barne- og familiedepartementet ut et brev til kommunene med en oppfordring til utprøving av ulike modeller for interkommunalt barnevernsamarbeid. Bakgrunnen for dette var blant annet at forsøk ville kunne gi nyttig erfaring til en senere vurdering av om barnevernloven § 2-1 om organisering, bør endres.

Fleire kommuner i Nord-Trøndelag har etter dette initiativet søkt departementet om godkjenning for forsøksvirksomhet etter forsøksloven for utprøving av nye modeller med interkommunalt samarbeid. Kommunene har blant annet søkt om fritak for bestemmelsen i § 2-1, om at det skal være felles tjeneste med en leder i hver kommune.

Forut for søknaden har det vært en omfattende administrativ og politisk prosess i de enkelte kommuner. Kommunene har blant annet begrunnet sin søknad ut fra et ønske om bedre ressursutnyttelse, og et ønske om å skape bedre og større fagmiljø. Dette har vært særlig uttrykt i mange av de mindre kommunene. Fylkesmannen har på kommunenes forespørsel bidratt med råd og veiledning på ulike nivå i prosessen i forarbeidet til samtlige forsøk.

Følgende kommuner i Nord-Trøndelag var i 2004 i gang med godkjente og etablerte forsøk med nye modeller i interkommunalt samarbeid:

- Innherred samkommune, Barne- og familietjenesten - barneverntjenesten i Levanger og barneverntjenesten i Verdal
- Midtre Namdal barneverntjeneste (Flatanger, Fosnes, Namdalseid, Namsos og Overhalla)
- Barneverntjenesten i Leksvik og Mosvik

I tillegg til disse ni kommunene er vi kjent med at en omfattende prosess for utvikling av interkommunalt samarbeid i barnevernet, også er i gang i kommunene i Ytre Namdal (Leka, Nærøy og Vikna). Søknad til departementet om forsøksvirksomhet er bebudet sendt våren 2005 fra de tre kommunene. Kommune Stjørdal, Meråker, samt Selbu og Tydal fra Sør-Trøndelag (foreløpig benevnt som Barneverntjenesten i Midt-Trøndelag) arbeider også med planer om en lignende organisering.

Dersom alle de nevnte kommunene kommer i gang med sitt forsøk som planlagt, vil dette innebære at hele 14 av fylkets 24 kommuner involveres i et bindende interkommunalt samarbeid. Fylkesmannen er kjent med at det også i andre fylker gjennomføres lignende forsøk, men det forholdvis antallet kommuner inkludert i dette er ikke så omfattende som i vårt fylke.

Organisering av det nye statlige barnevernet

Staten overtok fra 01.01.2004 fylkeskommunens oppgaver på barnevernområdet og familievernområdet. Oppgavene er lagt til Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). Bufetat har fem regionkontorer hvorav regionkontoret for Midt-Norge er plassert i Trondheim.

Bufetat har på barnevernområdet ansvaret for fosterhjemstjenesten og familiebaserte tiltak, samt ansvar for drift av statlige barneverninstitusjoner og godkjenning av kommunale og private barneverninstitusjoner.

Det er opprettet ett eller flere fagteam i fylkene underlagt det enkelte regionkontor. Fagteamene er det statlige barnevernets kontakt med kommunene. I Nord-Trøndelag er det etablert ett fagteam som er plassert i Steinkjer. Teamene

skal bestå av barnevernpedagoger, sosionomer, pedagoger og psykologer. Fagteamene arbeider blant annet med å:

- gi faglig bistand til kommunene i vanskelige barnevernsaker
- finne lokale løsninger i samarbeid med kommunene
- gi bistand til kommunene ved inntak i barneverninstitusjoner

I hvert fylke har Bufetat også etablert en fosterhjemstjeneste. Også dette teamet er plassert i Steinkjer og er samlokalisert med fagteamet. Denne tjenesten arbeider blant annet med:

- rekruttering og opplæring av fosterforeldre
- bistand til kommunene ved plassering, oppfølging og avslutning av fosterhjemsopphold
- opplæring av tilsynsførere for barn plassert i fosterhjem

Avsluttende kommentarer

I det statlige utviklingsprogrammet fra Barne- og familiedepartementet "Program for nasjonal utvikling av barnevernet 1991-1993", ble det gitt store øremerkede tilskudd for å styrke barnevernet både i kommunene og fylkeskommunene. Dette medførte flere barnevernstillinger for sosionomer og barnevernpedagoger i de fleste kommuner. Det ble vedtatt en ny lov om barneverntjenester som trådte i kraft fra 1993. De kommunale barnevernsnemndene ble avviklet og erstattet med de statlige fylkesnemndene. Det har vært investert midler i forskning og utvikling for blant annet nye metoder og alternative tiltak i barnevernet. Utviklingsprogrammet gjorde kommunene bedre i stand til å tilpasse seg de nye utfordringene som den nye barnevernloven medførte. Barnevernet har med bakgrunn i dette gjennomgått en betydelig kompetanseheving på landsbasis de siste 10 årene. I Nord-Trøndelag, som i de øvrige fylkene, er det vårt inntrykk at kompetansenivået fortsatt varierer for mye kommunene i mellom.

Statistikken fra SSB viser at ansatte i barnevernet i vårt fylke i gjennomsnitt arbeider med flere saker enn ansatte i andre fylker. I tillegg har vi mange kommuner med en svært liten stillingsandel i barneverntjenesten. Samtidig vet vi at de fleste kommunene opplyser å ha en så anstrengt kommuneøkonomi, at det er lite trolig med mange nye stillinger i barneverntjenesten framover.

I følge Stjørdalens Blad 11.01.2005 skriver rådmannen i Meråker kommune i et saksframlegg om barneverntjenesten, at et felles barnevern for fire kommuner gir et større fagmiljø der medarbeiderne får flere kolleger å støtte seg til i vanskelige saker. Det kan også gjøre det enklere å melde saker til barnevernet, fordi en

Mange kommuner, særlig i Nord-Trøndelag, er i ferd med å omorganisere barneverntjenesten til interkommunale tjenester. Fylkesmannen er av den oppfatning at omorganisering i seg selv ikke vil være tilstrekkelig. Det må også satses på en bevisst og planmessig kompetanseutvikling hos barnevernansatte generelt.

unngår å måtte forholde seg til folk en ellers kjenner godt fra andre sammenhenger. Dette er noe av fordelene med å satse på et interkommunalt barnevern, skriver rådmannen i følge avisen.

Barnevernet i Norge står overfor mange store utfordringer framover. Staten skal videreutvikle de tjenestene fylkeskommunene tidligere hadde ansvaret for. Mange kommuner, særlig i Nord-Trøndelag, er i ferd med å omorganisere barneverntjenesten til interkommunale tjenester. Fylkesmannen er av den oppfatning at omorganisering i seg selv ikke vil være tilstrekkelig. Det må også satses på en bevisst og planmessig kompetanseutvikling hos barnevernansatte generelt. Dette understøttes også av psykolog Erik Larsen i tidsskriftet "Norges Barnevern" nr. 4/2004.

Forsøkene i Nord-Trøndelag med interkommunalt samarbeid i barnevernet er godkjent for fire år framover. Tiden vil vise om de omorganiseringer som kommunene og staten nå gjennomfører, vil gi en bedre barneverntjeneste. Fylkesmannen ser svært positivt på de omorganiseringer og forsøk som nå pågår, og som tilsynsmyndighet er det naturlig å følge utviklingen i kommunene med stor interesse framover.

Legetjenesten

I KOMMUNENE I NORD-TRØNDELAG

Av Henrik Brochmann, prosjektleder

Siden fastlegeordningen trådte i kraft i 2001, har det skjedd en gradvis stabilisering av allmennlegetjenesten i fylket. Noen kommuner sliter imidlertid med rekruttering av faste leger, og det blir nå satt søkelys på hva kommunene gjør for å bedre dette. Fastlegeordningen er under nasjonal evaluering. Tradisjonell offentlig og forebyggende legevirkosomhet kan se ut til å ha blitt nedprioritert. Det er satt fokus på om fastlegeordningen ivaretar utsatte grupper godt nok.

Mange fastlegelister i Nord-Trøndelag er "lukket", spesielt i store sentrale kommuner. Kun 27 prosent av fastlegene i vårt fylke er kvinner, og noen kommuner fokuserer nå på den skjeve kjønnsfordelingen. Rammevilkårene for turnustjeneste for leger i fylket varierer, og turnustjenesten er generelt under debatt. Interkommunale legevaktsordninger øker i antall og vaktberedskapen sentraliseres mange steder.

Fastlegeordningen

Siden fastlegeordningen trådte i kraft 01.06.2001 har det skjedd en gradvis stabilisering av allmennlegetjenesten i fylket, men det er

fortsatt flere små, primært utkantkommuner uten fast tilsatt lege til å betjene pasientlistene. Pr. 01.12.2004 er det opprettet listeavtaler for 115 allmennleger i fylket, og av disse står 8 ledige. Dette gjelder enlegekommunene Flatanger, Fosnes, Røyrvik og Mosvik, samt ledige hjemler i Frosta, Leksvik, Namsskogan og Levanger. Både disse og enkelte lister i andre kommuner er i mange tilfeller relativt kortsiktig dekket av vikarer. Listestørrelsene varierer mye i fylket og dette ser ut til å ha sammenheng med både geografi og lokale forhold, i tillegg til den enkelte fastleges ønsker om å kunne jobbe i hel stilling eller deltid, eventuelt i kombinasjon med andre oppgaver.

Mange av fastlegelistene i fylket er "lukket", dvs. at det ikke er plass til nye pasienter. Det følgende baserer seg på tall fra trygdeetaten pr. 01.12.2004. I Levanger var det på dette tidspunktet kun ledig plass på 2 av 16 lister, i Verdal på 2 av 10, i Steinkjer på 7 av 16, i Stjørdal på 4 av 16 og i Namsos på 5 av 10. I de fleste mindre kommunene er dette ikke noe problem, men her har pasientene til gjengjeld færre leger å velge mellom. Mange pasienter i fylket har fastlege i en annen kommune enn der de bor. Noen leger har ønsket å redusere listestørrelsen og utvelgelsen av hvilke pasienter som må ut, gjøres i dag tilfeldig av fastlegekontoret i trygdeetaten. Dette kan noen ganger ramme relativt urettferdig og kanskje "ødelegge" langvarige lege-/pasientforhold. Statens helsetilsyn har hatt fokus på at kronisk syke pasienter skal ivaretas bedre ved listereduksjon enn det som er tilfelle i dag. Det har i enkelte nasjonale evalueringer vært uttrykt

bekymring for ivaretagelsen av pasienter med sammensatte lidelser, rus etc. etter innføringen av fastlegeordningen. Fokus har også vært satt på om fastlegeordningen i tilstrekkelig grad ivaretar helsetjeneste for våre nye landsmenn, og kanskje særlig for asylsøkere og flyktninger.

Erfaringer med fastlegeordningen i Norge presentert av lege Per Hjortdahl (Tidsskrift for Den norske lægeforening 3/04) viser at de fleste er fornøyd med ordningen. Noen pasienter har imidlertid klaget over at de ikke får nok tid under konsultasjonen, at telefontilgjengeligheten er for dårlig og at det er lang ventetid for å få time. Det er vist at pasienter med spesielt stort behov for legehjelp, faktisk har merket liten forskjell i tilgjengelighet og kontinuitet etter innføringen av fastlegeordningen. De fleste legene har vært fornøyd med ordningen. De har følt at de har fått mer faglig kontroll, at de har bedre kontinuitet i sin praksis, økt ansvar for den enkelte pasient og bedre økonomiske vilkår. Noen har likevel følt at de har fått større arbeidsbyrde, spesielt kvinnelige fastleger. Det har i noen undersøkelser vært uttrykt en viss bekymring for at legene under fastlegeordningen i noen grad, kan ha vist synkende fokus på sin portvaktfunksjon og sin rolle overfor forvaltning av begrensede samfunns-goder som trygdens midler etc.

Det er i flere undersøkelser vist at den kurative legetjenesten har kommet styrket ut, men at noen av primærlegenes offentlige oppgaver antas å ha blitt nedprioritert etter innføringen av fastlegeordningen. Dette er oppgaver som deltakelse i offentlig helsearbeid (som skolehelsetjeneste, helse-

Generelt synes norske kommuner i mange tilfeller ikke å ha utnyttet den mulighet de har hatt til å kunne pålegge fastlegene inntil 7,5 timer pr. uke offentlig arbeid ved full kurativ praksis.

stasjonsvirksomhet og tilsyn ved sykehjem), samt ivaretagelse av samfunnsmedisinske oppgaver som miljørettet helsevern, smittevern, katastrofeberedskap samt skadeforebygging, habilitering/rehabilitering, planlegging av omsorgstjenester for ulike grupper, rusforebyggende arbeid, utvikling av kvalitetssystemer for helsetjenesten osv. I Nord-Trøndelag er det gledelig nok ansatt samfunnsmedisinere i flere av de større kommunene, og det er nylig opprettet en interkommunal samfunnsmedisinsk legestilling for midtre Namdal. Det kan se ut til at det samfunnsmedisinske arbeidet i enkelte mindre kommuner periodevis kan bli relativt forsømt.

Generelt synes norske kommuner i mange tilfeller ikke å ha utnyttet den muligheten de har hatt til å kunne pålegge fastlegene inntil 7,5 timer pr. uke offentlig arbeid ved full kurativ praksis. Det har vært antatt at dette kunne komme av at legene var mindre interessert i disse oppgavene, og at ikke kommunene i en presset økonomisk situasjon kunne prioritere dette arbeidet. Norges forskningsråd skal fullføre en bred 5-års evaluering av fastlegeordningen om to år.

Kjønnsfordeling blant fastlegene

Av de 107 fastlegene som har lister i fylket pr. 01.12.2004 er det 29 kvinner (27 prosent) og 78 menn. I store kommuner som Namsos, Steinkjer, Levanger, Verdal og Stjørdal er kvinneandelen av fastlegene også gjennomsnittlig under 30 pro-

Når man samtidig har tall på at nyrekrutteringen til allmennmedisin de siste årene har vært størst blant mannlige leger samtidig som det de senere årene uteksamineres flere kvinnelige enn mannlige leger, gir dette en viss grunn til bekymret ettertanke.

sent. Flere mindre kommuner har kun mannlige fastleger (Overhalla, Snåsa, Høylandet, Verran, Meråker, Lierne, Leksvik og Leka). Når man samtidig har tall på at nyrekrutteringen til allmennmedisin de siste årene har vært størst blant mannlige leger, samtidig som det de senere årene uteksamineres flere kvinnelige enn mannlige leger, gir dette en viss grunn til bekymret ettertanke. En vet at kvinner gjennomsnittlig går oftere til lege enn menn, og at mange kvinner i følge enkelte undersøkelser primært ønsker seg en kvinnelig fastlege. Årsaken til skjevfordelingen mellom fastlegenes kjønn, som også er et nasjonalt faktum, er ikke nok undersøkt. En kan reflektere over at en mulig årsak kan være at den arbeidsbelastningen det innebærer å være en omsorgsfull og plikttoppbyggende fastlege, hittil ikke har fristet yngre kvinnelige leger i stor nok grad. Helsetilsynet i Nord-Trøndelag har merket seg at enkelte av kommunene i fylket med vakante legestillinger i det siste har fokusert på et ønske om å ansette kvinnelige leger i stillingene.

Stabilitet i legedekningen

Helsetilsynet både sentralt og i Nord-Trøndelag har et vedvarende fokus på de kommunene som ikke klarer å skape stabilitet i sin legetjeneste. Mangelfull stabilitet i legetilbudet over tid og utstrakt bruk av korttidsvikarer er et dårlig tilbud til befolkningen. Hvis publikum i slike kommuner ikke føler at kommunens legetjeneste er stabil nok, og at ikke kommunens administrasjon gjør sitt beste for å bedre forholdene, er det en selvsagt adgang for innbyggerne å klage på helsetjenesten. Klagen kan rettes til kommunens ledelse og politikere, eventuelt sendes som en anmodning eller klage til det lokale Helsetilsynet i fylket med spørsmål om å vurdere forsvarligheten av en slik diskontinuerlig helse-tjeneste. Manglende språkkunnskaper hos vikarleger har lenge vært et ikke ubetydelig problem i utkant-Norge, deler av Nord-Trøndelag innbefattet. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell har satt økt fokus på at gode språkkunnskaper hos leger er en grunnleggende forutset-

ning for god kommunikasjon og riktig behandling av pasientene. For leger som kommer fra EØS-området og etter hvert også fra de nye EU-landene, er det likevel fortsatt opp til arbeidsgiverne å vurdere om de har tilstrekkelige språkkunnskaper når de ansettes. Det kan se ut til at kommunene som arbeidsgivere nå i økende grad fokuserer på dette.

Turnusleger i kommunehelsetjenesten

Undertegnede har vært så heldig å få jobbe med gruppeveiledning av turnusleger i kommunehelsetjenesten i Nord-Trøndelag siden høsten 1998. I dette arbeidet har jeg fått være en slags "lyttepost" for hva som rører seg ute i kommunene. Det kommer de nærmeste årene et økende antall turnusleger som skal gjennomgå turnustjeneste. En bekymringsfull trend er at ikke alle kommuner ønsker å motta turnusleger, og at kommunene i noen tilfeller dessverre må pålegges dette. Rammevilkårene for turnustjenesten i de nord-trønderske kommunene varierer en god del, og det faglige innholdet og den lokale veiledningen varierer også. En utfordring er nå "pasientmangel" for turnuslegene enkelte steder, og det er erfaring for at de også i for liten grad får undersøke og følge opp kronisk syke. Det jobbes nå mye med å legge føringer for å kvalitetssikre turnustjenesten, slik at alle får en mest mulig lærerik og enhetlig tjeneste.

Ordningen med turnustjeneste for leger er under generell vurdering i Norge i lys av både kapasitetsproblemer når det gjelder avvikling, forskjellighet i tjenesten, og ikke minst de nye reglene innenfor EØS. Dette medfører at leger utdannet og autorisert bl.a. i Tyskland og enkelte østeuropeiske land, nå kan jobbe i Norge uten å måtte gjennomføre norsk turnustjeneste først. Dette er en utvikling som også viser oss at vi tilhører, og må forholde oss til, regelverket i en større verden med økende fri flyt av arbeidskraft. Vil det være slik for fremtiden at en helt sikkert vet "hva en lege er" og hva hun eller han besitter av kunnskaper og erfaring?

Den økonomiske utfordringen for kommunene med å ha turnuslege varierer, og kan bl.a. avhenge av lokale avtaler med fastlegene og hvor mye turnuslegene tjener inn fra normaltariffen til kommunene. Et foreslått tiltak for å bedre det faglige innholdet og kanskje også avlaste fastlegene, kan være at lønn fra turnuslegenes arbeid tilfaller fastlegen de betjener listen for, i stedet for kommunen.

Legevakt og legevaktsamarbeid

En trend som nå er tydelig i Nord-Trøndelag, er den økende sentraliseringen av legevakt gjennom interkommunale ordninger etter kontortid. Et foregangsprosjekt i forhold til dette var LINA (legevaktsamarbeidet i Namdalen), som startet opp i februar 1999 etter grundig arbeid av kommunelege Per W. Tvette i Overhalla. Dette ble en viktig modell for lignende tiltak i hele landet. Totalt sett er det vist at sentralisering av legevakt kan være nasjonaløkonomisk gunstig. Det er nå en utbredt antakelse at mange allmennleger ønsker mindre og mer konsentrert vaktbelastning. Fastlegekorpset i vårt fylke har, i alle fall i visse deler, en relativt høy

gjennomsnittsalder, og behovet for å gjøre noe med fådelte vaktordninger har økt. Interkommunale legevaktordninger i innherredsområdet er nå både under planlegging og etablering. Noen småkommuner har fortsatt fådelt vakt, og det kan tenkes at dette kan være en medvirkende faktor når de samme kommunene tidvis har slitt med rekruttering av leger. Sentraliserte legevaktordninger kan bidra til stabilisering av legetjenesten. Befolkningen kan i noen tilfeller, i en startfase, kanskje føle større utrygghet og føle at de får redusert service. Erfaringene med LINA har hittil vist, at selv en så vidt sentralisert legevakt på nattetid, ikke har gått ut over faglig forsvarlighet. Sentraliserte legevaktsordninger forutsetter imidlertid en velfungerende ambulansetjeneste, en faglig solid legevaktsentral/AMK og selvsagt også en god tilgjengelighet hos områdets fastleger på dagtid.

Sentraliserte legevaktordninger kan bidra til stabilisering av legetjenesten.

Tannhelsetjenesten

I NORD-TRØNDELAG

Av Jorunn Bjerkan, rådgiver

Tannhelsetjenesten i Nord-Trøndelag er en forholdsvis lite omtalt del av vårt totale helsetjenestetilbud. Media fokuserer vanligvis lite på denne helsetjenesten, og det er få klager i vårt fylke på behandlingstilbudet. Dette kan tyde på at klageretten er lite kjent i forhold til øvrig helsetilbud, og at verken pasienter, media eller politikere oppfatter tannhelse som en likeverdig del av det totale helsetilbudet til befolkningen. Tjenesten er i stor grad både organisert og finansiert ulikt i forhold til øvrige helsetjenester, noe som preger tilbudet og de utfordringer denne delen av tjenesten står overfor. Nord-Trøndelag har videre lavest dekning i landet av private tannleger.

Fordelingen av tannleger på landsbasis er et statlig ansvar ettersom enkelte fylkeskommuner ikke har virkemidler til å styre fordelingen i det private tannlegemarkedet. 2/3 av tannlegemarkedet er privat.

Tannhelsetjenesten i Norge er delt i offentlig og privat virksomhet. Offentlig tannhelse i fylket er fylkestingets ansvar, og ledes faglig og administrativt av fylkestannlegen. Privatpraktiserende

tannleger kan i prinsippet etablere seg som næringsdrivende der de ønsker å tilby tjenester, og til de priser markedet er villig til å betale. Virksomheten reguleres ikke av for eksempel konsesjoner, og refusjonsordninger fra folketrygden er marginale, ca. 5 prosent.

Fylkestinget har etter tannhelsetjenesteloven ansvaret for å sørge for at det i rimelig grad er et tilbud på tannhelsetjenester i fylket. Fylkeskommunens offentlige tannhelsetjeneste tar seg av prioriterte grupper av befolkningen, samt tilbyr behandling til voksne som fullt ut betalende kunder (jf. lov om tannhelsetjenesten § 1-3). Det siste anses som en viktig oppgave å sørge for i de områdene av fylket som har lav dekning av privatpraktiserende tannleger. I store deler av fylket er den offentlige tannhelsetjenesten det eneste tilbudet ettersom det ikke er private tannleger.

Statens helsetilsyn har satt fokus på den offentlige tannhelsetjenesten ved å gjennomføre en landsomfattende kartlegging som ble offentliggjort i mars 2004. Totalinntrykket for vårt fylke var en generell høy produktivitet, men på et lavere nivå i landssammenheng når det gjelder behandling av pasienter i de prioriterte gruppene. Kapasiteten er forsøkt økt ved leie av privatpraktiserende tannleger, men det lave antallet privatpraktiserende tannleger begrenser også denne muligheten. Nord-Trøndelag sammen med Sør-Trøndelag har lavest tannlegedekning av alle landets fylker, samlet offentlig og privat. Nord-Trøndelag har lavest dekning i landet av private tannleger.

Personell	Fylket i alt	Stjørdal	Levanger	Verdal/ Inderøy	Steinkjer	Namsos	Namdal
Tannleger	36,8	7,3	7	5	5,7	3,6	8,3
Tannpleiere	9,5	1,8	1,1	2	1,1	1,1	2,5
Sekretær/assistent	37,1	6,7	8	6,4	5,3	3,7	7
Administrasjon/annet	4						
Sum årsverk	87,6	15,8	16,1	13,4	12,1	8,4	17,8
Årsverk – andel i %	100	18	18	15	14	10	20
Folketall 01.01.03	127 610	21 496	20 174	23 972	23 096	16 185	22 687
Folketall – andel i %	100	17	16	19	18	13	18

Tabell 1: Utførte årsverk i offentlig tannhelsetjeneste 2003 (fylkestatistikkens årsmelding 2003)

Tilgjengelighet til tjenestene

Nord-Trøndelag hadde 81 tannleger i 2003. Av dette var 37 årsverk i fylkeskommunens tannhelsetjeneste og 44 i privatpraksis, derav 8 i spesialistpraksis. Spesialistdekningen var god for tannregulering, men det manglet tilbud innen oralkirurgi. Fylket hadde 13 yrkesaktive tannpleiere, derav 11 i den offentlige tannhelsetjenesten og 2 i privatpraksis. Den offentlige tannhelsetjenesten har tannklinikker i alle kommunene i fylket unntatt i Mosvik. De privatpraktiserende tannlegene og tannpleierne er hovedsaklig lokalisert til de største kommunene. Offentlig og privat tannhelsetjeneste utgjorde i alt ca. 200 årsverk i 2003. Kjønnfordelingen mellom tannlegene er lik, mens 80 prosent av ansatte totalt er kvinner.

Det er ikke rapportert vesentlige problemer med å bestille time, men fylkestatistikkens opplyser at det er registrert økende problemer for den voksne befolkningen i hele fylket å få time, og det gjelder både for den offentlige og private tjenesten. På grunn av ledighet i offentlige stillinger er tilbudet til de prioriterte gruppene betydelig lavere enn ønsket. På steder med langtidsledighet

i tannlegestillinger er ventetiden for behandling for fritt klientell opp til 8 måneder.

Vaktordninger for tannlegehjelp finnes bare som frivillige avtalte ordninger i noen få av de største kommunene i sørdelen av fylket. De fleste av ordningene er begrenset til helge-/høgtidsdager. Det er ingen krav i lovgivningen når det gjelder vaktordninger for tannhelsepersonell. Fylkestatistikkens opplyser at det er en del henvendelser fra betalende pasienter som opplever at de ikke får tannlegetime uten lang ventetid. Enkelte med behov for øyeblikkelig tannlegehjelp har vanskeligheter med å få time på kort varsel.

Den offentlige tannhelsetjenesten i fylket er geografisk spredt, noe som gir god tilgjengelighet for befolkningen i de minst befolkningstette områder, men øker utfordringen når det gjelder rekruttering. Det er også en økonomisk utfordring å holde mange små kontorer teknisk oppdatert. Ambulerende kontor i buss er vurdert, men kostnadene synes å bli uforholdsmessig høye.

I alt fikk 43 125 personer (ca. 34 prosent) av fylkets befolkning behandling/tilbud fra fylkeskommunens tannhelsetjeneste i 2003. Derav ca. 13 750 personer mot betaling etter takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Time-

pris hos offentlige tannleger i fylket er etter disse satsene i gjennomsnitt noe over kr 900,-.

Det finnes ingen oversikter over behandlingsomfang/-innhold, ventetid, prisnivå og lignende for privat allmenn- og spesialisttannlegepraksiser i fylket.

Rekruttering i forhold til behov for tannbehandling i befolkningen

Tannhelsetjenesten har lenge hatt ledighet og hyppig skifte i tannlegestillinger. Dette fører til tilbudsulikhet mellom områder i fylket. Ledighet og skifte i tannlegestillinger medfører i tillegg ekstra omkostninger, og gir lavere produktivitet og inntjening. I 2003 var det flest ledige stillinger i Namsos og Steinkjer distrikter. Det ble på fylkesplan ansatt fire nye tannleger i 2003 og tre sluttet. To tannpleierårsverk var ledig i Steinkjer, Levanger og Namsos distrikter.

Det er en utfordring i fylket å imøtekomme befolkningens ønske og politikernes målsetting om nærhet til tannhelsetilbudet, samtidig som en skal tilfredsstillende tannlegenenes ønsker om et større kollegialt og faglig fellesskap. I og med at tannlegene fritt kan opprette privat praksis, står den offentlige tannhelsetjenesten generelt svakt konkurransemessig når det gjelder å skaffe tannleger. Spesielt gjelder det for de små kommunene i fylket.

Rekruttering til tannlegesekretærstillinger er god. Levanger videregående skole utdanner tannhelsesekretærer som sikrer tilgang på kvalifiserte sekretærer.

Rekruttering av norske studenter/tannleger og tannpleiere forsøkes ved å tilby sommerarbeid og utplasseringer i praksisperioder ved tannklinikker i fylket, samt holde informasjonsmøter ved utdanningsstedene. Det forsøkes også rekruttert tannleger fra utlandet, fortrinnsvis skandinaviske land og Tyskland. Det er i tillegg igangsatt lønnsmessige stabiliserings- og rekrutteringstiltak. For visse stillinger tilbys bl.a. studielånstilskudd for nyutdannede.

Norsk utdanningskapasitet er 200 tannleger pr. år. På landsbasis regner fylkestannlegene med

en underdekning på 800 tannleger av et behov på 3600 i offentlig tjeneste i år 2010. Selv med oppstart av tannlegeutdanning i Tromsø høsten 2004, og rekruttering fra utlandet, vil det ikke være balanse i tannlegemarkedet i landet før omkring 2015. 17-18 prosent av ansatte i offentlig tannhelsetjeneste i Nord-Trøndelag er over 60 år, og 54 prosent er over 50 år. Rundt 30 prosent av de fylkeskommunalt ansatte tannlegene går av med alderspensjon innen 2010. Når Nord-Trøndelag allerede ligger nederst på landsgjennomsnittet for tilbud til brukere i prioriterte grupper, kan det ligge an til at tannlegeunderskuddet blir ekstra merkbart i vårt fylke i årene som kommer.

Fordeling av tannbehandlingstilbudet

Tabell 2 gir en oversikt over antall innbyggere i de ulike behandlingsgruppene, og hvilke tilbud disse har mottatt. Av de vel 40 000 personer som har fått tilbud om behandling fra offentlig tannhelsetjeneste, ser vi at tilbudet for gruppene c1 og c2, eldre og uføre er redusert noe fra året før, noe som kan forklares, men ikke uten videre aksepteres. Undersøkelsen i regi av Sosial- og helsedirektoratet viste tydelig svakheten i tilbudet som gis i vårt fylke. Den offentlige tannhelsetjenesten har i årene som kommer en stor utfordring når det gjelder behandling av disse gruppene. Vi vil få et økende antall pleietrengende eldre som forventer tannbehandling i større grad enn før.

Prosjekt for utprøving av et utvidet tilbud på tannhelsetjenester

Prosjekt for utprøving av et utvidet tilbud på tannhelsetjenester (FUTT-prosjektet) fra 2002-2003 initiert av Helse- og omsorgsdepartementet, ønsket å prøve ut et utvidet fylkeskommunalt tilbud på tannhelsetjenester til personer som mottar kommunale omsorgstjenester. Denne gruppen har ikke tannpleietilbud eller rettigheter etter lov om tannhelsetjenesten. Det gjelder for eksempel brukere av andre kommunale hjemmetjenester enn hjemmesykepleie, personer med

Grupper	2003 Totalt antall i gruppa	2003 Antall med tilbud og behandling	2003 %-andel med tilbud og behandling	2002 %-andel med tilbud og behandling	2001 %-andel med tilbud og behandling
a) 3–18 år	28 552	25 772	90	85	87
b) Psykisk utviklingshemmede	583	497	85	82	82
c1) Eldre/uføre i institusjon	1 460	686	47	54	62
c2) Eldre/uføre i hjemmesykepleien	3 126	579	19	26	46
d) 19–20 åringer	3 216	1 746	54	51	56
e) Andre grupper (forsøksordning)	138	90	65	-	-
Sum	36 937	29 280	79	76	81
Betalende klientell	90 535	13 755	15	11	14
Sum	127 610	43 125	34	30	32

Tabell 2: Tannbehandlingstilbudet fordelt på klientgrupper (fylkestannhelsetjenestens årsmelding 2003)

pleiebehov ivaretatt av pårørende og som kvalifiserer til kommunale tjenester, personer som har et rusmiddelproblem og personer med psykiske lidelser.

Hensikten med utprøvingen var å få klarhet i hvordan en oppsøkende tjeneste best kan organiseres, administreres og finansieres. Stjørdal, Frosta, Inderøy og Fosnes var prosjektkommuner. Erfaringer fra prosjektet er at enkelte vanskeligstilte grupper har et betydelig udekket eller akutt tannbehandlingsbehov. Et fungerende tjenestetilbud kan organiseres hensiktsmessig ved samarbeid mellom kommune og privat/offentlig tannhelsetjeneste (prosjektrapport foreligger).

Tilbudet som er opprettet videreføres i 2004/2005 i de fire kommunene.

pasitetsutnyttelse mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste, men peker også på nye grupper behandlingstrengende som enda ikke er fanget opp av det offentlige tannhelsetilbudet. Det er god grunn til å anta at reelt behov i befolkningen er større enn dagens statistikk viser.

KILDER:

Fylkestannlegen i Nord-Trøndelag
 Årsmelding fra fylkestannhelsetjenesten 2003
 Rapport vedrørende tannhelsetjenesten i Norge
 (Statens helsetilsyn mars 2004)

Oppsummering

Tannhelsetjenesten i fylket har i årene som kommer en stor utfordring i å ha tilstrekkelig kapasitet i forhold til behovet i befolkningen. Kartlegging viser at vi har for lav behandlingsskapasitet for de prioriterte gruppene. Erfaringer fra FUTT-prosjektet viser praktisk samarbeid og ka-

Familieretten

Av Grethe Juul, rådgiver

Fylkesmannens familierettslige oppgaver består i:

- å behandle saker etter lov om barn og foreldre (barneloven) med tilhørende rundskriv
- å ha et overordnet ansvar for familiekling i fylket
- å føre tilsyn med familievernkonto-

Barneloven

Fylkesmannen har fram til 01.04.2004 behandlet saker om foreldreansvar, fast bosted og samvær. Fra dette tidspunktet skjedde det en lovendring, og disse sakene ble overført til domstolene. Mens foreldre tidligere kunne velge om de ville bringe sin sak inn til Fylkesmannen eller domstolene for behandling, blir nå alle slike saker behandlet i domstolene. Deler av saksfeltet ble imidlertid igjen hos Fylkesmannen, og dette dreier seg om:

- Stadfesting av avtaler om foreldreansvar, fast bosted og samvær når foreldrene ber om det. Det hender at den ene av foreldrene ikke forholder seg til den inngåtte avtalen. Gjennom Fylkesmannens stadfesting blir avtalen tvangskraftig. Den andre parten kan da bruke den som tvangsgrunnlag og bringe saken inn for namsmannen som kan gi sanksjoner til den parten som ikke overholder avtalen.

- Behandle saker om reisekostnader i forbindelse med samvær. Det økonomiske forholdet mellom foreldrene er i utgangspunktet et privatrettslig forhold mellom foreldrene, noe som betyr at de har full avtalefrihet og kan avtale en fordeling av reisekostnadene som passer for deres situasjon. Lovens hovedregel er at reisekostnadene skal fordeles forholdsmessig mellom foreldrene etter størrelsen på deres inntekter, dersom de ikke blir enige om noe annet. Hvis en av foreldrene mener at det foreligger *særlige grunner* som gjør en annen fordeling rimelig, kan det reises sak for Fylkesmannen eller domstolen. Særlige grunner betyr at det skal mye til for å få fastsatt en annen fordeling, for eksempel at det er store inntektsforskjeller mellom foreldrene, samtidig som reisekostnadene er høye.
- Behandle klager over avslag på opplysninger om barnet. Hvis den ene av foreldrene har foreldreansvaret alene, skal denne gi den andre opplysninger om barnet når denne ber om det (barnelovens § 47). Dette innebærer at den andre også har rett til å få opplysninger om barnet fra barnehage, skole, helsevesen osv., da under forutsetning av at taushetsplikten ikke er til hinder for det. Slike opplysninger kan nektes i tilfeller der det vil være til skade for barnet. Avslag på krav om dette kan påklages til Fylkesmannen.
- Generell råd og veiledning om loven til kommuner og enkeltpersoner.

Familiemekling

Hva sier loven om mekling?

Meklingsbestemmelsene finner vi i ekteskapsloven og barneloven.

I ekteskapsloven står det at ektefeller med barn under 16 år skal møte til mekling før søknad om *separasjon* og *skilsmisse* kan behandles. Barneloven bestemmer at det skal mekles før sak om *foreldreansvar*, *fast bosted* og *samvær* kan bringes inn for domstolene. Alle samboende foreldre som flytter fra hverandre, og som har felles barn under 16 år, kan møte til mekling hvis de ønsker det. Meklingen er da frivillig.

Hva er så formålet med mekling?

Formålet med meklingen er at foreldre som har skilt lag og har felles barn, skal komme fram til en avtale om foreldreansvaret, fast bosted og samvær. Avtalen skal legge vekt på hva som vil være den beste ordningen for barna, og meklere skal hjelpe foreldrene med å komme fram til en avtale.

Hvor foregår meklingen, og hvem er meklere?

Alle familievernkontor i landet driver mekling. I vårt fylke dreier det seg om familievernkonto-

rene i Steinkjer og Namsos, hvor familieterapeutene har mekling som en av sine arbeidsområder. Men Fylkesmannen kan også oppnevne andre meklere hvis det er behov for det. Derfor kan for eksempel prester, advokater, ansatte ved sosialkontor og andre med helse- og sosialfaglig utdanning være meklere. Det er Fylkesmannen som godkjenner meklere og utsteder meklingsbevillinger. Her i Nord-Trøndelag har vi for tiden 5 eksterne meklere fordelt i hele fylket.

Fylkesmannen har ansvar for at det til enhver tid finnes et tilstrekkelig og kvalifisert antall meklere i fylket. Fylkesmannen har også ansvar for å gi opplæring og avholde faglige samlinger for meklere, samt behandle klager på meklere.

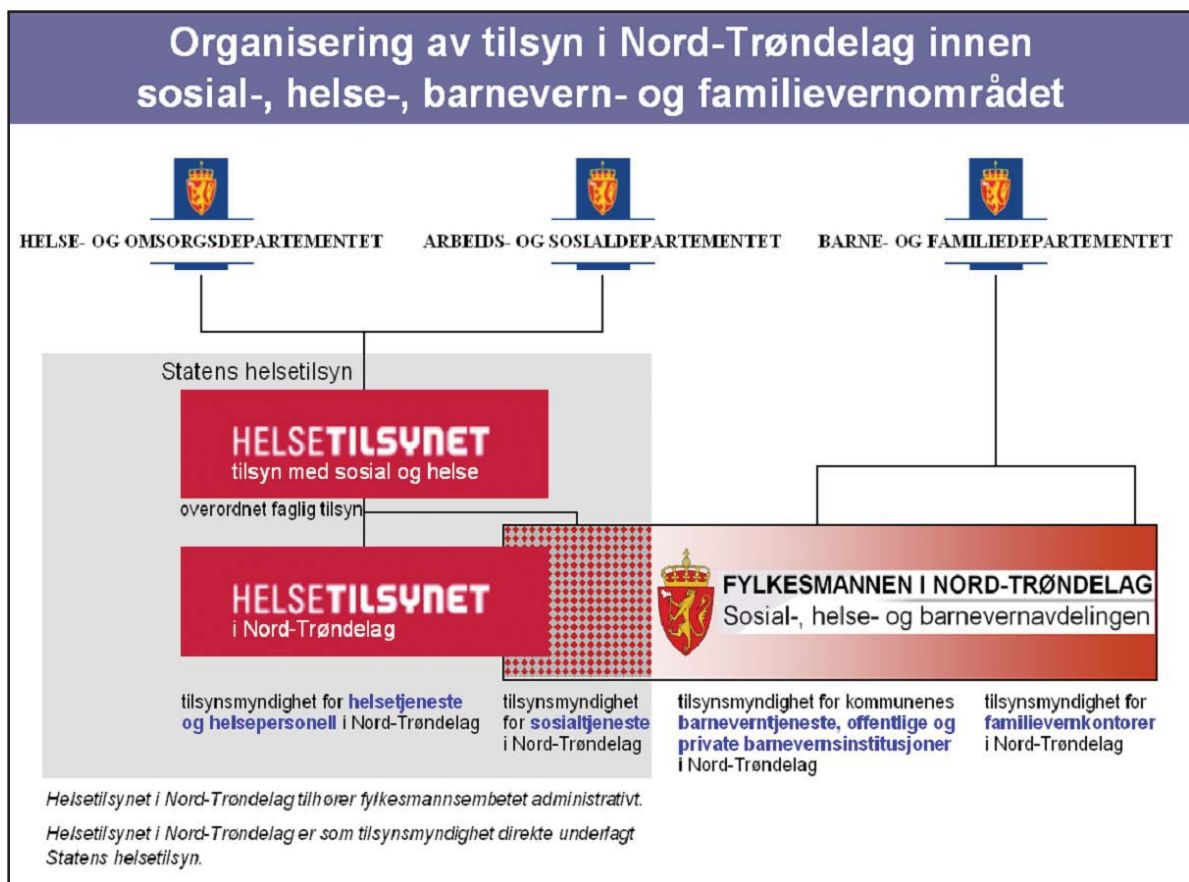
Familievern

Fylkesmannen fører tilsyn med virksomheten ved familievernkontorene. Det utføres minst ett tilsyn pr. år ved hvert familievernkontor. Fylkesmannen behandler også skriftlige og muntlige klager fra brukere av familievernkontorene.

Tilsyn og klagebehandling

Fylkesmannen og Helsetilsynet har et omfattende tilsynsansvar innenfor sosial-, helse-, barnevern- og familievernlovgivningen. Sosial-, helse- og barnevernavdelingen i Nord-Trøndelag gjennomførte i 2004 nærmere 100 tilsynsbesøk. Ca. 1/4 av disse ble gjennomført som systemrevisjoner. Fylkesmannens og Helsetilsynets

tilsyn retter seg både mot offentlig og privat virksomhet. Metodikken er ulik, fra streng systemrevisjon til en mer dialogbasert tilnærming med innslag av råd og veiledning. Ved siden av tilsynsvirksomheten behandler Fylkesmannen og Helsetilsynet hvert år en stor saksmengde hvorav det meste består av klagesaker.



Innledning

Av Mariann Markussen, underdirektør

Både i Norge og i de fleste vestlige land ser en en utstrakt og stadig økende vektlegging av *ekstern kontroll*. Slik kontroll i form av blant annet *tilsyn* og *klagesaksbehandling* utgjør i dag en betydelig del av statlig virksomhet.

Det er viktig å understreke at det i forhold til Fylkesmannens og Helsetilsynets virksomhet er en glidende overgang mellom tilsyn og klagesaksbehandling. Eksempelvis kan *hendelsesbasert tilsyn* innenfor helseområdet og *beklagelser* innenfor barnevernområdet kunne betegnes som både en del av tilsynsvirksomheten og klagesaksvirksomheten. Klagesaker etter sosialtjenesteloven kapittel 5 faller imidlertid utenfor tilsynsvirksomheten i og med at det ikke finnes hjemmel for å drive tilsyn med tjenester som ytes etter dette kapitlet. Det skal likevel presiseres at resultater fra behandlingen av klagesaker etter kap. 5 kan få betydning for valg av tema ved tilsyn på andre områder.

Tilsynsbegrepet

Tilsyn ble i *St.meld. nr. 17 (2002–2003) Om statlig tilsyn* definert i vid forstand som “*all aktivitet eller virkemiddelbruk som iverksettes for å følge opp et lovverks intensjoner*”.

Tilsynets formål

Det tradisjonelle formål med tilsyn er å påse at de som det føres tilsyn med (tilsynsobjektene) oppfyller de forpliktelser som er gitt i lov, forskrift og annet regelverk. Kjerneelementene er kontroll, vurdering og reaksjon. Et vel så viktig formål er å bidra til kvalitetsutvikling i den enkelte virksomhet.

Tilsyn som kontrollmekanisme

Begrepet kontroll defineres som en overordnet offentlig aktivitet med det mål for øye å beskytte og kontrollere aktiviteter samfunnet regner som verdifulle. En måte å føre kontroll på er gjennom tilsyn. Statlig tilsyn kan sees på som uttrykk for statens kontroll. I denne sammenheng er altså tilsyn en av flere kontrollmekanismer.

Tilsyn som kvalitetsutvikling

Kvalitetsutvikling har de senere år fått et sterkere fokus i tilsynssammenheng. Dette bidrar til forbedringer i de virksomheter som blir kontrollert. Tilsynsmyndighetens påpeking av eventuelle mangler vil føre til en kvalitetsforbedring/-sikring på systemnivå, og derigjennom sikre bedre tjenester til den enkelte bruker.

Tilsyn – ulike tilnærminger

Tilsyn benyttes i flere sammenhenger med ulikt innhold. Nedenfor nevnes noen aktuelle måter å benytte begrepet på i forhold til Fylkesmannens og Helsetilsynets tilsynsvirksomhet.

I noen sammenhenger benyttes begrepet om en spesifikk metode, som kan eller skal anvendes ved tilsyn. Et eksempel er *systemrevisjon*, en metode med klare rammer og innhold som gir begrenset rom for råd og veiledning fra tilsynsmyndighetens side (systemrevisjon som metode er nærmere beskrevet nedenfor). Systemrevisjon står i skarp kontrast til *dialogbasert tilsyn*, som er tuftet på samhandling og informasjonsutveksling mellom tilsynsmyndighet og tilsynsobjekt, og der råd og veiledning fra tilsynsmyndigheten står sentralt.

Svært ofte blir tilsyn gjennomført som risiko-basert tilsyn. Dette på bakgrunn av *risiko- og sårbarhetsbetraktninger*. Det foreligger da en særskilt grunn til at et tilsynsobjekt plukkes ut blant flere andre mulige. Tilsynet gjennomføres fordi det er svikt, eller fare for svikt, i nettopp denne virksomheten. Et eksempel på risikobaserte tilsyn er det *hendelsesbaserte tilsyn* som til-

synsmyndigheten foretar på bakgrunn av konkrete hendelser i virksomheten. Opplysninger om slike hendelser kan komme fra virksomheten selv eller fra brukere/pasienter eller pårørende.

I lovgivningen gis det videre hjemmel for å gjennomføre *stedlige tilsyn*, det vil si at tilsynet som hovedregel foregår på det sted virksomheten, eller den tjeneste som springer ut fra virksomheten, foregår. I andre tilfeller skal tilsynet rettes mot bruker. Dette kalles *individrettet tilsyn*. En del av tilsynet kan da være å gjennomføre en samtale med brukeren. Fylkesmannen kan gjennomføre *kommunebesøk*, gjerne på initiativ fra kommunen selv. Et slikt besøk vil ofte ha sterke innslag av råd og veiledning.

Landsomfattende tilsyn er tilsyn hvor sentrale myndigheter bestemmer tema/metode og antall tilsynsbesøk. *Egeninitierte tilsyn* er tilsyn hvor sentrale myndigheter bestemmer metode og antall, men hvor Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket selv bestemmer tema.

Systemrevisjon

Systemrevisjon er en metode for å kontrollere *internkontrollsystemer*, systemer som en virksomhet selv utvikler for å føre kontroll med egen virksomhet. Dette innebærer at tilsynsmyndigheten skal gjøre *systematiske* undersøkelser av de reviderte virksomhetene for å fastslå om aktiviteter og resultater er i samsvar med krav i lov eller forskrift (myndighetskrav).

Fylkesmannens og Helsetilsynets tilsyn som gjennomføres som systemrevisjon har to generelle hovedformål:

- Å fastslå om myndighetskrav blir overholdt
- Å bidra til utvikling av internkontroll-/styringssystemer og kvalitet

Systemrevisjoner gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og ved verifikasjoner. Verifikasjoner innebærer å sjekke om rutiner, prosedyrer og instruksjoner blir fulgt opp i praksis.

Det skrives en rapport fra hvert tilsyn. Rapportene omhandler avvik og merknader som er

avdekket under revisjonen. Avvik defineres som mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Merknad er forhold som ikke innebærer brudd på myndighetskrav, men der tilsynsmyndighetene mener det er et forbedringspotensiale.

Revisjonsmetoden ble tatt i bruk ved tilsyn med helsetjenesten i 1995, med sosialtjenesten i 2003 og innen barnevernet i 2004.

En undersøkelse utført av Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) i 2004, viser hvordan fylkesmannsembetene gjennomfører tilsyn overfor kommunene. Undersøkelsen viser at det er en relativ klar tendens til en utbredt og økende bruk av systemrevisjon. De fleste representantene fra fylkesmannsembetene la vekt på at metoden var funksjonell i forhold til å avdekke viktige uoppfylte myndighetskrav hos kommunene, samtidig som den var konstruktiv i arbeidet med å få kommunene til å oppfylle myndighetskravene.

Men selv om systemrevisjon i hovedsak ble vurdert positivt, påpekte flere at denne metoden gjør tilsynet mer formalisert, mindre tilrettelagt for dialog og veiledning og med et sterkere fokus på avvik og mangler. Undersøkelsen viser videre at kommunene jevnt over er positive til systemrevisjon som tilsynsmetode. Det synes som om kommunene foretrekker tilsyn i ordnede former i den forstand at tilsynet er systematisk og ikke utløses av enkelthendelser og medieoppslag.

Landsomfattende tilsyn

Av Ellinor W. Pettersen, seniorrådgiver
og Mariann Markussen, underdirektør

GENERELT

Landsomfattende tilsyn gjennomføres på oppdrag fra Statens helsetilsyn og Barne- og familiedepartementet. Tilsynene gjennomføres da i hele landet av Helsetilsynet og Fylkesmannen som systemrevisjoner. For å sikre mest mulig lik gjennomføring av tilsynene, utarbeides det veiledere for det enkelte tilsyn.

Tilsynsmyndighetens lovhjemmel er følgende:

- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten §§ 2 og 3
- Lov om sosiale tjenester § 2-6
- Lov om barneverntjenester § 2-3

TILSYN MED HELSETJENESTEN

Helsetilsynet i Nord-Trøndelag gjennomførte i 2004 to ulike landsomfattende tilsyn:

Tilsyn med fødeinstitusjoner:

Dette tilsynet ble gjennomført på regionalt nivå med en regional gruppe bestående av ansatte fra Helsetilsynene i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre- og Romsdal.

Det ble ført tilsyn med 3 virksomheter i regionen: St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Sunnmøre HF.

Hvert tilsyn var avgrenset til følgende hovedtema: Seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner, overvåking og oppfølging av noen utvalgte risikosituasjoner, håndtering av akutt-situasjoner og læring/forbedring.

Resultatet fra tilsynet med Helse Nord-Trøndelag HF

Avvik:

- Virksomheten har et mangelfullt journalsystem
- Virksomheten har ingen systematisk registrering av uønskede hendelser, og bruker ikke dette eller andre resultatdata til evaluering, læring og forbedring av tjenestene

Merknader:

- Det foreligger ikke skriftlige rutiner for overflytting av fødende fra fødeavdelingen til fødeinstitusjon på høyere nivå
- Det er ikke rutiner for at førstegangsfødende med foster i seteleie sikres informasjon og medvirkning når det gjelder valg av forløsningsmetode
- Ulike sider av at virksomhetens internkontrollsystem er mangelfullt
- Det gis ikke rutinemessig opplæring i håndtering av akutte og uventede hendelser

De resultater som fremkom i tilsynet med Helse Nord-Trøndelag var også i hovedsak gjennomgående ved de andre helseforetakene i regionen.

Tilsyn med helsetjenesten til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente:

Tilsynet ble gjennomført i 2 kommuner. I den ene kommunen ble det ført tilsyn med helsetjenesten for asylsøkere ved et asylmottak. I den andre kommunen ble det ført tilsyn med helsetjenesten for flyktninger og familiegjenforente.

Som tema for tilsynet var det valgt ut følgende områder: Tuberkulosekontroll, nødvendig helsehjelp og helseundersøkelse ved behov og tilsynet med miljørettet helsevern i asylmottak.

Resultatet fra tilsynene

Avvik:

- Kommunene har ikke etablert et tuberkulosekontrollprogram som del av smittevernplan
- Kommunen innfrir ikke kravet om nødvendig helsehjelp i form av legetjenester til asylsøkere i den tilsette kommunen i tiden før tildeling av fastlege
- Ansvar og oppgaven med å føre tilsyn med miljørettet helsevern i asylmottaket er ikke plassert

Merknader:

- Det er uklart om det foregår en systematisk registrering og oppfølging av avvik i forhold til helsetjenesten for asylsøkere, inklusive miljørettet helsevern
- Kommunen har ikke etablert tilfredsstillende journalsystem som sikrer at flykninger får den helsehjelpen de har krav på i perioden før tildeling av fastlege
- Kommunens avvikssystem er ikke implementert i helsetjenesten for flykninger

TILSYN MED SOSIALTJENSTEN

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag gjennomførte landsomfattende tilsyn med tre kommuner. Valg av kommuner ble overlatt til Fylkesmannens skjønn, og ut fra en nærmere vurdering, herunder en risiko- og sårbarhetsanalyse, ble kommunene *Steinkjer*, *Verdal* og *Inderøy* valgt som tilsynsobjekt.

Tema for tilsynet var "*Sosiale tjenester til rusmiddelmissbrukere*", et tema som ble valgt ut fra innspill fra Fylkesmennene, politiske signaler som indikerte bekymring for rusmiddelmissbrukernes situasjon, samt Helsetilsynets erfaringer fra den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Systemrevisjonen omfattet følgende områder: Opplysning, råd og veiledning, innretning og til-

gjengelighet av støttetiltak, rettsikring av tilgangen til støttetiltak, midlertidig husvære med kvalitetskrav, oppfølging i behandlingsopplegg og nødvendige tiltak ved avslutningen av et institusjonsopphold.

Resultatet av tilsynene ble følgende

- Innretning og tilgjengelighet av støttetiltak - ett avvik
- Rettsikring av tilgangen til støttetiltak - to avvik og to merknader
- Midlertidig husvære med kvalitetskrav - to avvik og en merknad
- Oppfølging i behandlingsopplegg - ett avvik

TILSYN MED BARNEVERN TJENESTEN

På fagfeltet barnevern ble Fylkesmannen pålagt å føre landsomfattende tilsyn for første gang i 2004. Det er i veilederen presisert at kommunen er pliktsubjektet for tilsynet, ikke barneverntjenesten spesielt.

Tema for tilsynet var kommunens oppgaver ved plassering av barn i institusjon og fosterhjem, herunder kommunens praksis for: Tiltaksplaner, omsorgsplaner og tilsynsførere, samt oppfølging av barn i institusjon og fosterhjem, fosterforeldre og biologiske foreldre. Tema for tilsynet ble bestemt på bakgrunn av Riksrevisjonens rapport "Riksrevisjonens undersøkelse av oppfølging og tilsyn i barnevernet". Stortinget behandlet rapporten høsten 2003 og ba Barne- og familiedepartementet rapportere tilbake om tiltak og tilstand på de omtalte områdene våren 2005.

Tilsyn ble gjennomført med tre kommuner i Nord-Trøndelag: *Stjørdal*, *Inderøy* og *Snåsa*, i siste halvdel av 2004. Tilsynsrapportene er under utarbeidelse.

Egeninitierte tilsyn

Av Mariann Markussen, underdirektør

GENERELT

Fylkesmannen og Helsetilsynet er bedt om å harmonisere tilsynet med sosiale tjenester og helsetjenester der dette er relevant og hensiktsmessig for brukere og tjenester. Det betyr ikke at tilsynet nødvendigvis skal utføres likt, for det er bl.a. store juridiske forskjeller mellom sosial- og helsetjenestene, men at en skal se ting i sammenheng der de i praksis fungerer sammen.

I pleie- og omsorgssektoren, herunder tiltakene for funksjonshemmede og for rusavhengige, fattes ofte vedtak etter flere lovverk overfor samme person. I tilsynsarbeidet både fra sosial- og helsesiden arbeides det med å tilrettelegge tilsynet bedre i samsvar med dette.

Der tjenestemottaker mottar tjenester fra flere fagområder samtidig, er det spesielt viktig å være oppmerksom på faren for svikt i overgangene mellom deltjenester. Dette har vært et viktig perspektiv når Fylkesmannen og Helsetilsynet har ført tilsyn i 2004.

Tilsynsmyndighetens lovhjemmel er følgende:

- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten §§ 2 og 3
- Lov om sosiale tjenester § 2-6.
- Lov om barneverntjenester § 2-3
- Lov om familievernkontorer § 3

Tilsynene har vært gjennomført etter systemrevisjonsmetoden selv om dette ikke er et lovkrav når det gjelder tilsyn med barneverntjenesten og familievernkontorene. Ett tilsyn etter barneverntjenesteloven ble imidlertid ikke gjennomført som systemrevisjon av årsaker utenfor Fylkesmannens kontroll.

TILSYN MED SOSIALTJENESTEN OG FELLES TILSYN MED SOSIALTJENESTEN OG HELSETJENESTEN

Fylkesmannen og Helsetilsynet gjennomførte i 2004 ett tilsyn med rusinstitusjonen Fossen Ru-

somsorg AS i Meråker. Tema for tilsyn med institusjonen var internkontroll og medikamenthåndtering. Tilsynsrapporten er under utarbeidelse.

Fylkesmannen gjennomførte i 2004 ett egeninitiert tilsyn med sosialtjenesten i Flatanger kommune.

Fylkesmannen og Helsetilsynet gjennomførte i samme periode seks egeninitierte felles tilsyn med sosial- og helsetjenesten i kommunene Snåsa, Leka, Stjørdal, Grong, Steinkjer (herunder en institusjon).

Resultatene fra tilsyn etter sosialtjenesteloven ble:

Tema internkontroll og kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten utenfor institusjon:

Avvik:

- Kommunens tjenesteyting omfatter ikke avlastning etter sosialtjenesteloven § 4-2 b (to avvik)
- Kommunen har ikke etablert et internkontrollsystem som sikrer at tjenesteytingen er i samsvar med sosialtjenestelovens krav etter kap. 4
- Det foreligger ingen rutiner for systematisk overvåkning av tjenesteytingen
- Ansatte mottar ikke oppdatering/opp-læring innen aktuelle fagområder og har ikke kunnskap og ferdigheter innenfor området internkontroll
- Kommunen har ikke etablert systemer som sikrer helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud i pleie- og omsorgstjenesten
- Det er ikke iverksatt systematiske tiltak for å sikre kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene
- Kommunen har ingen skriftlig nedfelte rutiner som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfreds-stilt grunnleggende behov

- Kommunen har ikke systemer for å sikre ansatte nødvendig opplæring på sosialtjenestens område

Merknader:

- Virksomhetens mål og oppgaver er ikke nedfelt noe sted
- Det er ikke nedfelt skriftlig noe sted hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Organisasjonsplan og stillingsbeskrivelser innen pleie- og omsorg mangler
- Sosiale tjenester skal etter sosialtjenesteloven § 4-2 e også omfatte omsorgslønn
- Det er variabel kjennskap til kvalitetsforskriften

Tema saksbehandling ved tjenesteyting etter kap. 4:

Avvik:

- Vedtak og dokumenter vedrørende tildelelse av sosiale tjenester er ikke gjennomgående unntatt fra offentlighet (tre avvik).
- Vedtakene gir ikke informasjon om innsynsrett (to avvik).
- Kommunen fatter ikke nytt vedtak ved økning/reduksjon i tjenestetilbudet.
- Det ytes tjenester som kommunen ikke har fattet vedtak i forhold til.
- Brukere ytes ikke tjenester som er hjemlet i vedtak.

Merknader:

- Dokumenter/vedtak er samlet tematisk i permer, ikke sortert i egne saksmapper for hver enkelt bruker.
- Det er enkelte mangler ved kommunens saksbehandling og vedtaksutforming når det gjelder kommunens tjenester etter sosialtjenesteloven kap. 4 (tre merknader).

Tema bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming, kap. 4A:

Avvik:

- Det benyttes uhjemlet tvang og makt (to avvik)
- Innholdet i tvangsbegrepet er ikke godt nok kjent i organisasjonen.

Tema kommunens egenkontroll med meldinger om skadeavvergende tiltak:

Fylkesmannen fant ikke avvik eller påpekte merknader på dette området.

Resultat fra tilsyn etter helselovgivningen:

Tema for tilsynet var medikamenthåndtering:

Avvik:

- Medikamenter deles ikke bare unntaksvis ut av andre enn sykepleier/vernepleier (to avvik).
- Institusjonen har ikke tilsyn fra tilsynsfarmasøyt (to avvik).
- Nøkler til medikamentlager er ikke tilfredsstillende oppbevart.

Merknader:

- Det foreligger ikke skriftlige retningslinjer for bruk av eventuelt-medisin
- Det er uryddig håndtering av eventuelt-medikamenter
- Medikamenter til generelt bruk (ikke reseptpliktige eventuelt-medikamenter) er ikke nedfelt skriftlig og signert av lege

TILSYN MED BARNEVERN TJENESTEN

Det ble i 2004 gjennomført to egeninitierte tilsyn med barneverntjenesten. Ett av tilsynene ble gjennomført som systemrevisjon. Tema for tilsyn etter barnevernloven var: Mottak og vurdering av nye meldinger, gjennomføring av undersøkelser, oppfølging av hjelpetiltak, tilsyn med barn i fosterhjem, anvendelse av forvaltningslovens bestemmelser i saksbehandlingen og hvordan gjøres ting i praksis for å oppfylle kravene i regelverket (hvordan styres tjenesten, hvordan kontrollerer den seg selv, hvordan er ansvar og myndighet fordelt).

TILSYN MED FAMILIEVERN KONTORENE

Det ble gjennomført to tilsyn, ett ved hvert kontor i 2004. Tema var: Protokollføring ved mekling og klientjournal ved annen virksomhet enn mekling. Rapportene er under utarbeidelse.

TILSYN MED HELSETJENESTEN

Helsetilsynet i Nord-Trøndelag gjennomførte i 2004 to ulike egeninitierte tilsyn:

Tilsyn med opptreningsinstitusjonene:

Det ble ført tilsyn med Kastvollen Opptrenings-senter, Meråker Sanitetsforenings Kurbad og Bjørnang Rehabiliteringssenter.

Tilsynet var avgrenset til følgende hovedtema: Innleggelse og utskrivning, brukermedvirkning og avvikshåndtering.

Ved Bjørnang rehabiliteringssenter ble det ikke funnet avvik eller gitt merknader.

Ved de øvrige institusjonene ble resultatet:

Avvik:

- En del søknader om innleggelse behandles ikke av inntaksteamet, men avgjøres av enkeltpersonell
- Det utarbeides ikke individuelle behandlingsprogram for alle pasientene
- I internkontrollsystemet inngår ikke systematisk ordning for håndtering av avvikshendelser

Merknader:

- Pasientene medvirker i liten grad i planlegging, utforming, utøving og evaluering av habiliterings- og rehabiliteringsopplegg
- Institusjonens håndtering av avvikshendelser er ikke fullt ut i samsvar med forutsetningene om at feil/uhell/nestenuhell skal kunne brukes som ledd i kvalitetsutvikling og for å gjennomføre systematisk kontroll med egen virksomhet for å se at man etterlever myndighetskravene og oppnår de mål som settes
- Det er opprettet kvalitetsutvalg i hht. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4, men kvalitetsutvalget har ikke fullt ut den funksjon som det er forutsatt å ha

Tilsyn med kirurgiske poliklinikker ved Helse Nord-Trøndelag. Sykehuset Namsos:

Dette tilsynet ble utført av en regional gruppe bestående av ansatte fra Helsetilsynet i Nord-Trøndelag og Helsetilsynet i Sør-Trøndelag.

Tilsynet var avgrenset til følgende hovedtema: Hvordan pasienter som er vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp sikres dette og hvordan pasienter sikres rett til fritt sykehusvalg.

Resultatet fra tilsynet med Helse Nord-Trøndelag HF ble følgende:

Avvik:

- Kirurgisk poliklinikk har ikke et system som sikrer kravene i pasientrettighetsloven § 2-2.
- Det foreligger ikke felles skriftlige rutiner for prioritering i poliklinikken. Det er ingen enhetlig oppfatning blant vurderende leger hva som skal prioriteres.
- Pasienter blir ikke opplyst om klageadgangen.
- Kravet om individuell behandlingsfrist blir ikke innfridd

Hendelsesbasert tilsyn

Av Asbjørn Berg, rådgiver

Denne delen av tilsynsvirksomheten består i behandling av enkeltsaker som opprettes med utgangspunkt i informasjon som mottas fra ulike kilder; pasienter/pårørende, media og helsepersonell. Om lag halvparten av sakene opprettes på grunnlag av klager fra pasienter/pårørende over mangelfull undersøkelse, diagnostisering og behandling.

En del saker som gjelder mindre alvorlige forhold avsluttes etter at Helsetilsynet i fylket har medvirket til dialog mellom pasienten/pårørende og påklaget personell/virksomhet. Når forholdet mellom de involverte parter løses på denne måten, og det er klart at det ikke har skjedd noe alvorlig pliktbrudd, avsluttes saken med *“ingen oppfølging etter lokal avklaring”*.

Antall ferdigbehandlede saker	2003	2004
Saker avsluttet med <i>“ingen oppfølging etter lokal avklaring”</i>	16	17
Saker som er avsluttet etter fullstendig vurdering	61	56

Saksområdet omfatter både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Sakene som i 2004 er ferdigbehandlet med fullstendig vurdering fordeler seg slik:

Helsetjenesten i kommunene	32 saker
Sykehuset Levanger	16 saker
Sykehuset Namsos	8 saker

Enkelte tilsynssaker retter seg mot både virksomhet og enkeltpersonell. Derfor kan det i en og samme sak være flere vurderinger. En del saker avsluttes med *“ingen bemerkning”*. I de tilfellene at tilsynsmyndigheten finner at utøvelsen av helsehjelpen ikke har vært god nok, men at dette ikke er så alvorlig at det representerer

brudd på formelle krav, avsluttes saken med *“råd og veiledning”*. Den tredje kategorien avsluttede saker er de tilfellene hvor en kommer til at det har skjedd *“pliktbrudd”*, dvs. at kravene i helselovgivningen ikke er oppfylt.

Helsetilsynet i Nord-Trøndelag har i 2004 gjort 62 vurderinger. Tilsvarende antall i 2003 var 65.

Fordeling	2003	2004
Ingen bemerkning	30	22
Råd og veiledning	19	23
Pliktbrudd	16	17
Sum antall vurderinger	65	62

Pliktbrudd omfatter både systemsvikt og individuelle brudd på helsepersonelloven. De alvorligste tilfellene oversendes til Statens helsetilsyn for vurdering av hvorvidt det er grunnlag for formelle reaksjoner. Helsetilsynet i Nord-Trøndelag har i 2004 oversendt 8 saker til Statens helsetilsyn for slik vurdering. En sykepleier fra Nord-Trøndelag fikk i 2004 inndratt sin autorisasjon. Dessuten ble det gitt et par advarsler.

Det totale antall saker har altså vært stabilt de siste par årene, og omfanget av pliktbrudd har også holdt seg på samme nivå.

Lov om pasientrettigheter

Av Asbjørn Berg, rådgiver

Klageordningene i helselovgivningen innebærer at Helsetilsynet i fylket mottar ulike former for klager fra pasienter. De fleste klagen har slikt innhold at de behandles som *hendelsesbaserte tilsynssaker*, jf. eget avsnitt om slike saker.

Pasienter som mener at de ikke har fått oppfylt sine rettigheter, kan etter pasientrettighetsloven § 7-2 klage til Helsetilsynet i fylket. Det forutsettes at pasienten først har tatt opp forholdet direkte med den som yter helsehjelpen. Helsetilsynet i Nord-Trøndelag har de to siste årene behandlet følgende antall slike saker:

Klager	2003	2004
Mot kommunehelsetjenesten	5	5
Mot spesialisthelsetjenesten	1	2
Sum antall rettighetsklager	6	7

Lov om sosiale tjenester

Av Jan-Magne Sagaard, rådgiver

I kapittel 1 i lov om sosiale tjenester heter det blant annet:

“Formålet med denne loven er

- a) å fremme økonomisk og sosial trygghet, å bedre levevilkårene for vanskeligstilte, å bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer
- b) å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre”

Hjelpetjenester og økonomisk sosialhjelp

Landets kommuner er tillagt å yte hjelpetjenester til alle som ikke kan dra omsorg for seg selv. Etter lovens kapittel 4 kan dette være hjelp til praktisk bistand og opplæring til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming eller alder. Dette kan være avlastningstiltak for personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester, eller det kan være hjelpetiltak i form av omsorgslønn.

I følge lovens kapittel 5 skal kommunene bistå med økonomisk stønad til livsopphold og bolig til den som ikke kan sørge for dette gjennom arbeid eller andre økonomiske rettigheter.

Det er i samme lov kapittel 6 pålagt kommunen å vurdere særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere.

I lovens kapittel 10 beskrives hvem som har ansvaret for å gi hjelp etter loven. Når det gjelder kommunens økonomiske ansvar, og kommunens rett til å kreve vederlag for noen av de hjelpetjenester som den yter, hjemles dette i kapittel 11.

Enkeltvedtak og klageadgang

Kommunene mottar søknader fra publikum om hjelpetjenester, og resultatet av saksbehandlingen skal gis i form av et enkeltvedtak. Enkeltvedtaket er en avgjørelse som treffes under utøving av offentlig myndighet, og som gjelder rettigheter og plikter til en eller flere bestemte personer.

En av de basale rettigheter som enkeltvedtaket alltid skal vise til er at det foreligger en rett til å klage over kommunens vedtak. Klageinstansen, for den type tjenester som tidligere er beskrevet, er Fylkesmannen.

Saksgang ved klage

Etter forvaltningslovens regler skal klagen først sendes til den kommunen som har fattet vedtaket. Kommunen gis nå en mulighet for å kunne revurdere vedtaket, og eventuelt endre dette helt eller delvis. En endring av vedtaket gir i så fall ny klageadgang. Finner kommunen at den vil opprettholde sitt første vedtak, oversendes klagesaken til Fylkesmannen for behandling.

Fylkesmannens myndighet som klageinstans er hjemlet i sosialtjenesteloven § 8-7. Her heter det blant annet at klageinstansen kan prøve både lovtolkning og kommunens frie skjønnsutøvelse i forhold til en eventuell tildeling av hjelpetjenester og økonomisk bistand.

Fylkesmannens vedtak er jf. forvaltningsloven § 28 endelig, og kan ikke påklages videre i forvaltningen.

Saksmengde

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag mottok i 2004 141 klagesaker fra 18 av fylkets 24 kommuner. Dette er en økning på 12 innkomne klagesaker når det sammenlignes med tilsvarende statistikk for 2003. Videre var det et etterslep av klagesaker fra 2003 til 2004, tilsvarende 22 saker.

Av totalt 163 saker ble 126 saker vurdert. To saker ble trukket tilbake av klager, og det ble

fattet endelig vedtak i 124 saker. Det ble overført 37 klagesaker fra 2004 til 2005.

Det som i hovedsak påklages er utmåling av hjelpetjenester etter lovens § 4-2 a-e, og økonomisk sosialhjelp etter § 5-1.

Kapittel 4

Når det gjelder kapittel 4 er det en jevn fordeling av klagesaker fra de fleste kommuner. Det klages mest på utmåling av hjelpetjenester knyttet til praktisk bistand og opplæring som er hjemlet i § 4-2 a, og på utmåling av omsorgslønn som er hjemlet i § 4-2 e. Det er forholdsvis færre klager på vedtak som omfatter avlastningstiltak hjemlet i § 4-2 b, og vedtak om støttekontakt som hjemles i § 4-2 c.

Det ble fattet endelig vedtak i 31 saker som omhandlet hjelpetjenester hjemlet i kapittel 4. Av disse sakene ble 10 helt eller delvis opphevet, og returnert til kommunen for ny saksbehandling. Det var flere grunner til at sakene ble opphevet. I de fleste tilfellene var ikke sakene godt nok opplyst, feil faktum og feil lovanvendelse var lagt til grunn, eller vedtakene var åpenbart urimelige. 4 saker ble omgjort helt eller delvis fordi de påklagede vedtakene ble vurdert som åpenbart urimelige. Det ble stadfestet 13 enkeltvedtak.

Det er forholdsvis mange opphevinger/omgjøringer av enkeltvedtak knyttet til kapittel 4. Dette er en tendens som kan følges flere år tilbake i tid. Det er vanskelig å gi et eksakt svar på hvorfor det er slik. De feil som oftest medfører oppheving/omgjøring av enkeltvedtak er mest knyttet til saksbehandling av søknaden og påfølgende enkeltvedtak, og sjeldnere knyttet til den faglige vurderingen. En forklaring kan være at de saksbehandlere som tradisjonelt fatter vedtak etter kapittel 4 har en helsefaglig utdanning uten grunnleggende juridisk kompetanse.

Kapittel 5

De fleste klagesakene som er relatert til kapittel 5 kommer fra de fire største kommunene i

fylket. Hele 82 klagesaker av i alt 126 utgående saker er knyttet til klager på utmåling av økonomisk sosialhjelp som er hjemlet i §§ 5-1 og 5-2. Det er relativt få klager knyttet til bruk av vilkår som er hjemlet i § 5-3, aktuelle økonomiske stønadsformer som er hjemlet i § 5-4 eller vedtak som er hjemlet i § 5-9 som omhandler refusjon i ytelser fra folketrygden.

Det er fattet endelig vedtak i 88 saker som omhandlet økonomiske forhold hjemlet i kapittel 5. Av disse sakene ble 12 helt eller delvis opphevet og returnert til kommunen for ny saksbehandling. Også her var det flere grunner til at vedtakene ble opphevet. Men i de fleste tilfellene var ikke sakene godt nok opplyst, kommunene kunne lagt feil faktum og feil lovanvendelse til grunn, eller vedtakene var å oppfatte som åpenbart urimelige. 6 saker ble omgjort helt eller delvis fordi disse enkeltvedtakene ble oppfattet som åpenbart urimelige. Imidlertid stadfestet Fylkesmannen 67 enkeltvedtak.

Det er likevel få vedtak som er hjemlet i kapittel 5 som oppheves eller omgjøres i forhold til utgående saksmengde når det sammenlignes med kapittel 4. Imidlertid er det også her flest enkeltvedtak som oppheves fordi saken ikke er tilstrekkelig opplyst, og noen som omgjøres av Fylkesmannen fordi enkeltvedtakene er åpenbart urimelige. Det kan være flere forklaringer på hvorfor det er en større andel av enkeltvedtak relatert til kapittel 5 som stadfestes i forhold til kapittel 4. En av forklaringene kan være at de saksbehandlere som tradisjonelt fatter vedtak etter kapittel 5, har en sosialfaglig utdanning med en grunnleggende juridisk kompetanse.

Kapittel 11

Fylkesmannen har behandlet relativt få saker som er hjemlet i § 11-2, som omhandler egenbetaling for hjelpetjenester og vederlag for opphold i institusjon. På tross av dette øker saksmengden når det gjelder vederlagssaker. Det ble i 2003 behandlet 2 klagesaker mot 6 saker i 2004. Det er i 2004 en stor økning i telefonhenvendelser fra både kommuner og publikum for råd og veiled-

ning knyttet til vederlag og vederlagsberegning. Fylkesmannen erfarer at spesielt publikum vil ha kunnskap om hvilke lover, rundskriv og regler som gjelder for kommunens rett til å kreve vederlag for enkelte hjelpetjenester, og for opphold i institusjon. Det kan derfor forventes at antall klagesaker knyttet til enkeltvedtak hjemlet i § 11-2, vil øke i årene som kommer.

Råd, veiledning og kompetanseheving

Fylkesmannen erfarer at det er en økende juridisk og sosialfaglig kompleksitet i mottatte klagesaker. Som en konsekvens av dette er det i 2004 arrangert kurs i saksbehandling og vederlagsforskrift for å øke vedtakskompetansen i kommunene. Det vil for 2005 bli arrangert flere kompetansehevende kurs og nettverksamlinger.

En vesentlig del av Fylkesmannens oppgaver er å gi råd og veiledning til både kommuner og publikum. Det mottas daglig både skriftlige, muntlige og personlige henvendelser som blant annet er knyttet til saksbehandlingsregler, brukermedvirkning, sosialtjenestens tilgjengelighet og utøving av sosialfaglig kompetanse. Denne type henvendelser har økt fra år til år, og vil også for 2005 være en utfordring som Fylkesmannen vil sette i fokus.

AKTUELLE LOVER OG RUNDSKRIV

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker, kapitlene 3–6.

Lov om sosiale tjenester, kapitlene 1–6, 8, 10 og 11.

Rundskriv I-1/93 – Lov om sosiale tjenester m.v.
Rundskriv I-34/2001 – Sosialtjenesteloven kapittel 5

Rundskriv I-47/98 – Vederlag for opphold i institusjon m.v.

Lov om barneverntjenester

Av Kjell Morten Dahl, rådgiver

Klager på enkeltvedtak fattet av barneverntjenesten

I lov om barneverntjenester § 6-5 om klage over barneverntjenestens vedtak heter det:

“Enkeltvedtak som barneverntjenesten har truffet, kan påklages til Fylkesmannen. Første ledd gjelder ikke saker som etter kapittel 7 hører under fylkesnemnda, med mindre annet er sagt i loven”.

Alle vedtak som innebærer iverksettelse av tiltak etter barnevernlovens bestemmelser regnes som et enkeltvedtak. Tilsvarende gjelder også avgjørelser om ikke å sette i verk tiltak. Kommunale vedtak etter barnevernloven kan ikke iverksettes uten samtykke fra sakens parter.

Fylkesmannen har i 2004 mottatt 2 klager på enkeltvedtak (Steinkjer og Stjørdal). Begge vedtakene ble ved Fylkesmannens klagebehandling stadfestet.

Klager på andre forhold i barneverntjenesten (beklagelser) og tvistesaker mellom kommuner

I lov om barneverntjenester § 2-3 om statlige barnevernmyndigheters oppgaver og myndighet heter det i andre leddet:

“Fylkesmannen plikter å føre særlig tilsyn med barnevernvirksomheten i de enkelte kommuner.

Fylkesmannen skal herunder

a) påse at kommunene utfører de oppgaver der er pålagt etter denne loven, – –”

Fylkesmannen får hvert år en del henvendelser som ikke er en klage på et enkeltvedtak. Disse henvendelsene benevnes beklagelser. Dette er vanligvis klager på hvordan en kommune generelt har behandlet en konkret barnevernsak. Klagerne tar for eksempel opp spørsmål om saken har vært behandlet i samsvar med lovverket. Det kan også være klager på hvordan den enkelte saksbehandler har opptrådt overfor sakens parter i saksbehandlingen.

Fylkesmannen skal etter loven påse at lovpålagte oppgaver blir utført. Barnevernloven gir ikke Fylkesmannen myndighet til å behandle klager over hvordan barnevernansatte opptrer overfor sine brukere. Det vil være kommunene gjennom sin internkontroll som må påse at den enkelte ansatte opptrer i samsvar med de etiske retningslinjer fastsatt av kommunen selv.

Fylkesmannen har i 2004 mottatt 16 beklagelser på den kommunale barneverntjenesten, samt 1 tvistesak mellom to kommuner:

Kommune	Antall beklagelser
Verdal	7
Steinkjer	2
Levanger	2
Namsos	2
Overhalla	1
Grong	1
Snåsa	1
Tvistesak - to kommuner	1

Fylkesmannen mottar få klager på enkeltvedtak fattet i kommunene. Dette skyldes at slike vedtak vanligvis ikke kan fattes uten partenes samtykke, og derav også er uten hensikt å påklage til Fylkesmannen. Antallet klager og beklagelser har de senere årene holdt seg på nivå med tallene fra 2004.

Barneverninstitusjoner

Tilsynet med barneverninstitusjoner er behandlet i eget kapittel. Det vises til dette når det gjelder innholdet og resultatene av tilsynet. I tilsynsforskriften til barnevernloven heter det i § 11 om klagebehandling, at tilsynsmyndigheten skal behandle alle muntlige og skriftlige henvendelser fra barna og deres foresatte. Det skal føres særskilt protokoll over henvendelsene.

I 2004 har vi mottatt klager fra 2 ungdommer på barneverninstitusjoner. Årsaken til at det er få klager, må vi anta har med at barn og unge på barneverninstitusjonene blir behandlet i samsvar med rettighetsforskriftens bestemmelser.

Avsluttende kommentar

Av Mariann Markussen, underdirektør

Veiledning

For statens tilsyn med kommunesektoren gjennom Fylkesmannen som tilsynsorgan, er det lagt til grunn at Fylkesmannen også skal ha en veilederrolle i sin tilsynsvirksomhet. Kontrollen er med andre ord ledsaget av veiledning og informasjon.

Det har ofte blitt hevdet at det er et utydelig skille mellom tilsynsbasert veiledning og Fylkesmannens generelle veiledningsansvar overfor kommunesektoren. Innføringen av systemrevisjon som metode ved tilsyn med store deler av sosial-, helse- og barnevernlovgivningen, har aktualisert denne problemstillingen. Når det gjelder forholdet mellom tilsyn og veiledning, viser undersøkelsen foretatt av NIBR at det er uenighet om dette spørsmålet i fylkesmannsembetene. I noen avdelinger skilles det meget klart mellom disse funksjonene. En passer nøye på å ikke gi veiledning under tilsynet, og gjør kommunene klar over hvorvidt det er tilsyn eller veiledning en til enhver tid utfører. I andre avdelinger hevdes det at tilsyn og veiledning går hånd i hånd og vanskelig lar seg skille. I intervjuene kom det fram at det ikke minst er et ganske klart skille mellom avdelingene som har ansvar for henholdsvis helse og utdanning. Den førstnevnte vektlegger skillet mellom tilsyn og veiledning, den andre i mye mindre grad.

Tilsynsutvalget har i sin tilråding nr 1 (NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren), hevdet at veiledning ikke er en del av tilsyn. Fylkesmannen i Nord-Trøndelag er enig i at veiledningsaktiviteten ikke skal gå over mot løsningsbasert veiledning, men mener at informasjon om regelverk skal være en del av tilsynsmyndighetens oppgaver.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning utgjør i dag ingen sentral del av tilsynsarbeidet ved Fylkesmannens sosial-, helse- og barnevernavdeling. Før 01.01.2003 hadde Fylkesmannen blant annet ansvaret for tilsyn med boliger med heldøgns omsorg med hjemmel i sosialtjenesteloven, herunder aldershjem, avlastningsboliger for barn og unge, barneboliger og rusinstitusjoner. Fylkesmannen skulle gjennomføre et visst antall tilsynsbesøk, anmeldte og uanmeldte, med alle boliger med heldøgns omsorg. Beboere og pårørende ble varslet i forbindelse med anmeldte besøk og hadde derigjennom anledning til å samtale med Fylkesmannen alene. Samtalene utgjorde et nyttig supplement til samtalen med ledelsen/personalet ved boligen.

Fylkesmannen har fortsatt anledning til å besøke den enkelte bolig ut fra en individuell vurdering, men det foreligger i dag intet lovkrav om dette (med unntak for visse rusinstitusjoner). Som erstatning for det tidligere mer dialogbaserte tilsynet er systemrevisjon innført som metode. Denne metoden er atskillig mer ressurskrevende og kan på ingen måte kombineres med dialogbasert tilsyn i samme frekvens som tidligere. Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har på denne bakgrunn flere ganger uttrykt bekymring for rettssikkerheten til beboere i blant annet avlastningsboliger og i barneboliger. Beboerne er som regel psykisk eller fysisk funksjonshemmede og har ofte ikke pårørende eller andre som kan ivareta deres interesser.

Tilsyn med barneverninstitusjoner har en annen innfallsvinkel. Tilsynet er todelt – det skal a) gjennomføres en systemrevisjon pr institusjon pr. år og i tillegg b) to til fire individrettede tilsynsbesøk pr. institusjon pr. år. Fylkesmannen er pålagt en plikt til å ta kontakt med beboerne i forbindelse med det individrettede tilsynsbesøket. I denne sammenheng får beboerne anledning til å komme med synspunkter i forhold til oppholdet ved institusjonen. Fylkesmannen er fornøyd med denne kombinasjonen av metoder og har et ønske om at slike ordninger kan

gjennomføres også overfor andre ressursvake grupper.

Effekt av tilsyn

Samfunns- og næringslivsforskning AS (SNF) har gjennomført en analyse av kostnader og nytteeffekter av statlig tilsyn med kommunesektoren (SNF 2004). Konklusjonen er blant annet at tilsynsfunksjonen fortsatt er viktig på områder med svake brukergrupper (helse, sosial, barnevern), og områder der kommunenes egeninteresse i å opprettholde et lovpålagt tilbud er svakere (miljø og beredskap).

Fylkesmannen og Helsetilsynet har den samme erfaring hva angår tilsyn med sosial-, helse- og barnevernsektoren. Det oppleves at tilsynsobjektene ser på tilsynet som et nyttig verktøy i arbeidet med å utarbeide/kvalitetsutvikle egen internkontroll. En gjennomgang av utført tilsyn de siste år viser at tilsynsobjektene i stor grad lukker de avvik som har blitt påpekt så snart dette har vært praktisk mulig. Det skal i denne

sammenheng understrekes at de som revideres som regel har anledning til selv å bestemme en frist for lukking av avvik ut fra blant annet kapasitetshensyn i egen virksomhet.

Fylkesmannen og Helsetilsynet er av den oppfatning at tilsyn er en uunnværlig kontrollmulighet. Det har selvsagt ikke sin bakgrunn i en generell oppfatning av at tilsynsobjektene, som regel kommunene, gjør en dårlig jobb. Det er imidlertid vanskelig å se bort fra at presset økonomi i noen tilfeller kan føre til en prioritering som ikke er i samsvar med de rettigheter som oppstilles i lov- og forskriftsverk. Av hensyn til den enkelte brukers rettssikkerhet er tilsyn, ved siden av andre kontrollordninger, viktig for å sikre brukere de rettigheter som er forutsatt.

Innføring av internkontrollplikt gir ytterligere muligheter i forhold til kvalitetsutvikling av tjenester innenfor sosial- og helseområdet. Det er formålstjenlig at denne plikten så snart som mulig innføres også for barnevernets vedkommende.