

Årsmelding 2006

Helse- og sosialavdelinga/ Helsetilsynet i Rogaland



Fylkesmannen i Rogaland

Fylkesmannen i Rogaland
Postboks 59
4001 Stavanger

www.fylkesmannen.no
postmottak@fmro.no



ISBN 82-7826-021-4
ISSN 1503-920X
Skrift 1 - 2007

Innholdsliste

1	Overordna synsvinklar.....	3
	Siksakk-kvalitet og systematisk forbetningsarbeid.....	3
	Medisinsk nødmeldetjeneste i noreg: frå melkespann til satellitt.....	4
2	Spesialisthelsetenesta.....	9
2.1	Tilsyn med spesialisthelsetenesta.....	9
2.2	Tilsynet med tverrfagleg spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukarar...	9
2.3	Sentrum røntgeninstitutt.....	10
2.4	Tilsyn med Ryfylke DPS avdeling Randaberg.....	11
2.5	Meldingar etter § 3-3 i lov om spesialisthelsetenesta.....	11
3	Offshorehelsetenesta.....	11
3.1	Litt historikk.....	11
3.2	Bakgrunn for tilsyna i 2006.....	11
3.3	Systemrevisjonar offshore.....	12
3.4	Tilsyn på flyttbare innretningar.....	12
3.5	Matvarehandtering og drikkevassforsyning.....	12
3.6	Dykkaraktivitetar i petroleumsverksemda.....	13
3.7	Samtykkebehandling.....	13
3.8	Klager etter petroleumslovverket.....	13
3.9	Smittevern.....	13
3.10	Regelverksarbeid.....	13
3.11	Oppsummering.....	14
3.12	Godkjenning av dykkarlegar.....	14
3.13	Godkjenning av utanlandske legar.....	14
4	Kommunehelsetenesta.....	14
4.1	Landsomfattande tilsyn med den kommunale helse- og sosialtenesta.....	14
4.2	Tilsyn med kommunehelsetenestad, etter eige tiltak.....	15
4.3	Fastlegeordninga.....	15
4.4	Tilsyn med kommunehelsetenesta.....	16
4.5	Eldreomsorga.....	16
4.6	Pleie- og omsorgstenester dei komande åra.....	17
4.7	Fengselshelsetenesta.....	18
4.8	Valdtekstmottak.....	18
5	Sosialtenesta.....	18
5.1	Klagersaker etter lov om sosiale tenester.....	18
5.2	Sosialtenestelova kapittel 4A.....	19
5.3	Tilsyn med dei sosiale tenestene i kommunane.....	19
5.4	Tilsyn med rusinstitusjonar.....	20
5.5	Kompetanseutvikling og formidlingstiltak.....	21
6	Barnevernet.....	21
6.1	Klager etter lov om barneverntenester.....	21
6.2	Fylkesmannens tilsyn med barneverntenesta i i kommunane.....	22
6.3	Råd, rettleiing og opplæring.....	22
6.4	Fylkesmannens tilsyn med barnevernsinstitusjonane i fylket.....	22

7	Faggruppeovergripande oppgaver.....	23
7.1	Kvalitet i pleie- og omsorgstenesta.....	23
7.2	Folkehelsearbeid.....	24
7.3	Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008).....	24
7.4	Smittevern.....	25
7.5	Helsemessig og sosial beredskap.....	25
7.6	Førarkort.....	26
7.7	Behandling med medikament utan eiga samtykke i det psykiske helsevernet..	26
7.8	Skattesaker/særfrådrag ved store sjukdomsutgifter.....	27
7.9	Forskrivning av sentralstimulerande legemiddel (SSM).....	27
7.10	Turnustjeneste.....	27
7.11	Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003 – 2006.....	28
7.12	Rådgjevande utval for handtering av legemiddel.....	28
8	Fylkesmannen i Rogaland, Helse- og sosialavd./Helsetilsynet i Rogaland.	29

ÅRSMELDING 2006

1. Overordna synsvinklar

SIKSAK-KVALITET OG SYSTEMATISK FORBETRINGSARBEID

Norske helse- og sosialtenester er prega av siksak-kvalitet. Noko er svært bra, på høgde med det beste i verda, anna er slett ikkje bra. Kontakten mellom pasient/klient og den enkelte helse- eller sosialarbeidaren er oftast av høg kvalitet. Den dårlege kvaliteten ser ein der ulike tenestenivå eller ulike helse- eller sosialpersonell skal samarbeide. Samhandlingsproblem er det som pasientar og pårørande oftast fortel om i klagane som helsetilsynet får.

Mange hendingar i helsetenesta vitnar om svikt, ja altfor mange. Det er store moglegheiter for forbetring i alle ledd. Enkelthelsepersonell kan bli betre både fagleg og til å kommunisere betre og gi omsorgsfull hjelp. Tenesteytarar som kommunar, sjukehus og helseforetak kan bli betre, og som tilsynsmyndigheit spør vi oss ofte korfor ikkje tenesteytarar har større evne til å lære av feila sine. Korfor førekjem same type avvik år etter år i same kommune eller sjukehus? Når avvik blir påvist, burde dette brukast til systematisk forbetningsarbeid for å gjere tenesta betre, ikkje for å tilfredsstille tilsynsmyndigheitene. Dersom dette blir ein måte å arbeide på, vil ein unngå mange svikt i helsetenesta i framtida. Den nye kvalitetsstrategien for helsetenesta – ”og bedre skal det bli” – har kontinuerlig forbetningsarbeid som hovudsak, og det er laga ulike handlingsplanar for å hjelpe ulike deler av helsetenesta med dette.

Det er veldig lett for pasientar og pårørande å rette søkjelys på enkelthelsepersonell ved mangelfull diagnose eller ved svikt i behandlinga, men likevel er det viktig å spørje seg om

feildiagnose og feilbehandling kan skuldast systemsvikt. Er det nok ressursar i form av personell eller tid til å kunne gi forsvarleg behandling og omsorgsfull hjelp? Har behandlarar høve til å førebu seg ved å lese journalen og sette seg inn i dei problemstillingane pasienten kjem med? Har personellet fått god nok opplæring i bruk av teknisk utstyr som er kjøpt inn? Er vaktordningar og turnusar slik at ein kan sikre kontinuitet og nødvendig overvaking? Er arbeidet organisert på ein optimal måte slik at ulike kompetanse blir nytta best mogleg?

Helsepersonell vil ofte oppleve klagesaker og tilsynssaker som syndebukkjakt. Nokre som har mista sine kjære eller som sjølve er blitt feilbehandla, vil lett bli bitre og kan bli gripne av hemnlyst. Media er særleg flinke til å spørje kven er den skyldige i alle uønska hendingar, anten det gjeld medisinske tabbar, mange korridorpatientar, trafikkulukke eller då vegane på Sørlandet ikkje var farbare etter mykje snøfall. Syndebukkjakt og fokusering på enkelthendingar er ikkje særleg konstruktivt med tanke på forbetningsarbeid i helsetenesta.

Likevel vil også vi som tilsynsmyndigheit granske enkelthendingar, ikkje først og fremst for å straffe eller sanksjonere, men for å rettleie for kvalitetsforbetring og for å skape sikrere helsetenester. Fokuseringa i media på kven som gjorde den eller den tabben, eller kven som er ”den skyldige”, er eigentleg svært uinteressant for folk flest. Eg skulle ønske at media var meir konstruktive og fokuserte på dei tiltaka som blitt sette i verk for å hindre liknande mistak i framtida og kva systema (les: kommunar, sjukehus) har lært av ei tilsynssak eller eit tilsyn.

Det er urealistisk med ein nullvisjon der det ikkje førekjem svikt i helsetenesta. Pasientar er ulike og unike i motsetnad til maskinar og tekniske innretningar. Derneft er det framleis slik at vi manglar mykje

kunnskap om mange sjukdomar og lidingar, og derfor vil også feildiagnostisering og feilbehandling skje. Det er derimot ikkje akseptabelt at helsetenesta og helsepersonell ikkje held seg fagleg oppdatert eller opptrer uhøfleg og arrogant. Alle har rett til å bli behandla med respekt og empati.

I etterpåklokskapens lys er det så lett å sjå løysinga på alle ting.



*Ole Mathis Hetta
fylkeslege*

Medisinsk nødmeldetjeneste i Norge: Fra melkespann til satellitt.

Å kunne få tak i doktor ved sykdom eller ulykker, har folk alltid vært opptatt av.

Så lenge det var manuelle telefonsentraler, henvendte folk seg dit og ”tefondamen” (dette var et kvinneyrke) visste nesten alltid hvor legen eller dyrlegen var å få tak i. Det fortelles fra Ryfylke at innringer kunne bli bedt om å sette ut et melkespann i veikanten – og når doktoren passerte, visste han at melkespannet betydde legebesøk. Trengte en dyrlege, var det mjølsekken som var signalet på behov for hjelp.



Manuell telefonsentral

Dette var altså gamle dagers flåtestyring – med telefondamen på sentralen som fungerte som en medisinsk nødsentral. Publikum var fornøyd med denne servicen – og ordningen var akseptabel i en tid der tidsfaktoren ikke var så avgjørende. Men den medisinske utvikling på 60–70 tallet medførte at tidsfaktoren ble mer og mer avgjørende i akuttmedisinsk sammenheng, og det ble det klart at helsemyndighetene måtte ta ansvar for å utvikle en medisinsk varslingstjeneste.

På begynnelsen av 1980-tallet drev Helsedirektoratet (nå Statens Helsetilsyn) og Hordaland fylke utprøving av et nytt medisinsk nødmeldesystem som var tilpasset moderne akuttmedisin, der en ønsket å skape nærhet mellom publikum og den medisinske beredskap. Overlege Paul Forstrønen ved Haukeland sykehus i Bergen var drivkraften bak prosjektet. (”Hordalandsmodellen”) For dette arbeidet, ble han tildelt kongens for-tjenestemedalje i gull.

Denne ”Hordalandsmodellen” dannet grunnlaget for nyorganiseringen av nødmeldetjenesten og ordningen ble vedtatt i 1988 (Odelstingsproposisjon 26 (1988-89) ”Om telekommunikasjoner i helsetjenesten, herunder medisinsk nødmeldetjeneste”). I samsvar med forslagene i nevnte Odelstingsproposisjon, vedtok Stortinget endringer i sykehusloven og kommunehelsetjenesteloven som førte til at medisinsk nødmeldetjeneste ble en lovpålagt oppgave for fylkeskommuner og kommuner. Loven trådte i kraft 1. juli 1989.

Rogaland var den første fylkeskommunen som fullt ut etablerte en nødmeldetjeneste i hele fylket etter det nye regelverket. Rogaland er kjent for å ha et engasjert akuttmedisinsk fagmiljømiljø. Og siden daværende fylkesordfører, Arne Rettedal, engasjerte seg og ønsket at Rogaland

skulle være et foregangsfylke for å skaffe befolkningen en effektiv akuttmedisinsk helsetjeneste, skjedd utbyggingen svært raskt. Det ble etablert 2 AMK-sentraler, en ved Fylkessjukehuset i Haugesund og en ved Sentralsjukehuset i Rogaland. I samarbeid med kommunene ble det etablert i alt 26 legevaktsentraler (LV-sentraler) og et helseradiosamband (i alt 42 radiobasestasjoner) slik vi kjenner det i dag. Dette systemet knyttet alle deler av deler av helsetjenesten med et akuttmedisinsk ansvar, sammen på en hensiktsmessig måte. Hordalandsmodellen begynte egentlig som et teknisk radiosystem, men slik den endelige utformingen ble i lover og forskrifter, representerte ordningen en radikal samordning av de akuttmedisinske helsetjenestene, noe som førte til nærmere samarbeid mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste om de akuttmedisinske tjenestene. Lokal lege, ambulanse, jordmor og helikopter kunne kommunisere med hverandre. Sykehusene og legevaktsentralene var knyttet inn i samme nettet, og politi og brannvesen kunne på en effektiv måte også kobles inn. Det kom flere utenlandske delegasjoner for å studere den samordnete norske modellen, en modell Norge egentlig var alene om.

Publikums rett til å ringe et medisinsk nødnummer direkte.

Odelstingsproposisjon 26 (1988-89) la stor vekt på publikums rett til direkte adgang til fagkyndighet.. AMK-sentralen ved Sentralsjukehuset i Rogaland (SiR) utviklet (1991) i samarbeid med Laerdal Medical et medisinsk veiledningssystem som ga sykepleier mulighet til å gi standardisert instruksjon og veiledning til innringer. Den norske lægeforening engasjerte seg i problemstillingen, og sammen med Laerdal Medical ble Norsk Medisinsk Indeks utviklet i 1994.

Systemet innbærer at AMK foretar en standardisert utspørring av innringer, avgjør responsmønster og gir veiledning eller akuttmedisinsk instruksjon i førstehjelp ved livstruende tilstander som f. eks hjertestans eller andre livstruende tilstander.

Legeforeningen skrev i sitt forord i den første utgaven av Indeks:

Utgivelsen av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp markerer en milepæl i den akuttmedisinske beredskap i Norge. Indeksen bygger på erfaringer fra andre land, særlig USA. Men den norske utgaven er et produkt utviklet av norske fagfolk med lang akutt-medisinsk fartstid fra primær- og institusjonshelsetjenesten.

Etablering av medisinsk nødmeldetjeneste med AMK- og L V-sentraler er en betydelig helsereform, og Norsk indeks for medisinsk nødhjelp er et sentralt hjelpemiddel for at reformen skal oppfylle kravet til fagkyndighet. Indeksen vil være med å sikre at hjelpsøkende over hele landet vil bli møtt med en enhetlig, gjennomdiskutert faglig respons som vil sikre høy kvalitet på tjenesten. Indeksen legger også grunnlaget for dokumentasjon av den akutt -medisinske beredskap, basis for kvalitets sikring og kvalitetsutvikling... Sterkt faglig engasjement er en grunnleggende forutsetning for sikring av høy kvalitet av de akutt-medisinske tjenester. Det er også viktig at tjenesten organiseres på en måte som setter tilsynet i stand til en fortløpende evaluering av tjenesten. Norsk indeks for medisinsk nødhjelp er et verktøy som er tilpasset et medisinsk nødmeldesystem basert på fagkyndighet i alle ledd. Dette er derfor et viktig bidrag i virkeliggjøring av Ot. prop. 26 (88-89), som et enstemmig Storting har stilt seg bak”.

1995 - Tidsfrist for innføring

Denne tidsfristen ble i det store og hele overholdt - slik at Norge i løpet av 1995 hadde en enhetlig medisinsk nødmeldetjeneste og et utbygd helseradionett som dekket hele Norge. I NOU 1998: 9 opplyses det at det ble etablert 45 AMK-sentraler og 203 LV-sentraler

Formål, prinsipper og systembeskrivelse

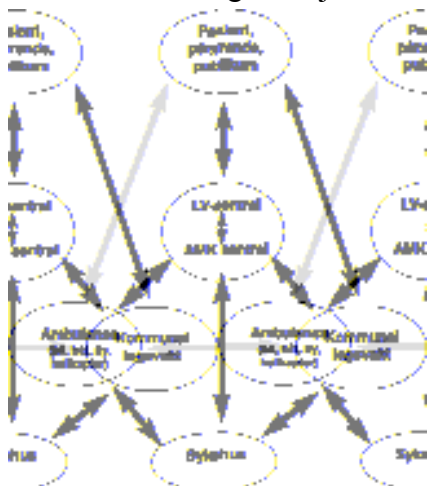
Hovedformålet med modellen var å sikre

befolkningen **direkte** kontakt med medisinsk fagkyndighet, og å sikre løpende kontakt mellom helsepersonell i sykehus og i oppdrag utenfor sykehus, og mellom sykehusene. Intensjonen var også å bidra til rasjonell bruk av ressurser i helseberedskap gjennom forpliktende samarbeid mellom de ulike delene av helsetjenesten og mellom helsetjenesten og de øvrige nødetatene.

Et sentralt punkt var prinsippet om fagkyndighet som innebærer at publikum sikres direkte kontakt med medisinsk personell. Direkte kontakt med medisinsk personell sikrer at melding raskt blir mottatt og forstått av fagpersonell som kan vurdere behovet for medisinsk hjelp og forstå en effektiv varsling/formidling av riktig ressurs/respons. Medisinsk personell gir veiledning og instruksjon til pasienten og/eller den som har varslet, inntil profesjonell hjelp når fram.

Systemet for kommunikasjonsberedskap består av følgende elementer:

- medisinsk alarmtelefonnummer (113)
- akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK-sentraler) i akutt sykehus
- legevaktsentraler (LV-sentraler) i kommunehelsetjenesten
- felles kommunikasjons tjenester for helsepersonell
- felles driftsorganisasjon

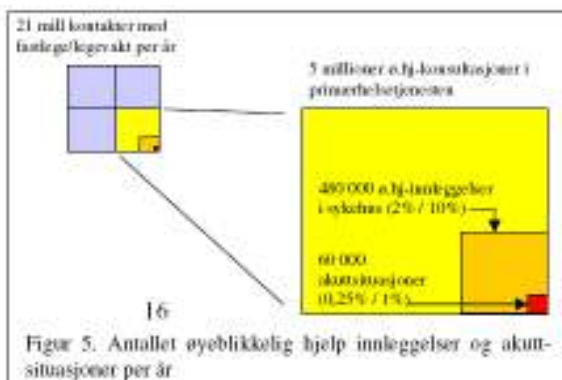


Den akuttmedisinske behandlingsskjeden
NOU 1998: 9

Hva er situasjon i 2007?

De viktigste endringene innen de prehospitale tjenestene de siste 10 årene kan oppsummeres slik:

- Faglig styrket ambulansetjeneste. Ambulansetjenesten utfører flere legedelegerte oppgaver, og utfører flere og flere oppdrag uten at legetjenesten er involvert. Det siste antas ikke å være en styrt helsepolitisk utvikling.
- Sammenslåing av legevaktdistrikt fører til store LV-sentraler og mer stasjonært legevaktsarbeid. Dette medfører at legene sjeldnere rykker ut sammen med ambulanse. Sykepleier på LV-sentraler håndterer på egen hånd opptil 40 % av LV-henvendelser, uten at det foreligger felles nasjonale medisinskfaglige retningslinjer for denne tjenesten.
- Luftambulansetjenesten er større i grad enn før samordnet med den øvrige helsetjenesten. Luftambulansetjenesten spiller større og større rolle i forbindelse med sekundærtransporter og gjør det lettere å gjennomføre en forsvarlig funksjonsfordeling mellom sykehus.
- Det har skjedd en halvering av antall AMK-sentraler, noe som medfører økt profesjonalitet, men setter større krav til informasjonsteknologi for å kompensere for manglende lokalkunnskap.
- Stortinget har vedtatt etablering av et nytt nødnett for nødetatene, og utbyggingen har begynt.
- Justisdepartementet ønsker å utvikle direkte nødnummer til brann (110) og helse(113) og kun ha 112 som et felles nødnummer



AMK Haugesund Foto RAKOS

Hvor mye akuttmedisin?

Ifølge en nylig utgitt rapport fra Norsk senter for elektronisk pasientjournal, (”Elektronisk samhandling med kommunene”) er det årlig ca 5 mill øhj.-konsultasjoner i primærhelsetjenesten, ca 480000 øhj.-innleggelser i sykehus og ca 60000 akutsituasjoner.

Dette representerer et volum gjør helsetjenesten og medisinsk nødmeldetjeneste til den desiderte største nødetaten sammenlignet med brann og politi. Virksomhetens omfang stiller store krav til både logistikk og håndtering av store datamengder og representerer også en medisinsk faglig stor utfordring.

Sammenslåingen av AMK- og LV-sentraler har nødvendiggjort en økt satsing på informasjonsteknologi. I dag er flåtestyring innført ved de fleste AMK-sentralene. Ambulansene er utstyrt med digitale kart koblet til GPS (global position system). AMK kan dermed se ambulansenes posisjon, sende åsteds- og oppdragsdata rett til i ambulansenes PC og kartterminal. Det arbeides for tiden med å utvikle en PDA (håndholdt mini-PC) for legevaktsleger som kan fungere på samme måten som de større ambulans-PC-ene.

Dagens utfordring innen medisinsk nødmeldetjeneste

Medisinsk nødmeldetjeneste med AMK og LV-sentraler representerer helsevesenets viktigste portnerfunksjon i forbindelse med øyeblikkelig hjelp.

Opplysninger i rapporten ”Elektronisk samhandling med kommunene” viser volumet av kontakt mellom primær og spesialisthelsetjenesten

Sitat fra rapporten:

Ser vi på omfanget av antall kontakter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, ser vi at primærhelsetjenesten sender om lag 2 millioner henvisninger til spesialisthelsetjenesten..

Dette medfører 4 millioner polikliniske konsultasjoner og 1,3 millioner opphold per år, hvorav 725 000 er elektive (planlagte innleggelser) og 485 000 er øyeblikkelig hjelp innleggelser.

Inkludert i disse tallene er 750 000 konsultasjoner og 42 000 opphold i psykiatrien.

Det har vært en økning i alle typer kontakter siden 2001, og økningen har vært størst innen elektiv dagbehandling (45%).

Økningen skyldes både en økning i antall pasienter (695 000 til 788 000 i 2004) og antall opphold per pasient (fra 1,5 til 1,7 opphold). Eldre over 80 år står for vel 20% av liggedøgnene. Om lag 80% av innleggelsene av pasienter over 80 er øyeblikkelig hjelp. Økningen i innleggelser av eldre er for tiden større enn økningen i antallet eldre.

Nær 6 av 10 innbyggere over 80 år blir årlig innlagt på sykehus. Fram til 2030 øker antallet eldre over 80 med 113 000 (53%). Det gir en betydelig økt belastning på sykehusene, men kommunene vil merke belastningen ennå mer. Kapasitetsproblemer i kommunene vil igjen forplante seg til sykehusene. Ut fra befolkningsutviklingen bør samhandling på dette området få prioritet framover. Det er gjennom tiltak knyttet til syke eldre at man kan oppnå de største kapasitets- og kvalitetsgevinstene.

AMK og LV sentralene vil i ennå større grad kunne spille en nøkkelrolle i samhandling om og styring av pasientstrøm mellom 1. og 2. linjetjenesten. Den beregnede knapphet på sykehussenger i de kommende årene, er en stor utfordring, og vil sette store krav til AMK-sentralenes rolle i denne sammenheng.

De til enhver tid gjeldende medisinske retningslinjene (Norsk Indeks) for AMK-LV-sentralene vil ha direkte konsekvens for innleggelsespolitikk og fordelingen av ø.hj.pasienter mellom:
1.linjetjenesten – dvs. ø.hj. behandling på legevakt eller fastlege
”1,5-linjetjeneste” dvs. ø.hj-innleggelse i fremtidig mulig opprustede sykehjem/lokalsykehus
2. linjetjenesten – dvs. øhj-innleggelse på sykehus

Norsk Indeks er i hovedsak hensiktsmessig for AMK-sentraler.
Det bør derfor utvikles et nasjonalt faglig kvalitetssikringssystem også for landets LV-sentraler.

Det er et stort potensiale for effektivisering og kvalitetsforbedring i samhandling om problemstillinger omkring pasientforløp mellom 1. og 2. linjetjenesten. Her bør det snarlig utvikles felles IKT-systemer. I England har en eksempler på slike nasjonale felles

IKT-systemer som både har medført en effektivisering og en kvalitetsforbedring.

AMK-sentralene vil også spille en viktig rolle i koordinering av transportressurser (ambulanse, luftambulanse og syketransport) samt være et knutepunkt for informasjon mellom 1. og 2. linjetjenesten

Avsluttende kommentar.

Med de kapasitetsutfordringer helsevesenet antas å stå foran de kommende år , og der medisinsk nødmeldetjeneste ville kunne spille en nøkkelrolle vedr forsvarlig pasientstrøm, er det underlig at myndighetene overveier å redusere AMK-sentralenes funksjon og ansvarsområde ved å nedlegge 113 som medisinsk nødnummer.

Det antas at ca 70 % av nødmeldingene gjelder medisinsk nød, enten sykdom eller skade, mens det kun i ca 7 % av alle nødmeldinger er nødvendig med samordning med de andre nødetatene. Høringsuttalelser i forbindelse med et forslag fra et en gruppe i Justisdepartementet for en tid tilbake som foreslo kun ett nødnummer 112, viste at det innen helsevesenet er en utbredt skepsis til å frata publikum muligheten til direkte kontakt med helsevesenet på eget nødnummer 113.

Da nåværende medisinske nødmeldetjeneste ble etablert, ble det fra Stortingets side fremhevet viktigheten av at publikum skulle kunne komme i direkte kontakt med helsepersonell som umiddelbart kunne yte den beste medisinske hjelpen. Erfaringene i de 15 -17 årene siden den moderne medisinske nødmeldetjenesten ble innført, har vist at fagkyndighetsprinsippet var et rett valg. I det videre arbeid med fremtidens medisinske nødmeldetjeneste, bør det være helsevesenet selv som setter premissene – og ikke Justisdepartementet - for derved å

sikre den enkelte best mulig akutt helsehjelp.



*Olav Eielsen,
Seksjonsoverlege, medisinsk ansvarlig for
AMK Stavanger Universitetssjukehus
(foto: K.Dreyer, KOKOM)*

2 Spesialisthelsetenesta

2.1 Tilsyn med spesialisthelsetenesta

Fylkesmannen og helsetilsynet i fylket fekk i 2006 i oppdrag frå Helsetilsynet å føre tilsyn med habiliteringstenester til barn. Tilsynet omfatta kommunale sosial- og helsetenester samt spesialisthelsetenester. Målgruppa for tilsynet var barn i alderen 0 – 18 år med medfødde, tidleg manifisterte eller tidleg erverva nevrologiske skader i nervesystemet.

Tilsynet var landsomfattande og skulle gjennomførast i 1 spesialisthelseteneste i kvart fylke i tillegg til i 2 kommunar, jf landsomfattande tilsyn med kommunale helse- og sosialtenester, pkt. 5.3. Tilsynet blei utført av eitt tilsynslag i kvar helseregion, som i Rogaland såg på. Helse Stavanger HF, Kvinnebarneklubben, avd. Barnehabilitering Østerlide.

Tilsynet i spesialisthelsetenesta omfatta desse områda:

- om helseforetaket sikra at retten til vurdering og nødvendig helsehjelp blir oppfylt,

- om helseforetaket sikra at barn i målgruppa for tilsynet blir forsvarleg utgreidd og at tiltak blir planlagt og sette i verk, og
- om helseforetaket sikra at barn med behov for oppfølging fra spesialisthelsetenesta blir følgde opp av barnehabiliteringstenesta i samarbeid med kommunale tenester.

Det blei funne to avvik i tilsynet. Det eine var manglande opplysningar i tilbagemelding om resultat av vurdering av tilvisingar om ventetid før behandling og behandlingsfrist for pasientar med rett til nødvendig helsehjelp. Det andre var at barn med behov for langvarige og koordinerte tenester ikkje var sikra å få utarbeidd individuell plan.

Møte med klinikkane ved SUS

I 2006 hadde me i alt 9 møter med leiinga ved alle klinikkane ved SUS. Føremålet med møta var å innhenta informasjon for planlegging av tilsyn. Helsetilsynet i Rogaland tok initiativ til møta, og ba om informasjon om personellsituasjonen, belegg/ overbelegg, ventelister, skademeldingar, kvalitetsarbeid og eventuelt anna som avdelingsleiinga ønskte å ta opp. Begge partar evaluerte møta som svært nyttige.

2.2 Tilsynet med tverrfagleg spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukarar

Rusreforma blei sett i verk 1. januar 2004. Med den blei ansvaret for at rusmiddelmissbrukarar får forsvarleg tverrfagleg spesialisert behandling overført frå sosialtenestene til spesialisthelsetenesta. Stortingets overordna mål med reforma er at rusmiddelmissbrukarar med samansette problem skal få betre og meir samordna tenester, og at resultat av behandlinga skal bli betre. Eit anna mål var å auke behandlingsskapasiteten.

Rusreforma inneber endring i ansvarsforhold og innhald. Etter meir enn to år ventar ein at organisering av tenestene no har funne si form. Difor hadde Helsetilsynet landsomfattande tilsyn med desse tenestene i 2006. I Rogaland er tilsynet gjennomført ved to institusjonar: Vikedal ressurscenter og Rogaland A-senter. I tillegg gjennomførte Helsetilsynet i Rogaland egeninitierte tilsyn med Gauselskogen utrednings-, behandlings og rehabiliteringsenhet og Blå Kors poliklinikk

Tilsynsområde

Tilsyna konsentrerte seg om fire fasar i behandlinga: Mottak og vurdering av tilvisingar, utgreiing, behandling, og avslutting av behandling/utskriving.

I dei institusjonane som det vart ført tilsyn med, var tilsynet gjennomført i ei eller fleire av desse einingane; avrusing, poliklinikk, døgnbasert behandling under 6 månader, døgnbasert behandling over 6 månader

Rapportane frå kvart tilsyn er tilgjengelege på www.helsetilsynet.no

Tilsyna viser at det er store skilnader i kor langt institusjonane har kome i omlegginga frå sosialteneste til spesialisthelseteneste. Institusjonsleiinga si forståing og styring er avgjerande for framdrifta i denne omstillinga.

Ikkje alle pasientane får vurdering, utgreiing og behandling på spesialisthelsetenenivå. Ein viktig grunn til det er at institusjonane manglar kompetanse. Hovudårsaka til dette er at det er vanskeleg å rekruttere kvalifisert personell, særleg legar med spesialkompetanse i rus og psykiatri.

Tilsyna viste at det er vanskeleg å få til gode behandlingsforløp, der avrusing går over i og blir følgd opp av vidare behandling i institusjon. Det er fleire

grunnar til dette. Det er liten kapasitet både når det gjeld avrusing og behandling.

Samarbeidet med heimkommunane til pasientane er stort sett bra. Fastlegane er blitt viktigare samarbeidspartnarar og tek større ansvar for pasientane sine enn før. Utskriving blir ofte planlagt allereie frå innkøst.

Samarbeidet med andre delar av spesialisthelsetenesta var variert, og det er behov for tettare samarbeid med særleg den psykiatriske spesialisthelsetenesta.

Overgangen til helsetenesta stiller strengare krav til journalsystem og til føring av journal. Det varierte kor godt dette var kjent og innarbeidd.

Gode styringssystem gjer tenesteytinga meir føreseieleg og skal sikre at tenestene er forsvarlege. Styringssystema blei også vurderte ved tilsynet, og det vart funne manglar ved styringssystemet i nokre av verksemdene.

2.3 Sentrum røntgeninstitut

Som ein del av den planlagde verksemda vart det i 2006 gjennomført tilsyn med Sentrum røntgeninstitut, Stavanger. Institutet i Stavanger er ein av sju avdelingar. Avdelinga i Stavanger gir tilbod om alle vanlege røntgenundersøkingar, ultralyd, CT og MR. I tillegg gir dei mammadiagnostikk og måling av beinskjørhet. Institutet i Stavanger utførte i 2005 75.285 undersøkingar og hadde 22 tilsette.

Systemrevisjonen omfatta desse områda: behandling av tilvisingar, sikring av diagnostikk og oppfølging/evt tilvisning vidare. Tilsynet avdekket to avvik, som var relatert til kvalitetsutvalet og meldeplikt til helsetilsynet i fylket.

2.4 Tilsyn med Ryfylke DPS avdeling Randaberg

Avdeling Randaberg er ein del av Ryfylke DPS og har ansvar for kommunane Randaberg og Kvitsøy. Senteret har 18 sengeplassar, og Stavanger DPS disponerer 10 av dei. Tilsynet kom i stand etter at Htil-Ro hadde motteke bekymringsmeldingar frå dåverande tilsynspsykiater og frå kontrollkommisjonen. Bekymringane gjekk på at institusjonen ikkje hadde tilsett psykolog og hadde liten tilgang på lege.

Tilsynet omfatta mottak og vurdering av henvisningar, utgreiing, behandling og avslutning av behandling. Ved tilsynet fann ein eitt avvik:

For liten tilgang på psykiater og ikkje tilgang på psykolog gjer at pasientane ved Ryfylke DPS Randaberg ikkje alltid får fagleg forsvarleg behandling.

Stavanger Universitetssjukehus Helse Stavanger HF har fått frist til 01.09.2007 med å lukke avviket.

2.5 Meldingar etter § 3-3 i lov om spesialisthelsetenesta

All spesialisthelseteneste pliktar etter loven å melde betydeleg personskade og forhold som kunne ha ført til betydeleg personskade til Helsetilsynet i fylket. Meldinga skal i hovudsak innehalde:

- omtale av kva som hende,
- omtale av avdelinga sin analyse av hendinga og eventuelle korrigerande og førebyggjande tiltak,
- omtale av kvalitetsutvalet sin analyse,
- opplysningar om hendinga er rapportert til andre organ.

Formålet med meldeordninga er å sjå til at helseinstitusjonen sitt eige

internkontrollsystem fungerer og å styrke dette.

Bare få av meldingane til Helsetilsynet i Rogaland kjem frå andre enn Stavanger Universitetssjukehus. Haugesund sjukehus er ein del av Helse Fonna og melder derfor til Helsetilsynet i Hordaland.

Stavanger Universitetssjukehus innførte nyleg eit nytt elektronisk meldesystem, Synergi. Me kjenner til at dette har ført til ein del problem, og at det tar tid å få dette på plass. Dette har også påverka meldingane til oss. Me har grunn til å tru at me heller ikkje i 2006 fekk alle dei meldingane me skulle hatt, og meldingane var ofte ikkje godt nok utfylde når me fekk dei. Sjukehuset har hatt fokus på å betre meldeordninga både internt og eksternt. I siste kvartal i 2006 har me fått fleire meldingar, og dei har halde god nok kvalitet.

3 Offshorehelsetenesta

3.1 Litt historikk

Helsedirektoratets kontinentalsokkelkontor blei etablert i Stavanger i 1979 og overført til Fylkeslegen i Rogaland i 1994.

Helsetilsynet i Rogaland fører tilsyn med helsemessige og hygieniske forhold på faste og flyttbare innretningar på heile den norske kontinentalsokkelen, frå Hod i sør til Snøhvit i nord.

Det er stort spenn i dei vurderingane våre tilsette må gjere for å kunne følgje opp med relevante tilsynstiltak, både under oppbygging, drift og nedbygging/fjerning av installasjonar.

3.2 Bakgrunn for tilsyna i 2006.

Tilsynsoppgåvene i 2006 er gjennomført med bakgrunn i følgjande avtaler:

- Etter delegasjon frå Statens helsetilsyn.

- Koordineringsavtale mellom Petroleumstilsynet og Statens helsetilsyn.
- Avtale om bistand mellom Sjøfartsdirektoratet og Helsetilsynet i Rogaland.
- Avtale om bistand/samarbeid mellom Helsetilsynet i Rogaland og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

3.3 Systemrevisjonar offshore

I 2006 har Helsetilsynet i Rogaland saman med Petroleumstilsynet gjennomført to systemrevisjonar med helsemessige forhold. Tilsyna har vore mot Statoil på Gullfaks B og Statfjord C, og Helsetilsynet i Rogaland sitt fokus under tilsyna var på reinhald.

Tilsynsaktiviteten avdekkar at ein ikkje har kapasitet til å oppnå ønskjeleg standarden, fordi materialvalg m.m. medfører eit tungt reinhald. Nye reinhaldsrutinar kan gjennomførast, men da må det investerast i nye materialar og renovering av delar av boligkvarter. Me fann også manglande avviksregistreringar.

3.4 Tilsyn på flyttbare innretningar

I samråd med Sjøfartsdirektoratet og/eller Petroleumstilsynet har me i 2006 gjennomført verifikasjonar som omfattar helsemessige og hygieniske forhold på flyttbare innretningar.

Dei fleste flyttbare boreinnretningane har fått eit SUT-diplom før aktivitet på norsk kontinentalsokkel tar til (SUT = samsvarsuttaling). Eit slikt dokument baserer seg på reiarlaget sitt styringssystem, og det er Petroleumstilsynet som gir diplom og som ber Helsetilsynet i Rogaland om innspel som gjeld styring av helsemessige og hygieniske forhold. Me gav i 2006 slik uttale til 6 søknader. Ved årsskiftet 2006-2007 har 23 innretningar slikt diplom, men ikkje alle desse innretningane har for tida oppdrag på norsk kontinentalsokkel.

3.5 Matvarehandtering og drikkevassforsyning

Det har også vore gjennomført fleire tilsyn på drikkevasssystem, og alle desse aktivitetane har vore gjort med bistand frå Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Valhall A. Hovudinstrykket av drikkevassanlegget på Valhall er at det er i forholdsvis god stand og blir drive av kompetent personell. Drikkevasskvaliteten har også i lengre tid vore tilfredsstillande, men med nokre unntak.

- Det må vere ein gjennomgang av styrande dokumentasjon
- Forbetringpunkt som vedkjem bunkring, merking av rør, bruk av godkjente kjemikalier

Gullfaks A. Anlegget fungerer rimeleg bra, og dei tilsette er tilfreds med anlegget. Det er ei utfordring for organisasjonen å sikre erfaringsoverføring mellom selskapet sine innretningar, at den styrande dokumentasjon lokalt og sentralt alltid er oppdatert, og at dei som på ulike nivå har ansvar for drikkevatt faktisk gjer det dei skal.

Det blei avdekka fleire manglar i vedlikehaldsrutinane på innretninga. Vedlikehaldsrutinane må sjekkast for å sikre at rutinane er tilstrekkelege og i samsvar med krav i regelverket. Jamnt høge kimtal er ikkje sett i nokon samanheng og blitt avviksbehandla. Det må bli gjort ein gjennomgang av hele bunkringssystemet

Gullfaks C. Anlegget er frå då innretninga var ny, men er likevel eit godt teknisk anlegg som gir tilfredsstillande drikkevasskvalitet. Fleire av dei som hadde større ansvar for drikkevassforsyninga, mangla kompetanse. Styrande dokumentasjon må bli betre, og det mangla erfaringsoverføring mellom ulike deler av selskapet og mellom installasjonane. Det er planlagt utskifting av UV-anlegg.

3.6 Dykkaraktivitetar i petroleumsverksemda

Saman med Petroleumstilsynet har me vore med på samtykkebehandling til dykkeaktivitetar og det er gjennomført tilsyn mot dykkeaktivitetane til Marathon Petroleum Company.

Me har vore med som observatør i arbeidsgruppa som reviderer NORSOK-standarden U-100., og me har vore med i den partssamansette referansegruppa for arbeidet med stortingsmeldinga om langtidsoppfølging av dykkarar.

Me var også med på konferansen i Bergen om oppfølging etter Godøysundkonferansen.

3.7 Samtykkebehandling.

Før eit operatørselskap kan gå i gang med oppgåver på kontinentalsokkelen, må det søkje om løyve. I 2006 har Helsetilsynet i Rogaland uttalt seg til Petroleumstilsynet om helsemessige og hygieniske forhold i samband med 51 søknadar, og i tillegg har me behandla tre søknadar om bemanna undervassoperasjonar.

3.8 Klager etter petroleumslovverket

Her gjeld *Forskrift om helsekrav for personer i petroleumsvirksomheten*. I 2006 var det om lag 139 klagesaker, og i alt 376 saksbehandlingar som var knytte til klagesaker.

Klagenemnda som behandlar klager over Fylkesmannen i Rogaland sine vedtak har behandla 26 saker og fatta vedtak i 17 saker. Klagenemnda har hatt 6 møte i 2006.

Den største endringa sidan 2005 har vore auken i saker som gjeld ADHD. Me har behandla ca.10 slike saker, og 4 har gått vidare til klagenemnda. I tillegg har det

vore svært mange telefonsamtalar med spørsmål om korleis ADHD skal vurderast opp mot helsekrava for offshorearbeid.

Dei fleste dispensasjonssøknadene kjem framleis frå personar med diabetes mellitus (sukkersykje), dei fleste med type II og mange av disse att med metabolsk syndrom (diabetes mellitus type II, hypertensjon og overvekt). Den neststørste gruppa søknader gjeld psykiske lidningar, flest frå personar som blir behandla med SSRI preparat for depresjon, men også mange med bipolar lidning som står på Litium.

Ei anna stor gruppe søknader gjeld hjarte/kar-sjukdomar. Det er tydeleg at mange leger er usikre på når ein pasient som har gjennomgått hjarte/hjerneinfarkt eller har fått utført PTCA, kan få ny godkjenning til å reise offshore.

3.9 Smittevern

Med bakgrunn i *Midlertidig forskrift for å hindre overføring av legionella via aerosol* av 12. juli 2005, har Helsetilsynet i Rogaland bede operatørselskap og reiarlag med innretningar på norsk kontinentalsokkel om rapportering.

Me har fått meldingar som omfattar alle slike innretningar.

Det er også planlagt at me skal samarbeide med Stavanger kommune v/smittevernoverlegen og representantar frå næringa, for å kvalitetssikre tuberkuloseundersøkingane i petroleumsverksemda.

3.10 Regelverksarbeid

Regelverksforum er eit forum for helse, miljø- og sikkerhetsregulering som blir leidd av Petroleumstilsynet. Representantar frå HMS-myndigheitene møter her arbeidsgjevar- og arbeidstakerorganisasjonane i næringa.

I 2006 har Helsetilsynet i Rogaland deltatt i alle møta i Regelverksforum. Arbeidet i 2006 har stort sett hatt fokus på det pågåande arbeidet med å utvikle og utforme ei felles regulering av HMS-forskrifta for offshore- og landanlegga i petroleumsverksemda. Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet i Rogaland er med i dette arbeidet.

I 2006 har det også vore arbeidd med revisjon av forskrift om helsekrav for personar i petroleumsverksemda, og me har vore med i arbeidet saman med Sosial- og helsedirektoratet og Sjøfartsdirektoratet. I løpet av 2006 har også Kystverket, Norsk senter for Sjøfartsmedisin, Norsk foreining for Sjøfartsmedisin og OLF kome inn i dette arbeidet.

Helsetilsynet i Rogaland har ei avtale med Mattilsynet om å halde fram med tilsynet med næringsmiddel og drikkevatt inntil det blir ei endelig avgjerd om noko anna.

3.11 Oppsummering

På grunnlag av tilsynsaktivitetane fastslår me at helsetenestene hos operatørselskapa og reiarlag fungerer på ein god måte. Relevant personell har stor forståing for helsemessige og hygieniske prinsipp. Der er framleis fleire utfordringar, særleg når det gjeld opplæring av det personellet som har ansvar for drikkevassystema på innretningar på kontinentalsokkelen.

Også i 2006 har me hatt eit godt og omfattande samarbeid med Petroleumstilsynet, Sjøfartsdirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

3.12 Godkjenning av dykkarlegar

Med heimel i *Forskrift for bemannede undervannsoperasjonar i petroleumsvirksomheten* godkjenner Helsetilsynet i Rogaland legar som kan gjere undersøking av og gi

helseerklæring til dykkarar som skal drive med ervervsmessig dykking i petroleumsverksemda på den norske kontinentalsokkelen.. Slike godkjenningar gjeld i to år.

Helsetilsynet i Rogaland har 103 godkjende dykkarlegar på sin liste. Desse kjem frå 4 ulike land. I 2006 godkjende/resertifiserte Helsetilsynet i alt 37 leger.

3.13 Godkjenning av utanlandske legar.

Det blir arbeidd med å revidere forskrift om helsekrav til personar som har/skal ha arbeidet sitt på innretningar på norsk kontinentalsokkel også i 2006.

Helsetilsynet i Rogaland godkjenner utanlandske legar som skal gi helseattest for personar i denne arbeidstakargruppa. Godkjenning av legen gjeld fram til ny forskrift blir fastsett. Helsetilsynet i Rogaland har 260 leger på sin liste over godkjente utanlandske leger. Disse kommer frå 13 ulike land. Helsetilsynet godkjente i år 2006 i alt 52 leger.

4 Kommunehelsetenesta

Helsetilsynet i Rogaland planla tilsyn med seks kommunar i 2006. Dette var kommunar der Fylkesmannen og Helsetilsynet i Rogaland meinte det var nødvendig med tilsyn, etter å ha gjort ein ROS-analyse av kommunane hausten 2005.

4.1 Landsomfattande tilsyn med den kommunale helse- og sosialtenesta

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Rogaland gjennomførte i 2006 tilsyn med helse- og sosialtenestene i to kommunar: Strand og Sandnes. Dette var ein del av eit landsomfattande tilsyn, og blei utført som

systemrevisjonar. Tilsynet var landsomfattande og retta mot kommunale sosial- og helsetenester samt spesialisthelsetenester. Målgruppa for tilsynet var barn i alderen 0 – 18 år med medfødde eller tidleg erverva nevrologiske skadar i nervesystemet. Tilsynet skulle gjennomførast i to kommunar og ei spesialisthelseteneste i kvart fylke. Tilsynet blei utført av eitt tilsynslag i kvar helseregion. Se meir under pkt 2.1 og 5.3

Dei enkelte tilsynsrapportane er å finne på www.helsetilsynet.no.

4.2 Tilsyn med kommunehelsetenesta, etter eige tiltak

I 2006 blei det gjennomført tilsyn mot 5 kommunar. Desse tilsyna blei utført som fellestilsyn kor både kommunehelsetenesta og sosialtenesta var tilsynsobjekt.

I tilsyna med sjukeheimen ved Tautunet i Strand kommune og Madla barnebolig i Stavanger kommune var tema korleis legetenesta og legemiddelhandteringa blei ivaretatt. I Strand såg vi også på korleis pasientane fekk sine behov for tannhelsestjenester stetta. På barneboligen såg vi også på korleis dokumentasjonskravet i helselovgivinga ble ivaretatt. Det blei gitt fire avvik og ein merknad på Tautunet og to avvik og to merknader på Madla barnebolig.

Det blei gjennomført tre tilsyn me kommunane Sola, Rennesøy og Hå kor vi såg på saksbehandlinga ved tildeling av kommunale helse- og sosialtenester og korleis dei vurderte og dokumenterte tenestebehov.

Det blei ikkje funne avvik i noen av desse kommunane, men noen merknader med påpeiking av forbettringsområde blei gitt.

4.3 Fastlegeordninga

Fastlegeordninga blei innført i 2001. Samanlikningstal viser stoda i Rogaland pr 30.09.06 (tal for heile landet i parentes):

- Bare 0,5% av befolkninga var ikkje med i ordninga (0,5%), likt med tidlegare år, så ordninga er vel etablert.
- I 3. kvartal 2006 var det bare 1,6% (1,9%) som bytta fastlege etter eige ønskje, dette er ein auke frå 1,3% i 2004. Tredjeparten bytta pga. flytting til annan kommune.
- Bare 35% (49%) av fastlegelistene var ”opne”, dvs. kunne ta mot nye pasientar, dette er ein nedgang frå 40% (55,2%) i 2004. Det er bekymringsfullt at stadig færre fastlegar kan ta mot nye pasientar.
- Kor mange av fastlegane hadde meir enn 1.500 innbyggjarar på lista? Her låg Rogaland høgast med 35% (19%), dei to neste var Vestfold med 27% og Akershus med 26%. Bare 22% av fastlegane i Rogaland (31%) hadde mindre enn 1.000 på lista.
- Noko av dette kan kome av låg allmennlegedekking. I Rogaland auka denne med 8% frå 2001-05, men likevel låg Rogaland og Akershus lågast i landet med 7,8 årsverk pr 10.000 innbyggjarar (Vestfold var tredjelågast med 8,1).
- I landsgjennomsnitt var det 31,3% kvinnelege fastlegar, ein auke frå 29% i 2001, men me har ikkje Rogalandstal for det. Dei hadde 26,8% av pasientane i Rogaland (29%). Dette tyder på at Rogaland har færre kvinnelege fastlegar enn landsgjennomsnittet, men sju fylke ligg endå lågare enn Rogaland i dette.

På landsbasis har det blitt ei kraftig forgubbing av fastlegane sidan ordninga blei innført i 2001, som vist i tabell 4.1. I femårsperioden 2001-06 var det ein netto

tilvekst på 193 fastlegar, men bare fem fleire under 40 år, og 401 fleire over 55 år. På kort sikt betyr dette færre allmennlegar i legevakt, og på noko lengre sikt mange fleire fastlegar som avsluttar praksis, med dei praktiske konsekvensane dette vil få både for kommunar og for nye legar som ønskjer å etablere seg. - Me har ikkje Rogalandstal for dette, men har ingen grunn til å tru at stoda er annleis her enn i resten av landet.

Tabell 4.1: Aldersfordeling av fastlegane i Noreg, 2001-2006.

	30.09.01	30.09.06
20-39 år	24%	23%
40-54 år	58%	50%
55 år og eldre	18%	27%
Sum	100%	100%

Samlebildet av dette er at fastlegeordninga er ei etablert ordning som er på veg inn i eit generasjonsskifte. I Rogaland har den aukande kapasitetsproblem og relativt få kvinnelege legar.

4.4 Tilsyn med kommunehelsetenesta

I 2006 har fylkesmannen utført åtte systemrevisjonar i fem kommunar. Fem av dei var fellestilsyn på sosialteneste- og helselovområdet: i tre kommunar var det tilsyn med sosialtenestelova § 4-2a og kommunehelsetenestelova § 1-3, og i to kommunar var tilsynet retta mot habiliteringsteneste til barn. På det sistnemnde området var det og tilsyn med eit helseforetak: Helse Stavanger HF, Kvinne-barneklirikken, avd. Østerlide. Tilsynet med habiliteringsteneste til barn var eit landsomfattande tilsyn, som i Helseregion Vest blei gjennomført av eit felles tilsynslag samansett av medarbeidarar ved fylkesmannsembeta og helsetilsyna i dei tre fylka. Sjå særskilt rapportskjema sendt til Statens helsetilsyn.

Av eige tiltak gjennomførde me i to kommunar tilsyn med legetenester, legemiddelhandtering og tannhelsetenester i sjukeheim, og i ein kommune fellestilsyn med legetenester, legemiddelhandtering og dokumentasjon ved ein sjukeheim.

Me hadde planlagt å gjennomføre ei kartlegging av tenestetilbodet til ungdom i vidaregåande skular, men personalsituasjonen i avdelinga gjorde at dette måtte utsetjast.

4.5 Eldreomsorga

Fylkesmannen har også i 2006 hatt oppfølgingsarbeid i samband med oppføring/ fullføring av nye bustadeiningar, som del av slutføringa av handlingsplanen for eldreomsorga. Arbeidet i Rogaland er i rute. Me viser elles til eigen halvårsrapport til Helse- og omsorgsdepartementet.

Arbeid for betre kvalitet og enklare ordningar i helse og sosialtenestene held fram, særleg med tanke på leing, kvalitetsutvikling og saksbehandling i pleie- og omsorgssektoren. Me har ofte gitt råd i samband med lukking av avvik etter tilsyn.

Kostnader.

25% av dei kommunale bruttoutgiftene går til pleie- og omsorgstenester, det er like mykje som grunnskuleutgiftene. Derfor er det særleg viktig for kommunane å planleggje desse to sektorane langt nok frametter, fordi små prosentvise endringar i dei betyr mange kroner.

Auke i aldersgruppa 80 år og eldre.

Pleie- og omsorgstenester er ikkje bare eldreomsorg, det er også tenester til psykisk utviklingshemma, til yngre fysisk funksjonshemma og til menneske med psykiske lidningar. Men det er aldersgruppa 80 år og eldre som brukar størstedelen av

desse ressursane. Rogaland er eit ”ungt” fylke: bare 3,9% er 80 år eller eldre, og det er 16% færre enn landsgjennomsnittet.

I Rogaland auka denne eldste aldersgruppa med 14% i femårsperioden 2000-2005. Fram til 2015 vil den halde seg nokså konstant, men så byrjar den å auke stadig meir. I femårsperioden 2020-2025 blir den 20% større, og i 2025 blir her 25% (ca 4.000 menneske) fleire i denne aldersgruppa enn i 2006, fordi dei store årskulla frå 1940-talet blir så gamle då. Men likevel får Rogaland 10% færre i denne aldersgruppa i 2025 enn det er i landsgjennomsnitt i dag.

Denne utviklinga blir svært ulik i dei enkelte kommunane. I 15-årsperioden 2005-2020 vil denne gruppa auke mest i Randaberg (68%) og Sola (52%). Men stor vekst blir det også i Klepp (42%), Karmøy og Time (23%) og Sandnes (19%). Stavanger vil derimot få 2,6% færre og Haugesund 10% færre, og nedgang blir det også i nesten alle kommunane med under 10.000 innbyggjarar. Så dette må kvar kommune vurdere for seg, og bør sjå det saman med ventande endringar i barneårskulla og med kommunen sitt inntektsnivå.

4.6 Pleie- og omsorgstenester dei komande åra

I Rogaland hadde 24% av aldersgruppa 80 år og eldre kommunalt tak over hovudet, enten som institusjonsplass (91% som sjukeheimsplass) eller som omsorgsbustad, og dette var om lag som landsgjennomsnittet. Men fordelinga mellom desse to buformene varierte mykje mellom kommunane, frå 21% med institusjonsplass i Hjelmeland og 17,5% i Stavanger til 9% i Sandnes og 3% i Sauda.

Endringar i utskrivingspraksis frå sjukehus.

I 2005 brukte aldersgruppa **67-79 år** i Rogaland 210 liggjedøgn på sjukehus pr

100 personar. Dette var 23% mindre enn landsgjennomsnittet og 19% mindre enn Hordaland. Stavanger låg på Rogalandsgjennomsnittet, mens Sandnes, Karmøy og Haugesund låg noko høgare. Dette var 29% nedgang frå 2002, fordi opphalda blei så mykje kortare. Me veit ikkje kor mykje av denne nedgangen som er kompensert med auka poliklinisk verksemd.

Aldersgruppa **80 år og eldre** brukar mykje eldreomsorg. I 2005 brukte desse rogalendingane 385 liggjedøgn på sjukehus pr 100 personar, slik tabell 4.2 viser. Dette var 7% mindre enn landsgjennomsnittet og 24% mindre enn Hordaland. Stavanger, Sandnes og Karmøy låg nokså nær Rogalandsgjennomsnittet, mens Haugesund låg 15% over det. Det var 16% nedgang frå 2002, fordi gjennomsnittleg liggjetid blei avkorta frå ni til sju dagar. Det seier seg sjølv at denne utviklinga har gitt auka arbeidsmengde for helse- og omsorgstenestene - særleg i Stavanger og Sandnes -, og kommunane må ta høgde for dette i vidare planlegging.

Tabell 4.2: Liggjedøgnforbruk på sjukehus pr 100 personar i aldersgruppa 80 år og eldre 1995-2005.

	snitt 1995-2002	2002	2005	%-endring 2002-.05
Stavanger	517	530	378	- 29%
Sandnes	506	583	392	- 33%
Karmøy	351	343	366	+ 7%
Haugesund	425	399	441	+ 11%
Rogaland	434	459	385	- 16%
Hordaland	454	480	504	+ 5%
Heile landet	425	440	413	- 6%

Heimetenester.

Kor mange av dei som får heimetenester, får høg timeinnsats, dvs. minst 36 timar

heimetenester pr veke? Her er det store skilnader mellom kommunane. I dei større kommunane varierer det frå 7% i Eigersund og Klepp til 2,2% i Gjesdal og 3,3% i Strand. Rogaland ligg litt høgare enn landsgjennomsnittet.

Framtidskrav.

Fram til 2015 blir det ikkje så mange fleire eldre, men det blir likevel større krav til pleie- og omsorgstenester, både på grunn av endra grensesnitt til spesialisttenestene og på utbygging av tenester til rusvern og til menneske med psykiske lidningar. Etter 2015 blir det mange fleire eldre, som på landsbasis mellom anna vil gi 30% fleire nye krefttilfelle men i Rogaland truleg ein del meir. Me ser at oppgåver er flytta frå spesialisttenesta til kommunane, og den utviklinga vil nok vedvare. Alt dette gjer at kommunane må leggje stor vekt på fleksible og brukarvenlege pleie- og omsorgstenester, og på å kunne gi god nok hjelp både til grupper med særlege behov og til menneske i sluttfasen av livet. Dette handlar både om organisering, tenestevolum og meir spesialisert kompetanse.

4.7 Fængselshelsetenesta

Det er fængsel i fire kommunar i Rogaland, det er Haugesund, Hå, Stavanger og Vindafjord. Våren 2006 gjorde me eit kartleggjingsstilsyn av fængselshelsetenestene der, og hovudinntrykket var at desse jamnt over fungerte rimeleg godt. Åna fængsel (i Hå) hadde eit stort problem med at det var uråd å få nødvendige psykiatriske spesialistvurderingar lokalt i fængselet, men Stavanger universitetssjukehus opplyste at det arbeidde aktivt for å få dette på plass, mellom anna med særlege rekrutteringstiltak.

4.8 Valdtektsmottak

Sosial- og helsedirektoratet vil styrke helsetenestene til personar som er utsette for seksuell vald, og har gitt stimuleringsstilskot til valdtektsmottaka i Stavanger og Haugesund. Stavanger har etter søknad fått overført deler av tilskotet til 2007. Tilskota skal stort sett gå til å utvide åpningstidene, samt kompetanseheving av det personellet som arbeider der.

5. Sosialtenesta

5.1 Klagesaker etter lov om sosiale tenester

I 2006 behandla fylkesmannen 377 klagesaker etter sosialtenestelova. Dette er om lag 25% færre enn i 2005, og nedgangen i innkomne klagesaker frå kommunane har vore like stor. Fleire kommunar melder om betydeleg nedgang i talet på klientar, og dette kan vere ei av forklaringane på at fylkesmannen får færre klagar.

I 88% av sakene har saksbehandlingstida vore under 2 månader. Klagar har fått medhald i 43 saker (11,5%), 40 saker (10,5%) er sende tilbake til kommunane for ny behandling, og 2 saker er blitt avviste. I dei resterande 292 sakene (77%) har kommunen sitt vedtak blitt stadfesta av fylkesmannen. 330 av klagesakene (88%) er blitt behandla etter kapittel 5 i sosialtenestelova (økonomisk stønad), 43 av sakene (11,5%) etter kapittel 4 (tenester), og 4 av sakene etter andre reglar.

Fylkesmannen har mykje kontakt med enkeltkommunar, med råd og rettleiing på området, og deltek også i faste interkommunale møte med fleire kommunar.

5.2 Sosialtenestelova kapittel 4A

Kapittel 4A avløyste 1. januar 2004 det gamle kapittel 6A i sosialtenestelova, og gjeld bruk av tvang og makt i arbeidet med enkelte personar med psykisk utviklingshemming.

Fylkesmannen mottok 57 4A-vedtak til overprøving i 2006. Vedtaka inneheld ofte fleire tiltak med heimel i kapittel 4A, og omfattar bruk av makt og tvang ved samansette og utfordrande problemstillingar som tenesteytarar møter i arbeidet. I tillegg har fylkesmannen mottoke og gjennomgått 2.372 meldingar om skadeavverjande tiltak i enkelttilfelle, og dette er om lag som i 2005.

Fylkesmannen har hatt 5 stadlege tilsyn, med utgangspunkt i meldingar om skadeavverjande tiltak i enkelttilfelle med heimel i kapittel 4A.

Fylkesmannen har elles vorte mykje nytta som rådgjevar ved sær utfordrande situasjonar ute i kommunane. Dette gjeld saksbehandling ved kapittel 4A og særskilt i klargjeringa av kva som skal reknast som tvang og makt, og kva som kapittel 4A ikkje kan nyttast til.

Fylkesmannen er særskilt opptatt av at tenesteytinga innan dette fagfeltet må halde god kvalitet, fordi målgruppa er sær sårbar. Forebygging av tvang og makt krev god kunnskap om utviklingshemming, og kan hindra eller avgrensa bruk av tvang og makt. I samband med dette skapar det bekymring når ein ser det omfattande behovet kommunane har for dispensasjon frå kompetansekrava som er nedfelt i sosialtenestelova, kapittel 4A. I 2006 gav fylkesmannen dispensasjon i samband med 59 4A-vedtak.

5.3 Tilsyn med dei sosiale tenestene i kommunane.

Og i 2006 blei det utført landsdekkjande systemtilsyn med sosialtenestelovas kapittel 4A. Det blei ført tilsyn med tre kommunar - Suldal, Tysvær og Eigersund - , som hadde ingen eller sær få enkeltmeldingar om bruk av tvang og makt. Tilsyna var retta mot kommunane si tenesteyting til dei psykisk utviklingshemma, og me gjorde funn som gav grunnlag for både avvik og merknadar.

I alle kommunane blei det avdekkja ulovleg bruk av tvang og makt i samband med tenesteytinga. I nokre av kommunane var der tiltak med regelmessig bruk av tvang og makt utan at kommunen hadde fatta vedtak om det eller førte enkeltmeldingar på tvangsbruken. Tilsynet synte også at kommunane ikkje hadde god nok internkontroll: dei sikra ikkje godt nok at tenestene blei gitt i samsvar med fastsette myndighetskrav.

Fylkesmannen og helsetilsynet i fylket fekk i 2006 i oppdrag frå Helsetilsynet å føre tilsyn med habiliteringstenester til barn. Tilsynet var landsomfattande og retta mot kommunale sosial- og helsetenester samt spesialisthelsetenester. Målgruppa for tilsynet var barn i alderen 0 – 18 år med medfødde eller tidleg erverva nevrologiske skadar i nervesystemet.

Tilsynet skulle gjennomførast i to kommunar og ei spesialisthelseteneste i kvart fylke. Tilsynet blei utført av eitt tilsynslag i kvar helseregion.

I Rogaland blei tilsyna gjennomført i Strand kommune og Sandnes kommune, Lura bydel. I tillegg blei det gjennomført tilsyn med Helse Stavanger HF Kvinnebarneklubben, avd. Barnehabilitering Østerlunde, jf. avsnitt 2.1 ovanfor.

Tilsynet omfatta desse områda i dei kommunale sosial- og helsetenestene:

- om kommunen sikra at barna får ei forsvarleg utgreiing,
- om kommunen sikra at det blir utført ei koordinert og individuell utgreiing av behov og om planlegging av habiliteringstenester blir koordinert, og
- om kommunen sikra at planlagde habiliteringstenester blir gjennomført, evaluert og endra ved behov.

Sentralt i tilsynet var individuell behandling av sakene, fagleg kompetanse, samarbeid og koordinering av dei ulike tenestene samt brukarmedverknad.

I kommunane blei det funne i alt 3 avvik og det blei gitt 2 merknader. Avvika var om

- manglande klargjering av ansvarsdelinga mellom skolelege, helsestasjonslege og fastlege for lokal utgreiing, samarbeid ved planlegging og oppfølging av habiliteringstenester til barn i målgruppa,
- at kommunen ikkje sikra at barn i målgruppa får utarbeidd individuell plan og at individuelle planar og tiltak ikkje blir evaluert regelmessig, og
- manglande kommunal sikring av opplæring og delegasjon frå lege til personell som deltar i utdeling av legemiddel.

Merknadane var om å intensivere arbeidet med utarbeiding av individuelle planar og å sikre samordna evaluering av tenestene, og om samhandlinga mellom verksemdene innan helse- og sosialsektoren er nok til å sikre felles forståing av mål, rutinar og tiltak på tvers av verksemdar og fagområder.

I 2006 har me også ført tilsyn med sosiale tenester i form av heimehjelp, jf.

sosialtenestelova § 4-2a. Dette blei samordna med tilsyn med heimesjukepleie etter kommunehelsetenestelova. Tilsynet var retta mot kommunane Rennesøy, Sola og Hå si tenesteyting til dei eldre og saksbehandling av dette. Det blei ikkje funne avvik, men gitt nokre merknadar på at kommunane bør utarbeida betre internkontroll for tenesteytinga på enkelte område.

5.4 Tilsyn med rusinstitusjonar

Fylkesmannen hadde i 2006 tilsyn med to private rusinstitusjonar som har bebuarar plasserte etter kapittel 6 i sosialtenestelova: Evangeliesenteret og Karmsund ABR-senter avd. Juvåsen. Me har gjennomført to tilsynsbesøk på kvar av dei to institusjonane, eit anmeldt og eit uanmeldt.

Føremålet med tilsyn er å sjå til at lover og regelverk blir følgde og at bebuarane får forsvarleg behandling og omsorg. Tilsynet skal også sjå til at bebuarane blir behandla omsynsfullt og med respekt for den enkelte sin integritet.

Fylkesmannens tilsyn med institusjonane ga ikkje grunnlag for merknader eller kommentarar til drifta.

5.5 Kompetanseutviking og formidlingstiltak

Fylkesmannen skal formidle, tilretteleggje for og gjennomføre kompetansetiltak i kommunane på det sosialfaglege området. Dette gjeld både sosialtenesta, det kommunale rusmiddelarbeidet, NAV og tiltak under Tiltaksplan mot fattigdom.

Fylkesmannen arrangerte våren 2006 ei samling for deltakarar i faglege fora. Om lag 50 deltakarar møtte. Nye fora blei etablerte under samlinga og ut over året. Det er no 10 aktive faglege fora i fylket, med deltakarar frå 20 kommunar. Eit forum fekk tilskot til å reise på studietur.

Kommunane blei inviterte til å søkje Fylkesmannen om tilskot til kompetanseheving på ulike områder, mellom anna Individuell Plan (IP), NAV, Kartleggingsverktøy (KIS). 10 kommunar søkte og fekk slike tilskott. I tillegg gav fylkesmannen tilskot til 7 av dei minste kommunane til deltaking på Erfaringskonferanse i Brønnøysund for Småkommuneprosjektet.

Også dette året har Fylkesmannen hatt halvårlege samlingar for leiarar med ansvar for sosialtenesta i kommunane. Den eine halvårlege samlinga for sosialleiarar blei utvida til å omfatte barnevernleiarane. Tema for samlinga var tidleg intervensjon på rusområdet, og det faglege innhaldet blei henta gjennom ein studietur til Danmark. Om lag 40 leiarar deltok. Sentrale satsingsområde – særleg då NAV - var tema for den andre samlinga, der dei fleste kommunane deltok.

Fylkesmannen har etablert eit nettverk for kommunar som har tatt i bruk KIS som kartleggingsverktøy i sosialtenesta og som ønskjer å vidareutvikle arbeidet med dette verktøyet. På bakgrunn av mellom anna arbeidet i nettverket blei det i januar 2006 gjennomført ein konferanse for interesserte kommunar i samarbeid med Shdir. 11 kommunar er med i dette nettverket

Fylkesmannen samarbeider tett med Husbanken om Strategi mot bustadløyse. 9 kommunar i Rogaland er med i nettverk på området. Det har vore arrangert to regionale konferansar i regi av Husbanken og Fylkesmannen, med ulike delmål i satsinga som tema

Kompetansesenteret for rusmiddel spørsmål har vore ein sentral samarbeidspartnar for Fylkesmannen i utarbeidinga og gjennomføringa av ulike kompetansetiltak i høve til det kommunale rusmiddelarbeidet. 12 ruskonsultantar frå 4 kommunar har fått jamleg rettleiing i

grupper frå kompetansesenteret i tida frå januar til sommaren. 15 tilsette frå 6 kommunar har fått opplæring i LØFT metodikk.

I samarbeid med Helse Stavanger, Stavanger kommune og kompetansesenteret blei det planlagt og gjennomført ein konferanse med fokus på tidleg intervensjon. 125 tilsette frå ulike delar av hjelpeapparatet deltok på konferansen, som hadde innleiarar både frå forskingsmiljøet, Sosial- og helsedirektoratet, Helsetilsynet, politiet, kommunar og kompetansesenteret.

Fylkesmannen arrangerte kurs i saksbehandling etter kap. 4 i sosialtenestelova i høve til tenester til rusmiddelavhengige. Dette kom som ei oppfølging av Helsetilsynet sin rapport etter det landsomfattande tilsynet med sosialtenesta sitt tenestetilbod til denne brukargruppa.

I tillegg arrangerte Fylkesmannen eit kurs om vederlag for opphald i institusjon for tilsette i kommunane og om tenester til rusmisbrukarar etter sosialtenestelova kap. 4, der ein mellom anna la vekt på saksbehandlinga.

6. Barnevernet

Fylkesmannen fører tilsyn med barneverntenesta i kommunane og med barneverninstitusjonane i fylket. Som del av dette skal Fylkesmannen gi råd og rettleiing og sjå til at kommunane og barneverninstitusjonane gjer dei oppgåvene dei er pålagde etter lov og forskrift.

6.1 Klager etter lov om barneverntenester

Fylkesmannen behandlar klager på enkeltvedtak som den kommunale barneverntenesta har gjort. Fylkesmannen kan stadfeste vedtaket, oppheve vedtaket eller gjere om vedtaket. Fylkesmannen

behandlar også andre klager som gjeld barneverntenesta sitt arbeid.

Fylkesmannen har behandla 65 enkeltsaker i 2006. Størsteparten av klagene gjeld saksbehandlinga i barneverntenesta. Der er også klager på vedtak om hjelpetiltak, klager på avslag på å få sjå saksdokumenta og klager frå barn i institusjon på bruk av tvang.

6.2 Fylkesmannens tilsyn med barneverntenesta i kommunane.

Fylkesmannen skal følgje med på om kommunane gjer arbeidet innan dei fristane som er fastsette i lova, skal gje råd og rettleiing og kan også gje mulkt dersom fristane ikkje blir haldne. Fylkesmannen mottar fristrapportering frå kommunane fire gonger årleg i alle nye saker. Fylkesmannen går gjennom rapporteringa og har på den bakgrunnen følgt opp enkelte kommunar, men det har ikkje vore store problem knytte til dette i 2006.

I 2006 gjennomførte Fylkesmannen systemrevisjon i Stavanger kommune, på kommunen si oppfølging av barn plassert utanfor heimen. Dette omfatta både tiltaksplanar, omsorgsplanar, tilsynsførarar i fosterheimane, oppfølging av barn i fosterheimar og i institusjon og oppfølging av fosterforeldre. Resultatet av systemrevisjonen synte at kommunen har avvik som må bli lukka og forbetningsarbeid som må bli gjort. Tilsynsrapporten er å finne heimesida vår: www.fylkesmannen.no/rogaland.

6.3 Råd, rettleiing og opplæring

Fylkesmannen gir råd og rettleiing til kommunar, og har dagleg telefonkontakt med kommunale barneverntenester. Det er faste møte med barnevernleiarane i kommunane og fagteamleiarane frå Bufetat to gonger i året. Hausten 2006 arrangerte Fylkesmannen ein studietur for både barnevernleiarane og

sosialleiarane til Danmark. Temaet var unge rusmiddelmissbrukarar og tidleg intervensjon. Me var mellom anna på besøk på Foldbjergcenteret på Vrå, Senter for misbruk og førebygging i Randers og Viborgs Amts Misbrugscenter.

I mars 2006 hadde Barne- og likestillingsdepartementet ein konferanse i Haugesund, for alle kommunane i Rogaland og Hordaland. Målgruppe var tilsette i det kommunale barnevernet, tema var sentrale politiske føringar på barnevernområdet, og nye handbøker og rettleiarar blei presenterte. Dette var ein av departementet sine landsomfattande konferansar.

Fylkesmannen har også i 2006 hatt fire møte saman med Bufetat, region vest og fylkesmennene i Hordaland og Sogn og Fjordane, for å utveksle informasjon mellom dei enkelte etatane.

6.4 Fylkesmannens tilsyn med barnevernsinstitusjonane i fylket.

I 2006 hadde Fylkesmannen tilsyn med 22 barnevernsinstitusjonar i Rogaland. Fleire av institusjonane har underavdelingar, difor blei det ført tilsyn med i alt 45 einingar/objekt. Det blei gjennomført 102 individtilsyn. Fylkesmannen har med dette oppfylt dei lovpålagte tilsyna. Det er Fylkesmannen si røynsle at barna får god omsorg og behandling og at samarbeidet kring tilsynet fungerer godt. Fylkesmannen har gitt kommentarar, meldingar og pålegg til nokre institusjonar, mellom anna i høve til tvangsbruk, manglande politiattest, høve til å bevege seg fritt, ransaking og husordensreglar.

I 2006 gjennomførte Fylkesmannen 14 systemrevisjonar i institusjonar. Tema for systemtilsyna har vore ” politiattestar og medisinsk tilsyn og behandling” , ”vern om personlig integritet” og ”institusjonane si behandling av uønska åtferd”. I 11 institusjonar har politiattestar vore tema og

tilsynet har funne avvik eller gitt merknad til alle. Tema ”vern om personlig integritet” er ein revisjon som var ein del av eit landsomfattande tilsyn som Barne- og likestillingsdepartementet starta. Rapportane ligger på heimesida vår.

7 Faggruppeovergripande oppgåver

7.1 Kvalitet i pleie- og omsorgstenesta

Kommunane har blitt gjort kjend med ulike forskrifter og rettleingar som har kome. Me har også spreidd invitasjonar til møte som Shdir har halde om ulike tema. Mange kommunar har etablert kvalitetssystem for pleie- og omsorgstenestene sine, men framleis er det store manglar som blir avdekkja ved tilsyn. Mange kommunar har laga prosedyrar for ulike aktivitetar, men etablering av eit fungerande avvikshandteringssystem med mål om å lære av sine feil har kome kort i mange kommunar.

Det blir gjort mykje godt forbetningsarbeid i Rogalandskommunane. Dei fleste kommunane strir med å effektivisere tenestene, men iherdige fagfolk ser etter beste evne til at dette ikkje skal gå ut over kvaliteten på tenestene. I 2006 har det ikkje vore særskilde møte eller kurs på dette området, men gjennom samtalar om lukking av avvik etter tilsyn og telefonkontaktar har fylkesmannen vore aktiv på rådgjevingssida her.

7.2 Folkehelsearbeid

Partnerskap for folkehelse og helseomsyn i kommunal planlegging

St.meld. 16 (2002-03), Folkehelsemeldinga, lanserer ideen om partnerskap for folkehelse. Dette inneber forpliktande samarbeidsavtalar mellom kommunar, frivillige organisasjonar,

institusjonar, fylkeskommune og fylkesmann for å styrke folkehelsearbeidet regionalt og i den einskilde kommunen. Fylkeskommunen er pådrivar og koordinator for dette arbeidet, og får særskilte midlar frå Sosial- og helsedirektoratet til fordeling mellom dei kommunane som inngår partnerskapsavtale. Styresmaktene legg vekt på at folkehelsearbeidet skal forankrast i det kommunale planverket, slik at arbeidet vert langsiktig og heilskapleg. Partnerskap er eit middel for å oppnå dette. Vi merkar ei aukande interesse i kommunane for å systematisere folkehelsearbeidet.

I 2005 kom *Forskrift om konsekvensutredning* etter plan- og bygningslova. Med dette gjer ein tydeleg at omsynet til helse skal vektleggast sterkare i samfunnsplanlegginga, slik både kommunehelsetenestelova og plan- og bygningslova alt legg opp til. Helsetilstanden nasjonalt tilseier at det er ei stor oppgåve å leggje til rette for ei meir fysisk aktiv befolkning. Lokalisering av skolar, barnehagar, bu- og næringsområde, avsetjing og tilrettelegging av gode friområde og gang/sykkelvegar er nokre stikkord. Her er det viktig at område og tilbod er utforma slik at alle kan nytte dei i så stor grad som muleg.

Ei stor utfordring framover er å redusere sosial ulikskap i helse. Enkelt sagt er helsa betre, dess høgare utdanning og inntekt ein har. Dette er viktig å ha med seg både i samfunnsplanlegging og i utforming av konkrete tiltak, slik at ein ikkje vel løysingar som forsterkar skilnadene eller slår uheldig ut for utsette grupper.

Fysisk aktivitet, kosthald og tobakksførebygging

Arbeidet med oppfølging av Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009 er sentralt og skjer i nært samarbeid med Rogaland fylkeskommune, mellom anna gjennom

Frisk i friluft/Fysak. Dei 16 deltakarkommunane arbeider både med strukturelle tiltak og reine aktivitetstilbod.

Ut frå talet på søknader om støtte til tiltak, oppslag i lokalpressa og førespurnad direkte til folkehelse rådsgjevar, er det tydeleg at både skolar og barnehagar er opptekne av å bidra til eit sunnare kosthald med meir frukt og grønnsaker og mindre bruk av brus og sukker. Mattilbodet i skolen er på dagsorden politisk i fleire kommunar, dels knytt til gjennomføringa av prosjektet Fysisk aktivitet og mat i skolen. Nokre døme: Suldal kommune har vedteke gratis frukt og mjølk til alle skolar og barnehagar frå hausten -07, Stavanger kommune vurderer å starte prosjekt med gratis skolemat ved to skolar, Hå kommune har delt ut vassflasker til alle skole- og barnehagebarn, og alle skolane der har vore med i prosjektet Fysisk aktivitet og mat i skolen.

Dei fleste offentlege vidaregåande skolane har fjerna brusautomatane, og vatn er tilgjengeleg på alle. Deltaking i abonnementsordninga for Skolefrukt i grunnskolen aukar litt for kvart år, og er nå på 43 % i Rogaland. Slike enkle tiltak i skolane vil på sikt gje seg positive utslag.

”Fysisk aktivitet og måltid i skolen”

I 2006 hadde fylket hadde 11 projektskolar med i dette prosjektet. Fylkesmannen vil følgje opp dette med konferanse med spreining av gode modellar for organisering av skoledagen, slik at barna får ein times fysisk aktivitet pr dag. Vidare skal skolane følgje dei nasjonale retningslinene for mat i skolen. I Rogaland er Eigerøy og Vigrestad modellskolar i oppfølgingsarbeidet.

Tobakk

Hovudstrategiar i arbeidet mot tobakk er å gje hjelp til røykeslutt og hindra røykestart, særleg blant ungdom. Det er derfor gledeleg at talet på daglegrøykande ungdomsskoleelevar er halvert på fem år,

og no er nede i 5 %, både på landsbasis og i fylket. Det reviderte undervisningsprogrammet Vær røykfri, nå berre kalla FRI, er eit godt hjelpemiddel i dette arbeidet. 67 % av ungdomsskoleelevane i fylket deltek i programmet skoleåret 2006-07. Fylkestinget gjorde dette året vedtak om røykfrie vidaregåande skolar, og dette er ein viktig del av tobakksførebygginga.

Elles viser landstala for 2006 at 24 % av befolkninga mellom 16 og 74 år røykte dagleg, (25 % året før). Ser ein på femårsperioden 2002-06, er talet 26 %. Rogaland ligg på same nivå. utfordringa framover er auka oppslutnad om FRI, auka tilbod om røykesluttkurs, og auka støtte til gravide som vil slutte å røyke. Samanlikna med andre fylke har Rogaland ei utfordring, då vi har høg del av røykjande gravide, og mødre som tar opp att røykinga etter fødsel. Det er og ei utfordring å minske snusbruken blant unge.

7.3 Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008)

I takt med auken i midlar til opptappingsplanen, har kommunane også i 2006 auka talet på tilsette innan dette arbeidsfeltet. Ved årsskiftet hadde alle kommunane i Rogaland oppfylt vilkåra for utbetaling av tilskott for 2006.

Det blei eit skifte av rådsgjevar hos fylkesmannen i siste del av august 2006, og siste del av året blei mykje prega av dette. Ein har likevel forsøkt å halda oppe kontakten med både kommunane og ymse samarbeidspartnarar på ulike vis, og ønskjer å vidareføre det gode arbeidet som er gjort på dette feltet gjennom år. Skifte i staben har endra noko på fokus i kontakten. Det er eit uttalt mål å vidareføra alle dei gode ordningane som er etablerte i fylket, og stimulera til vidareutvikling og erfaringsutveksling av tiltak og tenester for målgruppa.

Opptappingsplanen for psykisk helse legg opp til at i planperioden skal minst 20% av tilskota øymerkast til arbeid med barn og unge. Det er framleis noko å strekkja seg etter på dette området, sjølv om mange kommunar alt no fyller dette målet. Det siste året ser vi at det blir meir fokus på breispektra tilbod for målgruppa barn og unge, og her utviklar mange kommunar spennande prosjekt og tiltak.

Tabell 7.4: Utvikling i statleg tilskot til kommunane i Rogaland (i millionar kr)

1995	1996	1997	1998	1999	2000
10	20,5	26,1	33,3	40,3	51,6
2001	2002	2003	2004	2005	2006
69,7	87,6	108,6	126	159,7	196,2

I fireårsperioden 2000 – 2003 var kommunane Randaberg og Stavanger med i eit forsøksprosjekt der dei øymerka tilskota blei lagt direkte inn i rammetilskotet, men tilskota er medrekna i tabell 7.4 for desse åra.

Tilskota blir utbetalt etter klare kriterier frå Sosial- og helsedirektoratet, i to terminar med 40% av tilskotet om våren og resten om hausten.

Fokus på opptappingsplanen har etter kvart retta seg meir mot innhaldet i tenestene, så opplærings- og kompetansebygging har også vore høgt prioriterte felt. Mange kommunar gir høgskoleutdanna personell moglegheit til vidareutdanning i psykisk helsearbeid, og fleire har fullført og/eller starta opp slik utdanning i 2006.

Brukarmedverknad er eit sentralt tema i opptappingsplanen, og stadig fleire kommunar utviklar gode fora der brukarar blir engasjerte. Lokale brukarorganisasjonar får både praktisk og økonomisk stønad, for å utvide og forbetre dette området.

Det er etablert samarbeidsfora mellom fylkesmannen og brukarorganisasjonar, og

mellom kommunar og DPS-ar regionvis. Dei fleste av desse gruppene er ”sjølvstyrte”, men det står att noko arbeid for å få reaktivert einssilde av dei.

7.4 Smittevern

Nasjonalt folkehelseinstitutt gjennomførte eit 3 månaders forskingsprosjekt i Rogaland om heimeprøvetaking av genital klamydia, retta mot unge i alderen 18-25 år. Rogaland var tatt ut som pilotfylke for gjennomføring av prosjektet. Helsetilsynet i Rogaland sende ut informasjon til legane i fylket.

Lege frå Helse- og sosialavdelinga har saman med beredskapslaget vore på totalt 5 beredskapstilsyn i kommunane. Desse tilsyna har inkludert gjennomgang av kommunane sine smittevernplanar. Sidan mai 2006 har alle kommunar i Rogaland ein smittevernplan.

Helse- og sosialavdelinga og beredskapslaget har hatt mykje kontakt og samarbeid med Mattilsynet for å koordinere informasjon til kommunane i samband med beredskapen mot fugleinfluensa i 2006. Det har også vore fleire øvingar der fugleinfluensa har vore scenarium. Hausten 2006 køyrte ConocoPhillips ei øving der scenariet var utbrot av pandemi i offshoreverksemda. Helse og sosialavdelinga spela med i øvinga, saman med smittevernlegen i Stavanger og med Sosial- og helsedirektoratet. Mykje nyttig lærdom om evakuering av folk frå plattformene, fordeling av antivirale midler og utveksling av informasjon mellom ulike aktører ble vunne gjennom øvinga. Pandemisk influensa har også vore tema for møter med smittevernlegane.

7.5 Helsemessig og sosial beredskap

Det blei gjennomført tilsyn og kartlegging av beredskapsplanar i sju kommunar i 2006 av med beredskapslaget hos FMRO

og lege frå HS avdelinga har deltatt: Sola, Stavanger, Haugesund, Forsand, Finnøy, Lund, Kvitsøy, Time.

Dei siste tre åra (2004-2006) har det vore beredskapstilsyn ved beredskaplaget i desse kommunane, og lege frå helse- og sosialavdelinga har vore med på dei fleste tilsyna: Sauda, Sokndal, Karmøy, Hjelmeland, Vindafjord, Sandnes, Utsira, Sandnes, Bokn, Hå, Rennesøy, Stavanger, Sola, Stavanger, Haugesund, Forsand, Finnøy, Lund, Kvitsøy, Time.

Alle kommunane har arbeidd med planar for sosial og helsemessig beredskap, sjølv om ikkje alle har gjort like grundige ROS analyser. Vi har grunn til å tro at mange av planane ikkje er gode nok som styringsverktøy i ei krise og vil følgje dette opp.

Me har deltatt i relevante beredskapsøvingar i regi av Hovudredningssentralen (HRS) og deltatt regelmessig på leiarmøta. Representantar for helsetenesta har vore til stades ved reelle redningsaksjonar, mellom anna flyulukka på Stord.

Det er utnemnd LRS-legar med stadfortredarar for begge politidistrikta i fylket.

Personell frå Beredskaplaget og Helse- og sosialavdelinga har hatt møte med representantar frå Statens strålevern om atomberedskap i Rogaland og dette skal følgjast opp i 2007.

7.6 Førarkort

Fylkesmannen er rådgjevar for vegmyndigheit, legar og publikum når det gjeld helsekrav for førarkort for motorvogn. Fylkesmannen behandlar søknad om dispensasjon frå helsekrava, og gir melding til politiet om inndraging av førarkort på grunn av helsesvikt og/eller misbruk av medikament og rusmiddel (når

fylkesmannen får melding om dette frå helsepersonell).

Saksmengda er stor og arbeidskrevjande. I 2006 har me avslutta 1.294 saker, og det er registrert 4.319 brev inn eller ut. Dette er ein auke på 14 % frå 2005.

Tabell 7.7: Inndregne førarkort og behandling av dispensasjonar

År	2003	2004	2005	2006
Inndregne førarkort	278	433	364	430
Dispensasjonar		544	594	643
Avslag dispensasjon			39	57
Klage på avslag		19	11	17
Omgjering av påklaga vedtak		9	4	2
Klage sendt vidare til direktoratet		10	11	10
Klagar fekk medhald		2	4	5
Endeleg avslag		8	7	5

7.7 Behandling med medikament utan eige samtykke i det psykiske helsevernet

Ein pasient som er under tvunge psykisk helsevern, kan på visse vilkår behandlast med medikament utan eige samtykke. Slik behandling er regulert i § 4-4 i *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Fylkesmannen behandlar klager på vedtak om slik behandling.

Tabell 7.8: Klage på vedtak om behandling utan eige samtykke

År	Klage på vedtak	Ikkje medhald (vedtak stadfesta)	Medhald (vedtak omgjort)	Oppheva (saksbehandlingsfeil)
2004	57	49	8	0
2005	51	43	6	2
2006	57	49	6	2

7.8 Skattesaker / Særfrådrag ved store sjukdomsutgifter

Det er likningsstyresmaktene som avgjer om vilkåra for særfrådrag ligg føre. Dersom utgiftene gjeld behandling, pleie og/eller opphald i institusjon og/eller hos privatpraktiserande helsepersonell utanfor offentleg norske helse- og sosialtenester, kan likningskontoret leggje saka fram for fylkesmannen. I slike saker vurderer fylkesmannen om desse vilkåra ligg føre:

- om behandlinga mv. har skjedd utanfor norsk offentleg helse- og sosialvesen
- om norske offentlege helse- og sosialtenester ikkje har eit tilsvarende tilbod
- det oppsøkte tilbodet er fagleg forsvarleg

Fylkesmannens avgjerd kan påklagast til Sosial- og helsedirektoratet. Avgjerda er bindande for likningsstyresmaktene.

I 2006 behandla me 26 slike saker. I 18 saker blei det gitt avslag på særfrådrag og i 5 saker blei særfrådrag tilrådd/delvis tilrådd, - 10 av desse sakene er påklaga til Sosial- og helsedirektoratet. I 1 sak blei det bare gitt ei generell uttaling, mens 2 saker blei returnert til likningskontoret fordi dokumentasjon mangla.

Nye sakstypar i 2006 har vore utgifter til slankeoperasjonar, utgifter til reiser til AA-møter for personar som har hatt rusproblem og behandlingsreiser til ved Dødehavet.

7.9 Forskriving av sentralstimulerande legemiddel (SSM)

Fylkesmannen har ansvaret for godkjenning av legar til å rekvirere sentralstimulerande legemiddel til pasientar. I 2006 fekk 23 spesialistar den godkjenninga, mot 33 i 2005 og 22 i 2004. Dette var både barne- og

ungdomspsykiaterar, barnelegar, psykiaterar og nevrologar.

Spesialistane står ansvarlege for diagnostisering og behandling i startfasen.

Fastlegen kan søkje om å overta behandlinga av enkeltpasientar under rettleiing av spesialisten. I 2006 godkjende Fylkesmannen 710 slike søknader, mot 760 i 2005 og 596 i 2004.

I 2005 blei det innført eit nytt regelverk for denne ordninga. Tidlegare kunne me bare godkjenne for eitt år om gongen, men no kan godkjenninga gjelde inntil 5 år for den enkelte legen.

Langt dei fleste pasientane er gutar under 18 år, men det blir stadig fleire over 18 år med ADHD som får behandling med SSM.

7.10 Turnusteneste

Dei siste åra har det blitt behov for fleire plassar for turnuslegar både i sjukehus og helseføretak. Det er ikkje lett å få fleire slike plassar i kommunane, og pålegg har vore nødvendig i fleire høve. Kommunane er nølende til å opprette nye turnusplassar for legar fordi det medfører kostnader som kommunen må bere, og fordi et i mange kommunar har vore fysisk vanskeleg å finne rom/kontor ved legesentra.

I mange år har kurs i offentleg helsearbeid for turnuskandidatar (både legar, fysioterapeutar og kiropraktorar) vore arrangert av Rogaland og Aust- og Vest-Agder i lag, slik at kvart fylke har hatt hovudansvaret tredjekvart år. Dei seinare åra har talet på kandidatar auka så sterkt at frå 2007 vil Rogaland ha eigne kurs., men det vil i praksis gi meirarbeid for oss dei komande åra.

Dei to grupperettleiarane har jamt kontakt med turnuslegane og har samlingar tre gonger i semesteret. I 2006 har vi halde to kurs i legevaktmedisin og akuttmedisin, dvs for begge kulla. I 2006 har vi bede nokre kommunar om å finne andre av sine fastlegar som turnusrettleiarar, fordi turnuslegane har klaga på manglande evne

og vilje til rettleiing frå den som hadde fått ansvaret for dette.

Det var 58 turnuslegar og 19 turnusfysioterapeutar i Rogaland. Dei siste åra har det vore ein eller to kiropraktorturnuskandidatar frå Rogaland på kursa.

7.11 Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003 – 2006

Denne planen er ei oppfølging av handlingsplanen ”Rett person på rett plass 1998-2001.” Hovudmålet i planen er å styrkje rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og sosialtenesta, med særleg vekt på pleie- og omsorgstenesta i kommunane. Fylkesmannen fekk overført rundt 5 mill kr til stimulering av kommunane sitt arbeid på dette området, og gav 21 av dei 26 kommunane tilskot til kompetanseutvikling, etter søknad. 2006 er siste året i denne handlingsplanen. Ny plan, ”Kompetanseløftet 2015”, avløyser Rekrutteringsplanen frå og med 2007.

Tilskotet til kommunane har stort sett gått til kvalifisering av ufaglærte og til vidareutdanning av faglærte og høgskuleutdanna personell. I tildelinga er det tatt særleg omsyn til dei ulike behova i kommunane. Det er eit vilkår for å få tilskot at kommunen har oppdatert opplæringsplan på helse- og sosialområdet. I tillegg har Shdir gitt føringar om at det skal ytast tilskot til desentralisert sjukepleiarutdanning. Søknadane frå kommunane syner stor opplæringsaktivitet.

Saman med fylkeskommunen si opplæringsavdeling har fylkesmannen arrangert samlingar med helse- og sosialfaglærarar og skolerådgjevarar, i samband med ny utdanning på vidaregåande nivå: Helsefagarbeidarutdanninga. Målet var å informere kommunane om den nye utdanninga og om konsekvensar for

samarbeid mellom utdanning og praksisfelt.

I samarbeid med arbeidstilsynet har fylkesmannen og introdusert den nye rettleiaren ”Arbeidsmiljøveileder for hjemmetjenesten” for kommunane. Dette er materiell som kan takast i bruk ved helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i dei heimebaserte tenestene.

Økonomirapport er sendt.

7.12 Rådgjevande utval for handtering av legemiddel

”Rådgjevande utvalg for legemiddelhandtering” har vore i funksjon frå 1992, den første tida som Fylkeslegen sitt utval. Det har hatt tre møte i 2006, etter kvart som sentrale personar kom i funksjon. Berit Fevang ble takka av som leier i første møte. Fylkesmannen har overtatt sekretariatsfunksjonen for utvalet.

I siste møte i 2006 ble utvalet omdøyppt til Legemiddelutvalget i Rogaland (forkorta LU).

Me var spente på overgangen til anbud på tilsynstenester, og søkte sentrale myndigheter om midlar til å løna farmasøytar for å sikre oss deira kompetanse i utvalet. Men ved å gå ut med ein open invitasjon til apotekkjedane i Noreg fekk vi respons frå alle, slik at ein farmasøyt frå kvar kjede no stiller i utvalet. No har me utvalet som ein koordinerande eining for farmasøytisk tilsyn i fylket.

Fleire prosedyrar er utarbeidd, og utvalet tek med glede imot utfordringar på legemiddelområdet. Alt arbeid skjer no i et forum med legar, sjukepleiarar, farmasøytar og jurist, som har etablert ei felles forståing av dette sårbare området. Dette året har det vore fokus på å få nettsida vår å jour. Mange tilrådingar og prosedyrar ligg på nettstaden: www.fylkesmannen.no/rogaland .

8. Fylkesmannen i Rogaland – Helse- og sosialavdelinga / Helsetilsynet i Rogaland

Fylkesmannens helse- og sosialavdeling/Helsetilsynet i Rogaland har tlf.: 51 56 87 50 (sentralbord), fax.: 51 53 00 79, e-post: postmottak@fmro.no / helsetilsynet@fmro.no og heimeside: www.fylkesmannen.no/rogaland

Namn	Tlf	Init.	kommentarar
Agnes Lea Tvedt	8751	ALT	Slutta 31.12.2006
Anita Thorstensen	8763	ATH	Vikar, slutta 5. november 2006
Anne Barkve Andersen	8776	ABA	
Anne Brit Johannessen	8852	AJO	
Anne Lise Osmundsen	8767	ALL	
Annevig Ebbe	8766	AEB	
Berit Fevang	8761	BFE	80 % stilling, frå 01.06.06 AFP-pensjonist
Berit K. Grønnestad	8764	BKG	
Berit Orheim	8781	BCO	
Britt Gjelsvik	8861	BGJ	
Brita Øygard			20 % stilling som turnusrettleiar
Bård Humborstad	8759	BHU	Startet ca. 20.1. og slutta 19. 11. 2006
Dagfinn Carlsen	8778	DCA	50 % stilling
Einar Pettersen	8779	EJP	
Ellen Bjerga Heskje	8804	EBH	80 % stilling
Geir Øyvind Bakka	8762	GOB	Slutta 10. september 2006
Grethe S. Svendsen	8750	GSS	
Gunn Idland	8865	GID	
Gunn Nylend	8858	GND	
Hege Skårdal Dreyer	8857	HSD	
Helge Haga	8856	HAH	
Ingrid Veberg	8777	IVE	
Janne Skumlien Myrland	8753	JSS	Permisjon det meste av året
Jostein Nybø	8860	JNY	
Kirsti B. Svalestad	8763	KBS	Permisjon + deltid nesten hele 2006
Lillian Gjennestad	8864	LKG	
Lone Merethe Solheim	8768	LMS	
Margareth Gjedrem	8876	MGJ	80 % stilling
Margaret W. Solbakken	8783	MWS	
Mina Kristin Rød	8769	MRO	Engasjement, slutta 30.4. 2006
Ole Mathis Hetta	8760	OMH	
Olav Thorsen			20 % stilling som turnusrettleiar
Paul Grude	8765	PGR	
Sigrun Heskestad	8754	SHE	Permisjon frå 1. juni 2006
Terese Braut	8875	TBR	
Tor Selmer Olsen	8754	TSO	Vikar for SHE frå 15. 8. 2006
Torleiv Robberstad	8758	TRO	60% stilling, frå 01.11.06 pensjonist
Torunn Salte	8873	TSA	
Trine Hove Bjørnsen	8854	THB	80 % stilling
Åshild Vistnes Van der Veen	8803	ÅVV	Starta opp etter permisjon 1. nov. 2006

Tabell 8.1: Liste over medarane pr 31.12.2006.