



# Fylkesmannen i Rogaland

Helse- og sosialavdelinga / Helsetilsynet i Rogaland

## ÅRSMELDING 2004



<b>1.</b>	<b>OVERORDNA SYNSVINKLAR.....</b>	<b>3</b>
1.1.	Utfordringane står i kø .....	3
1.2.	Helse Fonna sine forventningar til primærhelsetjenesten.....	4
1.3.	Samarbeidet mellom nivåa - kan bli betre!.....	6
1.4.	Sladreplikt som profesjons-plikt – Helsepersonelloven § 17.....	7
1.5.	Statistikk om medisinbruk og fastlegar .....	9
1.5.1	Bruk av medisinar for psykiske lidingar. ....	9
1.5.1.1	Middel mot angst.....	9
1.5.1.2	Sovemiddel og beroligande middel.....	9
1.5.1.3	Middel mot depresjon.....	9
1.5.2	Fastlegeordninga. ....	9
<b>2</b>	<b>TILSYNS- OG KLAGESAKER .....</b>	<b>10</b>
2.1	Tilsynsarenaer .....	10
2.2.	Tilsyn med kommunar og helseføretak.....	10
2.2.1	ROS: eit verktøy for risiko- og sårbarhetsanalyse i tilsyn .....	10
2.2.2	Samhandling mellom ulike kommunale tenester .....	10
2.2.3	Tilsyn med kommunehelsetenesta .....	11
2.2.3.1	Tilsyn med helsetenesta for flyktningar og asylsøkjjarar.....	12
2.2.4	Tilsyn med spesialisthelsetenesta.....	12
2.2.4.1	Smittevern .....	12
2.2.4.2	Meldingar etter § 3-3 i lov om spesialisthelsetenesta. ....	12
2.2.4.3	Tilsyn med fødeinstitusjonar .....	13
2.2.5	Tilsyn med sosialtenesta i kommunane.....	13
2.2.5.1	Sosialtenestelova kapittel 4A .....	13
2.2.5.2	Tilsyn med rusomsorga i kommunane .....	14
2.2.6	Tilsyn med rusinstitusjonar .....	14
2.2.7	Tilsyn med barnevernet.....	14
2.2.7.1	Tilsyn med barneverntenesta i kommunane.....	15
2.2.7.2	Tilsyn med barneverninstitusjonar .....	15
2.2.8	Tilsyn med offshorehelsetenesta .....	17
2.2.8.1	Litt historikk.....	17
2.2.8.2	Bakgrunn for tilsyna i 2004.....	17
2.2.8.3	Tilsyn på faste innretningar.....	17
2.2.8.4	Tilsyn på flyttbare innretningar.....	17
2.2.8.5	Matvarehandtering og drikkevassforsyning .....	17
2.2.8.6	Samtykkebehandling. ....	18
2.2.8.7	Klager etter petroleumslovverket .....	18
2.2.8.8	Oppsummering .....	18
2.2.9	Tilsyn med tannhelsetenesta.....	18
2.3	Tilsyn med utgangspunkt i enkelthendingar .....	18
2.3.1	Klager etter pasientrettighetslova.....	18
2.3.2	Klager etter kommunehelsetenestelova.....	19
2.3.3	Klager etter lov om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern.....	19
2.3.4	Klager på helsepersonell. ....	19
2.3.5.	Klager etter lov om sosiale tenester. ....	20
2.3.6.	Klager etter lov om barneverntenester .....	20
2.3.7.	Trygdemisbruk .....	20
2.3.8.	Samarbeid med politiet.....	20

2.4.	Andre tilsynsaktivitetar .....	21
2.4.1.	Smittevern .....	21
<b>3.</b>	<b>RÅDGJEVING OG KOMPETANSEOPPBYGGING .....</b>	<b>21</b>
3.1.	Kompetanseutvikling og formidlingstiltak i sosialtenesta og det kommunale rusmiddelarbeidet .....	21
3.2.	Kvalitetsarbeid i dei kommunale helse- og sosialtenestene .....	21
3.3.	Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006 .....	22
3.4.	Oppfølging av Kreftstrategi 2004, tidlegare Nasjonal kreftplan .....	22
3.5.	Fysisk aktivitet.....	22
3.5.1.	”Fysak/Frisk i friluft” .....	23
3.5.2.	Prosjekt ”Fysisk aktivitet og måltid i skulen” , 2004-05.....	23
3.5.3.	Grøn resept .....	23
3.6.	Kosthald .....	23
3.6.1.	”Skolefrukt” .....	23
3.6.2.	”Grønne kantiner” .....	23
3.7.	Tobakk.....	23
3.7.1.	Røykesluttkurs.....	23
3.7.2.	VÆR røykFRI .....	23
3.7.3.	Litt statistikk.....	24
3.8.	Folkehelse – tverrfagleg arbeid.....	24
3.9.	Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008.....	24
3.9.1	Samandrag .....	24
3.9.2.	Øyremerka tilskot.....	25
3.9.3.	Personell og kompetanse .....	25
3.9.4	Brukarmedverknad .....	27
3.9.5	Omsorgsbustader til menneske med psykiske lidingar .....	27
3.9.6	Barn og unge .....	27
3.9.7	Organisering og fagleg utvikling.....	28
3.9.8	Samarbeid med spesialisthelsetenesta .....	28
3.9.9	Andre tiltak.....	29
3.10.	Eldreomsorga.....	29
3.11.	Rådgjevande utval for handtering av legemiddel .....	30
<b>4.</b>	<b>FORVALTNINGSSAKER .....</b>	<b>30</b>
4.1.	Kontrollkommisjonane .....	30
4.2.	Særfrådrag.....	30
4.3.	Tilskotsordningar .....	30
4.4.	Forskriving av sentralstimulerande legemiddel (SSM) .....	31
4.5.	Førarkortsaker.....	31
4.6.	Tvangsmedisinering i psykisk helsevern .....	32
4.7.	Turnuskandidatar .....	32
<b>5.</b>	<b>FYLKESMANNENS HELSE- OG SOSIALAVDELING, HELSETILSYNET I ROGALAND.....</b>	<b>33</b>

# ÅRSMELDING 2004

## 1. Overordna synsvinklar

### 1.1. Utfordringane står i kø



*Av Ole Mathis Hetta,  
fylkeslege/  
avdelingsdirektør*

Helsetenesta er i stadig endring. Nye metodar for undersøking og behandling avløyser dei som var gangbare i går. Det som var god praksis for få tiår sidan, blir ikkje lenger rekna som akseptabelt – og kan til og med vere uforsvarleg. Slik er det også med lovverket for helse- og sosialsektoren. Dei viktigaste regelendringane i 2004 var nytt kapittel 4A i sosialtenestelova, nye paragrafar i pasientrettighetslova, og rusreforma med dei regelendringane den førte med seg.

Helsetilsynet i Rogaland har merka dette på at klagesakene etter pasientrettighetslova er blitt dubla sidan 2003. Denne auken kjem av klager på LAR-behandling (legemiddelassistert rehabilitering) og på sjuketransport.

Kommuneøkonomien er under press, så helse- og sosialtenestene er blitt endå meir eit knapphetsgode enn tidlegare, særleg når det gjeld tenester til gamle og til menneske som treng mykje hjelp og omsorg. Mange kommunar har effektivisert så langt at pleiepersonalet nesten må springe rundt med stoppeklokke for å dokumentere at dei ikkje brukar meir tid hos kvar enkelt pasient enn det kommuneadministrasjonen har sett som standard.

I ein Sintef-rapport frå november 2004 - Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill - heiter det: *”Sykehusene har de siste ti årene blitt enda mer rendyrkede behandlingsinstitusjoner*

*(...) økte effektivitetskrav i sykehusene fører til langt strengere vurdering av hva som er sykehusets og hva som er kommunens ansvar”, og vidare: ”Helsepersonell i kommunene uttrykker bekymring over hvilke konsekvenser økte effektiviseringskrav har på pleiekvaliteten i sykehusene, spesielt med tanke på eldre mennesker”.*

Mange kommunar har organisert tenesteområda sine i ein flat struktur, men det kan føre med seg store skilnader mellom tenestene i ulike deler av same kommunen, av di ingen har eit koordineringsansvar mellom ulike resultateiningar. Bestillar/utførarmodellen som svært mange større kommunar utover heile landet har innført eller er i ferd med å innføre, kan også dra same vegen. Alt dette fører lett til ansvarspulverisering.

Rådmannen delegerer oppgåveløysing og oppfølgingsansvar til resultateiningane, men ikkje alltid følgjer det nok myndighet og ressursar med. Det er sjølv sagt rådmannen som har det endelege ansvaret, men han kan ikkje ha nok oversikt over eit stort antal resultateiningar som kvar slit med sine ulike problem. ”New Public Management”-filosofien har halde inntog i den offentlege sektoren, men utan at nokon har spurt for alvor om kor godt den lar seg bruke i tenesteproduksjon der målet ikkje er økonomisk gevinst men tenestekvalitet. Me ser at mange tenesteytarar og mellomleiarar er usikre og frustrerte, og gjennom tilsyna våre ser me at tenestene altfor ofte sviktar i kvalitet eller ikkje møter dei behova som pasientar og brukarar har.

Ein av Rogalandskommunane har sosialhjelpsatsar som ligg ein god del lågare enn dei vegleiane normene. Dette har ført til at Fylkesmannen har omgjort ein del vedtak der, for at brukarane skal ha nok å leve av.

Fylkesmannen har ein pådrivarfunksjon for fremme av statleg politikk og gjennomføring av statlege handlingsplanar, og dette er også ein del av dei oppgåvene som Helse- og sosialavdelinga har. I Opptrappingsplanen for psykisk helse har me ei klar rolle med rådgjeving til kommunane og kontroll av dei, for å sjå til at øyremerkte statstilskot blir nytta etter intensjonane. Fylkesmannen si rolle i forhold til helseføretaka er noko meir uklar, fordi Helse- og omsorgsdepartementet har ei direkte eigarline i tillegg til ei myndighetsline gjennom Sosial- og helsedirektoratet. I 2004 har Fylkesmannen i Rogaland vore oppteken av DPS-strukturen i Helse Stavanger, og har meldt frå både til Sosial- og helsedirektoratet og til departementet om at utviklinga av DPS-ar (distriktpsikiatriske sentra) i sør-Rogaland ikkje har vore i samsvar med intensjonane i Stortinget sitt vedtak om opptrappingsplanen.

Helse Stavanger slit med korridorpasientar på enkelte avdelingar. Dei er opptatt av dette problemet og prøvar å løyse det, men det blir vanskeleg å bli kvitt det før den nye mottaksavdelinga og pasienthotellet er tatt i bruk.

Mange kommunar har kome langt med å lage planar for helsemessig og sosial beredskap, men manglar ofte dokumentert ROS-analyse (risiko og sårbarhet) som grunnlag for planane. Dette er ei utfordring som helse- og sosialavdelinga jobbar med, saman med beredskapslaget i fylkesmannsembetet. I samband med flaumkatastrofen i Søraust-Asia i desember var det forventningar også til kommunane, og det viste seg at kommunane takla desse på ein god måte. Men både Helse Vest og helseføretaka i Rogaland er sterkt forseinka i arbeidet med å ferdigstille beredskapsplanane sine.

Smittsame sjukdomar og smittevernarbeidet har fått ny aktualitet av

truslar om influensapandemi og resistensutvikling mot antibiotika. Dette er noko som både kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta må forhalde seg til, - også når det gjeld oppdatering av smittevernplanar.

Bruk av elektroniske journalar har vore vanleg i primærlegetenesta i 10-15 år no. Dei siste åra er elektroniske journalar også blitt tatt i bruk i sjukehusa, tannhelsetenesta og pleie- og omsorgssektoren. Her har me store utfordringar med å sikre teieplikta, slik at pasientopplysningar ikkje kan bli spreidde til for mange. Dei driftsansvarlege må ha gode rutinar og kontrollsystem for å avgrense tilgangen, og Helsetilsynet i Rogaland vil halde særskilt auga med dette i tida som kjem.

## 1.2. Helse Fonna sine forventningar til primærhelsetjenesten.



*Av Johs. Kolnes,  
administrerende direktør i Helse Fonna.*

Innledningsvis kan det være nyttig å se på noen av de grunnleggende holdninger vi ønsker skal prege Helse Fonna i samarbeidsrelasjonene våre med primærhelsetjenesten. Tradisjonelt har sykehusvesenet hierarkisk på en måte vært overordnet primærhelsetjenesten. Det gjenspeiler seg blant annet i nivåbetegnelsene første, annen og tredjelinje. I en slik tenkning er tredjelinjen, universitets- og regionsykehusene, de overordnede. Et slikt syn er riktig når det gjelder graden av detaljkunnskap. Imidlertid kan man også se på de store sykehusmiljøene som de mest

virkelighetsfjerne i forhold til helheten og dagliglivets kompleksitet.

For å stille våre aktiviteter i det rette perspektivet kan vi se på hva som er vitenskaplig bevist vedrørende nytten av det vi driver med i sykehusene i dag. Da kan man grovt sett dele kakediagrammet i fire like store biter. ¼ av behandlingen er vitenskapelig dokumentert nyttig, ¼ av behandlingen synes å være nyttig, men man har ikke kunnet vise dette vitenskapelig. ¼ av behandlingen har usikker nytteverdi, men man har ikke vitenskapelig kunnet vise skadelige effekter. Den siste fjerdedelen har sannsynlig skadelig verdi. Dette er et alvorlig tankekors og bør gjøre helseforetakene ydmyke i samarbeidsrelasjonen med førstelinjetjenesten.

Helse Fonna har i sin strategi, ”Førstevalget for framtidens pasient”, satt fokus på tre strategiske hovedretninger. To av dem har relevans for dagens tema: Vi ønsker å spesialisere oss på de hyppig forekommende sykdommene og vi ønsker å ha et forpliktende samarbeide med primærhelsetjenesten gjennom hele pasientforløpet.

I en analogi med IT verdenen tror vi det er en nyttig erkjennelse at Helse Fonnas forhold til primærhelsetjenesten kan sammenlignes med ethvert annet grensesnitt. Da trenger man definerte kontaktpunkter. Våre kontakter er PKO-ordningen (praksiskonsulentordningen) mot legene, samarbeidsavtaler med pleie og omsorgstjenesten og ordførermøtene som kontakt mot det politisk /administrative nivået i kommunen. Programmene som skal fungere gjennom disse kontaktpunktene er følgende:

- Inn og utskrivningsrutiner i form av henvisning, booking, vurdering og epikrise.

- Hospiteringer både fra kommunene inn i sykehusene, men også fra sykehusene og ut i kommunene for å lære hverandres utfordringsbilder å kjenne.
- Bestillinger og svar av blodprøver, røntgen, patologi og mikrobiologi.
- Individuell plan både i psykiatri, rehabilitering, habilitering og somatikk.

Dersom vi tøyer IT metaforen enda litt til kan vi se på samarbeidsprosjekter mellom sykehusene og kommunene, som FHK prosjektet, som å installere en driver for samarbeidet med helse og omsorgstjenesten. Utfordringsbildet som vi sammen skal møte består framfor alt av eldrebølgen, økende antall kreftsyke, dyrere behandlingsregimer, inaktivitetsykdommer og ustabil familiestruktur. Det vi i fellesskap må få til, er et livsløp som gjennom aktiv sykdomsforebygging skyver sykdomsdebuten tilsvarende ut i tid som økningen i levealder og som gjennom læring og mestring mobiliserer maksimalt av pasientene og pårørendes ressurser.

*Dette skal vi ikke gjøre for å spare penger, men fordi det gir pasienten den beste og mest individtilpassede behandlingen.*

Utviklingen innen IKT og vår felles kreativitet koblet sammen med pasientenes utdannings- og opplysningsnivå gir oss et mulighetsbilde. Gjennom det kan vi klare framtidens utfordringer gjennom å tenke helhetlige pasientforløp, dekke opp for hverandres svakheter, klargjøre rollefordelingen og dyktiggjøre pårørende og øvrig nettverk. Med de virkemidlene må vi klare å mobilisere alle pasientens ressurser for å få et optimalt resultat.

De feltene vi først må prioritere er følgende: Hvordan møte den økende kreftforekomsten? Videre må vi ha en permanent beredskap mot epidemier og infeksjoner, psykiatriplanen må

gjennomføres etter intensjonene og vi må ta tunge felles løft mot medikamentmisbruk/feilbruk. Viktigst blir det imidlertid å motvirke fysisk inaktivitet.

### 1.3. Samarbeidet mellom nivåa - kan bli bedre!



Av Rolf

*Bergseth, kommunelege i Klepp og Nina Bolme Steinsholt, avdelingsleiar for heimebaserte tenester i Klepp.*

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten sier: ”Enhver som yter helsetjeneste skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjeneste planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.” På denne bakgrunnen er det blitt utarbeidet omfattende kvalitetssystemer på forskjellige nivåer i helsetjenesten. Vårt inntrykk er at samarbeidet mellom 1.- og 2.-linjetjenestene likevel ikke er godt nok. Er det fordi de forskjellige tjenestene er for mye opptatt av å sikre sine egne ansvarsområder?

1.- og 2.-linjetjenestene har noe kjennskap til hverandres arbeid og ansvarsområder. Men for å utvikle dette er det viktig å ha formelle og uformelle arenaer for samhandling. Rutiner og prosedyrer for henvisninger, innleggelse, utskrivninger og samarbeid i ansvarsgrupper gir retningslinjer for hvordan samarbeidet bør være i forskjellige situasjoner.

I Klepp kommune har vi gode erfaringer med at spesialisttjenester (psykolog, psykiater og andre med

spesialkompetanse) deltar i behandlingsopplegget i kommunen, både i psykiatri og i tjenestetilbud til personer med psykisk utviklingshemming. Slik får spesialister se pasienten i sitt eget bomiljø, de deltar i ansvarsgrupper, de får bygd opp kompetanse i egen institusjon, og de sier seg villige til å kunne kontaktes ved behov av fastlege eller av de som har det daglige tilsyn - også utenom kontortid. Slik har en unngått innleggelse med påfølgende utskrivning neste dag. - Noen ganger må spesialisten oppleve pasienten der denne bor.

Praksiskonsulentordningen (PKO) ved SIR har hospiteringsordninger for leger, og dette bør utvikles og utvides også til andre yrkesgrupper og hospitering begge veier. PKO har bl.a. laget rutiner for henvisninger og innleggelse, retningslinjer for behandlinger, indikasjoner for røntgenundersøkelser, og avtaler for samarbeid mellom sykehuset og kommunale pleie- og omsorgstjenester. Her er altså rutinene på plass og fungerer bra der de blir brukt, men det blir ikke godt nok før alle utøvere både kjenner til og er villige til å følge rutinene.

Hjemmesykepleien er en like viktig samarbeidspartner som legen. Men ofte blir bare hjemmesykepleien innkalt til utskrivingsmøte når kroniske pasienter med sammensatte behov blir utskrevet. Her bør fastlegen oftere trekkes inn både for somatiske og psykiatriske pasienter, for selv en god epikrise kan ikke erstatte direkte kontakt.

*I arbeidet med vårt eget kvalitetssystem så vi at feil ofte kan skje ved ansvarsoverføringer, og derfor tror vi at bedre rutiner for slikt mellom forvaltningsnivåene også kan gi kvalitetsforbedring. Forskrift om individuell plan skal ikke bare sikre nødvendig samhandling innen et forvaltningsnivå men også mellom forvaltningsnivåene.*

Opplæring av nyansatte og vikarer er et annet sårbart område med forbedringspotensiale.

Det ligger også store muligheter i et felles helsenett, men dette blir mangelfullt dersom ikke hele primærhelsetjenesten er med, – ikke bare legene. Legene har blitt økonomisk stimulert for å knytte seg til, men det må også kommunene bli for at helsenettet skal bli optimalt.

Samarbeidet har blitt bedre de siste årene. Økt fokus på samarbeidsavtaler og PKO har vært viktige momenter. Enda bedre kan det bli med økt kjennskap til hverandres hverdag.

#### 1.4. Sladreplikt som profesjonsplikt – Helsepersonelloven § 17



*Av Jan Fridtjof Bernt,  
professor dr. juris ved UiB  
det juridiske fakultet.*

I Helsepersonelloven § 17 fastslås at helsepersonell ”skal av eget tiltak” gi opplysninger til tilsynsmyndighetene ”om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet”. Dette er en bestemmelse som etter sin ordlyd legger et tungt og omfattende ansvar på den enkelte helsearbeider. Hun eller han har en yrkesmessig plikt ikke bare til å varsle om alvorlige svikt i utstyr eller rutiner på egen arbeidsplass, varslingsplikten omfatter helt generelt ”forhold som kan medføre fare”.

Temaet for varslingsplikten er i utgangspunktet greit nok. Det dreier seg om forhold som må anses å skape en øket risiko for pasientens liv og helse, i forbindelse med behandlingen eller ellers. Det fremgår av merknadene til bestemmelsen i proposisjonen til loven

(Ot.prp. nr. 13, 1998-1999) at varslingsplikten gjelder uavhengig av om faremomentet på det aktuelle tidspunktet har manifestert seg i en konkret skade:

”Det er tilstrekkelig at forholdet representerer en fare, slik at skade ikke behøver å ha inntrådt.”

Bestemmelsen om varslingsplikt plasserer imidlertid den enkelte helsearbeider i en vanskelig krysspresssituasjon. Det er forutsetningsvis tale om et forhold som den ansvarlige myndighet ikke viser vilje eller evne til å rette opp på egen hånd. Den første og primære varslingsplikten gjelder i forhold til den ansvarlige ledelse, først hvis dette ikke fører fram, oppstår en plikt til å gå videre med saken. Dette understrekes i rundskrivet til Helsepersonelloven, I-20/2001 (nå HOD):

”Etter departementets oppfatning, forutsetter lovens motiver at helsepersonell først tar opp forholdene internt og at de går tjenestevei. Den som er nærmest til å rette på forholdene bør være den som først får beskjed, slik at det gis mulighet til å fjerne faren. Dersom faren likevel ikke fjernes, skal helsepersonell gi informasjon til tilsynsmyndighet.”

Det er klart at det kan oppleves som en betydelig belastning for helsearbeideren å skulle gå videre med en sak etter å ha prøvd seg tjenestevei. I dette ligger jo egentlig en kritikk av ledelsen for en ganske alvorlig pliktforsømmelse; man har fått beskjed, men har ikke reagert adekvat. Formuleringen i rundskrivet er ikke bare en begrensning av helsearbeiderens varslingsplikt; den er slik den står også en begrensning av hans eller hennes varslingsrett. Det fastslås en plikt til å gå tjenestevei.

Lettere blir det ikke for helsearbeideren når selve terskelen for varslingsplikten – og implisitt varslingsretten – blir angitt på en langt fra entydig måte i proposisjonen: ”Fare for pasienters sikkerhet” skal tolkes strengt og innebærer at forholdet må være

av en slik art at det er påregnelig/sannsynlig at pasienters helsetilstand kan forverres eller at pasienter påføres skade, smitte o.l.”

Her er man mindre klar enn ønskelig når det gjelder forholdet mellom to ganske ulike vurderingstemaer, på den ene siden et krav om risiko – ”fare”, og på den andre et sannsynlighetskrav – ”det er påregnelig/sannsynlig”. Helsearbeideren vil kunne stå overfor et tilsynelatende uløselig dilemma: Skal hun eller han varsle om en fare som det kanskje ikke er ”påregnelig/sannsynlig” vil manifestere seg, men hvor selv en relativt liten mulighet må anses som uakseptabel fordi en skade vil kunne få alvorlige, kanskje fatale konsekvenser?

Forsøk på å besvare dette ved formelle betraktninger om hva som er ”påregnelig/sannsynlig” vil ikke føre fram til akseptable resultater her. I stedet må vi søke svaret på når varslingsplikt og varslingsrett inntreffer, i det som er den underliggende norm for bedømmelsen av helsetjenesten, kravet om faglig forsvarlighet, slik det kommer til uttrykk i Spesialisthelse-tjenesteloven § 2-2: ”Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige,” og i Kommunehelsetjenesteloven § 6-3, første avsnitt:

”Statens helsetilsyn fører medisinsk-faglig tilsyn med at kommunene fremmer helsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte.”

Av Helsepersonelloven § 4, første avsnitt, fremgår at den enkelte helsearbeider har et selvstendig ansvar for å påse at dette forsvarlighetskravet blir oppfylt:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”

Bestemmelsen om varslingsplikt må dermed leses som et krav til den enkelte

helsearbeider om å oppfylle sin profesjonelle plikt til faglig forsvarlighet også ved å varsle tilsynsmyndighetene om alle forhold som avviker fra denne normen. En varslingsplikt – og rett – som går kortere enn dette, vil måtte oppleves som dypt problematisk i forhold til det overordnede krav om faglig forsvarlighet og effektivt tilsyn med denne.

Lovteksten, og ikke minst proposisjonen og rundskrivet, er mindre klar enn ønskelig om dette. Man snakker med ull i munnen i en situasjon hvor det var all grunn til å være klar og tydelig, i stedet for å tydelig fastslå en rett og plikt for den enkelte helsearbeider til å blåse i fløyten i alle situasjoner hvor pasientene ikke får det behandlings- og omsorgstilbud de har krav på etter loven. Kommentarene synes mer opptatt av å avgrense retten til å si i fra, enn å oppmuntre til aktiv kvalitetssikring. Spørsmål som rom for feilvurderinger fra helsearbeiderens side (”grunn til å tro”) og anonymitetsvern er ikke omtalt.

Man sitter igjen med et inntrykk av en bestemmelse som plasserer den enkelte helsearbeider i en ganske prekær situasjon: På den ene siden kan hun eller han bli holdt ansvarlig for ikke å ha varslet tilsynsmyndighetene om en mulig fare, på den andre kan hun eller han risikere formelle eller uformelle sanksjoner for ”manglende lojalitet”, for ikke i stedet å ha fulgt saken energisk nok opp tjenesteveien, eller for å ha varslet om faremomenter som det ikke anses ”påregnelig/sannsynlig” vil manifestere seg.

Dette er problemer som både profesjonen og lovgiver burde ta opp til ny vurdering. Dagens bestemmelser om varslingsplikt er dårligere enn både pasienter og tilsatte skulle måtte finne seg i.

## 1.5. Statistikk om medisinbruk og fastlegar

### 1.5.1 Bruk av medisinar for psykiske lidingar.

#### 1.5.1.1 Middel mot angst.

Dette er Vival, Sobril, Xanor og liknande. I Rogaland er forbruket av slike medisinar blitt 19% lågare frå 1992-2003. I 1992 var det 13% høgare enn landsgjennomsnittet. I 2003 var det litt lågare enn landsgjennomsnittet, og det tilsvarar at kvar femtiande rogalending brukar slike medisinar dagleg. Mykje av denne reduksjonen heng nok saman med auka bruk av medisinar mot depresjon.

#### 1.5.1.2 Sovemiddel og beroligande middel.

Dette er Apodorm, Rohypnol, Imovane, Zopiklon og liknande. Gjennomsnittsförbruket for heile landet heldt seg stabilt frå 1992-98, men auka med 25% fram til 2003. Rogalandsforbruket var 17% høgare enn landsgjennomsnitt i 1992, likt med det i 1998, og 7% under dette i 2003. Bare Sogn og Fjordane og dei 3 nordnorske fylka ligg lågare enn Rogaland, og Helsetilsynet i Rogaland trur at mykje av forklaringa ligg i at allmennlegane hos oss jamnt over har ein god forskrivingspraksis. 2003-forbruket tilsvarar at kvar trettiande rogalending tek sovetablett kvar kveld.

#### 1.5.1.3. Middel mot depresjon.

Dette er Sarotex, Sinequan, Cipramil, Seroxat, Efexor og liknande. Gjennomsnittsförbruket i Rogaland er firedobla frå 1992-2003, og slik har også landsgjennomsnittet utvikla seg, men Rogalandsforbruket har heile tida halde seg litt høgare enn det. Denne utviklinga har nok å gjere med at terskelen for å behandle med desse medisinar er blitt mykje lågare etter kvart som det har kome nye

medisinsortar. 2003-forbruket tilsvarar at kvar tjuande rogalending brukar slike medisinar dagleg.

### 1.5.2 Fastlegeordninga.

Fastlegeordninga blei innført i 2001. Kvar den som bur i ein norsk kommune, har rett til å stå på liste hos ein fastlege, som då skal ha særskilt ansvar for allmennlegetilbodet til dei han har på lista si.

Samanlikningstal for fastlegeordninga viser for Rogaland pr 31.12.2004 (tal for heile landet i parentes):

- Bare 0,5% av befolkninga var ikkje med i ordninga (0,5%)
- I 4. kvartal/2004 bytta 1,3% av befolkninga lege etter eige ønskje (1,5%)
- For bare 0,4% av listene var der ingen lege (2,6%), og bare Østfold og Oslo hadde betre listedekking enn det.
- Bare 40% av listene i Rogaland var "åpne", dvs. kunne ta mot nye personar (55,2%). Bare Østfold låg dårlegare an enn Rogaland i dette.

Samlebildet av dette viser ei veletablert ordning, men med liten ekstra kapasitet i Rogaland. Dette kan ha å gjere med at folketalet aukar så fort i Rogaland.

"Listetaket" – kor mange personar som kan stå på kvar liste – blir avtalt med den enkelte fastlegen. Ved årsslutt 2004 hadde 4 kommunar fleire innbyggjarar på fastlegelistene sine enn summen av dei avtalte listetaka. Det var Klepp, Time, Gjesdal og Strand.

Kvar kommune skal syte for at legedekkinga er så god at den kan tilby innbyggjarane sine listeplass hos ein fastlege i den kommunen. I Rogaland var det bare Strand som ikkje oppfylte denne plikta ved årsslutt 2004: der hadde

fastlegane 300 fleire av innbyggjarane på listene enn summen av listetaka, og ingen av dei hadde ledig kapasitet. I alle dei andre 26 Rogalandskommunane var det ein eller fleire legar med ledig kapasitet.

## **2 Tilsyns- og klagesaker**

### **2.1 Tilsynsarenaer**

Fylkesmannen si helse- og sosialavdeling fører tilsyn med sosialtenester og barneverntenester i kommunar, og med alle barnevern- og rusverninstusjonar.

Helsetilsynet i Rogaland fører tilsyn med alle helsetenester og alt helsepersonell. Desse kan vere organisert av kommune, fylkeskommune (tannhelsetenesta), helseføretak, operatørselskap (for offshoreverksemdar), eller av private med eller utan driftsavtale med det offentlege.

### **2.2. Tilsyn med kommunar og helseføretak**

#### **2.2.1 ROS: eit verktøy for risiko- og sårbarhetsanalyse i tilsyn**

Systematisk bruk av risikoinformasjon er i framvekst i fleire sektorar. Internkontrollkravet til helse- og sosialtenestene inneber mellom anna at dei som har ansvaret for verksemda skal skaffe seg oversikt over dei områda der det er fare for svikt i tenestene, gjennom til dømes risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS). På same måte arbeider tilsynsmyndigheten med utvikling av systematisk bruk av risikoinformasjon som grunnlag for valg av tilsyn. Dette er for å auke nytten av tilsynet når det gjeld å halde tenestene så pålitelege og lite sårbare som råd, for at tilsynet skal vere relevant og truverdig, og for å bruke tilsynsressursane effektivt.

Til hjelp i dette arbeidet har Helsetilsynet i Rogaland i samarbeid med Rogalandsforskning laga eit verktøy for

risikovurdering og prioritering av tilsyn i helse- og sosialsektoren. Også tidlegare har tilsyna våre vore basert på risikovurderingar, men likevel har systematikken i det nye verktøyet vist seg å gje god tilleggsinformasjon for å velja ut tilsyn. Målet er at alle planlagte tilsyn med verksemdar innan 2006 skal vera baserte på systematiske risiko- og sårbarhetsvurderingar.

#### **2.2.2 Samhandling mellom ulike kommunale tenester**

Den kommunale verda er i stadig endring. Kommunane organiserer seg ulikt, og det er ein del av den kommunale fridomen. Me ser bestillar/utførarmodellar, og inndeling i kommunane i små einingar som kvar har ansvar for sitt budsjett og si teneste. Alt dette gjer at den kommunale kvardagen har endra seg. Hovudmodellen no ser ut til å vere flat struktur, med to nivå. Men korleis verkar dette på tenestene?

Helsetilsynet i Rogaland ser at mange kommunar ikkje har noko mellomnivå av sektorleiarar med særskilt kompetanse, men me veit at god samhandling krev kunnskap om kva kompetanse ein sjølv og andre har og kva tenester dei kan tilby. Det er heller ikkje lett å få til samhandling mellom ulike organiseringsmåtar.

Ein del av dette problemet er privatiseringa av fastlegane. Legane er ein del av kommunehelsetenesta og er forplikta til å ta ein del offentlig teneste. Men eit pålagt pliktlop gir ikkje automatisk sjukeheimar og helsestasjon gode legetenester. Eit anna problem er at det stundom er vanskeleg å få fastlegane med på nødvendig samhandling kring dei pasientane som har store og samansette behov. Når til dømes kommunen treng medisinske opplysingar for å vurdere søknad om sjukeheimplass, må dei bestillast hos fastlegen – som skal ha særskilt betaling for det.

Politiet satsar på lokalt førebyggjande arbeid for å få kriminaliteten ned. Dette arbeidet er utfordrande. Helsesøster har mykje opplysingar som til dømes politi vil ha del i. Teieplikta set grenser, men reelt anonyme saker kan drøftast i tverrfaglege fora. Pasienten sitt informerte samtykke er eit vilkår for at helsepersonell kan gje opplysingar til andre yrkesgrupper i tverrfagleg samarbeid.

Helsetilsynet i Rogaland er ikkje overtydd om at eigne bestillarkontor fungerer godt i kommunane i Rogaland. Pasientane sine behov endrar seg undervegs, og modellen ser ikkje alltid ut til å vere fleksibel når det gjeld sjuke menneske. Det er ikkje lett å sette prislapp på dette, og når det ikkje er mogeleg så er ei bestilling heller ikkje eit høveleg middel for å styre tenester og ressursar.

Brukarstyrt personleg assistent er det ikkje alltid lett å finne fleksible løysingar for. Endring i brukaren/pasienten sin tilstand gjer at dette kan bli eit problem, og slik sosialteneste krev tett samhandling med helsehjelp. Flexibilitetsproblem ser me også med omsorgsbustad når kommunen ønskjer flytting på grunn av tilpassing til andre. For i bustaden er leigetakaren verna av lovgjevinga, slik at oppseiing må ha ein sakleg grunn. Denne problemstillinga kjem me til å sjå meir av, etter kvart som endring i pasienten sine behov gjer at pasienten bør få helsetilbod ein annan stad.

Når det gjeld helsehjelp til flyktningar og asylsøkjjarar, så har vi har så smått spora at det blir problem i helsetenesta for personar som ikkje **skal vere**, men likevel **er** i landet framleis. Pasientar utan personnummer kan ikkje få fastlege. Dei har krav på hjelp frå spesialisthelsetenesta og på øyeblikkeleg hjelp, men ikkje på konsultasjon hos fastlege.

Arbeidsmiljø på skoler og i barnehagar er problem både for utdanningsetat, Arbeidstilsyn og helseteneste.

Arbeidstilsynet sitt fokus på arbeidsforhold for tilsette i heimetenestene krev ei klargjering om kva vilkår ein kan setje for å gje nødvendig helsehjelp. Kommunane har plikt både til å yte tenester til dei som treng det og til å sikre forsvarleg arbeidsmiljø for dei tilsette. Det kan vere problem med seng med rett høgde, personheis, røyking i heimen, sinte bikkjer og når politi skal tilkallast. Pasienten har rettar i sin eigen heim, og kommunen har plikter både for arbeidstakarar og pasientar.

### 2.2.3 Tilsyn med kommunehelsetenesta

Helsetilsynet i Rogaland planla tilsyn med 9 kommunar i 2004. Dette var kommunar der fylkesmannen og helsetilsynet meinte det var nødvendig med tilsyn, etter å ha gjort ein enkel ROS-analyse av kommunane hausten 2003. Det blei gjennomført landsomfattande tilsyn i rusomsorga (avsnitt 2.2.5.2) og med kommunehelsetenester til flyktningar og asylsøkjjarar (avsnitt 2.2.3.1).

Dei tre planlagde tilsyna med helse- og sosialtenester til psykisk sjuke blei avlyste. Eit tilsyn med pleie- og omsorgtenester i Time kommune blei heller ikkje gjort, og i staden gjorde me eit tilsyn med tilbodet til brukarar av heimesjukepleie i Haugesund, på bakgrunn av ei melding frå sjukepleiarar der (heimla i helsepersonellova § 17 - sladreparagrafen, jfr artikkel av professor Jan Fridthjof Bernt i avsnitt 1.4 ovanfor) Sjukepleiarar var usikre på om tenestene pasientane deira fekk var forsvarlege, og tilsynet vårt avdekka ein del svikt, sjå tilsynsrapporten på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Helsetilsynet og Fylkesmannen i Rogaland gjennomførte vår del av dei landsomfattande tilsyna slik me måtte gjere. Utanom det hadde me for liten kapasitet til å gjennomføre det minimum

av tilsyn med kommunar som me burde ha gjort.

Helse- og sosialavdelinga har vore med på tilsynsbesøk til 7 kommunar i 2004, med hovudfokus på beredskap generelt og samfunnstryggleik. Andre tema har vore smittevernberedskap, smittevernplanar og planar for helsemessig og sosial beredskap.

### **2.2.3.1 Tilsyn med helsetenesta for flyktningar og asylsøkjjarar**

I 2004 blei det gjennomført landsomfattande tilsyn med helsetenesta til asylsøkjjarar, flyktningar og familiegjenforente. Sokndal og Stavanger blei omfatta av dette tilsynet. Tema for tilsynet var tuberkulosekontroll, nødvendig helsehjelp og helseundersøkingar ved behov, samt kommunen sitt tilsyn med miljøretta helsevern i asylmottak. I Stavanger var helsetenesta i samsvar med dei krav som er sett. I Sokndal kommune var det mykje som kunne ha vore betre, men kommunen er i ferd med å rette dei avvika frå lovgjevinga som vi fann. Tilsynsrapportane er å finna på internettadressa: [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no), og kan gi nyttig lærdom til også andre kommunar.

Statens helsetilsyn avsluttar i desse dagar ein oppsummeringsrapport frå dette landsomfattande tilsynet. Den vil kunne vere ei viktig kjelde for idéar og erfaringar til forbetningsarbeidet i helsetenesta til desse brukargruppene.

## **2.2.4 Tilsyn med spesialisthelsetenesta**

### **2.2.4.1 Smittevern**

Fylkeslegen i Rogaland gjennomførte i 1999 og 2002 tilsyn med smittevern ved Sentralsjukehuset i Rogaland, begge

gongene med fokus på mellom anna smittevernlege og infeksjonskontrollprogrammet der. Som ei vidareføring av desse to tilsyna ønskte Helsetilsynet i Rogaland også i 2004 å føre tilsyn/verifisere smittevernet ved Sentralsjukehuset. Dette blei gjort med gjennomgang av relevant dokumentasjon samt eit tilsynsmøte der representantar frå sjukehuset og tilsynsetaten deltok.

Sjukehuset manglar framleis eigen smittevernlege. Stillinga har vore utlyst fleire gonger, men utan hell. For å bøte på dette deler to legar - ein mikrobiolog og ein infeksjonsmedisinar - denne funksjonen i tillegg til sitt vanlege arbeid. Avdeling for smittevern er desse to samt tre hygienesjukepleiarar. Trass i avgrensa ressursar er denne avdelinga svært aktiv og har gjennomført ei rekkje internrevisjonar. Men ressursmangel gjer at det infeksjonsførebyggjande arbeidet blir skadelidande.

Bygningsmessige forhold gir fleire utfordringar når det gjeld smittevern, mellom anna er kapasitetsproblemet ei stor utfordring. Sjukehuset har høg andel korridorpasientar, som i seg sjølv er ein smitterisiko. Isolatkapasiteten er også eit problem: sjukehuset har ikkje luftsmitteisolat og har for få isolat/enkeltrom. Problemet blir ikkje løyst før nybygg står klart om tidlegast to år.

Som følge av desse funna vil Helsetilsynet også i 2005 ha fokus på sjukehuset sitt infeksjonskontrollprogram. – I 2005 er det blitt Stavanger universitetssjukehus.

### **2.2.4.2 Meldingar etter § 3-3 i lov om spesialisthelsetenesta.**

All spesialisthelseteneste pliktar etter denne lova å melde betydeleg personskade som *"voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient*

skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser kunne ha ført til betydelig personskade". Meininga med meldeordninga er å styrkje helseinstitusjonen sitt eige internkontrollsystem. Derfor skal institusjonen systematisk gjennomgå og analysere hendingar som har, eller kunne ha, ført til betydelege pasientskadar. Den skal også iverksetje rettetiltak for å redusere risiko for nye hendingar. Også i 2004 har me hatt ein god dialog med sjukehuset kring desse meldingane.

Meldingar om unaturlege dødsfall blir også melde til politiet. Helsetilsynet lokalt er medisinsk rådgjevar for politiet i slike saker, og også her har samarbeidet vore godt.

I 2004 har me fått ialt 52 §3-3-meldingar. 46 av desse var frå SiR, 4 frå Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesjukehus og 2 frå Jæren distriktpsykiatriske senter. Haugesund sjukehus melder til Helsetilsynet i Hordaland. Tabell 2.1 viser korleis meldingane frå SiR fordelte seg.

Tabell 2.1: § 3-3-meldingar frå Sentralsjukehuset i Rogaland 2004.

Alvorleg skade, somatikk	25
Alvorleg skade, psykiatri	6
Unaturleg dødsfall, somatikk	10
Unaturleg dødsfall, psykiatri	6

### 2.2.4.3. Tilsyn med fødeinstitusjonar

I 2004 blei det gjennomført tilsyn med desse to verksemdene i Rogaland : Helse Stavanger HF, Sentralsjukehuset i Rogaland, Fødeavdelingen, Kvinnebarneklirikken Helse Fonna HF, Haugesund sjukehus, Fødeseksjonen, Kvinne/Barn klinikken Dette var del av eit landsomfattande tilsyn med i alt 26 av dei ca. 60 fødeinstitusjonane. Det blei undersøkt om helseforetaka gjennom systematisk styring og kontinuerleg forbetningsarbeid sikra at

fødeinstitusjonene er tilrettelagt slik at de fyller krava til faglig forsvarlighet.

Tilsynet undersøkte fire hovedtema:

1. Seleksjon av fødande til ulike typar fødeinstitusjonar
2. Overvaking og oppfølging
3. Handtering av akutte situasjonar
4. Læring og forbetring

For alle tema blei det også undersøkt om ansvars- og oppgåvedeling var avklart, om opplæring og kompetanse var god nok, og om kommunikasjon og samarbeid mellom legar og jordmødrer fungerte tilfredsstillande.

Sjølv om Noreg er eit av dei tryggaste landa å føde i, har dette tilsynet vist at det framleis er rom for forbetringar. Der er ikkje pålitelege nasjonale tal på forekomst av ulike tilstandar og resultat ved fødselshjelp. Alle helseforetaka har ikkje lagt til rette for nødvendig kommunikasjon og samarbeid mellom legar og jordmødrer, og ansvarsforholda er ikkje avklart alle steder. Også leiing og styring kan bli betre. Helsetilsynet tilrår at det blir utarbeidd eit nasjonalt sett av data som alle fødeinstitusjonar skal registrere, og som kan brukast både til internt forbetningsarbeid og til nasjonale oversikter.

Tilsynet med dei to verksemdene i Rogaland viste at disse blir styrt og følgjer opp slik at alle fødande får forsvarleg helsehjelp.

Både dei enkelte tilsynsrapportene og hovudkonklusjonane frå det landsomfattande tilsynet er å finne både på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no) og på fylkesmannen sin nettstad [www.fylkesmannen.no](http://www.fylkesmannen.no)

### 2.2.5 Tilsyn med sosialtenesta i kommunane

#### 2.2.5.1 Sosialtenestelova kapittel 4A

Fylkesmannen har gjennomført 20 stadlege tilsyn etter sosialtenestelova kap 4A. Alle desse var tilsyn på bakgrunn av vedtak

etter kap 4A. Me har ikkje hatt ressursar til å føre tilsyn med mottekne a-meldingar, jf. sosialtenestelova § 4A-5 tredje ledd bokstav a. I 2004 fekk me 2.233 meldingar om skadeavverjande tiltak, mot 1.247 slike i 2003, dette er ein 80% auke

#### **2.2.5.2. Tilsyn med rusomsorga i kommunane**

Fylkesmannen gjennomførte i 2004 systemrevisjonar med sosialtenesta i tre kommunar: Sauda, Sandnes og Haugesund. Tilsyna var del av eit landsomfattande tilsyn med korleis kommunane sikra at rusmiddelmissbrukarar fekk tilgang til tenester regulert i sosialtenestelova kapittel 4, enten misbrukaren var i ein rehabiliteringsfase eller elles trong sosiale tenester.

Tilsyna skulle sjå etter om sosialtenestelova sitt føremål blei fremja og om aktuelle myndighetskrav blei følgde.

Systemrevisjonen omfatta desse områda:

- opplysning, råd og rettleiing,
- innretting og tilgang til støttetiltak etter kapittel 4,
- rettssikring av tilgangen til støttetiltak etter kapittel 4,
- mellombels husvære med kvalitetskrav,
- oppfølging under behandling og
- nødvendige tiltak ved avslutting av institusjonsopphald.

Det blei avdekka avvik på desse områda:

- Det blei ikkje fatta vedtak på miljøarbeidertenester.
- Det var ikkje etablert eit system som sikra at vedtak om etablering av støttekontakt blei effektuert frå vedtakstidspunktet.
- Det var ikkje etablert eit system som sikrar ein forsvarleg standard på mellombels husvære som kommunen nyttar i høve til sine brukarar.

Det blei gitt merknadar på desse områda:

- Det var ikkje etablert eit system som sikra at vedtak om tildeling av heimehjelp blei ytt i tråd med innhaldet i vedtaket ved sjukdom, vakansar og feriar.
- Rusmiddelmissbrukarar under rehabilitering som budde i mellombels husvære, var i liten grad sikra eit bumiljø utan rusing.
- Det var ikkje etablert eit system som sikra oppfølging av alle rusmiddelmissbrukarar under behandling.
- Det var ikkje etablert eit system som sikra nødvendig tilrettelegging av tiltak når opphald i institusjon blei avslutta.
- Tenesta praktisk bistand og opplæring var ikkje spesielt lagt til rette for rusmiddelmissbrukarar.

#### **2.2.6 Tilsyn med rusinstitusjonar**

Fylkesmannen i Rogaland gjennomførte ingen tilsyn med rusinstitusjonar i 2004.

#### **2.2.7 Tilsyn med barnevernet**

Fylkesmannen fører tilsyn med barneverntenesta i kommunane og med barneverninstitusjonane i Rogaland. Før om åra hadde fylkesmannen også tilsyn med det fylkeskommunale barnevernet, men frå 01.01.2004 blei fylkeskommunens oppgåver i barnevernet lagt til ein statlig eining som heiter BUF-etat og som fylkesmannen ikkje har tilsyn med.

### **2.2.7.1 Tilsyn med barneverntenesta i kommunane.**

Som ledd i tilsynsansvaret skal fylkesmannen gi råd og rettleiing og sjå til at kommunane gjer dei oppgåvene dei er pålagde etter lova. Fylkesmannen skal følgje med på om kommunane gjer arbeidet innan dei fristane som er fastsette i lova, og kan gje mulkt dersom fristane ikkje blir haldne.

I 2004 gjennomførte fylkesmannen systemrevisjonar i 3 kommunar: Strand, Sokndal og Sola. Desse revisjonane var eit ledd i eit landsomfattande tilsyn på oppdrag frå Barne- og familiedepartementet.(BFD). Meir om desse kan du lese i tilsynsrapportane, som ligg på heimesida vår:

[www.fylkesmannen.no](http://www.fylkesmannen.no). Generelt syner systemrevisjonane at kommunane har ein del forbetningsarbeid å gjere.

Fylkesmannen har registrert at kommunane startar forbetningsarbeidet så snart dei får varsel om tilsyn, og at dei finn at tilsyna er nyttige for å forbetre arbeidet sitt på enkelte område.

Fylkesmannen gir råd og rettleiing til kommunar, og har dagleg telefonkontakt med ei eller anna kommunal barnevernteneste. Fylkesmannen er så langt som råd med på møte med kommunar, for gjennomgang av ulike problemstillingar. I 2004 er det etablert faste møte med barnevernleiarane i kommunen to gonger i året.

Fylkesmannen mottok fristrapporteringar frå kommunane fire gonger årleg i alle nye saker, gjennomgår desse, og har som resultat av det følgd opp enkelte kommunar.

Fylkesmannen har gjennomført desse kursa i 2004:

- Opplæring av tilsynsførarar. Fosterforeldreforeninga i Rogaland og Rogaland barnevernsamband

gjennomfører kurset kvart år, i samarbeid med fylkesmannen.

- Forholdet mellom barnelova og barnevernlova, med advokat Rikke Lassen. Dette kurset var for tilsette i kommunane.

I høve til BUF-etat region vest, har fylkesmannen hatt fire møte saman med fylkesmennene i Hordaland og Sogn og Fjordane, for å utveksle informasjon mellom dei enkelte etatane. Fylkesmannen har også hatt eit møte med dei tre fagteamleiarane i Rogaland.

### **2.2.7.2 Tilsyn med barneverninstitusjonar**

Fylkesmannen skal føre tilsyn med at institusjonane følgjer lov og regelverk og med at barna får forsvarleg omsorg og behandling.

Dersom fylkesmannen finn at institusjonane blir drivne på ein måte som kan ha skadelege følgjer for barna eller at drifta er uforsvarleg på annan måte, kan han gi pålegg om å rette på tilhøva eller å leggje ned drifta. Fylkesmannen kan og gi melding om forhold som bør endrast i institusjonen. Klager frå bebuarane blir behandla etter kvart.

Alle tilsynsbesøka blir gjort av minst to representantar frå embetet. Minst halvparten av besøka skal vere umelde. Tilsynet snakkar også med barna ved tilsynsbesøka. Det blir utarbeidd rapport etter kvart tilsynsbesøk.

I 2004 hadde fylkesmannen tilsyn med 23 barneverninstitusjonar i Rogaland fylke. Fleire av desse har underavdelingar. Til saman blei det ført tilsyn med 41 einingar/objekt og gjennomført 99 tilsynsbesøk.

Fylkesmannen si røynsle er at barna som bur i barneverninstitusjonane får god omsorg og behandling, og me meiner at samarbeidet med institusjonane fungerer godt. Ved tilsynsbesøka blir både barnevernfaglege og juridiske problemstillingar drøfta. Tilsynet har vore særleg oppteke av om institusjonane har hatt vedtak, ev. samtykkeskjema, tiltaksplanar og handlingsplanar for kvart enkelt barn, og om desse dokumenta blir brukt aktivt i oppfølginga av borna. Tilsynet har påpeika manglar i mange institusjonar når det gjeld desse dokumenta.

I 2004 har fylkesmannen i Rogaland ført ekstraordinært tilsyn med ein institusjon, på oppdrag frå BFD. I tillegg har me gitt kommentarar og merknadar til enkelte

institusjonar, mellom anna i høve til tvangsbruk, urinprøvetaking, manglande politiattest, mobiltelefonbruk og husordensreglar. Tilsynet har vore særleg opptatt av skjermingsturar. Enkelte institusjonar har nytta ulovleg tvang for ungdom på skjermingsturar.

I 2004 gjennomførte fylkesmannen i Rogaland systemrevisjonar i 3 institusjonar: på Villa Rød, Barnevernsenteret si avdeling Strømvik og på Lindøysenteret. Tema for revisjonane var barnas rettigheter under opphald i barneverninstitusjonar, knytte til vern om personleg integritet, bevegelsesfridom, besøk, korrespondanse, telefonbruk, medisinsk tilsyn og behandling og opplæring og skolegang. Rapportane kan du lese på [www.fylkesmannen.no](http://www.fylkesmannen.no).

Tabell 2.2: Barneverninstitusjonar som Fylkesmannen i Rogaland hadde tilsyn med i 2004.

<i>Namn</i>	<i>Einingar</i>	<i>Eigar</i>	<i>Antal besøk</i>
Tryggheim Barnehjem	1	Frelsesarmeen	2
Josephinestiftelsen	1	Josephine stiftelse	2
Minde barne – og ungdomshjem	2	Høyland menighetspleie	4
Villa hvit	2	Bufetat	4
Villa rød	1	Bufetat	2
Barnevernsenteret	3	Bufetat	6
Dreieskjeva	1	Kirkens Bymisjon	2
Steindal gård bokoll.	1	Bufetat	2
Lindøysenteret	2	Bufetat	4
Bokollektiv enslige flyktninger	2	Stavanger kommune	4
Boen kollektivet	1	Boen kollektivet	3
Madlaveien bofellskap	2	Madlaveien bofellskap a/s	4
Solstrand barnevernsenter	3	Kirkens sosialtjeneste	5
Bufellsskapa på Bokn	2	Bufellsskapa på Bokn	4
Ungplan Rogaland	3	Ungplan a/s	11
Hetlandstunet ungdomssenter	2	Bufetat	3
Ginabakken	3	Bufetat	6
Brusand bofellesskap	1	Tiltaksgruppen a/s	4
Skåland Ungdomsbase	3	Bufetat	4
Pluss Barnevern	5	Pluss Barnevern a/s	11
Hiimsmoen kollektivet	2	Stiftelsen Hiimsmoen	4
Vesterled Arild Vegrim	3	Arild Vegrim	8

## **2.2.8 Tilsyn med offshorehelsetenesta**

### **2.2.8.1 Litt historikk**

Helsedirektoratets kontinentalsokkelkontor blei etablert i Stavanger i 1979, og overført til Fylkeslegen i Rogaland i 1994. Me har tilsyn med helsemessige og hygieniske forhold på faste og flyttbare innretningar på heile den norske kontinentalsokkelen, frå Hod i sør til Snøhvit i nord.

Me har gitt innspel til løysingar på nye boligkvarter, og opp gjennom åra har det vore større og mindre utbyggingar på sokkelen. 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.

### **2.2.8.2 Bakgrunn for tilsyna i 2004.**

Tilsynsoppgåvene i 2004 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.

### **2.2.8.3 Tilsyn på faste innretningar**

Helsetilsynet i Rogaland har gjennomført revisjonar mot to operatørselskap, Norsk Hydro Produksjon AS og Statoil ASA, med fokus på systema deira for helsemessige og hygieniske forhold som gjeld oppstart av nye innretningar, som

”Grane” og ”Kvitebjørn”. Me konkluderte med at der er adekvat fokus på helsemessige og hygieniske forhold. Me har også gjort ein verifikasjon på ”Gullfaks B” med fokus på reingjeringskonsept. Det kom nytt HMS-regelverk i 2001, så mellom anna Statoil ASA har gjennomført endringar for reingjering på sine innretningar. Vår konklusjon etter tilsyn var at operatør skal dokumentere at dei nye reingjeringskonsept gir eit tilfredsstillende reinhald.

### **2.2.8.4 Tilsyn på flyttbare innretningar**

I samråd med Sjøfartsdirektoratet og / eller Petroleumstilsynet har me gjennomført verifikasjonar som omfattar helsemessige og hygieniske forhold på 18 flyttbare innretningar. Dei fleste flyttbare boreinnretningane har fått eit SUT-diplom før aktivitet på norsk kontinentalsokkel (SUT = samsvarsuttalelse) Eit slikt dokument baserer seg på reiarlaget sitt styringssystem, det er Petroleumstilsynet som gir diplom, og det ber då Helsetilsynet i Rogaland om innspel som gjeld styring av helsemessige og hygieniske forhold. Me gav i 2004 slik uttale til 7 søknader. Ved årsskiftet 2004-05 har 23 innretningar slikt diplom, men ikkje alle desse innretningane har for tida oppdrag på norsk kontinentalsokkel.

### **2.2.8.5 Matvarehandtering og drikkevassforsyning**

I 2004 var det planlagt fleire tilsyn som systemrevisjon av matvarehandtering. Av ulike grunnar blei desse tilsyna overførte til 2005.

Det har også vore gjennomført fleire tilsyn på drikkevasssystem, i form av møter hos fleire operatørselskap, reiarlag og ved verifikasjonar på fleire innretningar. Alle

desse aktivitetane har vore gjort med bistand frå Nasjonalt folkehelseinstitutt.

### **2.2.8.6 Samtykkebehandling.**

Før eit operatørselskap kan gå i gang med oppgåver på kontinentalsokkelen, må det søkje om løyve. I 2004 har Helsetilsynet i Rogaland uttalt seg til Petroleumstilsynet om helsemessige og hygieniske forhold i samband med 59 søknadar, og i tillegg har me behandla 4 søknadar om bemanna undervassoperasjonar.

### **2.2.8.7 Klager etter petroleumslovverket**

Her gjeld *Forskrift om helsekrav for personer i petroleumsvirksomheten*. I 2004 var det om lag 180 klagesaker, og i alt 345 saksbehandlingar som var knytte til klagesaker. 17 saker blei oversende til klagenemnda, som har hatt 6 møte.

Det er blitt fleire klagesaker som er knytte til behandling av psykiske lidningar, og dette gjeld særleg arbeidstakarar som blir behandla med SSRI-preparat. Felles for ein stor del av desse sakene er at pasientane er dårleg utgreidde. Klager som har samband med alkoholproblem eller stoffmisbruk finst nesten ikkje. Elles har mønsteret i klagesakene vore likeins som i dei seinare åra.

Me har hatt mange samtalar med praktiserande leger, og det er tydelegvis vanskeleg for dei å gjere gode vurderingar når dei ikkje kjenner den industrien arbeidstakaren arbeider i. Det er såleis god grunn til å stille spørsmål ved dagens ordning, der alle legar med norsk autorisasjon kan skrive ut helseerklæring etter gjeldande forskrift.

### **2.2.8.8 Oppsummering**

På grunnlag av ulike tilsynsaktivitetar 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 2004 har me hatt eit godt og omfattande samarbeid med Petroleumstilsynet, Sjøfartsdirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

### **2.2.9 Tilsyn med tannhelsetenesta**

Helsetilsynet i Rogaland har eit nært samarbeid med Fylkestannlegen i Rogaland når det gjeld oppfølging og tilsyn med tannhelsetenesta. Saman har me gått gjennom Helsetilsynet sin rapport 5/2004 om dette feltet, og det har gitt oss auka fokus på dette i 2004.

Når det gjeld pasientar med opphald i institusjon/omsorgsbolig og brukarar i heimesjukepleien, så er det eit stort sprik mellom kor mange av dei den offentlege tannhelsetenesta har under tilsyn og kor mange kommunane oppgir til KOSTRA og som har rett til slike tenester. Kor mange av desse som får tannbehandling er avhengig av at pleie- og omsorgstenesta opplyser nye pasientar om deira rettar etter tannhelsetjenestelova.

## **2.3 Tilsyn med utgangspunkt i enkelthendingar**

### **2.3.1 Klager etter pasientrettighetslova**

I 2004 mottok Helsetilsynet i Rogaland 45 saker etter pasientrettighetslova. Dette er ein sterk auke frå 2003, då me bare fekk 10 slike saker. Det er saker etter § 2-6 om rett til sjuketransport, og klager på

legemiddelassistert rehabilitering (§ 2-1 om nødvendig helsehjelp) som har stått for det meste av auken.

Sakene fordelte seg slik:

- 16 saker om rett til nødvendig helsehjelp (7 av disse gjaldt legemiddelassistert rehabilitering),
- 2 saker om rett til vurdering,
- 1 sak om rett til val av sjukehus,
- 1 sak om rett til medverknad,
- 2 saker om rett til innsyn i journal,
- 23 saker om rett til sjuketransport.

Pr 31.12.04 hadde me ferdigbehandla 29 av desse sakene. 16 saker sto som restanse, men 11 av dei kom inn i desember.

### **2.3.2 Klager etter kommunehelsetenestelova**

Klager på tenester etter kommunehelsetenestelova kan vurderast på to måtar. Enten klagar pasient eller pårørende på at dei ikkje har fått helsehjelp eller for lite helsehjelp (rettighetsklage), eller så klagar dei på at den helsehjelpa dei har fått ikkje var forsvarleg (tilsynssak). Klagar har ofte ikkje sjølv ei klar oppfatning om dette, så derfor må me ”rydde” i sakene. Klage på nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetenestelova kan og vere retta mot det enkelte helsepersonellet, slik som for eksempel fastlegen. Desse sakene er ikkje med i denne oversikta men er plasserte under punkt 2.3.4. – klager på helsepersonell.

I 2004 behandla Helsetilsynet i Rogaland 4 rettighetsaker etter kommunehelsetenestelova. To av dei handla om krav om sjukeheimplass og to om heimesjukepleie. Me fekk 8 klager som gjekk på om helsetenesta i kommunen var forsvarleg.

Det var om lag like mange klager i 2004 som i 2003.

Fylkesmannen har også behandla 3 klagesaker om miljøretta helsevern, etter § 4a-12 i kommunehelsetenestelova.

### **2.3.3 Klager etter lov om gjennomføring og etablering av psykisk helsevern**

Helsetilsynet i Rogaland har ikkje behandla klager etter denne lova, utover klage på behandling utan samtykke (jf lovas § 4-4 ) som blir omtala under punkt 4.6 nedanfor. Dette betyr ikkje at me ikkje har fått klager på tenestetilbodet innan det psykiske helsevernet, men slike klager er behandla enten etter pasientrettighetslova eller som tilsynssak etter tilsynslova.

### **2.3.4 Klager på helsepersonell.**

Frå 01.03.04 overtok Helsetilsynet i Hordaland tilsynsansvaret for Haugesund sjukehus, fordi dette sjukehuset er ein del av Helse Fonna, som Helsetilsynet i Hordaland har heile tilsynet med. Likevel hadde me 125 tilsynssaker mot helsepersonell i 2004, om lag som i 2003 (då det var 122 saker).

Dei fleste av desse klagene gjeld helsepersonell eller tenester frå helseføretaka, både i somatikk og psykiatri, men med ei overvekt på psykiatri. Dernest kjem klager på legar i kommunehelsetenesta. Dette er ei endring frå 2003, då det var flest klager på legar i kommunehelsetenesta. Det kjem også klager på anna helsepersonell, som tannlegar, sjukepleiarar, vernepleiarar, psykologar, fysioterapeutar, hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar, men i mindre omfang.

Dei fleste sakene gjeld vurdering av forsvarleg undersøkjing, diagnostisering eller behandling. Men det kjem også nokre klager på brot på teieplikta, manglande innsyn i journal og sviktande informasjon frå helsepersonellet. Ein del av sakene har bakgrunn i mangelfull kommunikasjon

mellom pasient og helsepersonellet, og desse sakene prøvar ein så langt som råd å løyse med dialog mellom partane.

### **2.3.5. Klager etter lov om sosiale tenester.**

I 2004 behandla fylkesmannen 634 klagesaker etter sosialtenestelova, dette er ein auke på 123 saker (24%) frå 2003. Likevel har både saksbehandlingstida og restansen gått ned i 2004.

I 56 saker (9%) fekk klagaren medhald, mens 34 saker (6%) er sende attende til kommunane for ny behandling og 10 saker blei avvist. I dei resterande 534 sakene (84%) har kommunen sitt vedtak blitt stadfesta av fylkesmannen. 510 av klagesakene (80%) er behandla etter kapittel 5 i lova (økonomisk stønad), 92 av sakene (15%) etter kapittel 4 (tenester), mens 32 av sakene er behandla etter andre reglar.

### **2.3.6. Klager etter lov om barneverntenester**

Fylkesmannen behandlar klager på vedtak som er fatta av den kommunale barneverntenesta, og kan stadfeste vedtaket, oppheve det eller omgjere det. Fylkesmannen behandlar også brev og klager som gjeld barneverntenesta sitt arbeid, og kan sjølv bestemma kor langt han skal gå i desse sakene. Fylkesmannen kan og behandle tvistar mellom kommunar eller mellom kommunar og BUF-etat.

Fylkesmannen har behandla ca 40 enkeltsaker i 2004. Størsteparten av klagene gjeld klage på saksbehandlinga i barneverntenesta, men her er også klager på vedtak om hjelpetiltak. Når folk klagar på saksbehandlinga i barneverntenesta, gjeld det særleg brot på fristane i barnevernlova, manglande informasjon og klager på manglande oppfølging. I 2004 har fylkesmannen fått fleire klager frå fosterhjem på manglande oppfølging. Det

har også vore fleire klager på avslag på å få sjå saksdokumenta.

### **2.3.7. Trygdemisbruk**

Helsetilsynet sentralt har gjennom samarbeid med Rikstrygdeverket sett auka fokus på tilsynsetaten si oppfølging av helsepersonell som misbrukar midlar frå folketrygda. Samarbeidet er tufta på ei avtale mellom Helsedirektøren og Trygdedirektøren av 13. juni 2001. Frå Helsetilsynet si side gjeld dette ei styrking av tilsynsarbeidet. Både legar, tannlegar, psykologar, fysioterapeutar og kiropraktorar har rett til å arbeide for trygda si rekning.

Helsetilsynet i Rogaland og Fylkestyngdekantoret i Rogaland har jamlege møte for å drøfte felles saker. Helsetilsynet i Rogaland har også eit ansvar for vidare samarbeid på dette området med Helsetilsyna i Aust-Agder og i Vest-Agder. Helsetilsynet i Rogaland har kontakt med Helsetilsynet i Oslo og Akershus, som har status som kompetansesenter for dette arbeidet.

### **2.3.8. Samarbeid med politiet**

Helsetilsynet i Rogaland har tradisjon for godt samarbeid med politiet i Stavanger politidistrikt. Slik har det også vore i 2004. Me har funne fram til samarbeidsformer som høver godt for begge partar, med telefonsamtalar, ad hoc-møte og meir formelle møte. Me er rådgjevar for politiet i alle saker som gjeld helsevesenet og som politiet kjem i kontakt med.

Helsetilsynet i Rogaland har ikkje same tette kontakten med Haugesund og Sunnhordland politidistrikt. Det kjem nok mellom anna av at det er Helsetilsynet i Hordaland som har tilsyn med Haugesund sjukehus. Det er ofte i alvorlige saker ved helseføretaka at det er nødvendig med samarbeid mellom politi og tilsynsmyndighet.

## 2.4. Andre tilsynsaktivitetar

### 2.4.1. Smittevern

Helsetilsynet er pålagt å følgje opp kommunane sine smittevernplanar, særleg i høve til tuberkulosekontrollen og til infeksjonskontrollprogram i helseinstitusjonane. Kvar kommune har sin eigen smittevernplan, men ikkje alle er like godt oppdaterte. Bare nokre få kommunar har tatt med eige tuberkulosekontrollprogram, men fleire seier at dei merkar behov for eit slikt opplegg når dei no har fått nye innbyggjarar frå fjerne strøk.

Infeksjonskontrollprogramma for dei enkelte helseinstitusjonane er mangelfulle. Dette arbeidet vil bli fulgt opp frå vår side i 2005, jfr avsnitt 2.2.4.1..

Helsetilsynet i Rogaland har løpande oppdatert oversikt over kven som er smittevernlegar. Det har ikkje vore store utbrot av smittsame sjukdomar i fylket i 2004.

## 3. Rådgjeving og kompetanseoppbygging

### 3.1. Kompetanseutvikling og formidlingstiltak i sosialtenesta og det kommunale rusmiddelarbeidet

Fylkesmannen har fått i oppgåve frå Sosial-og helsedirektoratet å

- informere kommunane om statlege satsingar,
- følgje opp kompetanse- og kvalitetstiltak i den kommunale sosialtenesta,
- følgje opp Tiltaksplan mot fattigdom,

- stimulere til samordning av aetat, trygd og sosialteneste,
- følgje opp handlingsplan mot rusmiddelproblem.

På denne bakgrunnen har fylkesmannen hatt ulike møte, samlingar og konferansar for kommunane, og særleg då for sosialtenesta. Tema for desse samlingane har vore rusreforma, SATS (no NAV: ny arbeids- og velferdsorganisering), kartleggingsverktøy i sosialtenesta, økonomisk rådgjeving, boligsosialt arbeid og rusmidlar. I tillegg arrangerte fylkesmannen ein studietur til Ålborg for leiarane av sosialtenesta i kommunane. Målet med turen var å lære om korleis dei arbeider med bustadslause i Danmark, og å få informasjon om "det nye Danmark". Det har vore brei deltaking frå kommunane på alle samlingane, også på studieturen.

Kommunane er blitt inviterte til å søkja midlar til kompetanseutvikling knytt til utvikling av samarbeidsrelasjonar på tvers og mellom ulike nivå i høve til arbeid med tunge rusmiddelmisbrukarar eller bustadslause. Men ingen kommunar har søkt om slike midlar

### 3.2. Kvalitetsarbeid i dei kommunale helse- og sosialtenestene

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 på kostnad av kvaliteten på tenestene. Vår oppfølging av dette arbeidet har i første rekke vore med oppfølging av tilsyn, men også med rådgjeving og undervisning etter førespurnad frå enkeltverksemder og kommunar. Me hadde som mål å arrangera samlingar der fleire kommunar kunne lære av kvarandre, men dessverre har det blitt for lite av dette, for ressursane våre blei for knappe.

Me har prøvd å kome i møte dei verksemdene som har kome kortast i å kvalitetssikre tenestene sine, og me ser auka interesse og forståing for dette arbeidet ettersom åra går. Det manglar likevel noko før me kan fastslå at kvalitetsarbeidet er i samsvar med krava i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetenesta. No i byrjinga av 2005 har endeleg vegleiaren til denne forskrifta kome frå Sosial- og helsedirektoratet, den heiter "Hvordan holde orden i eget hus" (IS-1183). Me vonar at denne vil vere til nytte i det systematiske forbetningsarbeidet i helse- og sosialtenestene.

### **3.3. 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 rekrutteringa og kompetanseutviklinga i helse- og sosialtenesta, med særleg vekt på pleie- og omsorgstenesta i kommunane. Fylkesmannen har fått overført i overkant av 4.5 mill kr til stimulering av kommunane sitt arbeid på dette området. Det er sett ned ei referansegruppe for rekrutteringsplanarbeidet, med representantar frå fylkesmannen, fylkeskommunen si opplæringsavdeling, KS og Fagforbundet, NSF, FO og KFO.

Mesteparten av tilskota til kommunane har gått til kvalifisering av ufaglærde og til vidareutdanning av faglærde og høgskuleutdanna personell. I tildelinga av tilskot har me tatt særleg omsyn til dei ulike behova i kommunane. Sosial- og helsedirektoratet har også gitt føringar om at det skal ytast tilskot til desentralisert sjukepleiarutdanning og vidareutdanning i eldreomsorg og psykisk helsearbeid for hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar. 24 kommunar har fått tilskot, og føresetnaden for det er at kommunen har ein oppdatert

opplæringsplan for helse- og sosialområdet. Søknadane frå kommunane syner stor opplæringsaktivitet.

Fylkesmannen hadde regionvise samlingar for kommunane saman med dei fylkeskommunale vegleiingssentera for vaksne utdanningssøkjande. Samlingane var for å informere om realkompetansevurdering, og om korleis kommunane kunne nytte sentera til kvalifisering av sine tilsette.

I november arrangerte fylkesmannen ein konferanse med deltidsproblematikk som tema. Dei fleste kommunane deltok på konferansen, og det var stort engasjement. Det vil bli arbeidd vidare med dette temaet i 2005.

### **3.4. Oppfølging av Kreftstrategi 2004, tidlegare Nasjonal kreftplan**

Oppfølging av Kreftstrategi 2004, tidlegare Nasjonal kreftplan, held fram med satsingsområda grønare kosthald, meir fysisk aktivitet og mindre tobakk. Fylkesmannen skal vere pådrivar for statleg folkehelsepolitikk og gi råd og informasjon, kompetanseheving og rom for erfaringsdeling. I tillegg kjem forvaltning av tilskotsmiddel til lokale folkehelseiltak. 238 000 av dei 350 000,- som Fylkesmannen fekk tildelt for 2004, er gått til lokale tiltak.

### **3.5. Fysisk aktivitet**

Fleire undersøkingar stadfester at meir fysisk aktivitet i kvardagen er ein svært viktig del av folkehelsearbeidet. Det skjer mykje både kommunalt og i frivillige organisasjonar for å fremja fysisk aktivitet i alle aldersgrupper. Organisasjonar som til dømes Rogaland idrettskrets,

Turistforeningen og Nasjonalforeningen for folkehelse gjer eit viktig arbeid her.

Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009 blei lagt fram i desember 2004 og legg viktige føringar for dette innsatsområdet.

### **3.5.1. "Fysak/Frisk i friluft"**

Rogaland fylkeskommune har sidan 2002 hatt ansvaret for Fysak/Frisk i friluft. I alt 16 kommunar har til nå slutta seg til Frisk i friluft og er med det forplikta til å leggja til rette for at befolkninga kan vere fysisk aktive i ulike samanheng.

### **3.5.2. Prosjekt "Fysisk aktivitet og måltid i skulen" , 2004-05**

Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Undervisningsdirektoratet har sett i gang eit eige prosjekt retta mot grunnskular i heile landet. Målet er å få fram gode måtar å innrette skuledagen på, slik at barna får minst ein time fysisk aktivitet kvar dag i tillegg til kroppsovingstimane. Frå Rogaland er 8 skular med, men gledeleg nok har langt fleire skular enn dei 8 sett fysisk aktivitet på dagsorden. Prosjektet inneheld også arbeid for betre rammer rundt skulemåltidet. Utdanningsavdelinga og helse- og sosialavdelinga hos fylkesmannen har ansvaret for den lokale oppfølginga av prosjektet.

### **3.5.3. Grøn resept**

Grøn resept-opplegget blei innført i 2003, men har fått blanda mottaking. Ulike måtar å følgja opp Grøn resept-pasientar på er under utprøving i eit par fylke, og erfaring frå desse vil vere viktige for korleis ordninga kan organiserast betre. Grøn resept har vore tema på kurs i regi av Rogaland legeförening, etter initiativ frå fylkeslegen.

## **3.6. Kosthald**

### **3.6.1. "Skolefrukt"**

Mindre bruk av sukker og auka forbruk av frukt og grønnsaker er sentrale mål. For å leggje til rette for gode kostvanar i tidleg alder har ein frå sentralt hald fått i stand ei ordning med Skolefruktabonnement. Ein arbeider kontinuerleg for å forbetre ordninga, både med omsyn til varekvalitet og distribusjon. Om lag 1/3 av grunnskulane i fylket nyttar seg av ordninga, og eit trettitals skular har abonnement på økologisk frukt.

### **3.6.2. "Grønne kantiner"**

Kursinga av kantinepersonell i vidaregåande skolar er vidareført også i 2004, likeeins støtte til Fylkestannlegen sitt arbeid for å fremje vatn som tørstedrikk. Sukkerforbruket i Noreg er blitt svært høgt, mellom anna på grunn av mykje brusdriking. Om lag halvdelen av dei vidaregåande skulane har fjerna brusautomatane, - eit positivt tiltak for å få ned sukkerforbruket.

## **3.7. Tobakk**

Hovudstrategiar i arbeidet mot tobakk er å gje hjelp til røykeslutt og hindra røykestart, særleg blant ungdom.

### **3.7.1. Røykesluttkurs**

Vel 30 kurshaldarar kan tilby røykesluttkurs ulike stader i fylket. Kursstart blir kunngjort i januar og september. Etter ein periode med brukbar rekruttering til kursa, har ein merka mindre interesse i 2004. Det er etablert ei eiga nettverksgruppe for kurshaldarane.

### **3.7.2. VÆR røykFRI**

VÆR røykFRI er eit vellykka program som er utvikla sentralt til bruk i

ungdomsskulen, og me arbeider for at fleire elevar skal vere med i det.. I samarbeid med VÆR røykFRI-sekretariatet har Fylkesmannen hatt kurs for 34 lærarar i 2004 og støtta deltakarskulane økonomisk. Eit eige vegleiingshefte i røykeslutt for ungdom er utarbeidd sentralt og blei lagt fram i november.

### 3.7.3. Litt statistikk

I perioden 2000-2004 hadde Rogaland 29 % daglegrøykarar i aldersgruppa 16-74 år, likeins som for landsgjennomsnittet. Dette er ein brukbar nedgang frå perioden 1995-2000, då her var 34% daglegrøykarar i den aldersgruppa. For 2004 var landsgjennomsnittet 26%, men her blir fylkestala for små og upålitelege. Nedgangen har halde seg sidan 2003. Det kan sjå ut som talet på røykande ungdom er på veg ned etter ein auke utover 90-talet. Samstundes blir det fleire snusarar: no er det om lag 4% i aldersgruppa 16-74 år som brukar snus, og om lag 11% av desse igjen er i aldersgruppa 16-44 år.

## 3.8. Folkehelse – tverrfagleg arbeid

Folkehelsearbeidet blir gjort i spennet mellom politikk og planverk og treng konkrete tiltak i alle samfunnssektorar. Ei stor utfordring i folkehelsearbeidet framover er å redusere ulikskap i helse. Det vil framleis vere viktig å vidareutvikle det tverrsektorielle samarbeidet - både på fylkesnivå og i kommunane - for å bygge ein betre infrastruktur for folkehelsearbeidet og få folkehelseomsyn sterkare inn i samfunnsplanlegginga, slik både kommunehelsetenestelova og plan- og bygningslova legg opp til.

Fylkesmannen i Rogaland har i 2004 gjennomført besøk til alle 27 kommunar der dei ulike avdelingane i embetet har vore med. Helse- og sosialavdelinga har

vore med på 15 av desse besøka, i dei kommunane som hadde meldt ønskje om å drøfta saker innan helse- og sosialområdet. Desse besøka har ein opplevt som nyttige.

## 3.9. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008

### Psykisk helsearbeid i kommunane i Rogaland i 2004

#### 3.9.1 Samandrag

Fylkesmannen i Rogaland ser ei positiv utvikling av det kommunale psykiske helsearbeidet samla sett, i tråd med tilførsla av statlege midlar. Det er stor aktivitet i kommunane på området opplæring og kompetanseutvikling i psykisk helse, og kommunane har jamnt over god tilgang på personell. Likeeins har kommunane planane klare for bustadbygging i tråd med tildelte tilsegner frå Husbanken til omsorgsbustader for menneske med psykiske lidningar. Fleire byggjeprojekt er ferdigstilla og tekne i bruk. No er det bare dei minste kommunane i Rogaland som ikkje har utvikla tilpassa dagaktivitetar til innbyggjarar med psykiske vanskar.

Likevel er det nokre kommunar som har vanskar, og det er framleis fleire område i tiltaksapparatet som er lite utvikla. Dette gjeld t.d. styrkinga av brukarmedverknad i kommunalt plan- og utviklingsarbeid, bruk av individuelle planar i samarbeid med enkeltbrukarane, utvikling av tilpassa arbeid, sysselsetjing og opplæring, utvikling av heildøgntilbod til menneske med omfattande behov for støtte, og ikkje minst utbygging av behandlings- og oppfølgingstilbod til barn og ungdom med psykiske og psykososiale vanskar.

Nokre av tabellane og tala i dette kapitlet viser ikkje utviklinga for 2004, fordi denne årsmeldinga blir skriven før Fylkesmannen har motteke rapporteringar frå kommunane for det året.

### 3.9.2. Øyremerka tilskot

Kommunane i Rogaland har fått tilført statlege øyremerka midlar til oppbygging av det psykiske helsearbeidet sidan 1995. Det var såleis bygt opp tiltak i kommunane i Rogaland før Opptappingsplanen for psykisk helse starta i 1999. Det øyremerka tilskotet kjem i tillegg til kommunane si eiga finansiering av psykisk helsearbeidsfeltet. Sandnes kommune tilsette alt i 1978 første psykiatriske sjukepleiar i heimesjukepleia. Sidan hadde dei fleste kommunane i fylket vårt oppretta stillingar til psykisk helsearbeid før

Opptappingsplanen starta. Totalt var det oppretta 60 årsverk til psykisk helsearbeid i 1994.

Det øyremerka tilskotet i 2004 blei utbetalt i tre terminar. Fylkesmannen heldt attende tilskot til sju kommunar, til dei ved årsskiftet 2004-05 hadde innfridd vilkåra for full utbetaling.

Tabell 3.1 viser utviklinga av øyremerka tilskot frå 1996 til 2005. Me ser at ein del midlar er blitt overført ubrukte til neste år, og dette skuldast m.a. at nokre prosjekt ikkje har blitt realiserte etter planen. Overførte midlar ligg på eit akseptabelt nivå.

Tabell 3.1: Øyremerka tilskot til kommunane i Rogaland (rekna i 1.000 kr).

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Statleg tilskot	20.547	26.070	33.291	40.302	51.652*	69.732*	87.576*	108.627*	126.041	159.733
Disponert sum	24.084	35.518	42.810	45.383	53.830*	71.410*	91.334*	115.100		
Overført av disp. til neste år	9.448	9.519	5.081	2.178	1.678	3.758	6.520	8.795		
% overført av disp.	39 %	27 %	12 %	4,6 %	3,2 %	5,2 %	7,1%	7,6%		
% barn og unge (ekskl. forsøkskomm.)					8,3 %	12,6 %	16 %	16 %		

\*Tilskot til forsøkskommunane Stavanger og Randaberg er medrekna i totalsummen.

I 2000-2003 var Randaberg og Stavanger med i eit 4-årig forsøksprosjekt, der tilskotet frå Opptappingsplanen for psykisk helse blei lagt direkte inn i rammetilskotet. Dette påverkar statistikken over bruken av øyremerka midlar, slik at data som blir nytta i dette kapitlet ikkje alltid viser den samla stoda for alle kommunane i Rogaland.

### 3.9.3. Personell og kompetanse

Det øyremerka tilskotet har for det meste vore brukt til å finansiera stillingar. Det er ikkje meldt om større vanskar med å få

qualifisert personell til stillingane i Rogaland, bortsett frå eit par mindre kommunar.

Den auka utbygginga av omsorgsbustader til menneske med psykiske lidningar siste året har gjort at store delar av tilskotet har gått til stillingar for å gje bistand i desse bustadene.

Her vil Fylkesmannen minna om at det øyremerka tilskotet bare i liten grad skal dekkja behovet for sær store ressursar til enkeltbrukarar. Dette skal dekkjast gjennom andre ordningar.

Tabell 3.2: Utvikling av tal på årsverk 2000-2003 (ikkje medrekna Randaberg og Stavanger).

Årstal	2000	2001	2002	2003
Årsverk samla	102,33	131,22	161,09	195,43
Årsverk barn og unge	11,12	16,10	27,21	29,88
Psykologar	1,7	1,2	1,5	2

Kommunane melde i 2003 at litt under 30 årsverk var oppretta for å arbeida med barn og unges psykiske helse, og dette er 15,3 % av samla stillingsmengde. Me har ikkje tal som viser kva yrkesgrupper som blir tilsett i det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Men kommunane sine planar for psykisk helse viser at desse årsverka i hovudsak er helsesøsterstillingar, og at mange av dei er brukte til styrking av helsestasjon for ungdom. Kommunar melder også om behov for grunnleggjande kunnskap om psykisk helse og psykiske lidingar hos barn og unge.

Til og med 2003 var det oppretta bare 2 årsverk for psykologar i kommunane utanom Randaberg og Stavanger. Norsk Psykologforening peikar i rapporten Kraftundersøkelsen (2004) på vanskar som psykologar har med å finna seg ein plass i det kommunale hjelpeapparatet. Desse vanskane har parallellar til vanskar som psykiatriske sjukepleiarar historisk har opplevd i det kommunale systemet (H. Robberstad 2002). Det kan sjå ut som om det er vanskeleg for nye yrkesgrupper å koma inn i dei etablerte sektorane i kommunane, og at den kommunale organisasjonen kan ha vanskar med å tilpassa seg og skapa rom til nye

yrkesgrupper med nye arbeidsformer innan psykisk helsearbeid (S. Heskestad 2004).

Eit mål i Opptrappingsplanen er å utvikla eit tverrfagleg psykisk helsearbeid i kommunane, både overfor vaksne og unge. Fylkesmannen har inntrykk av at kommunane i hovudsak styrkar alt etablerte og profesjonsdominerte sektorar med etter- og vidareutdanning i psykisk helsearbeid. I nokre kommunar med sjølvstendig driftseining for psykisk helsearbeid blir det utvikla meir tverrfagleg samansette personellgrupper.

Tilskotsordninga for høgskuleutdanna personell som tar tverrfagleg vidareutdanning i psykisk helsearbeid blir flittig nytta i Rogaland, som vist i tabell 3.3. Samla fekk kommunane kr. 2.308.762 i statleg støtte til dette. Samanlikna med landet elles er det relativt mange tilsette i kommunane i Rogaland som får tilskot etter denne ordninga. Det er ein tendens til at kommunane tilbyr fleire profesjonar kompetanseheving innan psykisk helsearbeid, men at det store fleirtalet er sjukepleiarar som vidareutdannar seg i psykisk helsearbeid.

Tabell 3.3: Søkjarar til statleg tilskot til vidareutdanning i psykisk helsearbeid frå kommunane i Rogaland

	2001	2002	2003	2004
Tal på personar	45	60	57	68
Tal på kommunar som søkte	12	12	11	14

Tabell 3.4: Prosentdel til brukarmedverknad av samla tilskot til kommunane i Rogaland (ikkje medrekna Randaberg og Stavanger).

	2000	2001	2002	2003
% av disp. sum	1,8%	0,7%	0,6%	0,65%
Tilskot		348 000	384 000	485 000

### 3.9.4 Brukarmedverknad

Det er meininga at kommunane skal nytte delar av tilskotet sitt til både å styrka brukarorganisasjonane lokalt og å gjennomføra brukarmedverknad internt i kommunen. Brukarorganisasjonane er i ein etablerings- og oppbyggingsfase, og treng både praktisk og økonomisk støtte for å kunna bli sterkare. Fram til 2003 var det bare eit mindretal av kommunane i Rogaland som sette av ressursar til dette. Nokre kommunar har nært samarbeid med brukarorganisasjonane, mellom anna gir både Sauda, Haugesund og Sandnes tilskot til brukarstyrte hus/aktivitetssenter.

Mange kommunar slit med å konkretisera brukarmedverknad i det kommunale utviklingsarbeidet. Dette punktet har vore mykje drøfta med enkelte kommunar i samband med utbetalinga av øyremerka tilskot i 2004.

Fylkesmannen har halvårlege møte med Mental Helse Sør Vest, LEVE Rogaland og Landsgruppen av Pårørende i Psykiatri.

### 3.9.5 Omsorgsbustader til menneske med psykiske lidingar

Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2006) har eit forventna måltal på 291 slike bustader til kommunane i Rogaland. Ved utgangen av 2004 har kommunane her fått alle tilsegnene om desse, og i tillegg fekk Rennesøy 4 tilsegner som sto ubrukte

Tabell 3.5: Prosentdel til barn og unge av samla tilskot til kommunane i Rogaland (ikkje medrekna Randaberg og Stavanger).

	2000	2001	2002	2003
Gjennomsnitt i Rogaland	8,3 %	12,6 %	16 %	16 %
Landsgjennomsnitt	12,4 %	15 %	18 %	

Dei reelle tala er truleg høgare, fordi desse tala ikkje tar opp i seg at det også blir brukt øyremerka midlar til kompetanseheving, opplysningsarbeid og styrking av brukarmedverknad som rettar seg mot barn og unge. Me ser at kommunane i Rogaland framleis har ein jobb å gjera for å styrka

elles i landet. I alt har såleis Rogalandskommunane fått økonomisk støtte frå Husbanken til å byggja 295 omsorgsbustader til menneske med psykiske lidingar.

Kommunane i fylket har pr. 01.01.2005 framleis behov for 14 einingar til konkrete prosjekt. I tillegg melde kommunane i juli 2004 at dei samla hadde behov for 443 bustader, og dette gir ein manko på 148 einingar.

Nokre kommunar peikar på at vidare utbygging ikkje kan gjennomførast utan at det følgjer med nok ressursar til personell som skal gje bistand og støtte i bustadene. Personar som no bur i institusjonar i psykisk helsevern men ventar på kommunal bustad, treng jamnt over mykje større personellstøtte enn dei som flytta frå institusjon til heimkommune dei første tre-fire åra i opptrappingsperioden. Det var dei minst hjelpetrengande som flytta først.

### 3.9.6 Barn og unge

Det er eit overordna mål at minst 20 % av tilskotet skal nyttast til tiltak for barn og unge som har psykiske vanskar eller som står i fare for å utvikla dette. Tabell 3.5 viser korleis dette har utvikla seg i Rogaland og elles i landet.

det psykiske helsearbeidet til barn og ungdom. Nokre kommunar arbeider målretta med å samordna tenestene sine.

Ressurshelsestasjonen i Sandnes kommune skal gje barn og foreldre eit lågterskeltilbod med høg tverrfagleg

kompetanse. Det blir interessant å følgja utviklinga der.

Det er eit mål at barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk skal utvikla tette samarbeidsformer med kommunane. Eit godt døme på slikt samarbeid finn me i Gjesdal kommune, der psykiater frå BUP Sandnes har faste kontordagar. Saman med representantar frå det tverrfaglege miljøet i kommunen utgjer dette eit kompetent fagmiljø for psykisk helsearbeid retta mot barn og ungdom. Det er gledeleg å merka at samarbeidet med spesialisthelsetenesta er styrka i dei områda der det er etablert desentraliserte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar.

Fylkesmannen i Rogaland er uroa over at dei nye årsverka som skal arbeida med psykiske vanskar hos barn og unge blir fagleg isolerte. Personar i desse stillingane kan oppleva press om å ta på seg andre oppgåver frå det dominerande arbeidet i sin sektor.

Det er grunn til å drøfta både nasjonalt og lokalt kva som skal vera merkbare resultat etter at Opptappingsplanen er slutført. Fylkesmannen har grunn til å hevda at dei øyremerkta midlane i for stor grad blir nytta til primærførebyggjande tiltak, mens behandlingstilbod og oppfølging for barn og ungdom med psykiske vanskar er lite utbygde.

### **3.9.7 Organisering og fagleg utvikling**

Ein del kommunar har framleis ei uklar overordna koordinering og styring av det psykiske helsearbeidet. Nokre kommunar ”spreier fagfolk tynt utover” i mange sektorar i kommunen, utan noko samla koordinering av det psykiske helsearbeidet. Det psykiske helsearbeidet som eit sjølvstendig arbeidsfelt kan dermed bli usynleggjort, og det blir vanskeleg for brukarar og samarbeidspartnarar å finna fram til tenesteytarane og dei ansvarlege.

Samla står desse kommunane i fare for å få svak overordna pådriving både av opptrappinga og av den faglege utviklinga og kvaliteten i det psykiske helsearbeidet.

På den andre sida kan ei sterk profesjonsinndelt plassering av nye årsverk til psykisk helsearbeid føra til at det ikkje blir etablert tverrfaglege arbeidsmiljø.

I mindre kommunar kan det vera behov for å styrka fagmiljøa på dette feltet, t.d. med interkommunalt samarbeid og med tettare samarbeid med DPSa. Dei nye årsverka som skal arbeida mot barn og unge etterlyser eit fagmiljø som har fokus på psykisk helsearbeid mot barn.

### **3.9.8 Samarbeid med spesialisthelsetenesta**

Det har i 2004 vore regelmessige møte i *Forum for psykiatri i endring* både for Dalane, Jæren, Sandnes og Stavanger. Desse fora blei etablerte etter initiativ frå Fylkeshelsesjefen og Fylkeslegen i Rogaland i 1999, og er nyttige samarbeidsorgan på systemnivå for DPSa og tilhøyrande kommunar. Fylkesmannen har ønskt å vera med på etablering av tilsvarande samarbeidsorgan mellom spesialisthelsetenesta og kommunane i nordfylket.

Tilbakeføring frå spesialisthelsetenesta til kommunal oppfølging krev no store økonomiske og faglege ressursar som ikkje blir dekte gjennom tilskota frå Opptappingsplanen aleine. Her må kommunar samarbeida seg i mellom, og føretaka må dela både fagleg og økonomisk ansvar med kommunar, for å sikra gode tilbod til denne pasientgruppa. Kommunane i Dalane og Dalane DPS har utvikla eit interessant samarbeid saman med KS Rogaland om planlegging av interkommunalt bufellesskap for menneske med omfattande behov for hjelp og støtte i kvardagen.

Fylkesmannen i Rogaland har ved fleire høve stilt seg kritisk til utviklinga av DPSa i Helse Stavanger HF. Det er m.a eit problem at endelege geografiske opptaksområde for DPSa ikkje er på plass, noko som vil gjera samarbeidet vanskeleg mellom kommunar og spesialisthelsetenesta. Helse- og omsorgsdepartementet har bede Helse Vest RHF om innan 01.03.2005 å utvikla ein plan over spesialiserte sjukehusfunksjonar og ein fast struktur for opptaksområde til DPSa som skal vere fagleg autonome.

Helse Fonna HF og kommunane Haugesund og Karmøy starta i 2004 eit prosjekt for m.a. å utvikla ulike former for samarbeid innan psykisk helsearbeid. Det same gjeld Jæren DPS og Klepp kommune.

### **3.9.9 Andre tiltak**

Fylkesmannen i Rogaland har elles i året 2004 skipa til fleire større og mindre konferansar og samlingar i samband med Opptappingsplanen. Ein av desse var konferansen i Haugesund i februar om *"Individuell plan – ei radikal endring av samarbeidet?"* .

Saman med KS Rogaland og BUP, Helse Stavanger HF skipa me i april 2004 til konferanse om barn og unges psykiske helse i Rogaland.

Me vidareførte samarbeidet med Stavanger kommune og Litteraturfestivalen Kapittel 04, og skipa til konferansen *"Kven eig vitet?"* i september 2004. Denne konferansen var i samarbeid med Sentrum for feministisk teori, kvinne- og kjønnsforskning og Rogaland teater.

Fylkesmannen hadde i november 2004 ein konferanse om bustadsosialt arbeid, med fokus på oppfølging i bustader for menneske som slit med alvorlege psykiske lidingar og omfattande rusmisbruk. Det har vore mange deltakarar på alle konferansane.

Rådgjevar i psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen har hatt mykje kontakt med kommunane i Rogaland. Det har vore gjennomført samlingar for kontaktpersonar/koordinatorar i kommunane, representantar frå brukarorganisasjonane og DPSa. Fylkesmannen har i tillegg vitja 16 av 27 kommunar i 2004 som del av rådgjevinga i samband med Opptappingsplanen for psykisk helse.

### **3.10. Eldreomsorga**

Fylkesmannen har også i 2004 hatt oppfølgingsarbeid knytt til oppføring/fullføring av nye bustadeiningar, som del av fullføringa av handlingsplanen for eldreomsorga.

Arbeidet i Rogaland er i rute, sjølv om nokre få kommunar også i 2004 har endra på planane og kome med andre løysingar som dei meiner er betre.

Arbeidet med utviklingsprogram for betre kvalitet og enklare ordningar i helse-og sosialtenestene heldt fram, særleg med tanke på leiing, kvalitetsutvikling og saksbehandling i pleie- og omsorgssektoren.

### 3.11. Rådgjevande utval for handtering av legemiddel

Rådgjevande utval (RU) skal vere rådgjevande instans for Helsetilsynet i Rogaland i spørsmål som gjeld legemiddelhandtering. Utvalet har 13 representantar frå ulike delar av kommune- og spesialisthelsetenestene og frå fylkesmannen si helse- og sosialavdeling.

RU ønskjer å betra tryggleiken for pasientar som nyttar legemiddel. Me har laga fleire retningsliner for å sikre legemiddeladministreringa. I løpet av 2004 har me lagt desse ut på Fylkesmannen si heimeside, [www.fylkesmannen.no](http://www.fylkesmannen.no), Rogaland helse-og sosialavdelinga, legemidler, slik at dei er lett tilgjengelege for brukarane.

Når det gjeld ansvarsforhold for legemiddelhandtering i skular og barnehagar, ventar utvalet framleis på retningsliner frå Sosial- og helsedirektoratet.

## 4. Forvaltningsaker

### 4.1. Kontrollkommisjonane

Også i 2004 hadde Rogaland 4 kontrollkommisjonar etter *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Fylkesmannen har ansvar for at kommisjonane fungerer, og har også dette året hatt eit godt samarbeid med dei, både administrativt og fagleg. Kostnadene med kommisjonane var i 2004 ca. 1.9 mill.kroner. Som i tidlegare år har fylkesmannen også i 2004 hatt sitt årlege møte med kommisjonane og med dei aktuelle overlegane ved dei psykiatriske institusjonane.

### 4.2. Særfrådrag

Fylkesmannen behandlar saker om særfrådrag ved likninga for særleg store sjukdomsutgifter. Dette er skattyttarar som på grunn av sjukdom eller anna varig svekking har hatt store sjukdomsutgifter. Dette frådraget er noko anna enn det ein automatisk får når ein mottar pensjonsytingar frå folketrygda (så som uførepensjon, grunnstønad eller hjelpestønad).

Søknad om slikt særfrådrag må framsetjast i sjølvmeldinga, og må dokumenterast. Utgifter til offentlege helsetenester kan ein dokumentere og få frådrag for. Når det gjeld utgifter utanom offentlege helsetenester, må det dokumenterast både at offentlege helsetenester ikkje kan tilby denne behandlinga og at behandlinga er fagleg forsvarleg. Likningskontora sender tvilssakene til fylkesmannen for avgjerd, og det er klagerett til Sosial- og helsedirektoratet. I 2004 hadde me om lag 70 slike saker. Fleire saker om særfrådrag på grunn av behandling for alkoholisme etter Minnesotamodellen blei tilrådd innvilga av likningskontora direkte, av di Sosial- og helsedirektoratet fatta vedtak om at slik behandling no skulle reknast som ”fagleg forsvarleg”.

### 4.3. Tilskotsordningar

Dette er statsbudsjettet sitt kap. 621 - post 74 velferds- og trivselstiltak for funksjonshemma. I 2004 hadde fylkesmannen kr 1.959.000 å fordele, og fekk søknader frå 126 organisasjonar/lag for funksjonshemma om tilskot på i alt 5,5 mill. kr. til 376 ulike tiltak. Me stør tiltak som er med til å halde aktivitetane i gang og som kan gjennomførast, og prøver å gi alle søkjarar noko støtte. Tilbakemeldingane til kontoret er at organisasjonane og laga set pris på tilskota.

Frå 2005 skal Fordelingsnemnda i Sosial- og helsedirektoratet fordele desse velferdsmidlane til hovudorganisasjonane.

Dei skal så fordele midlane vidare nedover i eigen organisasjon til fylkes- og lokallaga, og får stor fridom til å prioritere her.

Fylkesmannen/fylkeslegen har forvalta denne ordninga i mange år, men no overtek altså andre.

#### 4.4. Forskriving av sentralstimulerande legemiddel (SSM)

Fylkesmannen har ansvaret for godkjenning av legar som kan rekvirere sentralstimulerande legemiddel til behandling av pasientar. I 2004 fekk 22 spesialistar i fylket denne godkjenninga, dette var både barnepsykiatarar, barnelegar og nevrologar. Legane kan få denne godkjenninga for eitt år om gongen.

Spesialistane står ansvarlege for diagnostisering og behandling i startfasen. Fastlegen kan søkje om å overta behandlinga av enkeltpasientar under vegleing av spesialisten, men slike ordningar må godkjennast av Fylkesmannen. I 2004 godkjende Fylkesmannen 596 slike søknader, og det var ca 80% fleire enn i 2003.

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

Tabell 4.1: Førarkortsaker behandla 2000-2004

År	2000	2001	2002	2003	2004
Alle førarkortsaker	793	1272	1294	1101	1355
Journalpostar i førarkortsaker					4176
Inndregne førarkort	150	257	243	278	433
Dispensasjonar					544

Tabell 4.2: Dispensasjonar fordelt på sjukdomsgrupper 2004

Sum disp.	Syn	Medikament	Psykatri m.v.	Demens	Epilepsi m.v.	Hjartesjd.	Diabetes	Anna
544	61	93	25	2	125	138	97	3

#### 4.5. Førarkortsaker

Fylkesmannen avgjer søknader om dispensasjon frå helsekrava i førarkortforskriftene. I tillegg gir Fylkesmannen melding til politiet om førarkort som skal inndragast på grunn av helsesvikt og/eller misbruk av medikament og rusmiddel. Det høge talet på journalpostar i tabell 4.1 kjem av at det er fleire brev inn og ut i kvar førarkortsak. Med andre ord: store arbeidsressursar hos oss er bundne opp til førarkortsakene slik ordninga er no.

433 førarkort blei inndregne i 2004, og dette var 67% fleire enn gjennomsnittet for 2001-03 (259 stk). Teknisk svikt i registreringa gjer at me ikkje kan fordele inndregne førarkort på sjukdomsgrupper.

Mesteparten av auken i inndregne førarkort kan forklarast med at legane no er flinkare til å senda meldingar om helsesvikt og misbruk av medikament/rus, i samsvar med plikta etter § 34 i helsepersonellova. Me har ikkje analysert den auka meldefrekvensen, men trur at dette delvis kan ha samanheng med Fylkesmannen sine kurs og møter for legane i 2003 der helse og førarkort var tema.

Helse- og sosialavdelinga har behandla 19 klager på vedtak i førarkortsaker, og 10 av desse blei sende vidare til Sosial- og helsedirektoratet (Shdir).

Tabell 4.3: Klagebehandling 2004.

Mottekne klager	Vedtak omgjort	Klagen send til Shdir.	Vedtak i Shdir:	
			Klager fekk medhald	Endeleg avslag
19	9	10	2	8

I saker der det er tvil om den som har førarkort kan føra bilen på trygg og sikker måte i trafikken, ber Fylkesmannen Trafikkstasjonen gjera ei praktisk kjørevurdering.

Tabell 4.4. Tvil om praktisk kjøreevne 2004.

Tvil hos Fylkesmannen, tilvist praktisk kjørevurdering	Konklusjon ved praktisk kjørevurdering:	
	Trygg trafikant	Bør ikkje ha førarrett
46	16	30

#### 4.6. Tvangsmedisinering i psykisk helsevern

Ein pasient som er under psykisk helsevern, kan på visse vilkår behandlast med medikament utan eige samtykke, slik det er fastsett i § 4-4 i *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Det er ansvarleg overlege på institusjonen

som fattar slikt vedtak. Fylkesmannen er klageinstans, og det er vanleg med samtale med den som klagar.

Dei siste fem åra har det gjennomsnittleg vore 52 slike klager årleg. Me har bare tal for påklaga vedtak, og ikkje for kor mange slike vedtak som det alt i alt var i psykisk helsevern.

Tabell 4.5. Klager på vedtak om tvangsbehandling 2004.

Klage på vedtak	Ikkje medhald i klage: vedtaket stadfesta	Medhald i klage: vedtaket omgjort	Median klagebehandlingstid: dagar
57	49	8	2

#### 4.7. Turnuskandidatar

Fylkesmannen har ansvaret for å godkjenne og fordele plassar i kommunehelsetenesta for turnuskandidatar. Dei siste åra har permisjonar/sjukmeldingar blant turnuslegane gjort at fleire kommunar med godkjend turnusplass ikkje har fått kandidat, og dette har skapt vanskar for desse kommunane. Men frå 2005 vil det bli ganske mange fleire turnuslegar, slik at Fylkesmannen truleg må be om at nokre kommunar blir pålagde å ta mot turnuslege for å få mange nok plassar.

Fylkesmannen godkjenner også turnusplassar i sjukehus for fysioterapeutkandidatar. Talet på uteksaminerte fysioterapeutar har vore stabilt, men den tronge kommuneøkonomien har gjort at fleire kommunar har takka nei til kandidat. Også i 2005 vil det bli aktuelt å gje pålegg til nokre kommunar for å få mange nok turnusplassar.

Kurs for turnuskandidatar blir arrangert kvart halvår, i samarbeid med fylkesmennene i Agder-fylka. For 2005 er det Rogaland som arrangerer.

01.08.04 ble det tilsett gruppevegleiar for turnuslegar i Rogaland, og denne skal samle turnuslegene til eit par møte i løpet av turnustida. Både Sosial- og helsedirektoratet, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell og Fylkesmannen vurderer ordninga med gruppevegleiing som eit viktig tillegg til den vegleiinga turnuslegane får på dei lokale legekontora.

Gruppevegleiaren for turnuslegar skal også vegleie vegleiarane på dei legekontora som har godkjent turnusplass.

## **5. Fylkesmannens helse- og sosialavdeling, Helsetilsynet i Rogaland**

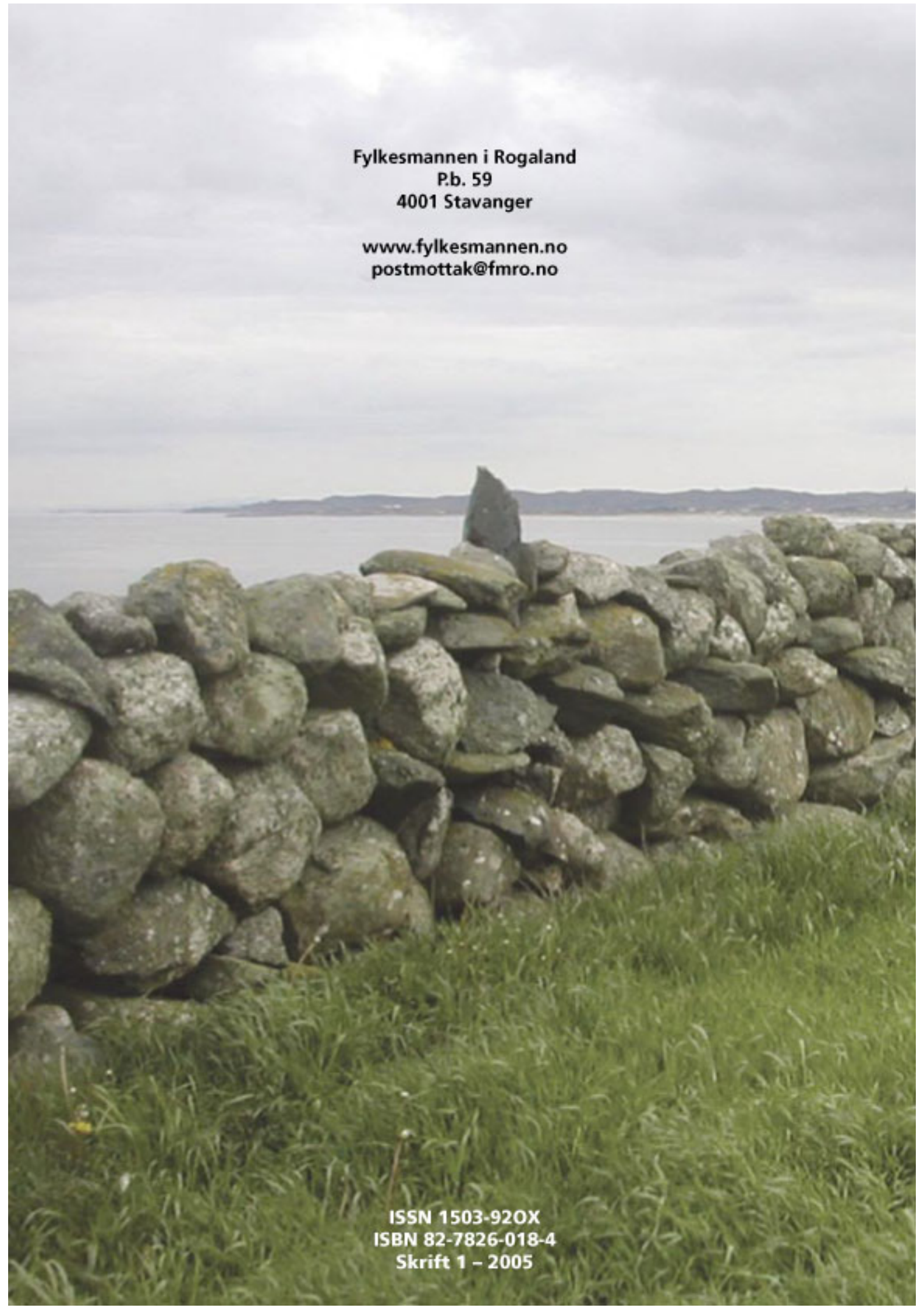
34 personar er knytte til Fylkesmannen si helse- og sosialavdeling, slik tabell 4.6 viser. Av desse er 25 kvinner (74%) og 9 menn (26%). Sett i eit kjønnspektiv er såleis avdelinga kvinnedominert. 4 av dei 7 legane var menn, og dette har nok å gjere med at det tidlegare var fleire menn enn kvinner som utdanna seg til leger.

Fylkesmannens helse- og sosialavdeling/Helsetilsynet i Rogaland har tlf. 51 56 87 00 (sentralbord), telefaks 51 56 88 11, e-post [postmottak@fmro.no](mailto:postmottak@fmro.no), og heimeside [www.fylkesmannen.no/Rogaland](http://www.fylkesmannen.no/Rogaland).

Tabell 4.6: Liste over medarbeidarane pr 31.12.04.

<i>For/mellomnavn</i>	<i>Etternavn</i>	<i>Init.</i>	<i>Interntlf</i>	
Anne Barkve	Andersen	ABA	8776	80% stilling
Anne Brit	Johannessen	ABJ	8852	
Anne Lise	Larsen	ALL	8767	
Annevig	Ebbe	AEB	8766	
Berit	Fevang	BFE	8761	
Berit C.	Orheim	BCO	8781	
Berit Kvalvaag	Grønnestad	BKG	8764	
Bjørg	Botne	BBO	8757	
Britt	Gjelsvik	BGJ	8861	
Dagfinn	Carlsen	DCA	8778	50% stilling
Einar Johan	Pettersen	EJP	8779	
Ellen Bjerga	Heskje	EBH	8804	80% stilling
Erna Gunn	Moen	EGM	8783	
Gunn	Idland	GID	8865	
Gunn	Nylend	GND	8858	
Hege Skårdal	Dreyer	HSD	8857	
Helge Andre	Haga	HAH	8856	
Ingrid	Veberg	IVE	8777	
Janne Skumlien	Svendsen	JSS	8753	
Jostein	Nybø	JNY	8860	
Kirsti Baardsen	Svalestad	KBS	8763	
Lillian Kleppe	Gjennestad	LKG	8864	
Lone Merethe	Solheim	LMS	8768	
Margaret	Gjedrem	MGJ	8876	80% stilling
Ole Mathis	Hetta	OMH	8760	
Olav	Thorsen	OTH		20% stilling
Paul	Grude	PGR	8765	
Sigrunn	Heskestad	SHE	8754	
Svein Ivar	Kristoffersen	SIK	8769	50% stilling
Therese	Braut	THB		
Torleiv	Robberstad	TRO	8758	80% stilling
Torunn	Salte	TSA	8873	
Trine Hove	Bjørnsen	THB	8854	80% stilling
Åshild Vistnes	Van der Veen	ÅVV	8803	80% stilling





**Fylkesmannen i Rogaland  
P.b. 59  
4001 Stavanger**

**[www.fylkesmannen.no](http://www.fylkesmannen.no)  
[postmottak@fmro.no](mailto:postmottak@fmro.no)**

**ISSN 1503-920X  
ISBN 82-7826-018-4  
Skrift 1 – 2005**