

Helse- og sosialmelding 2009



Foto: Jens Tore Eggum

Forord

Helse- og sosialmeldinga for 2009 er ei artikkelsamling der ulike medarbeidarar har skrive artiklar om aktuelle tema innanfor helse- og sosialtenesta.

Denne forma på meldinga fører til at ikkje alle tema innanfor sektoren vert omtalte. Meldinga inneheld også få statistiske opplysningar, men desse opplysningane er i dag lett tilgjengeleg frå andre kjelder på internett, til dømes KOSTRA-data om kommunane.

Meldinga er primært ei tilbakemelding til sentrale, statlege styresmakter innanfor helse- og sosialsektoren, men vi håper og trur fleire av artiklane også vil vere av interesse for ei langt større målgruppe.

Leikanger, mars 2010

Oddvar Flæte

Petter Øgar
fylkeslege

Innhald

| | |
|---|----|
| Forord | 2 |
| Omsorgsplan 2015 – investeringstilskot til sjukeheimar og omsorgsbustader Arne Røyrvik | 4 |
| Ambulanseteneste med utfordringar Petter Øgar | 5 |
| Arbeid og psykisk helse Astrid Tveit | 7 |
| Avlastningsbustader for barn – eit tenestemråde med fare for svikt? Arne Røyrvik | 9 |
| Fastlegesituasjonen i Sogn og Fjordane Linda Svori | 10 |
| Erfaringar med nye tvangsreglar Turid Måseide | 12 |
| Endring av rollar og ansvarsdeling i folkehelsearbeidet Bjørg Eikum Tang | 15 |
| Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering og stoda i Sogn og Fjordane Bjørg Eikum Tang | 16 |
| Meldingar etter spesialisthelsetenestelova § 3-3 Beate Tollefsen | 18 |
| Omsorgsplan 2015 – kommunale utfordringar Anne Eli Wangen | 20 |
| Erfaringar frå tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheim Einar Hovlid | 23 |
| Turnuslegar i kommunehelsetenesta Einar Hovlid | 25 |
| Tilsyn med bruken av vikarar i Helse Førde Anne Eli Wangen | 26 |
| Omsorgsbustad som vilkår for helsehjelp Turid Måseide | 27 |
| Økonomisk rådgjeving i NAV-kontora Elisabeth Lund-Iversen | 29 |

Omsorgsplan 2015 – investeringstilskot til sjukeheimar og omsorgsbustader

Av Arne Røyrvik

Stortinget har i Omsorgsplan 2015 vedteke at det skal byggjast 12 000 nye sjukeheimplassar og omsorgsbustader innan 2015. Staten yter investeringstilskot på 20 % til omsorgsbustader og 30 % til sjukeheimar av byggekostnadane innan ei øvre grense. Kommunane i Sogn og Fjordane har så langt i urovekkjande liten grad nytta seg av denne ordninga.

Helse- og omsorgsdepartementet gjorde i februar 2008 ei fylkesvis rett-leiande fordeling av 12 000 nye einingar. Sogn og Fjordane fekk 300 einingar, 2,5 % av den totale utbyggingskvoten. Husbanken står for sjølve godkjenninga av og tildelinga til det enkelte prosjekt. Fylkesmannen skal vurdere behovet i den enkelte kommune, sjå til at prosjektet er med i kommunen sin økonomiplan og om nødvendig, prioritere mellom prosjekta.

Våren 2008 kartla Fylkesmannen kommunane sine planar fram til 2015. Kartlegginga vart følgt opp med eit nytt oversyn i desember 2008. Kommunane melder om eit behov på ca. 700 einingar. Dette er både nye plassar, men også ombygging/renovering. Sjølv om ein del av desse prosjekta ikkje var politisk handsama, syner kartlegginga at behovet er det doble av den tildelte råma på 300 einingar.

Framskrivninga av folketallet for eldre over 80 år i fylket fram til 2020, syner at det er berre 6 av kommunane som får auke i denne aldersgruppa. Dei fleste kommunane har stagnasjon eller til-

bakegang. Det rapporterte behovet er i dei fleste kommunane knytt til auke i tal yngre funksjonshemma som treng eigen bustad, og i nokre få kommunar, renovering/utskifting av eldre sjukeheimar. I dei sistnemnde prosjekta er det tale om stort tal plassar.

Tal prosjekt som har fått investeringstilskot i 2008 og 2009 i fylket har vore vesentleg lægre enn Sogn og Fjordane sin del av tilskotet. Dette skuldast få innmelde prosjekt frå kommunane. I 2008 fekk 3 prosjekt med 23 einingar samla kr. 7 280 000, og i 2009 fekk 2 prosjekt med 16 einingar kr. 5 589 000. Ut frå tildelt ramme for fylket hadde vi i 2008 restramme på kr. 5 116 500 og i 2009 kr. 32 755 500, totalt kr. 37 872 000. Husbanken har tildelt desse midlane til Hordaland og Rogaland.

Årsakene til at det er mindre aktivitet på dette området her enn i andre fylke er truleg fleire. Kommuneøkonomien er nok den viktigaste, men også mangel på ferdige planar og tomtar spelar inn, samt at behovet for plassar til dei eldre ikkje har den same auken som for nokre år attende.

Ut frå melde behov og planar det no vert arbeida med, tyder alt på at det vil bli ei "oppopping" av store prosjekt mot slutten av perioden fram til 2015. Prosjekta vil langt overstige vårt fylke sin årlege "kvote". Om kommunane skal få realisert desse prosjekta, vil vi vere avhengig av at Husbanken fordeler dei "ubrukne" midlane til Sogn og Fjordane dei komande åra. Det kan vi ikkje utan vidare rekne med.

Ambulansetjeneste med utfordringer

Av Petter Øgar

Det siste tiåret har det vore ei nasjonal satsing på styrking av ambulansetjenesta. Mykje har vorte betre, men nye utfordringar har komme til knytt til kostnadsnivå, utnyttingsgrad og kompetanse. Utfordringane er særleg store i eit distriktsfylke som Sogn og Fjordane.

Den akuttmedisinske beredskapen vart drøfta i NOU 1998:9 *Hvis det haster...* og NOU 1998:8

Luftambulansetjenesten i Norge.

Medan vi hadde den beste luftambulansetjenesta i verda var den øvrige ambulansetjenesta og legedekninga i primærhelsetjenesta dei svakaste ledda i den akuttmedisinske kjeda. NOU-ane vart følgd opp i St.meld. nr. 43 (1999-2000) *Om akuttmedisinsk beredskap.*

Stortingsmeldinga støtta mellom anna framlegget om å utarbeide ei felles forskrift for akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus og gjekk inn for rettleiande responstider ved planlegging av tenestetilbodet. Responstida er tida frå eit ambulansebehov vert meldt til ambulansen er framme hos pasienten.

For akuttoppdrag vart det tilrådd ei responstid på inntil 12 minutt for 90 prosent av befolkninga i byar og tettstader og 25 minutt for 90 prosent av befolkninga i spreidtbygde strok. For hasteoppdrag vart det tilrådd inntil 30 minutt for 90 prosent av befolkninga i byar og tettstader og 40 minutt for 90 prosent av befolkninga i spreidtbygde strok.

Forskrift om krav til akuttmedisinske tenester utenfor sykehus vart vedteke 18.03.05 og tok til å gjelde 01.04 same

år. Forskrifta slår fast at bil- og båtambulansetjenesta primært skal dekke behov for primær diagnostikk og stabilisering, og eventuell behandling av akutte skader og sjukdomstilstandar, og bringe sjuke/skadd pasientar til adekvat behandlingnivå i helsetjenesta når pasienten har behov for overvaking og/eller behandling. Forskrifta inneheld ikkje krav til responstid.

Når det gjeld krav til bemanning og helsefagleg kompetanse, heiter det: *Ambulansebiler og -båter som utfører oppdrag som nevnt i § 3 2. ledd og § 15, skal være betjent av minst to helsepersonell slik at pasienten sikres adekvat behandling og oppfølging under transport. Minst ett av helsepersonellet skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansearbeider. Øvrige helsepersonell må kunne dokumentere annen relevant akuttmedisinsk, pleiefaglig og redningsteknisk kompetanse.*

Dette innebærer som minimumskrav en redningsteknisk del med 55 timer teori og 15 timer praktiske øvelser, samt en medisinsk del som inkluderer en teoretisk del på 120 timer og 3 ukers praksistjeneste ved mottakelsesavdeling/ intensivavdeling (1 uke), operasjonsanestesiavdeling (1 uke) og medisinsk/kirurgisk avdeling (1 uke).

Kompetansekravene som nevnt i annet ledd kan fravikes for en periode av inntil fem år fra det tidspunkt forskriften trår i kraft. Denne overgangsordningen vil bare gjelde personell som er ansatt i ambulansetjenesten ved forskriftens i kraft-

Arbeid og psykisk helse

Av Astrid Tveit

Fylkesmannen og NAV skal samarbeide om Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007 – 2012. Strategien skal vidareføre og styrke den arbeidsretta innsatsen etter Opptappingsplanen for psykisk helse 1998 – 2008. Strategien skal også støtte opp under arbeids- og velferdsforvaltninga sitt arbeid overfor personar med psykiske lidningar og innsatsen for eit meir inkluderande arbeidsliv. Artikkelen handlar om tiltak sett i verk gjennom samarbeidet.

Samandrag

Frå hausten 2008 og ut 2009 har samarbeidet om strategiplanen ført til at vi har gjennomført ein større konferanse med temaet arbeid og psykisk helse. Vidare har vi i samarbeid med spesialisthelsetenesta hatt regionale samlingar med NAV-kontor. Samlingane har vore lagt til dei Distriktpsikiatriske sentra i fylket, og målsettinga har vore å auke NAV-kontora sin kompetanse om psykisk helse og psykiske lidningar. Dei regionale samlingane har også vore ein møteplass for meir og betre samarbeid mellom NAV og psykisk helsevern både i kommune og spesialisthelseteneste.

Samarbeidet om strategiplanen vil halde fram i 2010 blant anna gjennom "frukostmøte", der eitt NAV-kontor skal invitere NAV-kontor og kommunal teneste for psykisk helsearbeid i 2-3 nabokommunar. Erfaringsutveksling gjennom metoden reflekterande team skal ytterlegare styrke NAV-kontora sin kompetanse om psykisk helse.

Arbeid og psykisk helse i Sogn og Fjordane - konferanse 19. november 2008

I forkant av konferansen gjekk det ut brev til alle NAV kontor i fylket, der vi bad om at kontora invitererte kommunal teneste for psykisk helsearbeid til eit samarbeidsmøte. Møtepunktta skulle knytte kontaktar på tvers av etatane, og ein skulle drøfte vidare samarbeid. Tilbakemeldingar viste at i mange kommunar hadde NAV tilsette og psykisk helseteneste lite kontakt og lite samarbeid. Nokre få kommunar var godt kjende på tvers av tenestene, og hadde allereie eit godt samarbeid.

I konferansen vart strategiplanen kort presentert. Innhaldet dagen elles var presentasjon av *kvalifiseringsprogrammet* som tilbod til personar med psykiske lidningar og/eller rusproblem. *Arbeidsmarknadsbedriftene i fylket* fekk god plass til å presentere tilbodet dei har til personar med psykiske lidningar. Førde kommune la fram korleis dei får til tverretatleg samarbeid, og spesialisthelsetenesta snakka om samarbeidet med NAV sett frå sin ståstad. Brukarstemma var representert ved *Landsforeningen for pårørende innen psykiatri*.

Skriftleg evaluering av både formøtet i kommunane og sjølve konferansen var svært positive. Mange deltakarar meinte arbeid og psykisk helse må settast på dagsorden oftare. Det er nyttig å få informasjon om, og høyre andre instansar snakke om arbeid og psykisk helse frå sin ståstad. Meir kunnskap gir betre tenester til brukarane.

Fagdag for NAV tilsette ved Distriktpsikiatriske senter

Vi har tre Distriktpsikiatriske senter (DPS) i fylket: Indre Sogn Psikiatrisenter (ISP), Nordfjord psikiatrisenter (NPS) og Psikiatrisk klinikk i Førde som har DPS funksjon i tillegg til sjukehusfunksjon. Ved alle DPS-ane vart initiativet til å ha ein fagdag om psykisk helse for NAV-tilsette i regionen møtt med stor velvilje. Dyktige fagpersonar frå alle sentera tok bestillinga, og meinte dette var viktig å få til. Innhaldet i fagdagen var retta mot målgruppa NAV-tilsette, men for ytterlegare å styrkje samarbeidet lokalt, vart invitasjon til fagdag også sendt psykisk helse-teneste i kommunen og til brukarorganisasjonar.

Opplegget for dei tre fagdagan ved DPS-ane var i hovudtrekk likt. Fagpersonar frå sentera hadde innlegg om psykiske lidingar, og det var høve til å stille spørsmål. På slutten av dagen var det lagt opp til refleksjon rundt konstruerte og konkrete saker som NAV tilsette har i sin arbeidskvardag. Nær alle NAV-kontora i fylket deltok på fagdag. Evaluering viste at innhaldet var svært nyttig og at problemstillingane som vart tatt opp var relevante.

"Frukostmøte"

NAV fylke fekk midlar til vidare oppfølging av temaet psykisk helse og arbeid. Dei ynskte å stimulere nokre NAV-kontor til å invitere NAV i nabo-kommunane til *frukostmøte* med fokus på arbeid og psykisk helse. Psykisk helseteneste i vertskommunen og nabokommunane skulle også

inviterast, i tillegg til brukarorganisasjonar. Dette nybrottsarbeidet endra seg litt etter kvart, men frukostmøte er no gjennomført ein del stader i fylket. Ein såg det var behov for eit møtepunkt der dei to einingane kunne diskutere aktuelle enkeltsaker. Frukostmøta er difor gjennomført ved hjelp av metoden reflekterande team. Dette er ein metode for gruppearbeid/diskusjon, og personar frå Fylkesmannen og NAV fylke har vore rettleiarar i møta.

Noko av intensjonen med frukostmøta var at det skulle vere ein stad der også brukarorganisasjonane er ein naturleg del. Ved drøfting av enkeltsaker kan det i små samfunn vere ei utfordring å ivareta teieplikta rundt sakene. Ein kom difor fram til at representant for brukarorganisasjon ikkje kan vere tilstades når ein kjem til denne delen av møtet. Ein ser føre seg at dette tilbodet skal fortsetje også i 2010.

Tilbakemeldingane etter møta er gode, og metoden reflekterande team vert sett på som ein nyttig reiskap. For å få til eit fruktbart samarbeid mellom NAV-kontora og psykisk helseteneste i kommunane er det nok i ein del kommunar framleis behov for denne type "drahjelp" frå NAV fylke og Fylkesmannen.

Vidare samarbeid

Fylkesmannen og NAV fylke vil halde fram samarbeidet om strategiplanen i 2010. Førebels er det ikkje lagt konkrete planar, men allereie på nyåret vil vi i felles møte drøfte vidare arbeid og samarbeid.

Avlastningsbustader for barn – eit tenesteområde med fare for svikt?

Av Arne Røyrvik

Foreldre med funksjonshemma barn har behov for avlastning. Dei fleste får avlastning i kortare periodar – i helga og i ferietida, og då på tider kor dei fleste ønskjer å ha fri. Dei fleste avlastningstilboda har tilsette utan høgare utdanning. Utan tett oppfølging av fagpersonale, kan det vere fare for svikt i tenestetilbodet.

Familiar med tyngande omsorgsoppgåver har etter sosialtenestelova kap. 4 rett til avlastning. Korleis avlastning blir gitt, vil variere ut frå behov og korleis kommunen velgjer å organisere slike tenester. For større born, også etter dei har fylt 18 år, vert avlastning til vanleg gitt i tilrettelagt bustad kor det til tider er fleire samstundes.

Brukarane sine behov for tenester varierer, frå mindre behov til heildøgns pleie og omsorg. Enkelte har også behov for helsehjelp. Bustaden skal vere utforma og utstyrt for den enkelte sin behov. Kompetanse til personalet er viktig for at avlastning skal vere fagleg forsvarleg.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket har i 2009 gjennomført landsomfattande tilsyn mot barne- og avlastningsbustader. Tilsynet var retta mot fleire forhold, mellom anna om pleie og omsorga var tilpassa barna sin helsetilstand, og om det var forsvarleg legemiddelhandtering. Tilsynet vart gjort i 4 kommunar. 2 av kommunane fekk avvik. Avviket var at kommunane ikkje sikrar at pleie- og omsorgstenestene i desse bustadane vert utført av personale med tilstrekkeleg kompetanse, og at kommunen ikkje følgjer opp kvaliteten på tenestene.

Grunnlaget for desse avvika var at få av personalet hadde utdanning frå høgskule, og det var også få med fagutdanning. Dei fleste var ufaglærte, fleire av desse med kort arbeids erfaring. Når kommunen i tillegg manglar system for opplæring og oppfølging utover at ufaglærte lærte opp nye, vil faren for svikt bli særleg stor. Også legemiddelhandteringa hadde manglar.

Resultatet var ikkje overraskande, og vi ville truleg funne tilsvarende avvik i fleire kommunar. Denne vurderinga byggjer mellom anna på ei undersøking omtalt i Helse- og sosialmeldinga 2007, "Kompetansen i tenestene for personar med utviklingshemming". Undersøkinga vi gjorde då, synte at om lag 40 % av tilsette i tenestene for utviklingshemma var utan fagutdanning. I over halvparten av kommunane hadde over 40 % under halv stilling. Vi konkluderte då med at med slike føresetnader er det ei stor utfordring å sikre god kvalitet på tenestene.

Det individuelle hjelpebehovet vil variere, men mange har eit omfattande behov for helsehjelp. Avlastning skjer til vanleg i helgar og ferie, samt på ettermiddag og natt. Omfanget av tenestene er slik at om ein nyttar vanleg turnus, utgjer utført arbeidstid ein liten prosent av eit månadsverk. Det er såleis ingen jobb som til vanleg kan gje ein person ei inntekt til å leve av. Utfordringa er å kunne kombinere avlastning med andre oppgåver/tenester slik at dei tilsette kan få heile eller størst mogleg stilling og at det såleis kan vere

attraktivt for fagutdanna personale. Kommunar med avlastning fleire dagar i veka, har rekruttert personale med fagutdanning.

Slik avlastningstilbod for barn no er i mange kommunar, er det stor fare for at det kan skje svikt og som har sin årsak i at personalet ikkje har

tilstrekkeleg opplæring. Utfordringa blir å rekruttere fagpersonale til denne tenesta. Utan å sjå på heile organiseringa av denne tenesta og å tilby personale store stillingsprosentar, vil ikkje kompetansen bli betre og faren for svikt vil vere til stades.

Fastlegesituasjonen i Sogn og Fjordane

Av Linda Svori

Rekruttering og stabilisering av fastlegar i fylket har vore vanskeleg i mange år, slik det sist vart dokumentert i ei spørjeundersøking Fylkesmannen gjennomførte i januar 2009. Fylkesmannen har no gjort ei ny kartlegging av fastlegestoda. Situasjonen er betre enn i januar 2009, men framleis er rekruttering og stabilitet i fastlegestillingane ei utfordring for mange kommunar.

Høgskulen i Sogn og Fjordane kartla i 2004 kva som gjorde at legar kom og vart verande i fylket. Det var to årsaker som skilde seg ut: ei god turnusteneste og vaktordningar utan for hyppig vakt. Fylkesmannen har etter dette arbeid målretta for å betra turnustenesta både på sjukehus og i kommunane. Fylkesrettleginga medan ein er i kommuneturnus er godt innarbeidd og velfungerande.

Fylkesmannen i Sogn og Fjordane har også vore med i eit pilotprosjekt saman med andre fylke der ein fekk strukturert rettleiing i sjukehusturnus. Turnuslegane gav god tilbakemelding om dette. No er dette prosjektet avslutta. Det er

usikkert om helseføretaket held fram med dette tilbodet utan finansiell støtte frå Fylkesmannen, til tross for at helseføretaket har monalege rekrutteringsvanskar når det gjeld legar. Dei siste to åra er det blitt etablert større interkommunale legevaksordningar i Nordfjord og Sunnfjord. Det er litt tidleg å seia om dette får innverknad på rekruttering og stabilisering av legar, men signal frå fleire av dei deltakande kommunane tilseier at stoda er blitt betre.

NAV har statistikk over ulike forhold ved fastlegeordninga heilt sidan fastlegeordninga vart innført i 2001. I byrjinga var Sogn og Fjordane blant dei fylka som hadde flest lister heilt utan legar. Dette har betra seg markant siste åra. Siste oppdatering i NAV viste at det var 4 heimlar heilt utan lege i Sogn og Fjordane, men ved siste kartlegging Fylkesmannen gjorde i januar-februar 2010, var det berre ein heimel som ikkje hadde lege.

NAV sin faslegestatistikk

| Tidspunkt | Lister utan lege | Tidspunkt | Lister utan lege |
|-----------|------------------|-----------|------------------|
| 31.12.01 | 19 | 31.12.05 | 9 |
| 31.12.02 | 17 | 31.03.06 | 7 |
| 31.12.03 | 10 | 31.12.07 | 3 |
| 31.12.04 | 13 | 31.12.08 | 4 |

NAV-statistikken er grov og kan skjule monalege stabilitets- og rekrutteringsutfordringar. Etter tilbakemelding frå fleire kommunar om at dei likevel slit med rekruttering og stabilisering av fastlegar, gjorde Fylkesmannen i januar-februar 2010 ei ny kartlegging for å få ein betre oversikt over situasjonen i fylket.

Følgjande spørsmål vart stilt:

- Kor mange fastlegeheimlar har kommunen?
- Kor mange fastlegeheimlar står heilt utan lege?
- Kor mange av fastlegeheimlane er fylt av vikar?
- Kor mange av fastlegane har vore der meir enn to år?
- Kor mange av fastlegane har vaktfritak?
- Kor mange av fastlegane er i dag over 55 år?
- Deltok kommunen i interkommunal legevakt?
- Kor stor er vaktbelastninga for fastlegane i kommunen i dag?
- Når det gjeld rekruttering og stabilitet av fastlegane, vil du seie at situasjonen er meget god – Tilfredstillande – Vanskeleg- Ei stor utfordring

Undersøkinga syner at:

| | 2009 | 2010 |
|---|------|------|
| Kor mange fastlegeheimlar er heilt utan lege | 3 | 1 |
| Kor mange av fastlegeheimlane er dekt av vikar | 19% | 16% |
| Kor mange av fastlegane har vore der meir enn to år | 75% | 67% |
| Kor mange av fastlegane har vaktfritak | 22% | 19% |
| Kor mange av fastlegane er i dag over 55 år | 26% | 22% |

Undersøkinga viser at det er endringar sidan førre kartlegging. Det som ein kan tolke positivt, er at berre 6 av 26 kommunar opplever i dag at rekruttering og stabilisering av fastlegar framleis er vanskeleg eller ei stor utfordring mot 11 av 26 kommunar i 2009. Dette er ei stor betring. Når ein ser nærmare på tala, viser det seg at det er spesielt småkommunar som no deltek i større legevaktsamarbeid som har ei betring av stoda.

Tilbakemeldingane frå desse kommunane seier at det har vore lettare å få søkarar til stillingar, og at søkarane finn det meir attraktivt å arbeide i småkommunar når vaktbelastninga er blitt mindre. Dei større interkommunale legevaktsordningane som er blitt etablert i Nordfjord og Sunnfjord, har ikkje hatt innverknad på stabiliseringa så langt. Dette kan me seie utifrå at det er færre fastlegar i

dag som har vore meir enn to år i stillinga, enn for eit år sidan.

Det er fleire kommunar som ikkje deltek i interkommunal legevakt, som likevel opplever god stabilitet. Mange av dei har innført ordningar der dei leiger inn vikarar i periodar som berre køyrer legevakt, eller at langtidsvikarar tek fleire vakter for fastlegane.

Undersøkinga viser at fleire kommunar framleis slit med rekruttering og stabilisering av fastlegar. Det er liten

endring i den høge andelen med fastlegar som er over 55 år, noko som representerer ei ekstra rekrutteringsutfordring i åra framover. Når me også veit at fleire kvinner vert fastlegar, og at dei søker seg primært til kommunar med liten vaktbelastning, har me framleis ei viktig oppgåve framfor oss med å sikre akseptable legevaktsforhold og ei god turnusteneste.

Erfaringar med nye tvangsreglar

Av Turid Måseide

Nytt kapittel 4A i lov om pasientrettar tok til å gjelde frå 1. januar 2009. Dei nye reglane gjeld bruk av tvang ved alle former for helsehjelp som ikkje er psykisk helsevern. Alle som yter helsehjelp må kjenne til desse reglane og vite korleis dei skal bruke dei om det vert aktuelt. Helsetilsynet i fylket har ein kontroll- og klagefunksjon på dette området. Fylkesmannen har ein rettleiingsfunksjon. Artikkelen summerer opp erfaringar vi har gjort oss så langt.

Kvifor nye reglar?

Formålet med dei nye reglane er å sikre at også pasientar som ikkje er i stand til å ivareta egne interesser, skal få helsehjelp som er nødvendig for å hindre vesentleg helseskade, sjølv om dei nektar å ta i mot slik hjelp. Det er samstundes eit formål å unngå unødig bruk av tvang.

Vilkår for å nytte tvang ved somatisk helsehjelp

Reglane i lov om pasientrettar kapittel 4A gjeld berre for pasientar over 16 år, som manglar samtykkekompetanse og nektar å ta i mot helsehjelpa. Vilkåra for å yte helsehjelp i ein slik situasjon, går fram av lov om pasientrettar § 4A-3: Før bruk av tvang vert vurdert skal tillitsskapande tiltak vere forsøkt, med mindre det er formålslaust. Det må vere vurdert at helsehjelpa er nødvendig, og at pasienten kan få vesentleg helseskade om han eller ho ikkje får slik hjelp. Tiltaka må stå i høve til behovet for helsehjelp. Det må vere vurdert at det samla sett er den beste løysinga for pasienten at helsehjelpa vert gjeve, sjølv om det må skje ved tvang. Dersom helsehjelpa inneber eit alvorleg inngrep for pasienten, skal det ansvarlege helsepersonellet gjere vedtak etter samråd med anna kvalifisert helsepersonell.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket sine oppgaver knytt til dei nye reglane

Fylkesmannen har både i 2008 og 2009 hatt som oppgåve å tilby opplæring til helsepersonell og leiarar i verksemdar som yter helsehjelp. Hausten 2008 fekk dei tilbod om grunnopplæring om det nye regelverket og korleis ansvarleg helsepersonell skulle skrive vedtak. Våren 2009 fekk alle tannlegane i den offentlege tannhelsetenesta innføring i dei nye reglane. I eigne nettverksamlingar for leiarane i dei kommunale helse- og omsorgstenestene har vi både våren og hausten 2009 hatt læringsøkter basert på våre og kommunane sine erfaringar med bruk av dei nye reglane. Fylkesmannen har også informert og rettleia helsepersonell og pårørande om regelverket på telefon.

Etter reglane i lov om pasientrettar kapittel 4A, er Helsetilsynet i fylket både klageinstans og tilsynsorgan. Vi skal ha kopi av alle vedtak som vert gjort i vårt fylke. Vi skal vurdere alle vedtaka med tanke på om dei er lovlege. Vi skal oppheve ulovlege vedtak. Eit vedtak kan ikkje gjelde lenger enn for eitt år. Vi skal prøve alle vedtak som gjeld for meir enn tre månader. Den som gjer vedtak etter lov om pasientrettar kapittel 4A, skal gjere vedtaket kjent for pasienten og den næraste pårørande. Både pasienten og den næraste pårørande har klagerett. Helsetilsynet i Sogn og Fjordane fekk ingen slike klager til handsaming i 2009.

Helsetilsynet i fylket sin kontroll med vedtak

Vi fekk kopi av 32 vedtak i 2009. Berre 10 av 26 kommunar har gjort vedtak etter lov om pasientrettar kapittel 4A. Berre eitt vedtak er gjort i spesialisthelsetenesta. Det undrar oss at det er så få vedtak. Årsaka kan vere at det

sjeldan er nødvendig å nytte tvang i samband med somatisk helsehjelp, eller at det vert nytta tvang utan at det vert gjort vedtak. Helsetilsynet i Sogn og Fjordane har førebels ikkje opplysningar om at det vert nytta tvang utan at det vert gjort vedtak, men vi meiner talet på vedtak for 2009 er så lågt at det er grunn til å tru det.

Eit vedtak om bruk av tvang i samband med helsehjelpa skal ikkje gjelde lenger enn nødvendig. Av dei 32 vedtaka vi har fått kopi av, er det 10 vedtak som uavhengig av vår kontroll, ikkje gjeld lenger. Nokre av desse vedtaka gjaldt helsehjelp i eit bestemt tidsrom og gjeld ikkje lenger fordi helsehjelpa er ytt. Nokre gjeld ikkje lenger fordi pasienten er død. Nokre gjeld ikkje lenger fordi helsepersonellet har funne andre måtar å yte helsehjelp på, utan tvang.

To vedtak har vi teke til vitande utan vidare sakshandsaming. Dette er vedtak som gjeld for ein kort periode, som vi ikkje har spørsmål eller merknader til.

Vi prøvde 15 vedtak i 2009. Sju av desse gjeld uendra etter vår kontroll, medan åtte vedtak vart oppheva.

Årsak til oppheving av vedtak

Ingen av opphevingsvedtaka gjeld ulovleg bruk av tvang. Reglane i lov om pasientrettar kapittel 4A gjeld pasientar utan samtykke-kompetanse som motset seg helsehjelpa. Pasienten kan syne motstand ved språk eller rørsler. Det skal også reknast som motstand om helsepersonellet på anna måte har fått kunnskap om at pasienten ikkje ønskjer å ta i mot den aktuelle helsehjelpa.

Dei åtte vedtaka vi oppheva, vart oppheva fordi dei gjaldt helsehjelp til pasientar som ikkje sette seg i mot helsehjelpa. Helsehjelp til myndige

pasientar som manglar samtykkekompetanse, men ikkje set seg i mot helsehjelpa, er regulert i lov om pasientrettar § 4-6 første og andre ledd:

Dersom en myndig pasient ikke har samtykkekompetanse, kan den som yter helsehjelp ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet.

Helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, kan gis dersom det anses å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp. Der det er mulig skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket. Slik helsehjelp kan besluttes av den som er ansvarlig for helsehjelpen, etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Det skal fremgå av journalen hva pasientens nærmeste pårørende har opplyst, og hva annet kvalifisert helsepersonell har hatt av oppfatninger.

Når det vert ytt helsehjelp med heimel i lov om pasientrettar § 4-6 første og andre ledd, skal helsepersonell føre journal på vanleg måte, men det skal gå fram av journalen at pasienten er vurdert å mangle samtykkekompetanse. Helsepersonellet som har vurdert at pasienten manglar samtykkekompetanse, skal gjere dette kjent for pasienten og pasienten sin næraste pårørende, eller om pasienten ikkje har pårørende, anna

kvalifisert helsepersonell. Dette skal også gå fram av journalen.

På kva måte utfordrar dei nye reglane oss?

Det Helsetilsynet i fylket opplever som mest utfordrande i samband med kontroll av vedtak, er at vedtaka ikkje inneheld tilstrekkeleg opplysningar til at vi kan prøve om dei er lovlege. Dette inneber at vi må kontakte den ansvarlege for kvart vedtak og be om supplerande opplysningar. Det har då ofte kome fram at den som har skrivt vedtaket, ikkje har tenkt på at vi som klage- og tilsynsorgan ikkje kjenner pasienten frå før, og ikkje har andre opplysningar om pasienten enn det som går fram i vedtaket eller vedlegg til dette.

På bakgrunn av dei erfaringane vi har gjort i 2009, trur vi likevel at dei største utfordringane for dei som skal gjere vedtaka, er:

- manglande kunnskap om samtykkereglane i lov om pasientrettar kapittel 4
- manglande dokumentasjon der det er vurdert at pasienten manglar samtykkekompetanse
- manglande kunnskap om sakshandsamingsreglane i forvaltningslova

Det ser også ut til å vere utfordringar knytt til at helsepersonell i samband med bruk av tvang, skal dokumentere korleis det har vore og vert jobba med tillitsskapande tiltak for å unngå unødig bruk av tvang.

Endring av rollar og ansvarsdeling i folkehelsearbeidet

Av Bjørg Eikum Tang

Ny lov om fylkeskommunen sitt ansvar i folkehelsearbeidet vart vedteken i juni og trådde i kraft 01.01.2010. Den lovfestar fylkeskommunen sitt ansvar i høve til å fremje folkehelse, trivsel og gode sosiale tilhøve. Fylkeskommunen skal og ha naudsynt oversikt over helsetilhøva og faktorar som påverkar folkehelsa i fylket. Dette inneber ei endring i ansvarsdelinga i partnarskapsarbeidet om folkehelse.

Fylkeskommunen forvaltar frå 2010 alle tilskotsmidlane på området, både aktivitetsmidlar og midlar til partnarskapet. Sameleis får fylkeskommunen eit utvida ansvar for drifta av ulike ressurs-/ faggrupper saman med koordineringa av partnarskapet på folkehelseområdet.

Fylkesmannen skal framleis delta i partnarskapet for det tverrfaglege folkehelsearbeidet mellom staten, fylkeskommunen og kommunane, men med ei tydelegare rådgivarrolle, og mindre driftsansvar. Fylkesmannen si rolle i folkehelsearbeidet vert dreia mot å formidle statleg politikk og nasjonale satsingar om førebyggjande og helsefremjande arbeid i tråd med det som er sagt i Samhandlingsreforma.

I statsbudsjettet for 2010 er det lagt inn 230 mill kroner til kommunane for å styrkje førebyggjande helsetenester i kommunane (5,8 mill kr. i Sogn og Fjordane). Satsinga er lagt inn i ramma til kommunane som eit ledd i oppfølginga av Stortingsmelding nr 47, Samhandlingsreforma. Løyvinga gir stor fridom for kommunane, og det er ikkje krav om tydeleg rapportering på bruken av midlane.

Den andre lovendringa som er viktig for det tverrfaglege folkehelsearbeidet, er ny plan og bygningslov som tok til å gjelde frå 01.07.2009.

Den nye Plan og bygningslova har eit tydeleg helsefokus. Prinsippet om universell utforming og omsynet til barn og unge sine oppvekstvilkår er teke inn i formålsparagrafen.

Det er presisert i lova at det er både eit viktig føremål og ei viktig oppgåve at planlegginga i kommunen skal fremje folk si helse, motverke sosiale skilnader i helse, samt førebygge kriminalitet i befolkninga.

Kommuneplanen kan utarbeidast samla, eller med ein samfunnsdel og ein arealdel kvar for seg. Samfunnsdelen skal ta stilling til langsiktige utfordringar, mål og strategiar for kommunen. Samfunnsdelen skal vere retningsgivande for korleis kommunen set opp og gjennomfører sine mål, og sektorane sine planar og strategiar.

Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide nye vegleiarar til plan- og bygningslova på fleire aktuelle område. Det gjeld område som; demografi og oppvekstdata med meir i samfunnsdelen, retningslinjer til arealdelen og konsekvensvurdering i eit helseperspektiv.

Fylkesmannen vil ha ei viktig rolle for å sjå til at helsekonsekvensar vert vurderingstema i kommunale planar. Saman med fylkeskommunen har Fylkesmannen eit ansvar for å gjere kommunane og andre aktørar i planarbeidet kjende med eksisterande

statistikk, eventuelle nye data om helsetilstanden i befolkninga, og kva som kan vere bakanforliggjande årsaksfaktorar. Planforum er ein sentral møteplass for å utvikle gode diskusjonar og vurderingar på tvers av nivå og fag i kommuneplanarbeidet.

Fylkesmannen og fylkeskommunen vil i fellesskap syte for at overgangsordninga i 2010 går så smidig og

fleksibelt som mogeleg. Vi legg vekt på at kommunane, andre samarbeidspartnarar og publikum generelt skal få hjelp, og bli vist til rette instans uavhengig om dei tek kontakt med Fylkesmannen eller fylkeskommunen. Det er viktig å nytte kompetansen hjå begge instansane på ein optimal måte. Fylkesmannen sin helsekompetanse vil bli viktig i den vidare folkehelsesatsinga.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering og stoda i Sogn og Fjordane

Av Bjørg Eikum Tang

Som lekk i den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering skal Fylkesmannen følgje opp og hjelpe kommunane i arbeidet med å etablere koordinerande eining for habilitering og rehabilitering. Fylkesmannen har i 2009 kartlagt om det finst ei slik koordinerande eining i kommunane, og korleis denne eininga fungerer i høve utarbeiding av individuelle planar. Artikkelen omtalar og erfaringar etter opplæringsprogrammet om tilrettelegging av tiltak for born med nedsett funksjonsevne, samt erfaringar etter tilsyn med tenester til born med samansette behov.

Kartlegging av koordinerande eining for habilitering og rehabilitering og individuell plan

Forskrift om habilitering og rehabilitering krev at det skal vere ei koordinerande eining for tenesta i kommunen. Eininga skal vere synleg og lett å kome i kontakt med for brukarar og samarbeidspartar. Ho skal vere eit fast kontaktpunkt overfor spesialisthelsetenesta. Pasientar med behov for samansette tenester har rett til ein

individuell plan som skal medverke til at tenestemottakaren får eit heilskapleg, koordinert og individuelt tilpassa tenestetilbod. Systemansvaret for utarbeiding av individuell plan skal vere definert, synleg og tydeleg forankra i kommunen sitt styringsystem.

Fylkesmannen si kartlegging syner at meir enn 2/3 av kommunane i fylket har etablert koordinerande eining for habilitering og rehabilitering. Dei fleste kommunane har svara at kommunen har ei synleg adresse til eininga, og det er oppgitt ein kontaktperson og ei fast e-postadresse. Det er likevel slik at fleire kommunar skil koordinering av rehabilitering og habilitering, og dei fleste kommunane har lagt koordinering av tenestene til leiarar med andre ansvarsområde, til dømes helsesystem, leiande kommunefysioterapeut eller pleie- og omsorgsleiar.

Dei aller fleste kommunane har rutinar for tverrfagleg arbeid, og samarbeider med etatar utanom helse- og sosialsektoren. 20 av kommunane opplyser at dei har sektorovergripande

prosedyrar for utarbeiding av individuell plan. Derimot er det berre fem av kommunane som opplyser at dei har ein opplæringsplan for personellet som er knytt til eininga.

Det synest som mange kommunar er i ferd med å få til gode ordningar, men det er ikkje tilfredsstillande at så mange framleis ikkje har ei koordinerande eining som har systemansvaret for å få utarbeidd individuell plan. Slikt arbeid bør vere systematisk og ikkje personavhengig.

Tenestetilbod for born med nedsett funksjonsevne

Sosial- og helsedirektoratet gjennomførde i 2007 og 2008 saman med Østlandsforskning og Fylkesmannen eit opplæringsprogram (TaKT) for kommunane i alle fylka. Programmet var knytt til tilrettelegging av det kommunale tenestetilbodet til born med nedsett funksjonsevne og deira familiar. Målet med opplæringsprogrammet var å skape gode løysingar for desse familiane. I Sogn og Fjordane har 23 av 26 kommunar gjennomført opplæringsprogrammet.

I september 2009 arrangerte Fylkesmannen saman med Østlandsforskning ein oppfølgingskonferanse etter TaKT programmet. Programmet på konferansen var lagt opp med erfaringsutveksling og innslag frå fleire kommunar. Resultatet etter Fylkesmannen si kartlegging vart drøfta på oppfølgingskonferansen, og deltakarane kom med fleire innspel som var retta mot organisering av koordineringsarbeidet i kommunane, og korleis kommunane jobba med Individuell plan. For å lukkast med arbeidet i kommunane kom det fram mange utfordringar frå deltakarane. Mange av dei opplever at stillingane er for lite synlege i organisasjonen, og er dårleg forankra i styringssystemet i

mange kommunar. Dei små kommunane meiner at eit interkommunalt samarbeid om opplæring i, og bruk av individuell plan kan vere nyttig.

For å heve statusen til dette fagfeltet, hadde deltakarane fleire ynskje til staten både på nasjonalt og regionalt nivå. Fylkesmannen bør ta opp fagområdet som tema på sine møte med kommuneleiinga og på leiarsamlingar for tilsette i helse-, sosial- og omsorgssektoren. Vidare er det eit ynskje om at Fylkesmannen kan skape arenaer og møteplassar for erfaringsutveksling og kursing av personell i kommunane som jobbar med individuell plan, samt habilitering og rehabilitering.

For nasjonalt nivå kom det fram ynskje om at direktoratet får utvikla betre indikatorar for å avspegle tiltak innafor habiliterings- og rehabiliteringstenesta både i IPLOS- og KOSTRA- verktya.

Erfaringar frå tilsyn med tenester til born med samansette behov

I 2008 vart det gjennomført tilsyn med kommunale tenester til barn. Tilsynet var eit samarbeid mellom Barne- og likestillingsdepartementet og Statens helsetilsyn. Tilsynet såg mellom anna på korleis dei ulike deltenestene ved behov informerer kvarandre og samarbeider om gjennomføring av tenester og tiltak. Vi såg og på korleis dei ulike tenestene gjennomfører overgangar mellom ulike teneste område, og korleis dei evaluerer sine tenester og tiltak til den enkelte brukar/pasient. Hovudfunna i tilsynet var mellom anna manglande tiltaksplanar, eller at planane ikkje vert evaluerte, manglande rutinar for å gi tilbagemeldingar, og heller ikkje etablerte rutinar for å sikre tverrfagleg samarbeid.

Kjenneteikn i kommunar der det ikkje vart funne avvik, var aktiv leiing som

medverkar til at det vert laga planar, som etterspør evaluering av tiltaka, og at planane vert operasjoniserte. Desse leiarane etterspør og aktiv samhandling og kvalitetsarbeidet omkring tiltaka for den enkelte brukar/ pasient.

Oppsummering

Funna som vart avdekka ved tilsyna underbygger det som har kome fram i erfaringsutvekslinga etter TaKT- opplæringa om behovet for å forankre arbeidet med individuell plan og

koordinerande eining på høgt administrativt nivå. Kartlegginga i samband med nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering peiker i same retning. Kartlegginga syner at dei kommunane som har ei veldefinert koordinerande eining, med god forankring i kommunen sitt styringssystem, har meir systematisk bruk av individuell plan og betre system for samordning mellom ulike faggrupper og etatar.

Meldingar etter spesialisthelsetenesta § 3-3

Av Beate Tollefsen

Spesialisthelsetenesta skal melde til Helsetilsynet i fylket om hendingar som har ført til, eller kunne ha ført til, betydeleg personskade på pasientar. Føremålet med ordninga er å føre til auka merksemd på pasienttryggleiken og gjennom det tryggare tenester.

Alle som yter spesialisthelsetenester, både offentlege og private, har plikt til å melde i frå til Helsetilsynet i fylket om hendingar som har ført til, eller kunne ha ført til, betydeleg personskade på pasientar. Meldeplikta går fram av spesialisthelsetenestelova § 3-3, og gjeld for til dømes helseføretak, private sjukehus og poliklinikkar. Verksemdene skal melde følgjande forhold:

- betydeleg personskade i samband med yting av helseteneste eller mangel på yting av helseteneste
- hending som kunne ha ført til betydeleg skade
- betydeleg personskade på pasient påført av medpasient
- unaturleg dødsfall

Føremålet med meldingane er å auke fokuset på pasienttryggleiken i spesialisthelsetenesta. Verksemdene skal systematisk gjennomgå og analysere hendingane. Dei skal syte for å sette i verk korrigerande tiltak for å førebyggje at tilsvarande skjer igjen, slik at pasientar ikkje risikerer å bli utsett for skade. Meldingane er meint å understøtte internkontrollsystemet og kvalitetsarbeidet i helseinstitusjonane. Openheit om uønska hendingar, skader og nestenuhell, og systematisk bruk av informasjon om desse, er ein føresetnad for eit godt arbeid for betre tryggleik for pasientane, og for å førebyggje svikt. Det er derfor viktig at verksemdene har ein god meldekultur, og at leiinga har merksemd på dette arbeidet.

I meldingane skal det vere ei skildring av hendinga, verksemda si analyse av denne, og dei eventuelle korrigerande tiltaka som er sett i verk. Leiinga skal vurdere om oppfølginga av hendinga er tilfredsstillande, og om tiltaka som er sett i verk har læringsverdi for andre

einingar i verksemda. Helse Førde HF har auka fokuset på kvalitetsarbeidet, og har oppretta eit pasientskadeutval der meldingar etter spesialisthelse-tenestelova § 3-3 blir handsama.

Helsetilsynet i Sogn og Fjordane skal leggje til rette for systematisk oversikt over alvorlege hendingar. Vi registrerer meldingane i ein nasjonal database; Meldesentralen. Vi vurderer om meldingane er tilfredsstillande utfyllt, det faglege innhaldet og verksemda si oppfølging av hendinga. Verksemda får tilbakemelding på vår vurdering. Dersom det er alvorlege hendingar, eller hendingar som gjentek seg, vil vi følgje dette opp som tilsynssaker. Meldingane dannar ein del av Helsetilsynet i fylket sitt grunnlag for tilsyn og rådgjeving om internkontroll og kvalitetsstyring i spesialisthelse-tenesta. Tilsynsmyndigheitene sin terskel for å komme med formelle reaksjonar på grunnlag av ei melding etter § 3-3, skal vere høgare enn om vi blir kjent med hendinga gjennom til dømes ei pasientklage.

Helse Førde HF har hatt den lågaste meldefrekvensen i landet, slik det

nyleg er dokumentert i Tidsskrift for Den norske legeförening (nr. 3 – 2010). Dette har Helsetilsynet i fylket teke opp med føretaket gjentekne gonger.

Helse Førde HF har no på plass eit elektronisk meldesystem, og har jobba målbevisst for å betre meldekulturen. I 2009 har Helsetilsynet i Sogn og Fjordane motteke 28 meldingar frå Helse Førde HF. Dette er ein vesentleg auke frå 2008 då vi berre fekk 13 meldingar.

Vår vurdering er at meldingane er relevante, og at verksemda sitt eige analyse- og forbetningsarbeid knytt til meldingane er på rett veg. Ved gjennomgang av meldingane frå 2009 merka vi oss at hendingar relatert til medikamenthandtering peikar seg ut. Helse Førde HF er kjent med problemet, og har derfor sett i verk tiltak for å forbetre rutinar og prosedyrar på dette området. I 2009 opna vi 6 tilsynssaker på grunnlag av § 3-3-meldingar.

Omsorgsplan 2015 – kommunale utfordringar

Av Anne Eli Wangen

Dei kommunale omsorgstenestene vil få stadig nye brukargrupper i åra som kjem. I tillegg får vi ein aukande del eldre i befolkninga samstundes som tilgangen på arbeidskraft vert mindre. Er kommunane i Sogn og Fjordane rusta til å møte framtida sine omsorgsutfordringar?

Statlege satsingsområde og forventningar til kommunane

Myndigheitene sine strategiar og tiltak for å møte utfordringane landet vårt står framfor på omsorgstenesteområdet er konkretisert og oppsummert i omsorgsmeldinga; St. melding 25 Mestring, muligheter og mening. Omsorgsplan 2015 byggjer på meldinga sine fem strategiske grep, og skal gje planlegginga retning og innhald som kan verte kjenneteikn på framtida sine omsorgstenestetilbod.

Hovudutfordringar for omsorgstenestene framover vil verte nye brukargrupper, fleire eldre og mindre tilgang på arbeidskraft. Talet på personar med kroniske sjukdommar som diabetes, fedme og KOLS vil auke. Vi får fleire med psykisk sjukdom og rusproblem. I tillegg vil vi få ein aukande andel eldre i befolkninga. Om 35 år vil det vere dobbelt så mange 80-åringar som i dag. Samstundes vert det færre yngre. Den demografiske utviklinga gjer at tilgangen på arbeidskraft ikkje vil auke i takt med behovet.

Myndigheitene føreset difor både ei kortsiktig og ei langsiktig planlegging dei komande åra fram til den store veksten som er venta kring 2020. Dei viktigaste grepa er satsing på høg utdanningskapasitet og investering i

kompetanse, forskning, teknologi og bustadmasse. Det er utarbeidd ulike delplanar og tiltak knytt til hovudstrategiane i Omsorgsplan 2015. Det er lagt opp til stor dugnadsinnsats der både statlege myndigheiter, kommunane, frivillige lag og organisasjonar og ikkje minst pasientar og pårørande må bidra for å nå måla i Omsorgsplan 2015.

Grad av måloppnåing i kommunane vert mellom anna vurdert i høve til tal nye sjukeheimplassar og omsorgsbustader med samla dekningsgrad på heildøggers omsorgstilbod, tal nye årsverk, delen utførte årsverk med fagutdanning, og veksten i aktivitets- og dagtilbod i kommunane.

Kommunale utfordringar

Hausten 2009 gjennomførte Fylkesmannen i Sogn og Fjordane dialogmøte med kommunane i fylket om Omsorgsplan 2015. Føremålet var å få ein dialog med kommunane om deira arbeid og erfaringar med satsinga og om deira utfordringar framover. Samstundes var det viktig for Fylkesmannen å få fram staten sine forventningar til kommunane knytt til arbeidet med gjennomføringa av Omsorgsplan 2015. Møta var også tenkt som ein arena for erfaringsutveksling mellom kommunane.

Kommunane i Sogn og Fjordane er komne ulikt i planlegginga og gjennomføringa av tiltaka i Omsorgsplan 2015. Dei har ulike føresetnader i høve til planarbeid, måloppnåing og til å vere budde på utfordringane som vil kome om 10-20

år. Vårt inntrykk er at kommunane har fokus på Omsorgsplan 2015, og det skjer ein del spennande arbeid i fylket vårt på omsorgsfeltet. Det vert også samarbeidd ein del på tvers av kommunegrensene om tiltak i satsinga. Om kommunane sine utfordringar fekk vi mellom anna desse tilbake-meldingane:

Gapet mellom staten sine forventningar og kommunane si evne til gjennomføring aukar

Mange av kommunane opplever at forventningane frå styresmaktene er større enn det dei maktar å gjennomføre. Dette skuldast dårleg økonomi, men også evne til å rekruttere personell. Mange er spente på kva konsekvens samhandlings-reforma vil få for den enkelte kommune. Kommunane er også opptekne av at den nye Samhandlingsreforma vil utfordre dei ytterlegare når det gjeld samarbeid og samhandling på tvers av kommunegrensene.

Frå institusjonstenester til heimebaserte tenester

Fleire kommunar endrar organiseringa av tenestetilbodet. Det vert satsa meir på omsorgsbustader og heimetenester medan sjukeheimstilbodet blir redusert. Det er også ein tendens til sentralisering av tenestetilbodet. Det er særleg økonomiske forhold som ligg til grunn for desse endringane. For mange kommunar er det vanskeleg å yte tenester, spesielt heildøgertenester, til innbyggjarar som bur i grisgrendte strøk.

Nokre kommunar prøver å samle personar med demenssjukdom i egne bufellesskap. Reglane i *lov om pasientrettar* kap. 4a gjev ikkje heimel for å plassere og halde desse brukarane tilbake i bustaden på same måte som demente i sjukeheim. Dette

vart problematisert i høve til at mange demente etter kvart bur i omsorgsbustader.

Når det gjeld dagtilbod og aktivitetstilbod, særleg til demente, er det store variasjonar mellom kommunane. Mange ser på det som ei stor utfordring å få til eit tilfredstillande tilbod til denne gruppa. Kommunane rapporterer om auke i talet på unge brukarar som krev mykje ressursar. Innafor tronge økonomiske rammer kan dette gå på bekostning av tilbodet til andre brukarar.

Det knyter seg framleis usikkerheit til KOSTRA-rapporteringa når det gjeld kva som skal rapporterast som bustader med heildøgertenestetilbod. Definisjonen i KOSTRA er uklar i følgje kommunane. Innhaldet i omsorgsbustadtilbodet i kommunane varierer, dette fører til at kommunane tolkar ulikt og manglar felles forståing av kva som skal rapporterast. Resultatet vert usikkert og vanskeleg å samanlikne. Kommunale dekningsgrader vert usikre i høve til grad av måloppnåing.

Legedekking i sjukeheimar

Kommunane i Sogn og Fjordane har låg legenormering i sjukeheimane. Kommunane gjev tilbakemelding om at dei opplever at det er vanskeleg å få legene til å interessere seg for sjukeheimsarbeid.

Auke i talet på årsverk i fylket, men nokre kommunar har nedskjeringar

Det er framleis planlagt vekst i tal årsverk for 2009, men kommunane sine rapporterte plantal er noko lågare for 2010. Sjølv om KOSTRA-tala for fylket syner vekst seier kommunane at dette ikkje nødvendigvis betyr auke i tal nye årsverk, men heller ei følgje av auka stillingsstorleikar. Veksten er særleg i tenestene til yngre funksjonshemma.

Ein del kommunar har framleis nedskjeringar i talet på årsverk i omsorgstenestene. Det store spørsmålet er om det vil verte tilstrekkeleg vekst i tal årsverk framover til å dekke behovet i kommunane og til å nå målet til styresmaktene.

Vanskeleg å rekruttere høgskuleutdanna og helsefagarbeidarar

Det er vanskeleg å rekruttere helsepersonell. Kystkommunane har problem med å rekruttere høgskuleutdanna, spesielt sjukepleiarar. Dette er ikkje like tydeleg i indre strøk av fylket. Vi har kommunar som medvite legg opp til utføring av meir avanserte sjukepleieoppgaver i omsorgstenestene. Dette har verka positivt for rekrutteringa. Det har også ført til færre innleggingar i sjukehus. For nokre kommunar har innføring av alternativ turnus vist seg å betre rekrutteringa og ført til lågare sjukefråvær.

Dei fleste kommunane i fylket vårt har tilbod om læreplassar for helsefagarbeidarar. Mange av desse plassane står no tomme og utan søkjarar. Det er ei utfordring for mange kommunar å få tilsett lærlingar i helsearbeidarfaget.

Det er blitt vanskelegare å rekruttere personell til å utføre reinhald og heimehjelpstenester. Mange tilsette som tidlegare utførte desse oppgåvene, har teke fagutdanning og vil ha andre oppgåver. Delen tilsette med høg alder er stor i mange kommunar. Dette gjer at i tillegg til å rekruttere til nyoppretta stillingar får kommunane ei ekstra utfordring med å rekruttere til stillingar som vert ledige som følgje av naturleg avgang.

Få søknader om tilskot til bygging og utbetring av sjukeheimsplassar og omsorgsbustader

Samanlikna med landet elles har få kommunar i fylket vårt søkt om investeringstilskot til nye sjukeheimsplassar og omsorgsbustader. Dette skuldast den økonomiske situasjonen kommunane er i. Nokre kommunar gjev også uttrykk for at ein kan ikkje investere i bygningsmasse når ein ikkje har økonomi til å drifte. Ein del kommunar si evne og ressursar til planlegging er også mangelfull. Kommunane gjev tilbakemelding om at dei treng lengre tid til planlegging og at tilskota må vere tilgjengelege når kommunane er klare for å gjere seg nytte av dei.

Spente på den nye Samhandlingsreforma

Konklusjonen vi kan trekke ut frå dialogmøta med kommunane, er mellom anna at til tross for vanskeleg økonomi, problem med rekruttering, mangel på planleggingsressursar samt fleire andre utfordringar innanfor omsorgstenestene, vert det gjort mykje godt og viktig arbeid i omsorgstenestene i fylket vårt. Mange ønskjer å auke kompetansen og mange tilsette er i utdanning på ulike nivå. Det vert drive fleire kvalitetsprosjekt innanfor omsorgsfeltet.

Kommunane er spente på kva den nye Samhandlingsreforma vil innebere for den enkelte kommune, og kva utfordringar den vil gje mellom anna i høve til *samarbeid* og samhandling mellom kommunar og spesialisthelseteneste. Dialogmøta med kommunane har vore lærerike, og Fylkesmannen i Sogn og Fjordane har fått god og nyttig kunnskap om kommunane sitt arbeid innan omsorgsfeltet. Vi vil ta denne kunnskapen med oss vidare i arbeidet vårt med Omsorgsplan 2015.

Erfaringar frå tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheim

Av Einar Hovlid

Pasientar på sjukeheim har ofte mange diagnosar og behov for behandling med legemiddel. Sjukeheimslegen har ei sentral rolle i denne behandlinga. Sogn og Fjordane er det fylket i landet som i gjennomsnitt har lågast legedekning på sjukeheim. Vi har undersøkt kva dette har å seie for legemiddelbehandlinga til pasientane.

Bakgrunn

Pasientar på sjukeheimar har ofte fleire medisinske diagnosar som krev behandling med legemiddel. I tillegg har mange av desse pasientane mental svikt og eit stort pleiebehov. Som gruppe er dei såleis sårbare ved at dei i låta grad er i stand til å ta seg sjølv og sine rettår i vare.

Tilsynslegen har ei sentral rolle i behandlinga av desse pasientane. I

rapporten *Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem* finn Paulsen og Harsvik ein klar samanheng mellom legetid pr pasient og legerelaterte kvalitetsmål (Paulsen og Harsvik 2004). Dess betre legedekning, dess betre vart tilbodet om opptrening, smertelindring, medisinsk oppfølging og behandling evaluert. I rapporten vert legetilbodet på sjukeheimane i Noreg vurdert til å vere utilstrekkeleg. For å betre dette har nasjonale styresmakter sett som mål at legedekninga på sjukeheimar skal aukast med 50 % fram mot 2010 (Stortingsmelding nr 25). I 2008 skulle difor alle kommunar gjere ei lokal normering av kor mykje legedekning det var behov for på sjukeheimane.

Resultat av denne prosessen går fram av tabellen under.

| | Legetimar pr pasient pr veke Før prosess med normering | Legetimar pr pasient pr veke etter prosess med normering |
|------------------|---|---|
| Heile landet | 0,29 | 0,39 |
| Sogn og Fjordane | 0,22 | 0,26 |

Av tabellen ser vi at kommunane her i fylket i gjennomsnitt prioriterte legedekning på sjukeheim lågare enn landet som heilskap. Etter normeringsprosessen har skiljet auka ytterlegare. Sogn og Fjordane er det fylket som i gjennomsnitt har dårlegast legedekning på sjukeheimane pr pasient (Helsedirektoratet IS-1606).

Med bakgrunn i dette biletet samt tilsynserfaringar frå andre delar av landet, valte Helsetilsynet i Sogn og Fjordane å føre tilsyn med korleis kommunane tok i vare ansvaret for

legemiddelbehandling til pasientar på sjukeheim.

Gjennomføring

Val av tema for tilsyn og tilsynsobjekt skjer etter ei vurdering av kvar vi meiner tenestene er sårbare og kvar det er størst risiko for svikt. Sidan legen har ei sentral rolle i legemiddelbehandlinga, valte vi å føre tilsyn med fem kommunar som alle hadde låg legedekning på sjukeheimen. Kommunane skal ha eit system som sikrar at sjukeheimspasientar får forsvarleg behandling. Av praktiske omsyn valte vi å avgrense tilsynet til

den delen av behandlinga som omfatta bruk av legemiddel. For å avklare om kommunane hadde eit system som var i samsvar med lovkrava, gjennomførte vi ein system-revisjon. I forkant av tilsynet henta vi inn og gjekk gjennom dokumentasjon om kommunane sitt system samt pasient-journalar. Under sjølve tilsynet intervjuva vi tilsette med ulike roller for å få eit bilete av korleis systemet fungerer i praksis.

Funn

I tre av fem kommunar fann vi at kommunen ikkje hadde eit fullgodt system for å sikre at pasientane ved sjukeheimen fekk forsvarleg legemiddelbehandling. Funna som låg til grunn for denne konklusjonen, varierte noko frå kommune til kommune, men det var og tilhøve som gjekk igjen. Journalføring for fleire pasientar var mangelfull, mellom anna ved at legen sine vurderingar knytt til oppstart og endringar i legemiddelbehandlinga ikkje alltid var journalført. Hjelpespersonalet sin dokumentasjon, til dømes ved bruk av eventuellmedisin, var også mangelfull. Vidare var det eit felles trekk at opplæring var for dårleg tatt i vare. Dette kom til uttrykk på fleire område, mellom anna ved mangelfull opplæring til nyttilsette og til hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar som deltek i legemiddelbehandlinga. Enkelte tilsette etterlyste også meir internundervisning og fagutvikling.

Kommunane kan tilplikte fastlegane offentlege oppgåver, som til dømes tilsynslege på sjukeheim. Kommunane bruker ikkje alltid fullt ut moglegheitene som ligg i avtaleverket. I to av kommunane kom det klart fram at det var avsett for lite legeressursar til å løyse oppgåve på ein tilfredsstillande måte.

Diskusjon

Indikatoren legetid pr pasient pr veke er ein strukturindikator, og seier i seg sjølv ikkje noko om tenestekvalitet. Legen sin kompetanse og effektivitet vil også i stor grad kunne påverke sluttresultatet. Gjennomgåande var det slik at legane kunne kontaktast og i utstrekkt grad også stilte opp utanom ordinær arbeidstid. Indikatoren gir såleis ikkje nødvendigvis eit korrekt bilete av kor mykje tid som faktisk vert brukt. Med støtte i forskingsfunn, er det likevel grunnlag for å seie at indikatoren i mange tilfelle vil variere i takt med kvaliteten på tenestetilbodet.

Vi meiner sjølv vi treffe bra når vi brukte indikatoren for å velje tilsynsobjekt der det kunne vere fare for svikt. Tilsynslegane går ikkje inn som ein naturleg del av den samla driftsorganisasjonen ved sjukeheimane. Dette kjem mellom anna til uttrykk ved at leiar ved sjukeheimen fleire stadar ikkje formelt er tilsynslegen sin overordna. Tilsynslegane tek ansvar for den medisinske oppfølginga av pasientane, men dei er i liten grad engasjert i eit heilskapleg arbeid for å utvikle tenestetilbodet ved sjukeheimen. Kommunane har heller ikkje nokon kommunelege som tek i vare denne funksjonen.

Kommunane som fekk avvik måtte utarbeide ein plan for kva tiltak dei ville sette i verk for å rette opp i dei tilhøva som vart påpeika. Helsetilsynet i Sogn og Fjordane er nøgd med måten kommunane har følgd dette opp på i etterkant. Slik vi vurderer det, har tilsynsfunna ført til nødvendige endringar. Kommunane har mellom anna rydda opp i uklare ansvarstilhøve, gjennomført omfattande opplæringsaktivitetar, skjerpa inn kravet til journalføring og legeressursen har vorte auka.

Stortingsmelding 47, *Rettt behandling – på rett sted – til rett tid* legg opp til at kommunane skal få ei utvida rolle i den framtidige helsetenesta. Utvikling av tenestetilbodet ved sjukeheimane vil vere ein viktig del av dette. Erfaringar frå tilsynet, saman med det faktum at fylket i gjennomsnitt har den lågaste legedekninga på sjukeheim, gir grunn til å tru at fleire kommunar i fylket har

eit forbetringspotensiale når det gjeld legemiddelbehandling til sjukeheimspasientar. Helsetilsynet i Sogn og Fjordane meiner at rapportane og funna frå dei gjennomførte tilsyna kan vere ei viktig kjelde til læring og tenesteutvikling også i dei andre kommunane i fylket.

Referansar

- Paulsen Bård, Harsvik Trond, Halvorsen og Thomas, Nygård Lars 2004. *Bemanning og tenestetilbud i sykehjem*, SINTEF 78 A045006 Rapport.
- Helse- og omsorgsdepartement. Stortingsmelding nr 25, 2005. *Mestring muligheter og mening*.
- Helsedirektoratet 2008. *Rapport om kommunenes lokale normering av legetjenesten i sykehjem*. IS-1606.

Turnuslegar i kommunehelsetenesta

Av Einar Hovlid

Fylkesmannen er uroa over at Sogn og Fjordane ved fleire høve ikkje har fått tilstrekkeleg tal turnuslegar til å fylla alle plassane i kommunehelsetenesta. Mange kommunar er i stor grad avhengig av ein føreseieleg tilgong på turnuslegar. Det at dei ikkje får turnuslege medfører store ulemper for drifta.

Fylkesmannen har ansvar for å opprette og godkjenne turnusplassar for legar i kommunehelsetenesta. Vidare administrerer vi fordeling av turnuslegar til desse plassane etter ei liste som vi får frå Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH). Sogn og Fjordane har 20 turnusplassar i kommunehelsetenesta, fordelt på like mange kommunar. Turnuslegen utgjør ein særskild ressurs for desse kommunane, både når det gjeld ordinær drift av legekantoret på

dagtid og ikkje minst for å få vaktplanane til å gå i hop. Mange av legekantora her i fylket er små, og dei er i stor grad avhengig av føreseieleg tilgong på turnuslegar for å kunne ha ei stabil drift av legekantoret.

I siste del av studiet vel legane turnusplass i sjukehus med tilhøyrande plass i kommunehelsetenesta. Etter at dei er ferdige med studiet, gjennomfører legane turnusteneste, eitt år på sjukehus og deretter eit halvt år i kommunehelsetenesta. Dei siste åra har det vore ein aukande tendens til at turnuslegar trekker seg eller søker om permisjon før dei skal gjennomføre teneste i kommuneturnus. Vidare er det slik at mange turnuslegar gir seint beskjed, eller lar vere å gi beskjed om at dei ikkje har tenkt å gjennomføre kommuneturnus. Dette medfører administrativt meirarbeid for

Fylkesmannen. Det mest alvorlege er likevel at fleire kommunar kvart halvår ikkje får tildelt turnuslege. Så langt råd er har Fylkesmannen prøvd å fordele denne belastninga på dei største legekantora. Det at ein kommune ikkje får turnuslege fører til ei rekke problem. På kort sikt medfører det vanskar i den daglege drifta. På litt lengre sikt vil ein ustabil tilgong på turnuslegar i verste fall kunne medføre at kommunen ikkje ser seg tent med ordninga i det heile.

Fylkesmannen har hatt ein dialog med SAFH og kommunane for å prøve å sikre ein stabil tilgong på turnuslegar. Vi har vorte einige om at Sogn og Fjordane i utgangspunktet skal tildelast 23 turnuslegar. Dersom ein ved tildelingstidspunktet likevel skulle ha over 20 turnuslegar, har tidlegare erfaringar vist at kommunane i fylket er fleksible og strekker seg langt for å prøve å ta i mot fleire. Vonleg vil denne ordninga føre til ein meir stabil tilgong på turnuslegar i framtida.

Tilsyn med bruken av vikarar i Helse Førde

Av Anne Eli Wangen

Den omfattande vikarbruken i Helse Førde utfordrar den langsiktige fagutviklinga, kontinuiteten og tryggleiken i pasientbehandlinga. På grunnlag av gjennomførte tilsyn meiner Helsetilsynet i Sogn og Fjordane at helseføretaket ikkje har god nok styring med den samla vikarbruken ved sjukehusa.

I januar 2009 gjennomførde Helsetilsynet i Sogn og Fjordane tilsyn med vikarordningane og bruken av vikarar ved Nordfjord sjukehus og Lærdal sjukehus. Tema for tilsynet var Helse Førde si styring av vikarordningane. Vi såg på planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerering av rutinar, prosedyrar og praksis som gjeld vikarordningane og bruken av vikarar ved dei to sjukehusa.

Vikarar kjenner ikkje sjukehuset sine rutinar på same måte, og dei vil ikkje vere like samkøyrde som dei fast tilsette. Til fleire vikarar det er rundt pasienten, til større risiko er det for at det kan skje feil. Dette gjeld både i akutte situasjonar og i den meir langsiktige oppfølginga av

pasienten. Vikarar bidreg mindre til kontinuitet i pasientbehandlinga enn fast tilsette. Vikarar bidreg heller ikkje på same måte som fast tilsette i den langsiktige fagutviklinga til helseføretaket.

Tilsynet var avgrensa til medisinsk klinikk sine medisinske sengepostar, støttefunksjon oppvaking/overvaking og kirurgisk klinikk sin støttestøttefunksjon anestesi ved begge sjukehusa, i tillegg til kirurgisk klinikk sin ortopediske sengepost ved Lærdal sjukehus. Omfanget av legevikarar og sjukepleiarvikarar ved dei avdelingane tilsynet omfatta, varierer. Helse Førde har ei målsetjing om å redusere vikarbruken ved begge sjukehusa. Helsetilsynet i Sogn og Fjordane vart fortalt at fleire av dei fast tilsette ved sjukehusa på Nordfjordeid og i Lærdal dagleg yter ein ekstra innsats for å sikre at det ikkje skal skje feil når dei har vikarar på huset. Det kom også fram at dei fleste av lege- og sjukepleiarvikarane er dyktige fagfolk som har sitt faste arbeid ved store sjukehus i Sverige og Danmark.

Helsetilsynet i Sogn og Fjordane konkluderer likevel med at Helse Førde ikkje har ei tilfredstillande handtering av den auka risikoen ved den samla vikarbruken på desse sjukehusa. Observasjonane som ligg til grunn for denne konklusjonen er fleire, og dei varierer noko mellom sjukehusa. Manglar ved styringa gjer at desse faktorane samla sett utgjer ein risiko for pasienttryggleiken.

Helse Førde har utarbeidd ein plan for kva tiltak dei vil setje i verk for å rette opp forholda som vart påpeika og for når tid tiltaka skal vere på plass. Dei har også gjennomført risikovurdering av vikarbruken i Helse Førde. Vurderingane er gjort i avdelingar som brukar mykje vikarar. Avdelingar med høgt vikarbruk skal gjennomføre risikovurderingar to gonger per år. Helse Førde skal følge særskilt opp utvalde risiko for å nå eige

styringsmål om at vikarar skal verte rekrutterte, mottekne, opplærde og oppfølgde på lik linje med fast tilsette. Dei arbeider med utvikling av e-læringsprogram for opplæring av nye vikarar, og med å integrere vikarane meir i verksemda sitt forbetningsarbeid. Det vert også arbeidd med betring av rutinar for å sikre at vikarar får tilgang til IT og verksemda sitt journalsystem.

Helsetilsynet i Sogn og Fjordane følgjer framleis opp verksemda. På grunnlag av verksemda sine tilbakemeldingar har vi bedd helseføretaket særskilt om å vurdere risiko ved vikarbruken knytt til sjølve pasientbehandlinga, spesielt i høve til pasientbehandling ved vaktskifte mellom vikarlegar. Vi vil først avslutte tilsynet når helseføretaket har dokumentert at planlagde tiltak er sette i verk, og at dei har kontrollert at dei verkar.

Omsorgsbustad som vilkår for helsehjelp

Av Turid Måseide

Kommunen skal ha pleie- og omsorgstenester. Kommunen pliktar å organisere og dimensjonere helsetenesta slik at alle som treng slike tenester får det. Staten har gjennom mange år vore ein pådrivar for bygging av omsorgsbustader. Kommunane har no i stor grad organisert tenestetilbodet sitt slik at pasientar som treng omsorg og pleie, kan få det i ein omsorgsbustad. Men kva om pasienten ikkje ønskjer å bu i omsorgsbustad?

Tre av sakene Helsetilsynet i fylket fekk til klagehandsaming i fjor gjaldt pasientar som hadde søkt om

sjukeheimplass fordi dei trengte heildøgns pleie- og omsorg. I staden for sjukeheimplass fekk dei tilbod om omsorgsbustad og nødvendige pleie- og omsorgstenester i denne bustaden. Felles for desse tre pasientane var at dei ikkje ønskte å ta i mot tilbodet om omsorgsbustad. Dei klagar derfor til Helsetilsynet i fylket over avslaget på søknaden om sjukeheimplass. Alle tre fekk medhald i klagen sine.

Kommunen hadde ikkje ivareteke pasienten sin rett til medverknad godt nok. Kommunen skal ta omsyn til kva pasienten ønskjer, og eventuelt vege pasienten sitt ønske mot andre omsyn.

Dette inneber ikkje at pasienten har rett til å velje tenestetilbod, men dersom kommunen gjer vedtak om eit anna tenestetilbod enn det pasienten ønskjer, bør det gå fram kva andre omsyn kommunen har vektlagt. Det er ikkje tilstrekkeleg å syne til at kommunen har interne retningslinjer som seier at alt anna skal vere prøvd før ein får tildelt sjukeheims plass.

Pasientar kan få nødvendige pleie- og omsorgstenester i eigen heim eller institusjon. Dersom pasienten ønskjer å bu heime, men har eit omfattande behov for helsehjelp, kan kommunen oppfylle hjelpeplikta si ved å tilby helsehjelp i institusjon. Dersom pasienten ikkje ønskjer institusjons plass og heller vil flytte til ein meir eigna bustad der han/ho kan få den nødvendige helsehjelpa i eigen heim, kan kommunen leggje til rette for det, til dømes ved tildeling av omsorgsbustad.

Så lenge pasienten får tilbod om nødvendig helsehjelp i eigen heim, vil pasienten ikkje ha krav på plass i institusjon. Kommunen kan i slike situasjonar tilby omsorgsbustad som eit alternativ til den bustaden pasienten har.

Vederlagsforskrifta regulerer kva pasienten skal betale for ein sjukeheims plass. Summen er avhengig av pasienten sin økonomi. Desse reglane gjeld ikkje for omsorgsbustader. I omsorgsbustaden er pasienten leigetakar, og huseigar kan i prinsippet krevje marknadsleige. Somme stader må pasienten kjøpe seg inn ved å betale innskot. Økonomisk kan pasienten såleis kome svært ulikt ut etter kva løysing kommunen tilbyr.

Det sentrale spørsmålet i desse sakene var om kommunen kunne stille som

vilkår for nødvendig helsehjelp at pasienten måtte ta i mot eit tilbod om omsorgsbustad. Vi meinte det var ein sakshandsamingsfeil at det ikkje var vurdert om det var heimeleg for å stille eit slikt vilkår. Vi meinte også at vilkåret var klart urimeleg, dels fordi det etter vårt syn ikkje er tilstrekkeleg sakleg samanheng mellom vilkåret og ytinga, dels fordi vilkåret i dei konkrete sakene var urimeleg økonomisk tyngande. Innhaldet i vedtaket var dermed ikkje lovleg. Dei kommunale vedtaka vart oppheva, og sakene vart sendt tilbake til kommunen for ny handsaming. Vi bestemte samstundes at pasientane skulle ha mellombels opphald i sjukeheim i påvente av endelege vedtak.

Refleksjonar rundt desse sakene

Pasienten er per definisjon ein som søker helsehjelp. Mange av pasientane som treng pleie- og omsorgstenester, er mentalt svekte på grunn av alderdom og ute av stand til å ivareta egne interesser.

Pasienten kan leige eller kjøpe seg inn i omsorgsbustaden. Som utleigar har kommunen ei interesse i å leige ut til høgast mogleg pris. Det kan også vere gunstig for kommunen å krevje innskot. Ein husleigeavtale eller avtale om kjøp av bustad er berre gyldig når avtalepartane har samtykka frivillig. Kommunen kan derfor ikkje tvinge fram slike avtalar ved å nekte pasientar nødvendig helsehjelp om dei ikkje tek i mot.

På bakgrunn av det som kom fram i desse tre klagesakene lurar vi på om det skjer likevel. Vi spør oss om kommunane klarer å skilje mellom det å vere hjelpar og det å vere huseigar og utleigar/seljar.

Økonomisk rådgjeving i NAV-kontora

Av Elisabeth Lund-Iversen

Økonomisk rådgjeving og gjeldsrådgjeving er blant dei kommunale tenestene som no er ein del av tenestetilbodet i NAV-kontora. Fylkesmannen har i 2009 gjort mykje for å legge til rette for at NAV-kontora skal kunne handtere økonomi- og gjeldsrådgjeving på ein god måte. Tilbakemeldingane frå NAV-kontora tilseier at det vi har gjort siste året kjem brukarane til gode, og at det er aktuelt å vidareføre tiltaka.

Høyanger februar 2009

Hjørnesteinsbedrifta Fundo i Høyanger kommune gjekk konkurs 12. februar 2009, og om lag 400 personar vart arbeidsledige. Dette medførte brått ein stor auke i tal personar som trengde NAV sine tenester, flest i Høyanger, men også kommunane rundt merka auke. Mange skulle ha dagpengar, og det viste seg også auka behov for økonomisk rådgjeving og gjeldsrådgjeving i samband med at fleire innbyggjarar fekk lågare inntekt. At desse personane kunne få både statlege og kommunale tenester på same staden, var nok viktig for fleire i ein slik kritesituasjon.

Ein stor dugnad ved NAV-kontoret i Høyanger var det som skulle til for å avhjelpe den akutte situasjonen, og for å sikre at flest mogeleg fekk hjelp så raskt som råd. NAV-leiar i Høyanger, Hanne Sæbø fortel at dei har arbeida med om lag 40 gjeldssaker i 2009. Ho presiserer at ikkje alle desse var med bakgrunn i konkursen til Fundo. Ho meiner at tilbodet om gjeldsrådgjeving vart betre kjent og "marknadsført", og at dermed personar som hadde hatt gjeldsproblem lenge også tok kontakt.

Viktig med tidleg intervensjon

Det er ikkje berre NAV Høyanger som har merka auke i saker der det er naudsynt med økonomi- og gjeldsrådgjeving. Fleire NAV-kontor opplever dette, og dei ser klart fordelane med å ha denne tenesta best mogeleg integrert med NAV-kontoret sine andre tenester. Å ha høve til å komme tidleg inn i problematikken er trekt fram som svært viktig i denne type saker. Med samordninga i NAV har ein gode mogelegheiter til dette. NAV-kontoret kan fange opp mogeleg økonomiske utfordringar eller gjeldsproblematikk i samband med at menneske får inntektsnedgang ved arbeids-løyse eller langvarig sjukmelding, og ved behov for trygdeytingar.

Kompetanse og faglege nettverk

For at NAV-kontora skal kunne fange opp og ta tak i økonomi- og gjeldsproblematikk tidleg, er det viktig at fleire tilsette i kontora har grunnleggjande kunnskapar innan feltet. Deretter er det viktig at nokon i kontoret har utdjupande kompetanse på området slik at dei kan arbeide vidare med sakene. I 2009 har Fylkesmannen arrangert både grunnkurs og vidaregåande kurs innan økonomi- og gjeldsrådgjeving. Kursa har gått over to dagar, har hatt stor deltaking og har fått gode tilbake-meldingar frå deltakarane. Det var gledeleg at også statleg tilsette i NAV har delteke og melder tilbake at dei har hatt nytte av kursa. At deltakarane på kursa har vore ei blanding av nye og meir erfarne saksbehandlarar har berre vore positivt.

I fylket vårt er det starta to regionale fagnettverk innan økonomi- og gjeldsrådgjeving. Dette er det NAV-kontora sjølv som har tatt initiativ til. Nettverka er eit viktig bidrag til at kompetanse vert vidareutvikla og erfaringar vert delt.

Kvalifiseringsprogrammet

NAV-kontora tilbyr kvalifiseringsprogram til menneske som har ein lang veg å gå for å komma i arbeid eller aktivitet, og som ikkje har trygderettar. Dette er gjerne personar som har motteke sosialstønad over lengre tid. Om lag 150 personar i Sogn og Fjordane deltok i kvalifiseringsprogram pr. desember 2009. Ved deltaking i kvalifiseringsprogram mottek ein kvalifiseringsstønad, og økonomisk rådgjeving er av ulike grunnar sentralt for mange av deltakarane. Med utbetaling av kvalifiseringsstønad ein gong i månaden, er disponering og budsjettering noko som gjerne må lærast. Dette kan vere ein viktig del av det å tilnærme seg eit liv i arbeid med ein sjølvstendig økonomisk situasjon. Gjeldsproblematikk er heller ikkje uvanleg, og NAV-kontoret kan ha mykje å ta tak i for å hjelpe desse personane vidare.

Rettleiing

Hausten 2009 har Fylkesmannen gitt NAV-kontora tilbod om rettleiing i saker som gjeld økonomi og gjeld. Vi inngjekk frå august samarbeid med ein tidlegare lensmann/namsmann som har god kompetanse på dette området. Han arbeida også nokre månader ved NAV Høyanger etter konkursen til Fundo for å avhjelpe situasjonen der. Ved å engasjere ekstern konsulent har Fylkesmannen kunna bidrege med rettleiing innan dette feltet på ein heilt annan måte enn tidlegare, og denne type rettleiing var også etterspurt frå NAV-kontora.

Konsulenten har besøkt NAV-kontora og drive rettleiing etter spørsmål frå dei. Dei fleste NAV-kontora i fylket har nytta seg av dette nye tilbodet.

Fylkesmannen konkluderer med at tilbodet har vore eit særskilt viktig supplement til kurstilbodet vårt innan økonomi- og gjeldsrådgjeving. Ei lita evaluering blant NAV-kontora på slutten av året ga oss tilbakemelding om at dette er eit tilbod "midt i blinken" og at det er ynskje om vidareføring i 2010.

Økonomirådstelefonen i NAV – hjelp til sjølvhjelp

På landsbasis opna NAV økonomirådstelefonen 800GJELD i oktober 2009. Dette er eit supplement til rådgjevinga som vert gitt lokalt. Telefonen er eit lågterskeltilbod og kan for enkelte vere det første steget til å ta tak i økonomiske problem. Fram til desember 2009 hadde over 600 personar fått hjelp, og det vart gitt råd i saker på til saman om lag 600 millionar kroner. I ein del tilfelle vert personane råda til å ta kontakt med sitt lokale NAV-kontor for å få meir konkret hjelp enn det økonomirådstelefonen kan gi.

Oppsummering

At ansvaret for økonomi- og gjeldsrådgjeving no ligg i NAV-kontora er ein viktig del av NAV-reformen. Fylkesmannen vil fortsetje å stimulere til god aktivitet, erfaringsdeling og kompetanseheving på dette svært aktuelle området. Den viktigaste utfordringa er nok å få folk til å ta kontakt for å få hjelp så tidleg som mogeleg, før problema har vokse seg svært store. Dette skjer dessverre i for liten grad no, slik at sakene er svært arbeidskrevjande når dei først kjem på bordet. Då er det avgjerande med god kompetanse i NAV-kontor.