

Forord

For andre gong utgir vi ei samla helse- og sosialmelding. Vi har som i fjor valt å lage meldinga som ei artikkelsamling der ulike medarbeidarar har skrive artiklar om sentrale og aktuelle tema innafor helse- og sosialtenesta. Det fører til at ikkje alle tema vert omtalt. Meldinga inneheld få statistiske opplysningar, men desse opplysningane er i dag lett tilgjengeleg frå andre kjelder, mellom anna på internett.

Meldinga er primært ei tilbakemelding til sentrale, statlege helsestyresmakter, men vi håper og trur fleire av artiklane og vil vere av interesse for ei langt større målgruppe.

1. juni 2004 vart lov om vern mot tobakksskader endra slik at vi fekk røykfrie serveringsstader. For å markere dette har vi i år nytta bilete av ulike røyking forbode-skilt som gjennomgåande illustrasjon i meldinga. Utvalet av skilt er tilfeldig ut ifrå kva vi har komme over, og kva vi har vurdert å ha ein god illustrerande effekt.

Leikanger, februar 2005

Oddvar J. Flæte
fylkesmann

Petter Øgar
fylkeslege

Innhald

Forord	2
Folkehelse er partnerskap Av Bjørg Eikum Tang	4
Likeverdige helsetenester og tryggleik for befolkninga i helsepolitiske stormbyger Av Petter Øgar	7
Sjukeheims plass eller plass i omsorgsbustad – vert det skilnad i utgiftene for bebuarane? Av Arne Røyrvik	10
Kommunalt forbettringsprosjekt med fokus på tilbodet til rusmiddelmissbrukarar Av Tove Hovland	13
Kvalitetssikring av turnustenesta for legar Av Einar Hovlid	16
Samordning av tilsyn – det let seg gjere! Av Anne Eli Wangen	19
Psykisk helsevern Av Øyvind Myrmel	22
Helsetenesta i eit nøtteskal Av Petter Øgar	25

Folkehelsearbeid er partnerskap

Av Bjørg Eikum Tang

Folkehelsa er eit produkt av mange faktorar, frå livsstilsval det einskilde menneske gjer til storpolitiske avgjerder og globale utviklingstrekk. I 2004 peika Sosial- og helsedirektoratet ut Sogn og Fjordane som eitt av seks "fyrtårnfylke" for folkehelse. Det inneber eit forpliktande partnerskap mellom staten, fylkeskommunen, kommunar og frivillige organisasjonar. Lokal tilpassing og forståing for at folkehelsearbeid er sektorovergripande er naudsynt for å lukkast.

Folkehelse og føresetnader for folkehelsa

Det er skrive mykje om folkehelsearbeid, men det er vanskeleg å definere omgrepet folkehelse. Folkehelsa kan delast inn i tre dimensjonar. For det første førekomsten av helse som ei positiv meistringsevne i befolkninga. For det andre den samla førekomsten av meistringssvikt og sjukdom i befolkninga. Og for det tredje fordelinga av helse og sjukdom i befolkninga i forhold til kjønn, bustad og sosial status. God folkehelse føreset god helsetilstand, låg førekomst av sjukdom, og ei fordeling av helse og sjukdom i samsvar med dei rettferdsprinsippa samfunnet legg til grunn.

Folkehelsa er eit produkt av mange faktorar, frå livsstilsval det einskilde menneske gjer, til storpolitiske avgjerder og globale utviklingstrekk. Det kan vanskeleg understrekast sterkt nok kor avgjerande verknad dei alminnelege samfunnstilhøva har både på utviklinga i folkehelsa og for korleis vi forhold oss til ulike helseproblem og sjukdommar. Når summen av påkjenningar vi vert utsett for overstig vår fysiske, psykiske og/eller sosiale



meistringsevne, vert det utløyst reaksjonar som kan føre til ei rekkje ulike sjukdommar.

Ein føresetnad for god helse er tilfredsstillande materielle levekår. For dei fleste er i dag det største problemet ikkje for lite, men for mykje materielle gode. Men det gjeld ikkje alle.

Samfunnet sine psyko-sosiale kvalitetar er òg avgjerande. Det er ein samheng mellom aukande skilnader og aukande sjukelegheit og dødelegheit. Dei rådande kulturstrømingane og verdinormene i samfunnet avgjer i stor grad kva folk oppfattar som rett og galt, kva som er inn og kva som er ut. Dermed spelar dei ei avgjerande rolle for utforminga av haldningar, livsstil og åtferd. Sjølv om den einskilde har eit personleg ansvar for livet sitt, er dei sosiale normene sterkt førande, og vanskelege å bryte med. Tilnærminga til mellom anna kosthald, tobakk- og rusmiddelbruk, spiseforstyrningar og andre livsstilsfenomen, bør ta utgangspunkt i ei slik forståing. Skal vi oppnå gode resultat overfor slike livsstilsfenomen, kjem vi vanskeleg utanom å sjå på, og eventuelt prøve å påverke, verdinormene i samfunnet.

Partnerskap om folkehelsearbeid

I 2004 peika Sosial- og helsedirektoratet ut Sogn og Fjordane som eitt av seks fylke som fekk status som "fyrtårnfylke" for folkehelse. Det inneber eit forpliktande partnerskap mellom staten, fylkeskommunen, kommunar og frivillige organisasjonar, der alle partnerane skal bidra med både økonomiske og faglege ressursar for å fremje ei positiv utvikling av folkehelsa. I Sogn og Fjordane har 11 kommunar inngått eit slikt partnerskap med fylkeskommunen.

I kontrakten med fylkeskommunen har partnerskapskommunane inngått eit forpliktande samarbeid innafor ulike satsingsområde:

- Fysisk aktivitet
- Rus- og tobakksførebygging
- Førebygging av skader og ulykker
- Kosthald/ernæring
- Kultur og helse
- Helsefremmande skular og fritidsmiljø
- Psykisk helse
- Aktive og inkluderande lokalsamfunn

Kommunane skal gjennomføre tiltak på fleire av dei nemnde satsingsområda. Kva område som er aktuelle, vil variere frå kommune til kommune ut i frå lokale utfordringar og ressursar. Kvar kommune skal utarbeide eigen handlingsplan, og dei får statlege stimuleringsmidlar som tilsvare eigen ressursinnsats. Kommunane skal òg få fagleg støtte og rådgiving frå sentralt hald.

Fylkesplanen er eit viktig verkty for folkehelsearbeidet, og han skal utformast på ein arena der kommunane, fylkeskommunen og staten møtest. I arbeidet med fylkesplanen for 2005 – 2008 i Sogn og Fjordane er det sett ned sju arbeidsgrupper. Ei av dei har fokus på folkehelse og livsutfalding.

Den lokale partnerskapen i kommunane skal stimulere og styrkje samordning av lokalt folkehelsearbeid. Som på regionalt nivå er det sektorovergripande perspektivet og forankringa i kommuneplanarbeidet understreka. Det er naturleg å trekke inn ei rekke kommunale tenester, andre lokale, offentlege instansar (A-etat, trygdeetat m.m.), frivillige organisasjonar, næringsliv og fleire, i eit likeverdig samarbeid om utfordringane på folkehelseområdet.

Korleis er situasjonen i Sogn og Fjordane?

Sogn og Fjordane vert ofte omtala som trivselsfylket, med mykje flott natur og små, oversiktlege og homogene lokalsamfunn. Vi har tradisjon for å vere på toppen av dei gode og på botnen av dei dårlege statistikkane. Den forventade levealderen både for menn og kvinner i Sogn og Fjordane er framleis den høgste landet. Kvinner i Sogn og Fjordane har ein forventade levealder som ligg 0,9 år over landsgjennomsnittet, og for menn er skilnaden i vår favør 0,6 år. Nye data frå Statistisk sentralbyrå og Sosial- og helsedirektoratet syner at vi er det fylket som ligg lægst i tal røykjarar blant fylka i landet.

Rusbruken er framleis relativt låg i vårt fylke, men har auka dramatisk dei siste åra. Vi ser klare trendar som syner at drikkemønsteret i vårt fylke utviklar seg i tråd med utviklinga i resten av landet. Debutalderen for rus vert lægre, og samstundes aukar alkoholkonsumet blant jenter kraftig. Fagfolk innafor rusområdet roper eit varsku med omsyn til utviklinga, både i høve til korleis drikkekulturen endrar seg i ein del ungdomsgrupper, og med tanke på at tilgjenge til illegale stoff er radikalt endra dei siste åra.

Vektauken som har skjedd dei siste tiåra er ein indikator på redusert aktivitetsnivå.

Blant vaksne har vekta auka med 5 – 6 kg sidan 1985. Andelen overvektige 8.-klassingar i Noreg har auka frå 7,5 % i 1993 til 11,5% i 2000. Vekta til innbyggerane i Sogn og Fjordane ligg om lag midt på treet.

Ein viktig føresetnad for å vere fysisk aktiv, er tilgjenge til eigna tilbod, både areal og anlegg. I følgje opplysningar frå Statistisk sentralbyrå er skilnaden i tilgjenge liten mellom dei som bur i tettstader og storbyar, medan dei som bur i gravgrendte strom har lang veg til ulike aktivitetstilbod. Fylke med mykje spreidd busetnad, har på grunn av lange avstandar lægst del skuleelevar som går eller sykklar til skulen. Dette er ei stor utfordring i vårt fylke. Det krev at det vert sett i verk ulike tiltak, både ved at det vert prioritert utbygging av gang- og sykkelveg, og tilrettelagt for fysisk aktivitet som kan kompensere for mykje bilkøyring til barnehage, skule og arbeid.

Dei største ernæringsmessige utfordringane i tida framover, er i Sogn og Fjordane, som elles i landet, å auka inntak av frukt og grønnsaker, redusere inntak av metta feitt, samt å redusere sukkerforbruket blant barn og unge. Saman med auka fysisk aktivitet, vil slike endringar i kosthaldet redusere utvikling av overvekt og viktige folkesjukdommar som kreft, hjarteinfarkt og diabetes.

Lokale tilpassingar

Når partnarsskapskommunane skal prioritere sine innsatsområde, er det viktig at dei først og fremst fokuserer på eigne utfordringar, og kartlegg eksisterande tilbod. Lokal tilpassing er eit nødvendig fundament for å lukkast. Utfordringane kan vere heilt ulike i Førde og i Selje.

For å få til auka fysisk aktivitet i befolkninga totalt, kan det kanskje vere like viktig å byggje ut gang- og sykkelveg, som å byggje

fleire idrettsarenaer. Det kan og hende at det å redusere tilgangen på alkohol er eit meir vellukka tiltak mot rusmisbruk, enn å arrangere fleire rusfrie kveldar på den lokale ungdomsklubben.

Førebyggjande helsetenester og helsefremmande arbeid er oppgåver kommunane er pålagde ved kommunehelsetenestelova. For helsetenesta i kommunane er folkehelsearbeid såleis både ei pliktig oppgåve, og noko dei har eit pådrivaransvar for. Vi ser likevel at dette arbeidet har vore lagt prioritert i helsetenesta, noko som har mange årsaker. Folkehelsearbeid er tverrfagleg og sektorovergripande, difor må det forankrast sentralt i kommunen, og fleire sektorar må vere aktive både i planlegginga og gjennomføringa. Utan at tankegangen i folkehelsearbeidet får gjennomslag i alle tunge samfunnssektorar er det liten grunn til å vere optimistisk med omsyn til resultatet. Heilskapstenking og erkjenning av at "alt heng saman med alt" (Gro Harlem Brundtland) er viktig.

Likeverdige helsetenester og tryggleik for befolkninga i helsepolitiske stormbyger

Av Petter Øgar

I debatten om endringane i sjukehusa i fylket, har spørsmålet om geografisk likeverdige tenester og tryggleik for befolkninga vore sentrale tema. Kva meiner vi med likeverdige tenester, og er det mogeleg å oppnå? Og kva skapar tryggleik for befolkninga? Denne artikkelen drøftar desse spørsmåla.

Likeverd – kva er det?

Målet om likeverdige tenester er eit av dei mest grunnleggande måla for helsetenesta vår, og det er nedfelt i spesialisthelsetenestelova sin føremålsparagraf (sjå ramma nedanfor).

Spesialisthelsetenestelova § 1-1

Lovens formål er særlig å

1. fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming
2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,
3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud,
4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig,
5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og
6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

Likeverd handlar om likskap og rettferd, men likskap og rettferd kan definerast på fleire måtar. I forarbeida til spesialisthelsetenestelova (Ot. prp. nr. 10 (1998-99)) heiter det:

Et likeverdig tjenestetilbud foreligger når personer som etterspør helsetjenester har samme mulighet til å skaffe seg

helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, sosial status, alder, kjønn, etnisk tilhørighet m.v.

Tilbudslighet i relasjon til pasientenes bosted er en målsetting for norsk helsevesen. Tilbudet av helsetjenester har alltid vært dårligere i utkantstrøk enn i sentrale deler av landet. I særlig grad gjelder dette for spesialisthelsetjenestene. Å oppnå fullstendig likhet mellom personer i Oslo og Finnmark i denne sammenheng er ikke realistisk. Myndighetene arbeider imidlertid for å redusere forskjeller. En godt utbygd ambulansetjeneste og ambulerende spesialisthelsetjeneste kan f.eks bidra til å fremme denne målsettingen. Det samme gjelder tiltak for å stimulere spesialister m.v. til å etablere seg utenfor de sentrale deler av landet.

Verdiane i helsetenesta er nyleg drøfta i ei eiga stortingsmelding; St.meld. nr. 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta. Likeverdige tenester er ikkje diskutert her. Den grundigaste drøftinga av likskap og rettferd finn vi i utgreiinga til det første Lønningutvalet; NOU 1987: 23



Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste. Utvalet går gjennom ulike likskapsprinsipp: like mykje tenester til alle, likskap i tilbod og likskap i resultat. Dei konkluderer med at det overordna likskapsprinsipp bør vere at helsetenestene vert tilbydd slik at alle skal kunne bli så friske som dei etter føresetnadane sine er har mulegheit for.

Geografisk likeverd og anna likeverd

Målet om geografisk likeverdige tilbod tilseier at ein bør arbeide for eit tilbod som er like godt i Sogn og Fjordane – og alle delar av Sogn og Fjordane – som resten av landet. Men det må og bety at vi i vårt fylke ikkje bør ha eit tilbod som er betre enn det dei har elles i landet. Her ligg det ei utfordring ved at Sogn og Fjordane ikkje berre ligg i landstoppen når det gjeld brukte kroner per innbyggjar til spesialisthelsetenester. Vi ligg også i landstoppen når det gjeld forbruk av slike tenester. For eit fylke som meiner seg å ha den friskaste befolkninga i landet, passar dette heller dårleg i eit likeverdsperspektiv. Når ein i debatten om fordeling av ekstraløyving til Helse Vest hevdar at heile løyvinga bør gå til lokalsjukehusa i Sogn og Fjordane, er det grunn til å spørje kva likeverdsprinsipp som vert lagt til grunn. I desse flaum- og katastrofetider kunne det og vere freistande og spørje kva plass det globale likeverdsprinsippet bør ha når det gjeld helsetenester, men det nasjonale og fylkesdekkande er visst meir enn vanskeleg nok å handtere.

Likeverd er som nemnt ikkje berre knytt til geografi, men òg til økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk bakgrunn. Legg vi det saman med dei prioriteringskriteria som er nedfelt i pasientrettslova, er det pasientgrupper i Sogn og Fjordane som i dag ikkje har eit så godt tilbod som dei

burde ha. Det gjeld til dømes innanfor heile feltet av rusomsorga. Det gjeld spesialisthelsetenestetilbodet til dei gamle (geriatri og psykogeriatreri). Og det gjeld rehabiliterings- og habiliteringstilbodet til kronisk sjuke og funksjonshemma. I dette perspektivet tilseier eit likeverdige tilbod til befolkninga i fylket difor ei omfordeling av ressursane vi brukar på spesialisthelsetenestene, med meir til kronikarar og svake grupper, og høvesvis mindre til akuttberedskap. I debatten som har rasa har det vore vanskeleg å finne målberarar for dei svake gruppene og ei slik omprioritering av ressursane.

Likeverd og andre målsettingar

Det er ikkje berre det at likeverdsomgrepet er samansett. Det må og vegast mot dei andre verdiane og målsettingane som går fram av § 1-1 i spesialisthelsetenestelova (sjå ramma ovanfor).

Vi vil alle ha ei helseteneste av høg fagleg kvalitet. Når vi vert sjuke, er eigentleg berre det beste godt nok når det gjeld helsetenester. Den medisinsk-teknologiske utviklinga har gitt oss mange nye og betre tilbod, men ho har og ført med seg ei sterk spesialisering. Skal ei sterkt spesialisert teneste vere fagleg god, må specialistane ha nok pasientar til å oppretthalde naudsynt røynsle og ferdigheiter. For mange tenester er dette umogleg å få til utan ei viss sentralisering av tilbodet. Kravet om best mogeleg utnytting av avgrensa ressursar, tilseier det same. I praksis tyder dette at det i stadig større grad vert vanskelegare eller umogleg å oppretthalde dei same spesialisthelsetenestetilboda like desentralisert som før.

Utfordringa ligg i å finne kva heilskapelege løysingar som best tek i vare både omsynet til likeverdige tenester, fagleg gode tenester

og effektiv ressursbruk. Det er ikkje vanskeleg å komme med framlegg til forbetringar på ein skilde geografiske stader eller innanfor ein skilde tenesteområde. Det vanskelege er å gjere dette i eit heilskapleg perspektiv innanfor den ressursramme som står til rådvelde. Når kommunane som ansvarlege organ kritiserer framlagde løysingar frå Helse Førde, er det sjølvsagt greitt. Men dersom dei ikkje samstundes kan vere med å peike på betre alternative, heilskaplege løysingar innanfor gjeldande rammer, har dei lite å slå i bordet med.

Tryggleik

Når debatten hardnar til kjem ofte spørsmålet om tryggleik. Tryggleik er eit grunnleggjande menneskeleg behov. I høve helsetenester handlar det om å få gode og forsvarlege tenester i tide når sjukdom eller skade gjer det naudsynt. Dei fleste tenkjer i denne samanheng på øyeblikkeleg hjelp situasjonar, men for dei mange med kroniske sjukdommar, som ofte har behov for helsetenester utan at det treng haste så mykje kvar gong, vert dette for snevert. Deira tryggleik byggjer på at helsetenesta har eit tilgjengeleg tilbod over tid, prega av god fagleg kvalitet, kontinuitet og samhandling med kommunehelsetenesta. Kronisk sjuke får etterkvart monaleg personleg røyndom i kva grad helsetenesta faktisk greier å syte for ein slik tryggleik. Dei fleste av oss har heldigvis sjeldan trong for øyeblikkeleg innsats frå helsetenesta si side, og difor veit vi heller ikkje heilt kor trygge vi har grunn til å kjenne oss. Ein opplevd tryggleik som saknar rot i røyndomen, kan vere ei god trøyst – heilt til ein møter røyndomen. Grunnlaus frykt er alltid ille.

I høve dei aller fleste øyeblikkeleg hjelp tilstandane og dei reisetidene vi snakkar om i Sogn og Fjordane i dag, er det slik at det medisinske utfallet er vesentleg meir

avhengig av kvalitet og innhald i den tenesta som vert gitt ved sjukehuset ein kjem til, enn reisetida for å komme dit. Det skulle ein ikkje tru ut ifrå det som står å lese i avisene. Mange synest og å ha gløymt at den mest grunnleggjande akuttberedskapen ikkje er knytt til sjukehusa, men til den kommunale legevakttenesta og ambulansetenesta. Dei langt fleste pasientane som vert lagt inn på sjukehus tiltrengjande øyeblikkeleg hjelp, skal til ei indremedisinsk avdeling. Desse avdelingane er det ingen som vil leggje ned ved lokalsjukehusa. Hastegraden ved øyeblikkeleg hjelp innleggingar i kirurgi er sjeldan stor, med unntak av etter alvorlege ulykker. Og ved alvorlege ulykker, vert pasientane ofte transportert direkte til Sentralsjukehuset eller Haukeland universitetssykehus.

Ein av dei mest øyeblikkelege tilstandane vi har er akutt hjarteinfarkt. Den beste behandlinga av denne sjukdommen, er å gå inn akutt og "stake opp" den blodåra til hjartet som er tett. I vår region vert dette i dag berre gjort ved Haukeland sjukehus. Tryggleiken til desse pasientane er difor knytt til eit apparat som kan syte for raskast mogleg transport til Bergen.

I den oppheita debatten om lokalsjukehusa har tryggleiksargumentet vorte nytta på ein lite nyansert og lite edrueleg måte. På fjernsyn har vi sett vanlege menneske hevde at befolkninga er betre tente og tryggare med tre "fullverdige" lokalsjukehus utan sentralsjukehus enn omvendt. Her er openbert både opplevd tryggleik som saknar rot i røyndomen, og grunnlaus frykt. For å skape eit meir realistisk bilete av situasjonen, bør Helse Førde mykje tydelegare synleggjere for befolkninga kva og kor mange øyeblikkeleg hjelp tilstandar og pasientar som faktisk vert behandla ved dei ulike sjukehusa i og utanfor fylket.

Sjukeheimplass eller plass i omsorgsbustad – vert det skilnad i utgiftene for bebuarane?

Av Arne Røyrvik

Det har frå 1997 og fram til i dag skjedd ei vesentleg endring av butilbodet til eldre. Aldersheimar er så og seie borte, og vi har fått omsorgsbustader i staden. Har denne endringa fått økonomiske konsekvensar for bebuarane?

Handlingsplanen for eldreomsorga har medført at mange har fått betre bygningsmessige omgivnader i sjukeheimar og omsorgsbustader. I perioden 1997 – 2005 vil talet sjukeheimplassar i Sogn og Fjordane auke frå 1068 til 1248, talet aldersheimplassar har vorte redusert frå 399 til 51, medan tal omsorgsbustader har auka frå 124 til 670. Den største endringa har vore ved avviklinga av aldersheimar, som i mange tilfelle var eldre og lite tidsmessige bygningar, til bygging av nye og moderne omsorgsbustader.

Omsorgsbustadene skal i prinsippet tene som bustad både for dei som treng lite hjelp, tilsyn og pleie, og for dei som treng heildøgns pleie og omsorg. Målet er at den enkelte skal få hjelp etter behov. Kor mykje og kva type tenester som vert ytt, skal gå fram av vedtaket den enkelte får. I sjuke- og aldersheimane får bebuaren også den hjelpa han/ho har behov for, utan at det er noko vedtak på kva det inneber praktisk.

For opphald i sjuke- og aldersheim må bebuaren betale eit vederlag som ikkje skal overstige den faktiske døgnprisen. Døgnprisen omfattar opphald, rom og mat, stell og pleie, forbruksvarer til stell, konsultasjon av lege, fysioterapeut og medisin. Kor mykje den enkelte skal betale, er fastsett i eiga forskrift. Det sentrale her er

at den enkelte bebuaren skal ha att eit visst beløp til fri disponering. Dette beløpet vert regulert i takt med endringar i grunnbeløpet (G) i Folketrygda, som pr. 1. mai 2004 er på kr 58 778. Forskrifta er slik at dei med høgst pensjon og anna inntekt må betale mest. Alle er likevel sikra ein minstesum til eige forbruk. Etter 1. mai 2004 er denne på kr 2 182 pr. månad.

For plass i omsorgsbustad må bebuaren betale husleige som vert fastsett av utleigar, vanlegvis kommunen. Dei med minst inntekt vil ha rett til bustønad ut frå regelverket til Husbanken. Dei av bebuarane som ikkje vil eller kan lage maten sin sjølv kan kjøpe maten, anten som enkeltmåltid eller alle måltida pr. dag. Dei har i tillegg utgifter til heimetenester/heimehjelp, alarm, telefon, TV, og må dekkje utgifter til lege, medisin og sjuketransport til dei får frikort. Enkelte kommunar tek òg betaling for leige av sengetøy og handkle, og vask av desse. Prisen for tenestene blir oftast vedteke av kommunale organ, og då ut frå sjølvkostprinsippet.

Det kan ikkje krevjast eigenbetaling for heimesjukepleie og praktisk hjelp til personleg stell og eigenomsorg. Dette er regulert i eiga forskrift. Etter denne forskrifta fastset Kongen kor mykje dei med inntekt under 2 G, kr 117 556, maksimalt skal betale for heimehjelp. Denne maksimumsgrensa er no på kr 150,- pr. månad. For dei med inntekt over 2 G, kan kommunen krevje høgare betaling. Det er vanleg å gradere betalinga etter inntekt og i grupper, som 2 – 3 G, 3 – 4 G etc. Timesats og abonnement (gjeld dei som har over eit

visst timetal i månaden), varierer frå kommune til kommune.

I dag er dei fleste som har plass i sjukeheim eller omsorgsbustad, og som er i alderen 80 +, minstepensjonistar. I takt med auken i talet pensjonistar med tilleggspensjon, vil også inntektsendringar gjere seg gjeldande. Det vil såleis bli fleire og fleire som vil ha inntekter på over 2 G.

Ein pensjonist i sjukeheim vil ha att same beløpet til fri disposisjon over heile landet. Ein minstepensjonist som no har kr 105 408 i årleg nettoinntekt, vil såleis ha att kr 2 182 pr. måned til fri disposisjon. Er nettoinntekta på kr 125 000 pr år, vil han/ho ha att kr 2 427, og om nettoinntekta er på kr 190 000 vil disponibelt beløp pr. måned bli kr 3 240.

Om dei same pensjonistane i staden får tilbod om plass i omsorgsbustad og har same inntekter som nemnt ovanfor, vil det dei har att til fri disposisjon variere frå kommune til kommune. Dette syner oppstillinga frå 3 kommunar i fylket, her nemnde som kommune A, B og C.



**Dette bordet er reservert
for ikke-røkere**

Person med minstepensjon netto kr 105 408,
kr 8 784 pr. mnd.

Kommune	A	B	C
Husleige pr. mnd.	4 915	4 660	4 950
Straum, stipulert		290	
- Bustønad ¹	2 215	2 215	2 215
Netto husleige	2 700	2 735	2 735
Alarm ²	79	247	210
Alle måltid	2 580	3 690	3 000
Heimetenester ab.	150	150	150
Sengetøy, leige/vask		500	300
Lege etc. frikort	130	130	130
Telefon ab. + teljest.	200	200	200
TV	160	160	160
Totale kostnader	5 999	7 812	6 785
Pensjon	8 784	8 784	8 784
Til fri disposisjon	2 785	972	1 999

For pensjonist med netto inntekter på kr 125 000 og kr 190 000, vil dei fleste utgifter vere dei same. Det er to utgifter og inntekter som vil vere avhengig av pensjonisten si inntekt; bustønad og betaling for heimetenester (abonnement). Bustønaden er lik for alle tre kommunane og vil for inntekt på kr 125 000 og med den husleiga som er opplyst her, bli på kr 1 313. Dei med inntekt på kr 190 000 vil ikkje få bustønad då inntekta er for høg.

Heimetenestene for dei med inntekt på kr 125 000 i kommune A er fastsett til kr 374, i B kr 640 og i C kr 1 120. For dei med inntekt på kr 190 000 er abonnement på heimetenester i kommune A på kr 606, i B kr 905 og i C kr 1 610. Dette gjev følgjande reknestykke:

Person med nettoinntekt kr 125.000,
kr 10 417 pr. mnd.

Kommune	A	B	C
Husleige pr. mnd.	4 915	4 660	4 950
Straum, stipulert		290	
- Bustønad ³	1 313	1 313	1 313
Netto husleige	3 602	3 637	3 637
Alarm	79	247	210
Alle måltid	2 580	3 690	3 000
Heimetenester ab.	374	640	1 120
Sengetøy, leige/vask		500	300
Lege etc. frikort	130	130	130
Telefon ab. + teljest.	200	200	200
TV	160	160	160
Totale kostnader	7 125	9 204	8 757
Pensjon	10 417	10 417	10 417
Til fri disposisjon	3 292	1 213	1 660

¹ 2004 tal

² For dei bustadane som ikkje internvarsling

³ 2004 tal

Person med netto inntekt kr 190 000,
kr 15 833 pr. mnd.

Kommune	A	B	C
Husleige pr. mnd.	4 915	4 660	4 950
Straum, stipulert		290	
- Bustønad	0	0	0
Netto husleige	4 915	4 950	4 950
Alarm	79	247	210
Alle måltid	2 580	3 690	3 000
Heimetenester ab.	606	950	1 610
Sengetøy, leige/vask		500	300
Lege etc. frikort	130	130	130
Telefon ab. + teljest.	200	200	200
TV	160	160	160
Totale kostnader	8 670	10 827	10 560
Pensjon	15 833	15 833	15 833
Til fri disposisjon	7 163	5 006	5 273

Pensjonistar med opphald i sjukeheim har att eit minstebeløp til fri disposisjon same kvar i landet dei bur. Dette beløpet aukar med i overkant av kr 1 000 pr. månad når nettoinntekta aukar frå minstepensjon på kr 105 408 til kr 190 000.

For pensjonistar som bur i omsorgsbustad, syner opplysningane frå desse 3 kommunane at det er store variasjonar mellom kommunane. Dette gjeld både når pensjonisten er minstepensjonist, og når han har god tilleggspensjon.

I kommune A vil pensjonisten ha att meir til personleg disposisjon ved å bu i omsorgsbustad same kva inntektsgruppe vedkommande er i. Differansen er likevel størst for dei med høgst inntekt.

Både i kommune B og C har dei att mindre til privat disposisjon under opphald i omsorgsbustad enn i sjukeheim. Særleg i kommune B er skilnaden stor ved at pensjonisten i sjukeheim har att dobbelt så mykje til privat disposisjon enn ein som bur i omsorgsbustad. I kommune C er denne skilnaden langt mindre. Også dei med inntekt på kr 125 000 kjem dårlegare ut ved opphald i omsorgsbustad enn i sjukeheim. Dei med netto inntekt på 190 000, har kr 1 800 - 2 000 meir til privat disposisjon i kommunane B og C ved å bu i omsorgsbustad framfor sjukeheim. I kommune A er skilnaden på nær kr 4 000.

Kommunane har planlagt og gjennomført handlingsplanen for eldreomsorga ulikt. Enkelte har høg dekning av sjukeheims plassar og få omsorgsbustader, medan andre har valt motsett. Eigenbetalinga for opphald i sjuke- og aldersheim er regulert ved forskrift. Husleiga i omsorgsbustad vert regulert ut frå kostnadsnivået for slike bustader. I tillegg kan/må pensjonistane kjøpe måltida, betale for alarm og personlege tenester. I prinsippet skal ein kunne få dei same tenestene om ein har plass ved sjukeheim eller i omsorgsbustad. Økonomien for den enkelte vil derimot kunne variere mykje avhengig av kva omsorgsform som blir tilbode.

Kommunalt forbetningsprosjekt med fokus på tilbudet til rusmiddelmissbrukarar

Av Tove Hovland

Fylkesmannen har mange rettleiingsoppgåver i høve til kommunane. I dette prosjektet har vi prøvd ut ein ny måte å formidle statlege styringssignal på, samtidig som vi har sett fleire av desse oppgåvene i samanheng. Prosjektet handla om å betre kvaliteten på tenestene til dei tunge rusmiddelmissbrukarane, ved å bruke systematisk forbetningsarbeid på konkrete problem som kommunane hadde. Resultatet av prosjektet var så positivt at fylkesmannen sin helse- og sosialseksjon planlegg to nye forbetningsprosjekt etter same modell i 2005.

Tilbudet til rusmiddelmissbrukarane er eit viktig satsingsområde

Rusrelaterte problem har over lengre tid vore eit viktig satsingsområde for styresmaktene. Fylkesmannen skal i den samanhengen tilrettelege og koordinere opplæringstiltak knytt til kommunane sitt arbeid med tunge rusmiddelmissbrukarar. Helse- og sosialtenesta sitt arbeid mot denne gruppa er særleg utfordrande, fordi det set store krav til samordning og samhandling på tvers av forvaltningsnivå, og mellom profesjonar. I tillegg har vi i dag lite kunnskap om kva tiltak og behandling som har effekt i høve arbeidet med denne gruppa. For oss vart det difor naturleg å velje dette fagområdet då vi skulle starte opp eit slikt prøveprosjekt.

Måla for prosjektet

- Å lære kommunane forbetningsmetode ved at dei prøver verktøyet på konkrete problem i høve til arbeidet med tunge rusmiddelbrukarar

- Å synleggjere korleis slikt forbetningsarbeid, og resultatet av det, kan byggjast inn i eit styringssystem
- Å vidareformidle resultat og erfaringar frå dette prosjektet til dei andre kommunane i fylket ved at prosjektkommunane deltek på rusfagleg forum og på fylkesmannen sitt nettverk for leiarar i sosial- og helsetenesta
- Å nytte erfaringar frå dette arbeidet i planlegging av korleis fylkesmannen si rettleiing av sosial- og helsetenesta kan vere i høve til kontinuerleg forbetring av kvaliteten på tenestene, og korleis resultatet kan byggjast inn i gode styringssystem

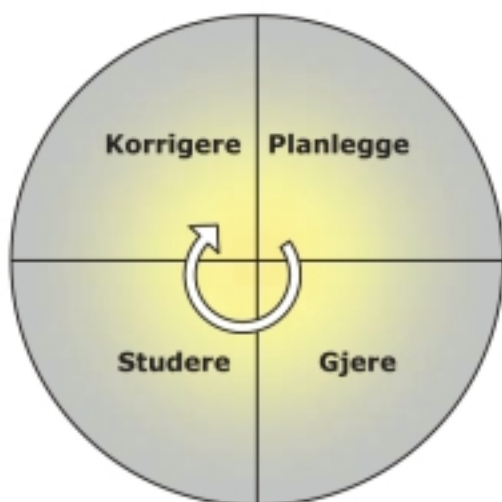
Kva gjorde vi

På bakgrunn av innbyggjartal og forventa tal rusmiddelmissbrukarar, inviterte vi fem kommunar til å delta i prosjektet; Førde, Florø, Eid, Høyanger og Gloppen. Det vart stilt krav om at kommunane skulle ha med minimum tre deltakarar, og at både helse- og sosialtenesta skulle vere representert. Kommunane måtte forplikte seg til å jobbe systematisk med prosjektet i heile prosjektperioden, og delta på erfaringsoverføringsseminar med dei andre kommunane i fylket.

Det vart gjennomført tre samlingar i prosjektperioden desember 2003 – september 2004, der opplæring i systematisk forbetningsarbeid og kvalitetsverktøy var viktige element. Kommunane fekk tilbod om rettleiing mellom samlingane.

Det systematiske forbetningsarbeidet slik vi la det opp, bygger på elementa henta frå Demings sirkel (sjå figur). Kommunane planla forbetningsområde ved å kartlegge, prioritere og velje arbeidsprosessar som dei ville forbetre. Dei gjennomførte dei planlagde endringane og studerte, evaluerte og eventuelt korrigererte den nye arbeidsprosessen, før den vart integrert i dagleg drift.

På samlingane la vi vekt på at prosjektdeltakarane brukte kvarandre som ressurspersonar. Erfaringsoverføring, refleksjon, formidling og meistring, var viktige element i dette.



Figur 1. Demings sirkel

Resultat

Alle kommunane kunne dokumentere betring i høve til dei måla dei hadde sett seg. Områda som kommunane valde å arbeide med var:

- å ta i bruk individuell plan for denne brukargruppa
- å lære opp fagpersonar i kommunen til å bruke individuell plan som verktøy
- å betre samarbeidsrutinar og samhandlinga mellom alle instansar i kommunen rundt denne gruppa. Tre av

gruppene hadde med deltakarar både frå A-etat og trygdeetat.

- å utvikle arbeidsmetodar og rutinar som gjer at unge rusmiddelmissbrukarar får målretta hjelp til å bryte ruskarrieren sin og hjelpe dei til å få eller halde på eit arbeid
- å betre rutinane i kommunen rundt dei rusmiddelbrukarane som har omfattande sosiale problem og også primære og sekundære helseplager på grunn av avhengigheta si.

Prosjektdeltakarane evaluerte denne arbeidsmåten svært positivt. Dei meinte at Fylkesmannen på denne måten sette fokus på nasjonale satsingsområde som elles har liten status. I staden for å vere passiv mottakar av statlege styringssignal på ein konferanse, får dei hjelp til å setje i gang arbeidet sjølve. Arbeidsmåten vart evaluert som krevjande fagleg, fordi gruppene var samansett tverrfagleg og på tvers av forvaltningsnivå. Særleg vart erfaringsoverføring og det å lære av kvarandre, trekt fram som positive element. Både kommunane, aetat og trygdeetaten meinte at det var nyttig å bli kjend med rammevilkåra til kvarandre. To av kommunane såg på dette arbeidet som ein del av deira arbeid med samordning av arbeidstiltak, trygdetiltak og sosiale tenester, det som no vert kalla NAV - Ny arbeids- og velferdsforvaltning.

For fylkesmannen sin helse- og sosialseksjon har dette vore eit meir krevjande arbeid enn når vi formidlar statlege styringssignal på tradisjonelt vis, t.d. på ein konferanse, men vi ser at denne arbeidsmåten fører til konkrete forbetningar i prosjekt-kommunane. Sjølv om alle prosjekt-gruppene har presentert sine prosjekt på samlingar for resten av kommunane i fylket,

er det sjølvsagt usikkert kor mykje endringar det medfører hjå dei kommunane som ikkje har vore med i prosjektet.

Vidareføring av arbeidet

Arbeidsforma som er skissert her er ressurskrevjande både for fylkesmannen og dei kommunane som deltek i prosjektet. Vi kan difor berre gi eit slikt tilbod på område som er høgt prioriterte av styresmaktene. Vidare må vi vurdere kor mange kommunar som kan delta i dei ulike prosjekta.

Dersom vi vil forbetre og endre dei resultatane som sosial- og helsetenesta produserer, må vi gjere endringar i systemet. Aktivitetane må endrast, og arbeidsprosessen må setjast

saman på ein ny måte. Dette krev opplæring, og det kan best gjerast ved at sosial- og helsearbeidarar sjølve lærer systematisk forbetningsarbeid på konkrete problem i eigen kvardag.

Fylkesmannen sin helse- og sosialseksjon vil difor starte opp to nye forbetningsprosjekt i 2005. Det eine prosjektet vert starta opp i januar og vil ha fokus på forbetningsarbeid på allmennlegekontor. Prosjektet er støtta av Sosial- og helsedirektoratet og Den Norske Lægeforening. I tillegg planlegg vi hausten 2005 eit forbetningsprosjekt for sosial- og helsetenesta med fokus på brukarmedverknad.



No Smoking
Please!

Radisson SAS
HOTELS & RESORTS

Kvalitetssikring av turnustenesta for legar

Av Einar Hovlid

Turnustenesta er avgjerande for å meistre legerolla på ein god måte. Dette gjeld både det som går på dei faglege ferdigheitene og dei meir mellommenneskelege forholda i høve kollegar og pasientar. Det er difor avgjerande at kvaliteten på turnustenesta er best mogleg. I tillegg har det vist seg at turnustenesta er viktig med tanke på val av seinare arbeidsstad, noko som ikkje må gløymast i eit fylke som slit med rekrutteringsvanskar. Artikkelen drøftar nokre av svakheitene ved ordninga i dag, og skildrar kva tiltak som er sett i verk her i fylket for å betre den.

Bakgrunn

Gjennom vår kontaktflate med turnuslegane har Fylkesmannen fått innblikk i korleis dei opplever sjukehusstenesta. Vårt inntrykk samsvarar godt med dei formelle evalueringane til turnuslegane. Sjukehusa kan tilby varierte og spanande kliniske utfordringar, men ein har eit forbetningspotensial når det gjeld rettleiing og systematikk.

Turnuslegane får fortløpande rettleiing vedrørende praktiske, medisinske spørsmål frå tilgjengelege legar. På nokre avdelingar kan det til tider vere eit problem med tilgjengelegheita, særleg gjeld dette avdelingar der det er hyppig bruk av vikarar. Turnuslegar har uttalt at dei til tider opplever det som om dei må stå for kontinuiteten når det stadig kjem nye, ukjende vikarar. I tillegg skal kvar turnuslege få utnemnd ein personleg rettleiar. På medisinsk og kirurgisk avdeling har dette tradisjonelt vore ein assistentlege. Desse har svært varierende føresetnadar for å kunne løyse rettleiaroppgåva. Nokre har

sjølve kort fartstid i legerolla etter fullført turnusteneste, det er få føringar for korleis ein skal utføre rettleiinga, og dei har ikkje fått noko organisert opplæring.

Sogn og Fjordane har i lengre tid hatt problem med å rekruttere og behalde legar, både til kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Fylkesmannen i Sogn og Fjordane har saman med mellom anna Legeforeningen, Kommunenes sentralforbund og Sosial- og helsedirektoratet, vore engasjert i å gjere noko med dette. Arbeidet har vore forankra i Helse- og omsorgsdepartementet, og har dei siste åra vore omtala i statsbudsjetta. Høgskulen i Sogn og Fjordane har på vegne av Fylkesmannen gjort ei spørjeundersøking blant allmennlegane som arbeider eller har arbeidd i fylket dei fem siste åra. Rapporten er eintydig på at turnuslegane er ein viktig ressurs med tanke på nyrekruttering.

Isolert sett er det viktig å arbeide med kontinuerleg forbetring av turnustenesta. Vi trur at det i tillegg kan gi ein sekundærggevinst i form av betra rekruttering og stabilisering blant legar både i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Eit vellukka turnusopphald på eitt og eit halvt år i Sogn og Fjordane vil kunne vere ein viktig motivasjonsfaktor for å søke jobb her etter fullført turnusteneste.

Med dette utgangspunktet tok Fylkesmannen kontakt med Helse Førde for å sjå om ein i fellesskap kunne gjere noko for å betre turnustenesta ved sjukehusa i fylket.

For å kvalitetssikre turnustenesta identifiserte vi 2 kritiske suksessfaktorar: Styrking av rettleiinga, og etablering av ein fast og forpliktande arena som ramme for forbetningsarbeidet.

Rettleiing

Fylkesmannen har ansvar for å plassere turnuslegar til teneste i kommunehelsetenesta, og gjennomføre eit to dagars kurs for desse med særleg vekt på forvaltningsoppgåver og trygdemedisin. Sidan år 2000 har Fylkesmannen også hatt ansvaret for eit utvida rettleiingsprogram for turnuslegane medan dei har si distriktsteneste. Vi har løyst denne oppgåva ved å tilsette to røynde allmennlegar i deltidstillingar som rettleiarar. Desse to arrangerer kvart halvår tre gruppesamlingar for turnuslegane. Hovudmålet med samlingane er å bidra til tryggleik og trivsel i legerolla, gjennom samtalar og erfaringsutveksling.

Erfaringane frå dette rettleiingsprogrammet er særst gode. Turnuslegane har behov for ein møteplass der dei kan få tilbakemelding på opplevde situasjonar og måten dei har takla dei på. Rettleiarane gir også tilbakemeldingar til dei respektive turnusstadane, både i form av generelle tilbakemeldingar på gruppenivå, og meir direkte tilbakemeldingar på forholdet i ein kommune. Vår erfaring er at slik tilbakemelding frå kollega til kollega over tid har bidrege til å heve nivået på turnustenesta her i fylket.

Det er viktig at Helse Førde og avdelingane som har turnuslege, er ansvaret sitt bevisst når det gjeld opplæring og rettleiing av turnuslegar. Samstundes må ein erkjenne at det er eit udekket behov for rettleiing, særleg rundt det som går på legerolle, legeidentitet og lege-pasientforhold. Løysinga på dette vart at to psykiatrar frå Sentralsjukehuset i

Førde fekk ansvaret for å utforme eit rettleiingsprogram etter modell frå Fylkesmannen sitt rettleiingsprogram for distriktsturnus. Det er viktig å poengtere at dette ikkje skal erstatte, men vere eit supplement til den rettleiinga som vert gitt på avdelingane. Psykiatrane vil kunne gi verdifulle innspel til forbetningsarbeidet, og ein kan dra veksling på kvarandre sine erfaringar frå rettleiing på sjukehus og i distrikt.

Rettleiingsprogrammet omfattar alle turnuslegane som har sjukehussteneste i Sogn og Fjordane, og vil i første omgang vere eit prøveprosjekt i to år. Prosjektet er finansiert med pengar frå Sosial- og helsedirektoratet. I løpet av året på sjukehus, har turnuslegane tre samlingar saman med rettleiarane. Første samlinga er om lag ein månad etter oppstart, andre samlinga etter sju månadar og siste samling er etter ti månadar. Den første og siste samlinga er med overnatting.

Turnuslegane har hatt si første samling. I tilbakemeldinga frå rettleiarane heiter det:

På evalueringskjema og i samtale med deltakarane kom det fram at seminaret var eit etterlengta tilskudd til turnusteneste som i stor grad handlar om det å jobbe, og kanskje i for stor grad å jobbe åleine med stort ansvar. Deltakarane såg fram til to nye seminar, og beskjeden kursleiarane fekk var at ein ønskte å utvide seminaret med ein dag til.

Kursleiarane sit igjen med eit klart inntrykk av at turnuslegane generelt ikkje får den oppfølging som er ønskeleg og som dei har krav på i henhold til målbeskrivelse og i henhold til den forpliktelse sjukehuset har tatt på seg i forhold til opplæring, undervisning og veiledning av turnuslegar.

Kontinuerleg forbetningsarbeid

Tilbakemeldinga over illustrerer på ein god måte behovet for ei kontinuerleg forbetring av turnustenesta. Der vil heile tida vere ei naturleg utskifting av turnuslegar, og med tredelt teneste vil gjennomtrekken til tider vere stor. Den kliniske kvardagen er hektisk, og forbetningsarbeid er ikkje alltid det som vert prioritert høgast. Når det gjeld forbetring av turnustenesta, vil ein i mange saker ha eit behov for samarbeid og koordinering på tvers av dei tre avdelingane som har turnuslege. For å sette forbetningsarbeidet i system, slik at det kan fungere over tid uavhengig av personar, valte dei ved Sentralsjukehuset i Førde å etablere eit fast forum forankra utanfor dei tre avdelingane som i dag har turnuslege. Forumet fekk namnet Turnusrådet, og fagavdelinga fekk ansvaret for å vere sekretariat. Forutan representant frå denne

avdelinga består rådet av ein turnuslege og ein ansvarleg overlege frå dei tre avdelingane som har turnuslege. Lokalsjukehusa i Lærdal og på Eid har etablert liknande forum med same siktemål, men tilpassa ein mindre organisasjon.

Dette forumet har foreløpig ikkje funne si form. Dette skuldast i stor grad dei pågåande omstruktureringane i Helse Førde. Den nye organiseringa ser ut til å få store konsekvensar for turnustenesta, gjennom at lokalsjukehus ikkje lengre kan tilby ei fullverdig turnusteneste. Det hastar no med å få på plass ein endeleg modell for turnustenesta her i fylket. Vonleg vil Helse Førde også i framtida kunne tilby ei attraktiv turnusteneste, som gjer unge legar i stand til å meistre den framtidige legerolla på ein god og forsvarleg måte.



Samordning av tilsyn – det lar seg gjere!

Av Anne Eli Wangen

For fylkesmannen er det viktig å samordne dei kommuneretta aktivitetane. Ikkje minst gjeld dette tilsyn med tenester som er reelt overlappende. Artikkelen handlar om korleis vi har gjennomført felles tilsyn med helse- og sosialtenestene til heimebuande eldre. Konklusjonen er at slik samordning var lite problematisk for oss og uproblematisk for kommunane.

Fylkesmannen fører tilsyn med kommunane si etterleving av sosialtenestelova, og Helsetilsynet i fylket fører tilsyn med kommunane si etterleving av kommunehelsetenestelova. For heimebuande er tenestene etter sosialtenestelova og kommunehelsetenestelova dels overlappende. Tilsynsmessig bør dei difor òg sjåast i samanheng. Med dette utgangspunktet planla og gjennomførde helse- og sosialavdelinga fire felles tilsyn med helse- og sosialtenestene til heimebuande eldre i 2004.

Førebuinga

Dette var det første felles tilsynet i den nye helse- og sosialavdelinga, og vi var alle utan tidlegare erfaring med felles tilsyn etter ulike regelverk. Vi valde difor å leggje mykje arbeid i planleggingfasen. Det vart lagt opp til ei brei tilnærming, og vi nytta idédugnad som utgangspunkt i planleggingarbeidet.

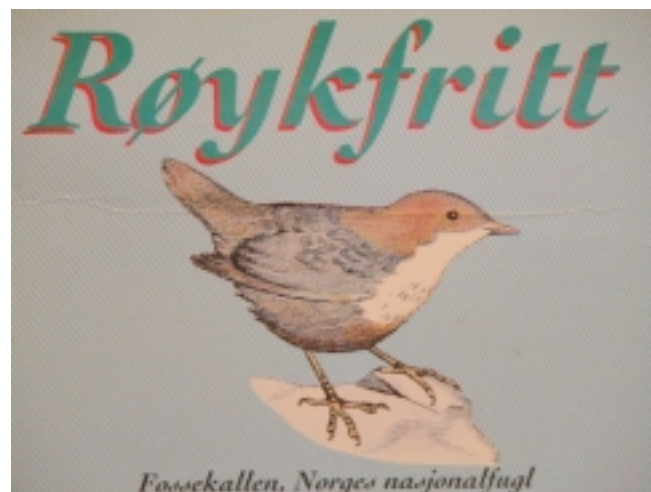
Tema og område vart valt ut frå ei risiko- og sårbarheitsvurdering. Regelverk og tema/område som skulle fokuserast vart grundig drøfta i ei utvida tilsynsgruppe. Alle som deltek i tilsynsarbeid i avdelinga var

aktive i denne prosessen. Parallele reglar frå dei ulike regelverka, og aktuelle reglar for helse- og sosialtenestene som var relevante for tilsynet, vart grundig gjennomgått og drøfta. Den vidare planlegginga av tilsyna vart utført av revisjonslaget.

Ved å fokusere på prosessen ved tildeling av helse- og sosialtenester til heimebuande eldre, ivaretok vi omsynet til tenester heimla både i sosialtenestelova og kommunehelsetenestelova. Vi utarbeida eit flytskjema for denne prosessen, og for å avgrense tilsynet valde vi å sjå nærare på følgjande område:

- 1) Kartlegging av tenestebehov
- 2) Operasjonalisering og utføring av vedtaket
- 3) Kontroll med eiga verksemd

Vi utarbeidde ein deltaljert framdriftsplan for arbeidet med tilsyna. Planen vart følgt i stor grad og viste seg å vere eit nyttig verktøy for gjennomføringa.



Ei praktisk problemstilling var kva brevhovud som skulle brukast. For å syne at det var to ulike tilsynsorgan som hadde gjennomført tilsyna, bruka vi både Helsetilsynet og Fylkesmannen i Sogn og Fjordane sin logo på rapporten som vart utsendt. Ellers valde vi ei pragmatisk tilnærming. Melding om tilsyn og seinare brevveksling med kommunane vart skrivne på brevark med Helsetilsynet i Sogn og Fjordane sitt brevhovud.

Frå førebuingarbeidet kan vi trekkje følgjande positive erfaringar:

- Det gav god læring for mange å ha stor gruppe i startfase.
- Det førte til mange konstruktive innspel til revisjonslaget.
- Det er nyttig med god tid til drøfting og refleksjon i starten av planleggingsarbeidet.

Det vil vere eit prioriteringsspørsmål kor mykje ressursar som skal nyttast til planlegging av nye tilsyn. Erfaringa vår er at grundig arbeid i planleggingsfasen gjorde arbeidet med sjølve gjennomføringa enklare. Det er òg grunn til å tru at det grundige arbeidet vi la ned, vil kome til nytte og verke ressursparande ved seinare felles tilsyn.

Gjennomføringa

Tilsyna vart gjennomført av eit revisjonslag på tre medlemar. Revisjonslaget var sett saman av deltakarar frå dei ulike seksjonane med god kjennskap til helse- og sosialtenesta, i tillegg til juridisk kompetanse. Vi valde å hente inn mest mogleg dokumentasjon på førehand, og å gjennomgå tilsendt dokumentasjon på ein systematisk måte. Ved å gjere mykje av verifiseringsarbeidet i forkant av tilsynet, kunne vi gjennomføre tilsyna på ein dag. Ulempa med ordninga er mykje kopiarbeid for verksemdene. Vi har eit forbettringspotensiale når det gjeld å velje ut

kva som er nødvendig dokumentasjon i høve til tilsynet slik det var avgrensa, og når det gjeld å utføre verifikasjonen på ein meir systematisk måte.

Vi intervjuar personar frå ulike nivå i organisasjonen, frå heimehjelp til administrative leiarar. Rådmannen, eller personell i staben til rådmannen, var oppmoda om å delta på opningsmøte og avslutningsmøte. På denne måten fekk vi informasjon frå ulike nivå, samstundes som leiinga i kommunane fekk same informasjon om stoda og funna, og slik vart ansvarleggjorde alt tilsynsdagen. For kommunane var det uproblematisk at vi gjennomførte tilsyn som Fylkesmann og Helsetilsyn i fylket i same tilsynet og dermed reviderte mot ulike regelverk. Tenestene i kommunane overlappar kvarandre, og skillet mellom sosiale tenester og helsetenester er meir eit teoretisk enn eit praktisk skille.

Tilsyna vart gjennomført over ein relativt kort periode. Vi hadde kort tid mellom kvart tilsyn, og revisjonsrapportane vart i stor grad skrivne straks etter gjennomført tilsyn. Vi har framleis eit forbettringspotensiale når det gjeld føring av observasjonar, avvik og merknader direkte i rapportmal alt under oppsummeringa.

Frå gjennomføringa av tilsynet kan vi trekkje følgjande positive erfaringar:

- Personell frå sosial- og helseseksjonen i same revisjonslag gav god læring i høve til kunnskap om dei ulike fagfelte samstundes med nyttig revisjonserfaring.
- Intensiv tilsynsaktivitet gjer at fokus vert retta mot tilsynsarbeidet og gjev synergieffekt i høve til dei påfølgjande tilsyna.
- Same tilsynslag som utfører fleire tilsyn om same tema over ein relativt kort

tidsperiode gjer at ein lettare kan skifte på rollane i laget og fordele oppgåvene på fleire. Laget vil vere mindre sårbart ved sjukdom.

Etterarbeid og vidare oppfølging av kommunane

Rapportane vart skrivne fortløpande etter gjennomført tilsyn. Tilsynslaget drøfta utforming av avvik. Etter tilsyn i fire kommunar, viste det seg at fleire av avvika var like i dei ulike kommunane. Vi bruka relativt mykje tid til drøfting og formulering av avvik.

I samband med tilsynet såg vi brot på sakshandsamingsreglane for tildeling av tenester, noko som ikkje var tema for tilsynet denne gongen. Dette vert følgd opp ved at det i eit eige brev til alle kommunane i fylket, vert gitt informasjon om reglar sakshandsamarane må vere særskilt merksame på. Vi ønskjer òg å sjå dette i samanheng med opplæring i sakshandsaming/ bruk av sakshandsamingsrettelearen.

Ettertankar

Erfaringa vår tyder på at Fylkesmannen sine helse- og sosialseksjonar er ein god stad å starte samordning i praksis. For å oppnå betre læringseffekt tenkjer vi at fleire avdelingar kan delta med observatørar. Arbeidet handlar mellom anna om samordning av ulike regelverk, oppdrag frå ulike departement, tilsyn med ulike sektorar og ulike kulturar i dei ulike tilsynsorgana. Revisjonsmetoden er ein nøkkel og fellesnemnar.

Arbeidet med planlegginga og gjennomføringa av dette første felles tilsynet med helse- og sosialtenestene i vårt fylke, har vore lærerikt og inspirerande. Vi har opplevd at dei største utfordringane når det

gjeld samordning i praksis er av teoretisk karakter. I kvardagen ser dette annleis ut, kommunane og verksemdene opplever ikkje problema på same måte. Dei er positive til ordningar som gjev mindre belastning.

Vi er opne for å prøve ulike modellar for praktisk gjennomføring; felles tilsyn med ikkje parallelle reglar, felles tilsyn med ulike område/tema og felles tilsyn med ulike sektorar. Vi ser moglegheiter, men kan det vere slik at det er den byråkratiske tankegangen og regelstyringa som set grenser?

Psykisk helsevern i fortid og notid

Av Øyvin Myrmel

Når psykisk helsevern blir diskutert, er det ofte dei dårlege historiene som kjem fram. Dei er sjølvsagt viktige, men vi må samstundes hugse at det psykiske helsevernet i fylket har utvikla seg radikalt til det betre dei siste 10 – 15 åra.

Historikk

Fram til kring 1990 hadde fylket to institusjonar for personar med psykiske lidingar: Harastølen i Luster, og Tronvik på Kyrkjebø. I tillegg var privatpleie eit alternativ. Institusjonane våre har i ettertid blitt omtala på ein lite flatterande måte:

”Hvor avsidesliggende stedet var, fikk jeg inntrykk av allerede ved min første reise dit. Da jeg hadde kjørt vel halvveis oppover, fikk jeg en følelse av at dette måtte bære galt av sted, til en avsidesliggende seter eller lignende, og jeg snudde derfor og kjørte tilbake til bygden for å få nærmere retningslinjer om veien. Det viste seg imidlertid at jeg var på riktig vei, og havnet

altså til slutt på Luster (Harastølen red.), etter en tur som minner litt om Anne Knutsdotters sted, og plassen heter Uren, luren, himmelturen, steinrøys, steinrøys svelt i hjelp (Nils R. Rettstøl, i eit foredrag 19.11.99 om sitt første møte med Harastølen i 1969).

”Sogn og Fjordane fylke har ikkje før i dag vist antydning til interesse for psykiatri. Fylket har neglisjert sine psykiatriske pasientar på en slik måte at det grenser til det kriminelle. ...”

(Psykiateren Arnulf Gjestland til Dagbladet den 22.11.80.)

”Fylkessjukeheimen Tronvik er siste stopp på veien for psykiatriske pasientar i Sogn og Fjordane. Norges største psykiatriske sjukehjem er et asyl, en regulær oppsamlingsplass for mennesker. Størst sjangse til å slippe bort fra Tronvik har pasienten som dør der. (Dagbladet 21.10.80)”



VINSAMLEGA REYKIÐ EKKI HÉR

Det er viktig at vi ikkje har vår "moderne" behandlingsfilosofi som referanseramme når vi ser tilbake på den nære historia. Det vil kunne verke stigmatiserande ovanfor pasientgruppa, eller verte oppfatta som ei nedvurdering av innsatsen til personalet kring pasientane. Drifta og menneskesynet ved desse institusjonane var prega av at ein tidlegare meinte at det beste var å fjerne pasientane frå lokalmiljøet. Det skulle skapast ein fristad, gjerne vekk frå familien som ein ofte trudde var årsaka til problema. Motiva var dels humane og dels samfunnsmessige, ved at dette var ein måte å ta vare på personar som ikkje fungerte i dagleglivet.

Dei nordiske landa har frå 1970/80-talet bygd kraftig ned institusjonsplassane innanfor psykisk helsevern. Institusjonane vart meir opne, liggjetida gjekk ned, og nye behandlingsformer vaks fram. Etter ofte omfattande dragkampar mellom institusjon og kommune, vart tidlegare langtidspasientar ført tilbake til heimkommunane sine. Denne utviklinga kom også til Sogn og Fjordane, men skaut først fart på 1990-talet.

Poliklinikkar

Politisk og fagleg vart det på åttitalet diskutert om dei gamle institusjonane skulle erstattast med ein ny og meir moderne institusjon i Førde. Mellom anna for å sikre at heile fylket skulle få tilgang på psykiatriske tenester, vart det vedteke å byggje ut poliklinikkar i alle tre regionane, samstundes eller først, og at desse skulle vere sentrale støttespelarar i utviklinga av nye institusjonstenester i regionane. Det er mogleg at ideologien om å satse på polikliniske tenester har vore avgjerande for at fylket ligg relativt lågt på tal institusjonssenger i høve resten av landet.

Per i dag er tal tilsette på poliklinikkane om lag som måtalet for heile landet (0,5 årsverk per 1000 innbyggjarar), men vi ligg framleis for lågt i høve tal konsultasjonar per behandlar. Frå 01.01.05 blir rettleiing gjeve til kommunane rekna som refusjonsgjevande arbeid. Dette er eit stort framskritt, som kan medføre at poliklinikkane framleis kan prioritere dette viktige arbeidet.

Institusjonar

Det radikale skiftet i vårt fylke kom kring 1990, med oppstart av Psykiatrisk klinikk i Førde, nytt distriktpsykiatrisk senter i Nordfjord, og nedlegging av Harastølen i Luster. Med bygging av distriktpsykiatrisk senter på Rutlin i Sogndal og Ungdomspsykiatrisk avdeling i Førde i 2004, er truleg den store byggjeperioden over i Sogn og Fjordane. Tronvik er no ein administrativ og fagleg del av Psykiatrisk klinikk, som har ein viktig funksjon, med tryggleiksavdeling og kompetanse på pasientar med behov for lengre opphald og dobbeltdiagnoseproblematikk (rusproblem og psykisk sjukdom).

Dekningsgraden (tal senger per 1000 innbyggjarar) er lågare i Sogn og Fjordane enn resten av landet. Dette er ei utvikling både tidlegare eigar (fylkeskommunen) og helseføretaket har planlagt og ønska. Tilbakemeldingane frå institusjonane er at dei ikkje har store problem med å kunne gje tilbod til personar med behov for akutt hjelp. Fylket ligg også langt nede på statistikk over tvangsinnleggingar med frå 5% - 20%. Naturleg nok er det klinikken i Førde som har høgast tal tvangsinnleggingar, i og med at dei har ein akuttfunksjon for heile fylket. Det låge talet tvangsinnleggingar står i klar kontrast til at andre fylke med høgare dekningsgrad slit

med å kunne tilby akutt hjelp til andre enn dei som blir tvangsinnlagt.

Ei av dei største utfordringane under utbygginga var å få tilsett fleire spesialistar i psykiatri. Etter ei tid byrja ein å rekruttere legar frå kommunehelsetenesta inn i utdanning til spesialist i psykiatri. Dette har ein lukkast godt med, og som ein liten kuriositet kan nemnast at dei to siste avdelingssjefane på psykiatrisk klinikk byrja karrieren sin innan psykisk helsevern på denne måten.

Per i dag er det berre Psykiatrisk klinikk i Førde som er permanent godkjent for bruk av tvang ved døgnopphald. Dei distriktpsikiatriske sentra i Nordfjord og Sogn har fått dispensasjon frå krav, i påvente av tilsetting av spesialist i klinisk psykologi. Etter dei rapportane Fylkesmannen har fått, vil slike spesialistar truleg vere på plass i løpet av 2005/2006.

Litteratur

Almvik, A og Borge, L. Tusenkunstnerne, muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid, Fagbokforlaget 2002.
Andersen, A og Karsson, B. (red), Psykiatri i endring, Gyldendal 1998.
Stortingsmelding nr. 25, Åpenhet og helhet 1996 – 97
Stortingsproposisjon nr. 63, 1997 –98
Rundskriv I-4/99, Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006
Rundskriv IS – 15-112 (2003)
Rundskriv IS- 24/2004
Bruk av øymerka midlar i Sogn og Fjordane, 2000 – 2003
Helse Vest, Regional opptrappingsplan for psykisk helse (2004)

Innspel

Takkar også for innspel til artikkelen frå Inge Nordhaug, Bup Førde

Helsetenesta i eit nøtteskal

Av Petter Øgar

Helsetenesta er gjenstand for stor merksemd og store og ofte sprikande krav og forventningar. Samstundes er tenesta særst samansett og vanskeleg å styre. I dette kompliserte biletet er det viktig å halde fast på, og synleggjere, nokre grunnleggjande prinsipp og verdiar som helsetenesta skal byggje på. Denne artikkelen peikar på, og drøftar kort, desse prinsippa og verdiane.

Rammer

Helsetenesta må ta omsyn til, og operere innanfor, ulike rammer som regulerer og set grenser for korleis tenesta kan utformast. Dei viktigaste rammevilkåra for helsetenesta kan delast inn i tre grupper:

1. Tilgjengeleg fagkunnskap og teknologi
2. Tilgjengelege ressursar: pengar, personell, bygningar og utstyr
3. Helselovgjevinga og andre styringskrav frå overordna politisk myndigheit

Tilgjengeleg fagkunnskap og teknologi

Medisinsk og annan helsefagleg kunnskap og teknologi er internasjonal, og vert for det aller meste utvikla i andre land enn Noreg. Vårt bidrag er knytt til eiga forskning, og her har vi når det gjeld ressursinnsats, heller lite å skryte av. I eit rammevilkårsperspektiv er den faglege og teknologiske utviklinga avgjerande, ved at ho set grenser for kva det er mogleg å gjere noko med, og at ho opnar for stadig nye behandlingstilbod med store ressurs- og prioriteringsmessige konsekvensar. Eit dominerande trekk ved fagutviklinga er stadig høgare grad av spesialisering. Dette fører til trong for fleire typar spesialistar, noko som gjer tenesta dyrare. Skal spesialistane utnyttast effektivt,

må befolkningsgrunnlaget vere tilstrekkeleg, og det pressar fram ei sentralisering.

Tilgjengelege ressursar

Kor mykje pengar vi bør bruke på helsetenesta, er eit politisk spørsmål. Men når politikarane skal treffe vala sine, er det grunn til å minne både dei og oss andre om eit par grunnleggjande poeng:

For det første er det framleis slik at ei krone berre kan nyttast ein gong. Ei krone meir til helsetenester, er ei krone mindre til andre føremål t.d. betring av kommuneøkonomien, rassikring av vegane våre eller sikring av framtidige pensjonar. Dei fleste av oss ønskjer mykje til alle desse gode føremåla, men kva vil vi seie nei til når pengane ikkje rekk til alt?

I følgje statsbudsjettet for 2005 (St.prp. nr. 1 (2004-2005)) ligg Noreg på tredjeplass i verda både når det gjeld nasjonalprodukt og utgifter til helse- og omsorgstenester per innbyggjar. I 2004-rapporten frå FN sitt utviklingsprogram, er Noreg rangert på førsteplass når det gjeld ressursbruk, tilgjenge og nivå på helsetenester. Det er i dette landet ulike aktørar ropar om krise i helsetenesta, og snakkar om rasering av tilbodet. Då må det vere lov å spørje kva som eigentleg er krisa; er det tenesta og tilbodet, eller er det krava og forventningane?

Dei fleste delane av helsetenesta i Noreg er godt utbygd og av god kvalitet. I ein slik situasjon veit vi at tilleggsnyttan av kvar ekstra nytta krone vert stadig mindre.

Økonomane kallar dette lova om avtakande grensenytte. Når vi i tillegg veit at det meste av folkehelsa vert avgjort andre stader enn i helsetenesta, kjem vi i den ubehagelege situasjonen at meir pengar til helsetenesta fort kan bety mindre pengar til andre, meir helsefremjande føremål. Det bør vere eit tankekors for nokon og einkvar. Innanfor Opptrappingsplanen for psykisk helse vert det løyvt mykje pengar til øyremerkte føremål medan kommunane på grunn av vanskeleg økonomi må skjere ned på støttekontaktar, leggje ned fritidsklubbar, kulturtiltak og stengje symjehallar. Nettoeffekten for den psykiske folkehelsa kan diskuterast.

Helsepersonellet og deira kompetanse – den viktigaste ressursen

Den viktigaste ressursen i helsetenesta er ikkje pengane, men helsepersonellet som arbeider der. Og den viktigaste ressursen til personellet er den helsefaglege kompetansen deira. Då vert det avgjerande at personellet har ein kompetanse som tilsvare dei behova befolkninga har. Det er ikkje tilfelle i dag. Vi har truleg ei for stor grad av spesialisering, og manglar fagfolk innafor viktige område som t.d. eldreomsorga (geriatrien).

Eit samla Storting ønskjer å vidareføre levedyktige lokalsjukehus, men det same Stortinget har akseptert som ei grunngeving for sjukehusreforma at vi bør få det som vert kalla ein meir føremålstenleg funksjonsdeling mellom sjukehusa her i landet. Stortinget har også sagt noko om kva som bør vere innhaldet i dei framtidige lokalsjukehusa, men har så langt i heilt utilstrekkeleg grad drøfta føresetnadane for å realisere desse sjukehusa.

Levedyktige lokalsjukehus er avhengige av fleire tilhøve. Mest grunnleggande er ei avklaring og konkretisering av kva typar

pasientar og medisinske problemstillingar desse sjukehusa skal ivareta, og sikring av helsepersonell med den rette kompetansen til å gjere dette. Det synest å vere semje om at kjerneoppgåver ved desse sjukehusa skal vere generell indremedisinsk kompetanse, geriatri, rehabilitering og ei form for generell kompetanse i akuttmedisin. Kva tilbod dei skal ha i høve fødselsomsorg og kirurgi er omstridd. Ei hovudutfordring er at det i dag ikkje finst nok fagfolk med kompetanse tilpassa denne sjukehusmodellen, og at fagfolk i liten grad ønskjer å erverve seg slik kompetanse. Kva vil sentrale helsestyresmakter gjere med dette?

Eit lokalt døme på denne problemstillinga er omgjeringa av fødeavdelinga ved Lærdal sjukehus til forsterka fødestove. Ei forsterka fødestove føreset kirurgisk vakt som kan utføre naudkeisarsnitt. Det har ikkje lukkast å få kirurgar til å ta på seg ei slik oppgåve. Det same problemet har ein hatt ved sjukehuset i Narvik. Ein må då kanskje spørje seg om modellen med forsterka fødestove i praksis er liv laga. Ei sentralisering av kirurgisk akuttberedskap – som mange meiner er ein rett veg å gå – vil gjere det ytterlegare vanskeleg å realisere forsterka fødestover ved små lokalsjukehus.

Levedyktige lokalsjukehus vil òg vere avhengig av at desse sjukehusa kan ta i mot turnuskandidatar, og at dei kan drivast med akseptable vaktordningar. I St.prp. nr. 1 (2004-2005), heiter det at det må leggest til rette for å ivareta turnustenesta ved lokalsjukehusa, men det er ikkje sagt noko om korleis dette skal gjerast, og det hastar med å finne ei nasjonal avklaring på dette spørsmålet. Det same gjeld desse sjukehusa sin rolle som praksisplassar for andre typar helsepersonell.

Helselovgjevinga

Helselovgjevinga tildelar pasientane rettar, og pålegg helsetenesta pliktar. Den mest sentrale retten, er retten til nødvendig helsehjelp, og den mest sentrale plikta, er plikta til å yte forsvarlege tenester. Pasientrettslova vart endra frå 1. september slik at pasientane med rett til spesialisthelsetenester også skal få ein tidfrist for når helsehjelpa seinast skal vere ytt. Vi veit at det framleis er monaleg uvisse i fagmiljøa korleis retten til helsehjelp skal tolkast, og at tolkinga er ulik i ulike helseføretak og regionar. I følgje statsbudsjettet for 2005 varierte delen som vart tilkjent rett til nødvendig helsehjelp for planlagde innleggingar i 2002 frå 52% i helseregion Øst til 77% i helseregion Midt-Noreg. Før vi får harmonisert tolkinga av pasientrettslova på dette avgjerande punktet, vil ikkje lova tene som ein høveleg reiskap for rettferdig prioritering.

Grunnleggande spørsmål

Innanfor dei rammevilkåra helsetenesta er tildelt, er det tre grunnleggande spørsmål som stadig må stillast til tenesta: Behandlar vi dei rette pasientane? Brukar vi dei rette behandlingsmetodane, og har vi organisert tenesta på ein måte som sikrar tilgjenge og effektiv ressursutnytting?

Behandlar vi dei rette pasientane?

Dette handlar om prioritering mellom pasientgrupper og mellom einsskilte pasientar. Ifølgje pasientrettslova skal prioriteringa knytast til sjukdommen sin alvorgrad, forventa nytte av behandlinga og nytten i høve kostnaden. Når det gjeld tolkinga av retten til nødvendig helsehjelp, syner eg til det som er skrive ovanfor om helselovgjevinga. Vi må konkludere med at vi framleis har ein lang veg å gå før vi kan seie å ha realisert den prioriteringa vi i ord og lovverk vedkjenner oss.

Brukar vi dei rette behandlingsmetodane?

Vi ønskjer at helsetenestene skal vere kunnskapsbaserte og byggje på det som vert kalla beste praksis. I røynda er det ofte vanskeleg å vite kva som er best, og det er ikkje sjeldan usemje mellom ulike fagmiljø. Både for "leg og lærd" er det forvirrande å skilje "klienten fra hveten" i flauten av ofte motstridande informasjon og helseråd. Det er og sterke økonomiske interesser knytt til å definere kva som er rett behandling, ikkje minst når det gjeld medikamentell behandling. Det kjem stadig nye medikament som hevdar å vere litt betre enn dei gamle, men som er mykje dyrare. Etterkvart som erfaringane med dei nye medikamenta vert større, syner det seg ikkje sjeldan at dei ikkje held kva dei lovar eller at dei har monalege biverknader. Når like sjukdommar vert behandla på ulike måter, er det og grunn til å stille spørsmål. Kva er til dømes grunnen til at pasientar i Sogn og Fjordane har lengre liggjetid på sjukehus, enn dei pasientar med tilsvarende tilstandar har i landet elles?

Organiserer vi helsetenesta på ein måte som sikrar tilgjenge og effektiv ressursutnytting?

Dette handlar om den "store" organiseringa knytt til sjukehusstruktur og funksjonsdeling mellom sjukehusa, med andre ord der vi har "sjukehuskrigane" og slit kvarandre ut. Men det handlar og om det vi kan kalle den "lille" organiseringa; korleis vi organiserer behandlinga av den einsskilte pasienten, slik at vi sikrar best mogelege og samanhengande pasientforløp. Dersom vi meiner alvor med å setje pasienten i sentrum, burde vi leggje mykje større vekt på den "lille" organiseringa og kvalitetssikring av pasientforløpa. Då får og samhandlinga innanfor dei ulike tenestene, og mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, den merksemda ho retteleg fortener.



HELSETILSYNET
I SOGN OG FJORDANE

FYLKESMANNEN
I SOGN OG FJORDANE

Skrivarvegen 3,
6863 Leikanger
Telefon: 57 65 55 00
E-post: postmottak@fm-sf.stat.no