



Fylkesmannen i
Telemark

Barnevern-, sosial- og helsemelding for 2010



Helsetilsynet i Telemark og Fylkesmannen i Telemark,
sosial- og helseavdelingen

Innhold

Forord	3
Tilsynserfaringer	5
Spesialisthelsetjenesten	5
Varsling til Statens Helsetilsyn om alvorlige hendelser i Spesialisthelsetjenesten	6
Meldepliktige hendelser i Spesialisthelsetjenesten – et godt grunnlag for læring og forbedring	7
Kommunehelsetjenesten	8
Tilsyn med NAV	9
Tilsyn i barneverninstitusjoner	10
Klagesaker – hendelsesbasert tilsyn	10
Rettighetsklager	11
Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen	12
Helse-, sosial- og barneverntjenesten	13
Samhandlingsreformen	13
Læringsnettverket «legemiddelbehandling - legemiddelhåndtering»	14
Kommunale frisklivssentraler	14
Telemark høyest i bruk av beroligende midler og sovetabletter	15
Omsorgsplan 2015	16
Kommunal Barneverntjeneste	19
Opptrappingsplan for rusfeltet	20
Nye roller i folkehelsearbeidet	21
Naboklager og miljøretta helsevern	21
Sosial- og helsemessig beredskap	22
Kvalifiseringsprogrammet	23
«Talenter for fremtida»	23
Barnefattigdom	24
Forvaltningsoppgaver	27
Fri rettshjelp	27
Separasjoner og skilsmisser	27
Førerkortsaker	27
Økende forskrivning av sentralstimulerende legemidler	28
Oversikt over ansatte i Sosial- og helseavdelingen pr. 31.12.2010	34

Forord

Med dette har vi gleden av å legge fram Helse- og omsorgsmeldingen for 2010 fra Fylkesmannen og Helsetilsynet i Telemark. Meldingen utarbeides hvert år, på oppdrag fra Helsedirektoratet og Statens Helsetilsyn. Den omfatter alle saksområdene på Fylkesmannens Sosial- og helseavdeling; både sosialsaker, barnevern, helsesaker og de familie- og forvaltningsoppgavene som er lagt til avdelingen. De sistnevnte sakene er relatert til bl.a. navneloven, gravferdsloven og ekteskapsloven.

I tillegg til de oppgavene som faglig hører inn under Fylkesmannens ansvarsområde, ivaretar avdelingen funksjonen som Helsetilsynet i Telemark. Denne tilsynsfunksjonen er faglig direkte underlagt Statens helsetilsyn. Helsetilsynet foretar planlagte, systematiske tilsyn med alt helsevesen i fylket, og behandler også klagesaker mot personell og virksomheter innenfor helsevesenet.

Året 2010 var et svært aktivt år for denne avdelingen. Vi benytter anledningen til å takke alle våre samarbeidspartnere både i og utenfor fylket.

Skien, mars 2011



Kari Nordheim-Larsen
Fylkesmann i Telemark



Steinar Aase
Fylkeslege og avdelingsdirektør



Tilsynserfaringer

Tilsyn er offentlige myndigheters utadrettede aktivitet for å påse at lover og forskrifter etterleves, men det er også et godt hjelpemiddel i virksomhetenes forbedringsarbeid. Fylkesmannen og Helsetilsynet får sine oppgaver i det årlige embetsoppdraget fra Statens helsetilsyn. Her er det satt krav til hvor mange tilsyn vi skal gjennomføre i løpet av året. Tilsynene gjennomføres i hovedsak som systemrevisjon. Formålet med tilsynene er å sikre at de helse-, sosial-, og barneverntjenester som ytes er forsvarlige, og at innbyggerne får de tjenestene som de har behov for og rett til, i henhold til lover, forskrifter og nasjonale retningslinjer.

Avdelingen utarbeider hvert år en tilsynsplan for gjennomføring av tilsynene i fylket, basert på risikovurdering. I 2010 var kravet i embetsoppdraget at vi skulle gjennomføre 14 tilsyn hjemlet i helselovgivningen (inkl. tilsyn i spesialisthelsetjenesten) og 8 i sosialtjenesteloven, 4 i NAV. Når det gjelder tilsyn med barnevernsinstitusjonene er antall tilsyn gitt i tilsynsforskriften.

Seniorrådgiver Inger Tveit Espeland har ansvar for koordinering av tilsyn etter sosialtjenesteloven, rådgiver Merete Haugen for barneverntjenester og seniorrådgiver Audhild Arnesen for koordinering av hele tilsynsvirksomheten i avdelingen.

Spesialisthelsetjenesten

Helsetilsynet i Telemark gjennomførte fire systemrevisjoner i spesialisthelsetjenesten i Telemark i 2010. Tre var regionale tilsyn utført av felles regionale tilsynsteam. Ett av tilsynene var med privat spesialisthelsetjeneste utført av Helsetilsynet i Telemark.

Systemrevisjoner er planlagte, grundig forberedte tilsynsbesøk som tar sikte på å klarlegge om virksomheten drives forsvarlig og i overensstemmelse med kravene i helselovene. Systemrevisjonene undersøker også hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de områdene som tilsynet omfatter. Dessuten vurderer vi hvordan virksomheten følger opp tiltakene i praksis og hvordan de blir korrigert. Dersom

vi avdekker forhold som er i strid med helselovens krav, konstaterer vi et **avvik**. Selv om det ikke finnes brudd på lovgivningen, kan Helsetilsynet gi en **merknad** om forhold der det kan være grunn til å arbeide for en forbedring.

Tilsynene med privatpraktiserende psykiatere og psykologspesialister hadde spesielt fokus på mottak og håndtering av henvisninger, føring og oppbevaring av pasientjournal. Dessuten på hvordan forsvarligheten i pasientbehandlingen sikres ved samhandling med henvisende instans og i utredning og behandling av pasientene. I vårt fylke ble det i 2010 gjort systemrevisjon hos én psykiater og én psykologspesialist, og det ble ikke konstatert avvik hos noen av disse. Ass. fylkeslege, psykiater Yngve Holmern, deltok i et regionalt tilsynsteam som utførte liknende systemrevisjoner andre steder i Sør-Norge. Systemrevisjonene hos psykiatere og psykologer vil fortsette i 2011.

Tilsynet ved sykehuset i Notodden ble gjennomført den 27. og 28. september 2010, etter grundige forberedelser som blant annet besto i gjennomgang av dokumentasjon tilsendt fra sykehuset. Temaet for denne systemrevisjonen var hvordan sykehuset ved internkontroll etterlever krav i lov og forskrifter til kvalitetssikring av forsvarlighet ved elektiv innsetting av hofteproteser og ved behandling av hoftebrudd. Tilsynet ble gjennomført av et team fra Telemark og nabofylker, bestående av tre leger, en jurist og en sykepleier. Fylkeslegen deltok i teamet. Det var også med en sakkyndig ortoped, innleid fra Haukeland Universitetssykehus. Under tilsynet ble det blant annet gjort intervju av en rekke fagpersoner og av representanter for ledelsen, og det ble gjennomgått pasientjournaler med operasjonsbeskrivelser og annen dokumentasjon. Tilsynsteamet og Helsetilsynet i Telemark har på mange måter et meget godt inntrykk av den faglige ortopediske virksomheten som blir utført på sykehuset i Notodden. Dette gode inntrykket omfatter også anestesi, intensivbehandling, pleie og fysioterapi til disse pasientene. Det ble imidlertid konstatert et visst forbedringspotensiale når det gjelder systematisk evaluering og internkontroll av virksomheten, på både kort og lang sikt. Disse prosessene bør etter vår mening involvere klinikkens



ledelse i større grad enn hittil. Tilsynsteamet konstaterte derfor et avvik når det gjaldt internkontroll og styringssystemer. Sykehuset har tatt tak i dette og er i ferd med å korrigere forholdene i det denne helse- og omsorgsmeldingen skrives («lukke» avviket).

Systemrevisjonen ved IbsenSykehuset AS ble gjennomført i november 2010, av et team fra Helsetilsynet i Telemark bestående av sykepleier, jurist og lege. Dette sykehuset var nokså nylig etablert, og tilsynsbesøket var også en anledning for Helsetilsynet til å orientere seg om driftssituasjonen. Temaer for selve systemrevisjonen var kommunikasjon med pasientene og herunder ivaretagelse av taushetsplikten, dessuten kvalitetsutvalgets funksjon og internkontroll og ivaretagelse av meldeplikt i henhold til helselovene. Det ble konstatert et avvik som gjaldt at sykehuset ikke hadde et system for sikring av at hendelser med mulighet for pasientskade blir meldt til Helsetilsynet i fylket. Slik meldeplikt har virksomheter i spesialisthelsetjenesten i henhold til Lov om spesialisthelsetjenesten, § 3-3. Sykehuset har fått frist fram til 15. mars 2011 med å korrigere dette.

Virksomheten ved IbsenSykehuset startet opp omkring årsskiftet 2009/2010 med spesialisthelsetjenester innenfor plastikkirurgi. Sykehuset planlegger en gradvis utvidelse av tjenestetilbudet innen flere områder, blant annet innen ortopedi og gynekologi.

Varsling til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten

Med alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko. Virksomheten skal varsle Statens helsetilsyn om hendelsen, etter ny ordning som trådte i kraft 1. juni 2010, jf orientering om «Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten» i denne utgaven av Helse- og omsorgsmeldingen. Statens helsetilsyn mottok i alt 72 varsler fra hele landet i 2010, hvorav 53 hendelser var fra somatisk spesialisthelsetjeneste og 19 fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.



net i fylket etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Vi behandler sakene etter retningslinjer fra Statens helsetilsyn (se vedlegg bakerst i meldingen).

Meldepliktige hendelser i spesialisthelsetjenesten – et godt grunnlag for læring og forbedring

Spesialisthelsetjenesten er gjennom lov om spesialisthelsetjeneste § 3-3 pålagt å melde fra om hendelser som kan eller har ført til skade på pasient. På standard meldeskjema beskriver virksomheten hva som skjedd og hvordan hendelsen er fulgt opp. Virksomheten sender meldingen til Helsetilsynet i fylket.

Meldeplikten gjelder somatiske og psykiatriske helseinstitusjoner, også poliklinisk virksomhet, og gjelder både for offentlige og private spesialisthelsetjenester. Hva som menes med betydelig personskade framgår av rundskriv I-54/2000 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Fordeling av varsler om alvorlige hendelser pr. helse-region:

- 42 fra Helse Sør-Øst,
- 13 fra Helse Vest
- 7 fra Helse Midt-Norge
- 10 fra Helse Nord

Antall varslede hendelser i **Telemark**: Det ble varslet om 6 alvorlige hendelser fra spesialisthelsetjenesten i Telemark i 2010, alle fra somatisk spesialisthelsetjeneste.

Vurdering av om det skal skje utrykning: De færreste varslene fører til utrykning. 6 av 72 varslede hendelser på landsbasis førte til utrykning fra Statens helsetilsyn. 1 av 6 varslede hendelser i Telemark førte til utrykning av Statens helsetilsyn.

Alle alvorlige hendelser med dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet i forhold til påregnet risiko skal meldes til Helsetilsyn-

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antall mottatte meldinger	94	90	105	94	93	65
Antall opprettede tilsynssaker på bakgrunn av §3-3 meldinger	13	15	6	2	5	6

Meldinger i Telemark fordelt på type hendelser i 2010:

- 33 meldinger om forhold som kunne ha ført til betydelig personskade
- 18 betydelig personskade
- 14 unaturlig dødsfall

Som det framkommer av tallene er det en større nedgang i antall meldte saker, mens antall tilsynssaker har økt noe. Dette kan tyde på at flere av de alvorlige hendelsene blir meldt.

Årsaken til nedgangen i meldte saker om hendelser som kan ha ført til eller som har ført til skade på pasient (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3) vil være tema i kontaktmøter med sykehusene.

Helse- og omsorgsdepartementet har lagt fram forslag til endringer i meldeordningen. Det er blant annet foreslått at meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 flyttes fra Helsetilsynet i fylket til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Vi avventer behandling av lovforslaget.

Følg med på nettsidene til regjeringen www.regjeringen.no / Helse- og omsorgsdepartementet / Dokumenter / Høringer / 2010 / Høringsnotat - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov.

Kommunehelsetjenesten

Tilsyn med tjenesten til eldre

Statens helsetilsyn har for perioden 2009 – 2012 en satsning på tilsyn med tjenesten til eldre. Fokus for de landsomfattende tilsynene i 2010 var tilsyn med tjenesten til eldre i kommunene. Tilsynene ble gjennomført etter veileder som Statens helsetilsyn har utarbeidet for de ulike tilsynstemaer og for utprøving av ulike tilsynsmetoder:

- systemrevisjon
- egenmeldingstilsyn
- stikkprøvekontroll
- uanmeldte tilsyn

Helsetilsynet i Telemark gjennomførte tilsyn etter samtlige av disse metodene i 2010.

Systemrevisjoner

Vi gjennomførte systemrevisjon til 2 fastleger i samme kommune der tema var legemiddelbehandling, fastlegens utredning og behandling, og samarbeid med pleie- og omsorgstjenesten. Samtidig med at vi gjennomførte disse 2 tilsynene til fastlegene, gjennomførte vi tilsyn med hjemmetjenesten i samme kommune. Begge disse systemrevisjonene inneholdt kriterier knyttet til samarbeid mellom partene. I tillegg tok vi ernæring som tema i hjemmetjenesten. Vi fant ingen avvik ved disse tilsyna.

Sjølmeldingstilsyn om legemiddelhåndtering

Vi utfører tilsynet ved å sende ut et skjema med spørsmål om virksomheten oppfyller kravene i legemiddelhåndteringsforskriften. Kommunen skal besvare en «fasit» der den selv vurderer om svaralternativene kvalifiserer til avvik, samt gjøre rede for plan for retting av avvik de selv har avdekket. Vi gjennomfører tilsynet til alle seks Vest-Telemarkskommunene. Oppsummering foreligger ikke foreløpig.

Stikkprøvekontroll med tildeling av avlastning

Tilsyn etter denne metoden ble gjennomført til to kommuner. Tilsynet var en gjennomgang av kommunens saksbehandling ved tildeling av (og avslag på) avlastning, slik det kommer til uttrykk i kommunens skriftlige dokumentasjon (vedtak og andre saksdokumenter) i samtlige saker de hadde fattet slikt vedtak. Her fant vi i begge kommunene mangler i saksbehandlingen. Avvikene gikk på at sakene ikke var tilstrekkelig utredet før avgjørelse ble truffet, og at vedtakene ikke tilfredsstillte forvaltningslovens krav til innhold. Vår erfaring er at denne metoden ga et forholdsvis godt bilde av kommunens tjenester og saksbehandling på de tilsette områdene.

Uanmeldt tilsyn

Dette er en form for stikkprøvetilsyn med avgrenset varighet. Virksomheten ble varslet 1-2 timer før gjennomføringen, som ble utført med 4 sykehjem i Telemark (3 skjermet avdelinger og 1 langtidsavdeling). Tema:

- Pasientens samtykkekompetanse
- Bruk av medikamenter mot pasientens vilje
- Gjennomføring av hygienetiltak mot pasientens vilje

Bortsett fra ett av sykehjemmene fikk alle følgende avvik: Virksomheten sikrer ikke at det blir tatt stilling til samtykkekompetanse og eventuelt fattet avgjørelse om manglende samtykkekompetanse for pasienter med demensdiagnose. I tillegg fikk ett av sykehjem avvik på at de ikke sikrer at det blir fattet tvangsvedtak der det utøves helsehjelp som pasienten motsetter seg.



Tilsyn med legevakt

Det ble gjennomført systemrevisjon med legevaktstilbudet i følgende tre kommuner:

- Bamble kommune, Bamble legevakt
- Kragerø kommune, Kragerø og Drangedal interkommunale legevakt
- Vinje kommune, Vinje og Tokke legevakt.

Systemrevisjonen omfattet hvordan disse kommunene sikrer forsvarlige legevaktstjenester til de som bor og oppholder seg i kommunen. Fokuset ble rettet mot følgende områder:

- Mottak og prioritering av pasienter gjennom hele døgnet, herunder tilgjengelighet
- Utredning og behandling av pasienter
- Oppfølging av pasienter etter undersøkelse

Det ble gjort observasjoner som ga grunnlag for å konstatere avvik ved to av legevaktene, avvikene framkommer i de enkelte tilsynsrapporter. Fullstendige tilsynsrapporter er å finne på www.helsetilsynet.no

Tilsyn med NAV

I 2010 ble det gjennomført tilsyn med sosiale tjenester i NAV i kommunene Bø, Vinje, Porsgrunn og Skien. Tema for tilsynet var om kommunen sikrer at søknader om økonomisk stønad blir behandlet i henhold til lov- og forskrift. Fylkesmannen så på håndtering av henvendelser, kartlegging og innhenting av relevante opplysninger, samt om det ble foretatt individuelle vurderinger og beslutninger. I 3 av kommunene ble det gjort funn som ga grunnlag for avvik.

Bø kommune fikk 3 avvik, og avvikene var følgende:

Avvik 1: Bø kommune sikrer ikke en forsvarlig håndtering av henvendelser om økonomisk stønad

Avvik 2: Bø kommune sikrer ikke en forsvarlig kartlegging / innhenting av relevante opplysninger ved søknad om økonomiske stønad

Avvik 3: Bø kommune sikrer ikke at det foretas forsvarlige individuelle vurderinger og beslutninger ved søknad om økonomisk stønad

Skien kommune fikk følgende avvik; Skien kommune v/ NAV Skien sikrer ikke at vurderinger og beslutninger ved avgjørelse om økonomisk stønad foretas i henhold til lov og forskriftskrav

I Vinje ble det også gitt 1 avvik. Vinje kommune sikrer ikke at brukere sin økonomiske situasjon blir tilstrekkelig kartlagt ved søknad om økonomiske stønad».

Tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige

I 2010 gjennomførte vi tilsyn med Siljan kommune sitt tjenestetilbud til rusmiddelavhengige etter sosialtjenesteloven kapittel 4. Vi så på følgende områder

- Opplysning, råd og veiledning
- Sosiale tjenester direkte rettet mot rusmiddelavhengige
- Praktisk bistand og opplæring, støttekontakt og plass i institusjon
- Oppfølging i behandlingsopplegg
- Nødvendige tiltak ved avslutning av institusjonsopphold

Det ble avdekket forhold som gav grunnlag for følgende avvik:

Siljan kommune sikrer ikke at rusmiddelmissbrukere som søker sosiale tjenester hjemlet i § 4-2 a får tildelt tjenester i samsvar med sosialtjenestelovens bestemmelser om enkeltvedtak.

Siljan kommune sikrer ikke at rusmiddelmissbrukere som er under behandling følges opp ved at det gjennomføres samtaler, om nødvendig hjemmebesøk jf. Lov om sosiale tjenester § 4-2 d.

Tilsyn i barneverninstitusjoner

Fylkesmannen har ført tilsyn med fire barneverninstitusjoner i 2010, herunder 14 avdelinger/enheter. 3 av disse institusjonene er statlige, 1 institusjon eies og drives av private.

Det er gjennomført 49 tilsynsbesøk i 2010, 4 som systemrevisjoner og 45 som «individtilsyn». Av de 45 individtilsynene var 23 tilsynsbesøk uanmeldt. I individtilsynene har vi gjennomført 54 samtaler med beboerne hvor de har blitt spurt om hvordan det er å bo på institusjonen, og hvorvidt de har noe spesielt å ta opp med tilsynsmyndigheten. I disse samtaler har beboerne tatt opp spørsmål knyttet til dagliglivet ved institusjonen, hvilke rettigheter de har i forbindelse med at personalet utøver tvang, klager på personell som de mener har opptrådt på en urettmessig måte og utfordringer knyttet til det å bo på en institusjon sammen med andre med ulike vansker og behov.

Temaet for systemrevisjonene med barnevernsinstitusjonene var «Vern om beboernes personlige integritet», jf. Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barnevernsinstitusjon, § 5. Systemrevisjonen omfattet følgende områder:

- Medbestemmelse og selvbestemmelse
- Samvær med andre
- Tvang i akutte faresituasjoner
- Kroppsvisitasjon

Det ble gitt avvik til to av institusjonene:

- Institusjonen sikrer ikke at beboernes personlige integritet blir ivaretatt i tilstrekkelig grad ved gjennomføring av kroppsvisitasjon.
- Institusjonen sikrer ikke at det blir foretatt individuelle vurderinger når beboernes rett til samvær med andre begrenses.

Begge avvikene er lukket.

Det er ikke gjennomført systemrevisjon med barnevernstjenestene i kommunene i 2010.

Klagesaker – hendelsesbasert tilsyn

Helsetilsynet i Telemark har i 2010 avsluttet totalt 109 tilsynssaker. Av disse ble 7 saker avsluttet uten realitetsbehandling («avvist») og 4 saker ble avsluttet med «Ingen oppfølging etter lokal avklaring». For de resterende 98 saker forefinnes statistiske data i saksregistreringssystemet RegRoT. Dette kan gi interessante opplysninger om klageordningen for pasienter, pårørende m.fl. overfor helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten.

Hvem er kilden til tilsynsakene?

Ikke helt uventet er det pasienten, pasientens pårørende eller andre med fullmakt fra pasienten som oftest henvender seg direkte til Helsetilsynet for å få en vurdering av en hendelse hvor et helsepersonell eller en virksomhet er involvert. Disse sto for 55 prosent av tilsynsakene. Legger vi til de av sakene som kommer via pasientombud, blir det totalt 64 prosent.

En annen kilde som ofte er opphav til mer alvorlige saker, er arbeidsgivere i helsetjenesten. Melding fra arbeidsgivere førte til 15 prosent av sakene, hvorav nær halvparten endte med oversendelse til Statens helsetilsyn.

Hvem er blitt vurdert?

Tilsynsakene retter seg mot «pliktsubjektene» i helselovgivningen som enten er helsepersonell eller virksomheter. I 2010 var det i 38 prosent av sakene snakk om å vurdere virksomheter, mens det i 62 prosent gjaldt individuell yrkesutøvelse. (Dette skillet er

nok mer skarpt i teorien enn i praksis.) Av individualsakene gjaldt 43 prosent - av totalt antall saker – leger. Av disse figurerte allmennleger i ca halvparten (22 prosent) av sakene. Av helsepersonell utenom leger er sykepleiere største gruppe. De var representert i 11 prosent av sakene.

Hva blir vurdert?

Denne delen av statistikken sier noe om hva det klages på. Vi må her huske på at det ofte vurderes flere forseelser i hver sak. Av 66 vurderinger av leger etter helsepersonellovens regler, gjaldt hele 52 krav til forsvarlig yrkesutøvelse etter helsepersonelloven § 4. Av disse gjaldt 14 vurderinger forsvarlig behandling, 12 gjaldt diagnostikk og 11 gjaldt oppførsel.

Plikt til forsvarlig behandling er også det dominerende vurderingstemaet i forhold til virksomheter.

Utfall av tilsynsakene?

Skulle man ha en forestilling om at Helsetilsynet i Telemark tenderer i retning av å la være å påpeke feil i helsetjenesten, bekrefte dette ikke av statistikken for 2010. Av årets 98 avsluttede saker som omfattet totalt 101 vurderinger, ble det konkludert med at det var grunn til å gjøre ting bedre i to tredeler av sakene. Det vil si at av 101 vurderinger var det kun i 33 tilfeller at det ikke ble gitt kritikk eller veiledning. 41 vurderinger konkluderte med at loven var brutt og i ytterligere 13 tilfeller ble saken sendt Statens helsetilsyn.

Vurderinger av spesialisthelsetjenesten – utfall?

Statistikken omfatter 47 avsluttede saker. Av disse er 17 saker avsluttet uten bemerkning. Helsetilsynet har i 5 saker funnet å ville gi råd eller veiledning, noe som normalt vil bety at det har vært ting å utsette, men ikke så ille at loven anses brutt. I hele 21 saker har Helsetilsynet avsluttet saken med å konstatere pliktbrudd, og ytterligere 4 saker er vurdert som så alvorlige at de er oversendt Statens helsetilsyn for videre oppfølging.

Det største antall av disse sakene gjaldt psykiatrien (12 saker) hvor imidlertid de fleste (8 saker) ble

avsluttet uten bemerkning. Den spesialitet som fikk konstatert flest pliktbrudd i 2010, er kirurgi. Av 8 saker på kirurgiområdet ble det i 5 saker konstatert pliktbrudd, mens ytterligere 1 sak ble oversendt Statens helsetilsyn.

Rettighetsklager

Vi har i 2010 avsluttet behandlingen av 22 rettighetsklager. Av disse er 2 saker blitt avvist. De 20 sakene som er realitetsbehandlet omfatter totalt 24 vurderinger hvor Helsetilsynet i Telemark har tatt stilling til klagerens rettigheter etter helselovgivningen.

Rettighetsklagene omfatter nokså forskjellige saksområder. Den største gruppen er syketransportklagene (6 vurderinger) som kan gjelde søknad om dekning av skyssutgifter i forbindelse med sykehusopphold eller annen helsehjelp, enten for pasienten selv eller ledsager. Andre typer klager gjelder retten til nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven (4 vurderinger), i primærhelsetjenesten (4 vurderinger) og i spesialisthelsetjenesten (3 vurderinger). Videre er det klager som gjelder rett til journalinnsyn (3 vurderinger), retting eller sletting av journal, rett til valg av sykehus, rett til pasientmedvirkning og spørsmål om samtykke til helsehjelp.

Flertallet av klagene, dvs. 16 vurderinger av 24, ender med at vi ikke gir medhold. I fem tilfeller får klageren medhold, mens i 3 tilfeller opphever vi vedtaket klagen gjelder. I de sistnevnte tilfeller er forutsetningen normalt at den instans som har truffet vedtaket behandler saken på nytt.

Rettighetsklagene omfatter både privat og offentlig helsetjeneste. Saksbehandlingsrutinene hos de instanser som det klages på, er svært ulike og til dels mangelfulle. Den usikkerhet som på enkelte saksområder knytter seg til disse sakene, kan nok til en viss grad også reflekteres i vår egen behandling av rettighetsklagene.



Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen

Det er nå i overkant av to år siden kapittel 4A i pasientrettighetsloven trådte i kraft. Etter bestemmelsene i kapitlet kan helsetjenesten fatte vedtak om å yte helsehjelp mot pasientens vilje, dersom nærmere bestemte vilkår er oppfylt. Det er også spesielle saksbehandlingsregler som må følges. Formålet med regelverket er å sikre nødvendig helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse, samt å forebygge og begrense bruk av tvang.

Eksempler på tiltak det fattes vedtak om:

- bevegelseshindrende tiltak, for eksempel sengehest og belte/bord på rullestol for å redusere fallfare
- holding av pasient for å gjennomføre nødvendig personlig hygiene der det er forbundet med vesentlig helseskade å unnlate dette
- tilbakeholdelse i helseinstitusjon, for eksempel bruk av låste dører og alarmer

Helsetilsynet i Telemark skal motta kopi av alle vedtak som fattes om tvungen helsehjelp. I 2010 mottok vi 94 vedtak fra helsetjenesten i Telemark. Det er nå bare et par kommuner i fylket som ikke har fattet noen vedtak om tvungen helsehjelp. Vi har tidligere satt fokus på manglende vedtak fra den offentlige tannhelsetjenesten og fra spesialisthelsetjenesten. Det siste året har vi fått kopi av flere vedtak fra tann-

helsetjenesten, og også i spesialisthelsetjenesten er det fattet noen vedtak.

De vedtakene vi har mottatt viser at det fortsatt er mye usikkerhet knyttet til utfylling av skjema, vurdering av samtykkekompetanse, samt hva som kreves av arbeid med alternative tiltak og beskrivelse av dette arbeidet. I 2010 gjennomførte vi etter forespørsler opplæring i mange ulike fora i flere kommuner. Også i 2011 vil vi ha fokus på råd og veiledning, da hovedsakelig over telefon, for å styrke tjenesteutøverne i arbeidet med å vurdere situasjoner og fatte nødvendige vedtak. For øvrig viser vi til Helsedirektoratets nettside, www.helsedirektoratet.no, der det finnes mye nyttig informasjon om pasientrettighetsloven 4A, herunder lenke til E-læringskurs om temaet.

Også i tilsynssammenheng har vi satt dette området på dagsordenen. I november/desember 2010 gjennomførte vi uanmeldte tilsyn ved fire sykehjem i fire kommuner med tema samtykkekompetanse og pasientrettighetsloven kapittel 4A. Se nærmere omtale av tilsynsmetode og funn foran.

Videre har Statens helsetilsyn bestemt at vi i 2011 skal gjennomføre landsomfattende tilsyn med tvungen helsehjelp etter pasientrettighetsloven kapittel 4A til pasienter i sykehjem. Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon, og vi har valgt ut tre kommuner som vil få tilsynsbesøk våren 2011.

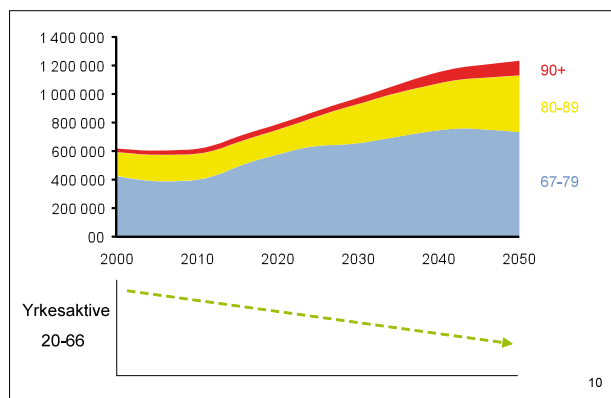
Helse-, sosial- og barneverntjenesten

Samhandlingsreformen

Bærekraftig velferd

Våren 2010 ble St.meld. nr 47 (2008-2009) - Samhandlingsreformen - behandlet av Helse- og omsorgskomiteen, og deres innstilling (Inst. 212 S) ble vedtatt i Stortinget 27. april 2010. Selv om detaljene rundt finansieringssystemene var uavklarte på vedtakstidspunktet, var og er det bred politisk enighet om samhandlingsreformens grunnlag og formål. Reformen vil tre i kraft fra 1. januar 2012.

Samhandlingsreformen er en av 3 reformer som skal være med å sikre en bærekraftig utvikling av den norske velferdsmodellen. I lyset av økende levealder, redusert tilgjengelighet på arbeidskraft, samt et sykdomspanorama som i økende grad preges av livsstil, har NAV-reformen, pensjonsreformen og samhandlingsreformen som mål å imøtekomme denne utfordrende utviklingen.



Høsten 2010 ble ny folkehelselov, ny helse- og omsorgslov og nasjonal helse- og omsorgsplan lagt ut til høring - populært kalt «2 lover og 1 plan». Disse danner det faglige og juridiske grunnlaget for implementeringen av samhandlingsreformen i 2012. I korte trekk er hovedføringene de samme som ble presentert i St.meld. nr 47 (2008-2009):

- Andrelinjetjenesten skal fortsatt være god på, samt videreutvikle de spesialiserte helsetjenestene. I tillegg skal andrelinjetjenesten legge til

rette sin organisering og drift, slik at de kan bistå kommunene og førstelinjetjenesten i gjennomføringen av nye oppgaver.

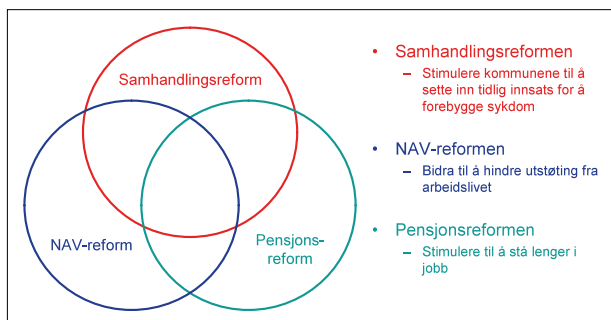
- Førstelinjetjenesten skal få økt ansvar og nye oppgaver innen folkehelse, forebyggende helsearbeid og eldreomsorg. Dette «sørge for» ansvaret vil i de fleste tilfeller innebære behovet for samarbeid, både intra- og interkommunalt, samt regionalt ovenfor helseforetaket.

Vellykket samhandling krever et tankesett, et perspektiv og en arbeidskultur som går lengre enn skriftlige styringsdokumenter, samarbeidsavtaler og finansieringsmodeller. Reformen kaller ikke minst på at samhandling som kultur blir en integrert del av virksomhetens organisering og ledelse. Samhandlingsreformen er også langt mer enn intermediære sentre. Gode og operative rutiner for samhandling innad i egen avdeling og mellom avdelingene i samme virksomhet, går forut for evnen til å kunne samhandle godt med andre virksomheter.

I Telemark fylke er Sykehuset Telemark (STHF) og de aller fleste kommunene godt i gang med forberedelsene til innfasingen av reformen fra 2012. Grenlandspakka, Midt-Telemark Helsekommune, Vest-Telemark samarbeidet, er gode eksempler på dette. Flere kommuner har pågående prosjekter å la Frisklivsenter. STHF er i tillegg en aktiv positiv aktør i det regionale og lokale arbeidet i kommunene.

Samhandlingsreformen er en mulighetsreform for kommunene, men med dette følger også ansvar og utfordringer. Den endelige finansieringsmodellen er et usikkerhetsmoment for både helseforetak og kommunene. Reformen vil ei heller kunne endre norsk geografi, med sin spredte bosetting og lange avstander, og konkurransen om tilgjengelig fagkompetanse vil tilspisses. Prioriterings- og lokaliseringdebatter vil derfor måtte komme, og slike omstillinger blir fort vanskelige i skjæringspunktene hvor følelser og faktakunnskap ikke alltid samsvarer. Samtidig er det omfattende arbeidet som allerede er lagt ned

et inspirerende uttrykk for en vilje i Telemark fylke til å sikre et bærekraftig velferdssamfunn også for de neste generasjonene.



Læringsnettverket «Legemiddelbehandling - Legemiddelhåndtering»

Statens helsetilsyn lyste ut 4 millioner kroner til tilsynsarbeid knyttet til eldresatsingen over en 4-års periode. Midlene skal brukes til utviklingsarbeid med nye metoder og aktiviteter for gjennomføring og oppfølging av tilsyn relatert til eldresatsingen. Helsetilsynet i Telemark søkte om midler til oppretting av læringsnettverk med bakgrunn i blant annet funn ved systemrevisjoner med legemiddelbehandling i sykehjem. I tillegg viser statistikker at Telemark ligger høyt i forhold til forskrivning av antipsykotika til eldre. Helsetilsynet i Telemark er av den oppfatning at det ikke nytter bare å avdekke avvik, men å prøve ut metoder som kan spore til at man lærer om og av hverandre på tvers av tjenesteområdene, og slik spre kompetansen som finnes i virksomhetene.

Det er Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – seksjon for kvalitetsutvikling – GRUK, som gjennomfører prosessforbedringen i det tverrfaglig læringsnettverket. Målgruppa i læringsnettverket er sykepleiere, ledere, sykehjemsleger fra Skien og Porsgrunn kommuner. I tillegg deltar 2 tilsynsfarmasøyer og 3 brukerrepresentanter. Porsgrunn kommune deltar med 4 sykehjem og Skien med 2 sykehjem, til sammen 30 deltakere.

Selve prosessen foregår med vekslning mellom felles-

samlinger (i alt 6 samlinger) og oppgaver i mellomperioden, med en avslutningssamling for hele fylket 1. desember 2011.

Gjennomføring av læringsnettverket bygger på forskning og erfaring fra svært erfarne internasjonale kompetansetilbud for kvalitetsforbedring.

Kommunale frisklivssentraler

Utfordringene i befolkningens helsetilstand er stadig i endring. Folkehelsearbeidet og den etablerte helsetjenesten må derfor kontinuerlig utvikles med effektive tiltak. Kommunale frisklivssentraler er en av de konkrete «nyhetene» som anbefales i Samhandlingsreformen.

En frisklivssentral er et kommunalt kompetansesenter, der personer kan få veiledning og oppfølging primært innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Fordi en del frisklivstiltak gis i gruppe, vil også sosiale gevinster kunne hentes.

Efaringene med kommunale frisklivssentraler er gode i andre fylker, der det i noen år har vært drevet utviklingsarbeid støttet med sentrale midler. Leger melder om gode resultater som bedre fysisk form, redusert vekt og økt selvopplevd helse hos deltakerne.

Helsedirektoratet ga ut en nasjonal veileder for kommunale frisklivssentraler vinteren 2011.

I Telemark har Vinje og Skien kommuner lang tradisjon med friskvern, som er tilsvarende friskliv. Vinje, Skien og Porsgrunn kommuner fikk i 2010 tilskudd fra Folkehelseforum Telemark til å videreutvikle tilbudene i tråd med de nasjonale føringene.

Vinje prøver ut et kurskonsept rundt sitt friskverntilbud i Åmot, mens Skien har oppretta en helt ny friskvernsentral i Skien Fritidspark. Porsgrunn har gjort et større utredningsarbeid for å finne ut behovet for kommunale tilbud i en kommune med mange lavterskeltilbud innen fysisk aktivitet.

Vi har ved årsskiftet kartlagt alle Telemarkskommunenes friskverntilbud, inkludert bevegelsesgrupper ledet av fysioterapeuter. Kartlegginga viser at det er

mye på gang som kan inngå i kommunale frisklivstilbud.

Telemark høyest i bruk av beroligende midler og sovetabletter

Telemark fylke har i en generasjon ligget blant fylkene i landstoppen når det gjelder bruk av beroligende medisiner (anxiolytika) og sovemedisiner (hypnotika/sedativa). Tallene for 2010 foreligger ikke foreløpig. For året 2009 er Telemark helt på toppen. Dette er uttrykk for at leger og pasienter oftere i Telemark enn i landet finner hverandre i medikamentbruk som løsningsforsøk på problemer som angst, uro og søvnløshet. De nevnte medikamentene er effektive på kort sikt og for personer som ikke er vant til å bruke dem, men virkningen fortar seg raskt, og etter noen uker er det meste av effekten borte. Noen ganger vil legen bli fristet til å øke dosen, og dersom dette blir gjort over noen tid, kan veien være kort til utvikling av avhengighet. Prøver pasienten å slutte, og dette gjøres brått, vil man etter få dager kunne oppleve økt angst, rastløshet og kroppslig ubehag over noen dager. Ubegagat er forbigående, men man kan lett ty tilbake til medisinene i mellomtida, og dermed sitte igjen med en opplevelse av at «man bare må ha» disse medisinene.

Det disse medikamentene gjør er å virke dempende, roende og sløvende. Da blir det lite driv og kraft til å analysere, tenke gjennom hva som ligger bak ubehaget en opplever og rydde opp i de forhold som er årsak til den følelsesmessige uroen.

For sikkerheten i trafikken er medikamenter av disse typer en trussel. Oppmerksomhet og konsentrasjon er svekket og reaksjonshastigheten blir redusert. Det er derfor regler om at leger skal advare mot kombinasjon bilkjøring og bruk av beroligende medisiner, og at legen skal varsle fylkesmannen når medisinbruken er så omfattende at det ikke lenger er forenlig med bilkjøring. Fylkesmannen varsler som følge av slike meldinger politiet om at førerkort bør inndras. For gamle kan bruk av beroligende medikamenter og sovemedisin øke svimmelhet og ustøhet. Dermed øker sannsynligheten for fall, brudd og dette igjen

for infeksjoner og andre komplikasjoner som blodpropp og forvirringsepisoder.

Misbrukere av illegale stoffer kan ofte kontakte sine fastleger og be om beroligende medikamenter. Argumentene som de ofte bruker og som de også tror på selv er at beroligende medikamenter kan få dem bort fra bruk av illegal narkotika eller i alle fall redusere bruken. Erfaringsmessig viser dette seg å ikke være riktig. Det øker misbruket og fører inn i blandingsmisbruk og økte vansker i familiesituasjon, i sosiale relasjoner og i forhold til skole eller arbeid.

Helge Waal og Jørgen O. Bramnes ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) skriver i Tidsskrift for Norsk Legeforening nr 6, 2010 bl.a. at det ikke er dokumentert terapeutisk effekt av benzodiazepiner til personer med rusproblemer. (Benzodiazepiner er det virkningsstoff som beroligende og søvngivende medikamenter oftest inneholder). Det framgår av artikkelen at slike medikamenter forvansker behandlingen av rus- og avhengighetsproblematikk.

Det høye forbruket av beroligende medisiner og sovetabletter i Telemark er et pekepinn om at befolkningen i Telemark har mye psykiske problemer å stri med. Utfordringen for fastlegene er å gi pasientene bedre hjelp enn kortvarig demping med tabletter. Noe av slik bedre hjelp kan være å gi pasienter bedre tid for samtale og drøfting av forhold som tynger i livssituasjonen. Økt aktivitet, mosjon og frisk luft vil for noen være et bedre tiltak for å bedre søvn og døgnrytme enn å ty til kjemiske løsninger. I løpet av årene 1999 – 2008 har myndighetene spyttet mye penger inn i en opptrappingsplan for psykisk helse. Vi har fått en bedre utbygd spesialisttjeneste, med flere fagpersoner som arbeider i poliklinikker og ambulante team. Vi har også fått fagpersoner i kommunene som har psykisk helsearbeid som oppgave. Disse vil fastleger kunne samarbeide med for å gi pasienter tidlig hjelp og støtte som alternativ til beroligende medisiner ved psykiske plager og lidelser. Rådene fra Helsetilsynet i Telemark til legene kan sammenfattes slik når det gjelder forskrivning av beroligende medikamenter og sovemedisin:

- Vær tilbakeholden med førstegangsforskrivning, særlig til unge personer og til personer med kjente misbruksproblemer
- Ikke skriv ut slike medikamenter til pasienter du ikke er fastlege for. Om du likevel unntaksvis skulle gjøre det, så klargjør for pasienten at du sender informasjon om det til fastlegen
- Vær ytterligere tilbakeholden med annen gangs forskrivning
- Husk fare for svimmelhet, muskelsvakhet og økt falltendens særlig ved førstegangsforskrivning eller doseøkning hos eldre pasienter
- Husk at eldre kan ha redusert biologisk søvnbehov, i mange tilfeller vil 6 timers søvn i døgnet være tilstrekkelig
- Ved forskrivning av medisiner av denne typen, ordiner små pakningsstørrelser
- Vurder og drøft med pasienten hva som kan ligge til grunn for uro eller søvnløshet, og om det finnes andre måter å nærme seg problemene på
- Tilby videre kontakt og støttesamtaler, eller tilby henvisning til annen instans
- Gjør vurderinger vedrørende bilkjøring og førerkortforskriftens helsekrav
- Prøv å motivere pasienter som har forbruk over lang tid til nedtrapping
- Vær på vakt mot økt forbruk, sammenhold dose- ring med pakningsstørrelser og reseptintervall
- I noen tilfeller kan den beste hjelp en lege kan gi være å si nei til å skrive resept, - kunsten er i så fall å gjøre dette med en begrunnelse pasienten forstår og på en måte som er ivaretagende og respektfull

Se tabeller og diagrammer bakerst i meldingen.

Omsorgsplan 2015

St. melding nr. 25 (2005–2006) «Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer» beskriver utfordringene kommunene har med den sterke økningen av antall eldre. På bakgrunn av denne økte andel eldre, må kommunene planlegge mer hjelp til de mest omsorgstrengende, samtidig som samfunnet må styrke og etterspørre de friske eldres vilje og evne til å mestre eget liv og bidra overfor andre.

Regjeringens tiltak for å imøtekomme framtidens omsorgsutfordringer oppsummeres i følgende fem strategier:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitet og kompetanseheving
- Samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Fylkesmannens oppdrag med Omsorgsplan 2015 er å bistå kommunene i deres arbeid. Det inkluderer både planlegging, kompetanse og økonomi. Hos oss er det sosial- og helseavdelingen som har koordineringsansvaret. Koordinator rapporterer direkte til avdelingsledelsen. Det er utarbeidet et strategidokument for det interne samarbeidet.

Planlegging

Fylkesmannen gjennomførte kontaktmøter med alle kommuner i slutten av 2009 og i starten av 2010. Hensikten var å få kunnskap om kommunene har planlagt langsiktig og forutsigbare tjenester, sett ut fra hvordan befolkningen ser ut om 10 – 20 år. Demografi, helsetilstand samt kommunens kompetanse og rekruttering er områder kommunene må ta tak i.

Til tross for kommunenes ulike forutsetninger i forhold til planarbeid, kjente alle kommunene kravet i ny plan- og bygningslov. Alle kommunene har meninger om hvilke utfordringer de ser framover. Både fag og politikk må derfor tenke stabilt og langsiktig slik at det bidrar til gjennomføring av målene. Oppsummert har 13 av 18 kommuner enten en egen omsorgsplan



eller integrert i kommuneplanen. 2 kommuner har utarbeidet tjenestebeskrivelser som er politisk vedtatt, noe som er en begynnelse på omsorgsplanarbeidet. De resterende 3 kommuner som ikke hadde plan, har vedtatt en planstrategi i kommunen.

Mange av brukerne i omsorgstjenesten har sammensatte og kroniske problemer. Dette krever sammenhengende tjenester. Her er det mye å forbedre. En løsning kan være å samarbeide med andre kommuner. Fylkesmannen har i den anledning hatt flere henvendelser om økonomi i slikt samarbeid kommuner imellom, eksempelvis tilbud til yngre demente. Poenget er å få best mulig tjenester innenfor tilgjengelige ressurser, men slik det hittil har vært, har økonomien i slike tilfeller vært et hinder.

Når det gjelder planlegging, har fylkesmannen funnet et godt hjelpemiddel i planveilederen som Fylkesmannen i Sør-Trøndelag har utarbeidet. Denne bygger på prosesskrav til kommuneplanens samfunnsdel hjemlet i plan- og bygningsloven og kommuneloven (Økonomiplan/handlingsprogram). Veilederen fra Sør-Trøndelag er sendt alle kommuner og har vært tema på konferanser, samt at den er tilgjengelig på Fylkesmannens nettsted.

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester

Undervisningssykehjemmet i Telemark St. Hansåsen sykehjem, har eksistert i 3 år. Men først da prosjektleder tiltrådte i januar 2009, ble det fart i prosjektet. Porsgrunn kommune fikk også tildelt status som undervisningshjemmetjeneste fra 1. januar 2010. At samme kommune fikk samme status har bidratt til et nært samarbeid i arbeidet med å stimulere til fag- og kompetanseutvikling og spre denne kunnskapen.

I november forelå Helsedirektoratets overordnede strategi 2011-2015 med visjonen «Utvikling gjennom kunnskap». Strategien er tydelig på at kunnskap må formidles videre, og den sier noe om hvordan dette kan gjøres. Som nevnt er formålet at utviklingssentrene skal være en faglig spydspiss innen forbedring og utvikling av helse- og omsorgstjenestene, kompetansesenter for metoder og praksis som kan overføres til andre sykehjem og hjemmetjenester.

Fylkesmannen har etablert faste samarbeidsmøter med prosjektledelsen i utviklingssenteret og møter i styringsrådet, som fra 2011 endrer navn til «Fag- og samarbeidsråd». Vi ønsker å opptre på en felles arena der vi kan formidle kunnskap og erfaringer til kommunene i deres arbeid med måloppnåelse. Dette

er en arena hvor vi møter representant fra videregående skole/fagskole og fra legene (fastlege, sykehjemslege eller kommunelege), høgskolen, senter for omsorgsforskning, KS, foruten ledelsen og prosjektledelsen i kommunen.

Fylkesmannen samarbeider spesielt i forhold til nettverket «Omsorg til pasienter med demenssykdom». Det er opprettet stilling for nettverkskoordinator. Gjennom nettverket formidler vi våre oppdrag og benytter det til spredning av kunnskap.

Fylkesmannen bevilget 100 000 kroner til Utviklings-senteret i slutten av 2010. Dette er «frie midler» som kommunene i Telemark kan søke om til ulike tiltak innenfor delmålene i strategidokumentet.

Aktiv omsorg

I St. melding 25 påpekes det at de fleste undersøkelser viser at dagligliv, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold er de største svakheter ved dagens omsorgstilbud. Dette krever større faglig bredde med plass til flere yrkesgrupper slik at omsorgstilbudet dekker psykososiale behov og kan gis en mer aktiv profil.

Kulturtiltak bør ha sin naturlige plass i omsorgstjenesten basert på at kultur kan gi god helse. Som nevnt innledningsvis vet vi at det blir flere eldre, men det blir også eldre med god helse. At disse kan bidra med konkrete aktiviteter, kan virke forebyggende. Utfordringen er å formalisere tverrfaglig samarbeid mellom kultursektoren og helse- og omsorgstjenesten i kommunene, slik Porsgrunn kommune er et godt eksempel på.

Kulturtiltakene må tilpasses de som skal ha nytte av dem, og det blir derfor viktig å tenke på lokaler, transport og tidspunkt for aktivitetene. Fylkesmannen har etablert godt samarbeid i Folkehelseprogrammet. Høsten 2009/våren 2010 ble alle sykehjem i Telemark med uteområdene fotografert. I tillegg snakket ble leder eller annen ansatt ved de fleste av sykehjemmene kontaktet. Generelle inntrykk fra besøkene var:

- Stort sett god standard på bygningene
- Utearealene stort sett bra, men mye kan gjøres
- Stell av utearealene synes ofte å være problematisk (ansvarsavklaring)
- Beboerne er lite ute
- Få aktiviteter i hverdagen de fleste steder
- Sykehjem med aktivitører har mest aktivitet
- Sykehjemmets inngangsparti kan markeres tydeligere
- Sykehjemmets samspill med nærmiljøet har utviklingspotensiale

Mange som bor på sykehjem har demens og trenger god tilrettelegging. Sanehager har ofte vært planlagt for demente, men det er viktig at hele uteområdet er gjennomtenkt i forhold til beboernes aktivitet.

Gjennom Folkehelseforum Telemark har Fylkesmannen i Telemark arrangert to konferanser om «Aktiv omsorg på sykehjem». Den ene konferansen var om inneaktiviteter i sykehjem, og den andre om uteområdene. Her var det god deltakelse fra kommunene og fra frivillige, og det gir resultater. Det er nå utarbeidet et hefte der det er bilder av alle sykehjemmene i Telemark med uteområdet. I denne er det også beskrevet hva som kjennetegner gode uteområdene ved sykehjem.

Legetjenesten

I St. melding 25. og St. meld. 47 legges det vekt på å styrke det allmennmedisinske tilbudet til omsorgstjenestens brukere. Den fremhever viktigheten av gode samhandlingsrutiner mellom fastlege og hjemmetjenesten. Det rettes samtidig stor oppmerksomhet mot å bedre kapasiteten og kvaliteten på legetilbudet i sykehjemmene. Regjeringen har lagt opp til en forventning om en generell økning av legetjenesten i sykehjem med 50 % innen år 2010. Ved rapportering av norm for legetjeneste i sykehjem pr. 1. juni 2010 var det 5 kommuner som ikke hadde oppfylt denne normen.

Investeringstilskudd

I 2008 iverksatte Regjeringen et investeringstilskudd for å øke kapasiteten på sykehjem og omsorgsboliger, forvaltet av Husbanken. Dette tilskuddet er ikke

optimalt benyttet i Telemark. Fra 2011 er tilskuddet økt fra 30 til 40 % av de godkjente bygge- og anleggskostnadene og fra 20 til 30 % for omsorgsboliger. Totalt blir også tilskuddet til bygging av fellesareal økt fra 30 til 40 %. Disse økte tilskuddene skal ha tilbakevirkende kraft fra 2008. Fylkesmannen håper dette kan bidra til å nå målene i Omsorgsplanen 2015. Nasjonal norm legger opp til en dekningsgrad for sykehjem på 18 % av befolkningen over 80 år og 13 % for omsorgsboliger med heldøgns omsorg og pleie. I Telemark ligger 10 kommuner under 18 % dekning for sykehjem, men 7 av disse ligger over 13 % dekning for omsorgsboliger. Til tross for at ikke befolkningsutviklingen tilsier så sterk økning av antall eldre, sett i en 10-års periode, er underdekning sammen med endring i sykehusbruk slik at noen kommuner bør planlegge ytterligere sykehjemsplaser eller døgnbemannet omsorgsboliger.

Etisk kompetanseheving

Helse- og omsorgsdepartementet, yrkesorganisasjonene og KS har satt i gang prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving». Prosjektet er forankret i Stortingsmelding nr. 25, og i avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene 2006-2010 mellom regjeringen og kommunesektoren ved KS. Flere kommuner er aktive deltakere, bl.a. er Skien kommune ressurskommune i prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving». Avdelingene har

etisk refleksjon en halv time før lunsj ukentlig der etiske dilemmaer både i forhold til personalgruppa og brukerne tas opp. Som et godt hjelpemiddel har kommunen utarbeidet en egen verktøykasse bestående av bl.a. «Etikkhåndboka», refleksjonskort, IGP-modellen (individuell, gruppe og plenumsrefleksjon) mm. I tillegg har de også laget en egen etikkhåndbok med litt teori om etikk, presentasjon av metoder med mer. Det er Utviklingssenteret som har vært pådrivere for å sette dette i gang. Vi har tidligere nevnt Skien kommune, men flere mindre kommuner har også deltatt. Seljord kommune er en av disse, og kan vise til gode resultater.

Kommunal barneverntjeneste

Antallet nye meldinger til barneverntjenesten har økt med 233 fra i fjor. Til sammenligning var økingen på 8,2 % fra 2008 til 2009. Henlagte meldinger har i samme periode økt med 4 %. Økt. Andelen henlagte meldinger i 2010 for Telemark er 18,4 %. Barneverntjenestene undersøkte flere saker i 2010 enn tidligere år.

I 2010 gjennomførte barneverntjenesten i fylket 1 395 undersøkelser. Sammenlignet med 2009 er dette en øking på 26,7 %.

Antall barn med hjelpetiltak har økt med 8,7 % fra 2009 til 2010.

Tall fra kommunenes halvårsrapporteringer			
	2008	2009	2010
Antall nye meldinger	1458	1578	1811
Antall gjennomgåtte meldinger	1344	1489	1745
Prosent henlagt av gjennomgåtte meldinger	14,9	17,7	18,4
Antall undersøkelser	1096	1101	1395
Prosent henlagte undersøkelser	48,3	48,4	54,25
Prosent fristoversittelse av undersøkelser	4,5	11,1	19,55
Barn i hjelpetiltak	1109	1094	1189
Prosent av disse som har tiltaksplan	72,5	79,1	61,7
Antall barn under omsorg	242	240	261
Prosent av disse som har omsorgsplan	75,6	80	79,3
Barn med alvorlige atferdsvansker som ikke er under omsorg	20	20	6
Prosent av disse som har tiltaksplan	70	70	84

Det er imidlertid en nedgang i antall barn som har lovpålagt tiltaks- og/eller omsorgsplan. Fylkesmannen vil følge opp at alle barn får lovpålagte planer. Antall saker i barnevernstjenesten i Telemark øker altså fortsatt. Kommunene melder om at stor arbeidsmengde – og byrde - har ført til at de har vansker med å utføre oppgavene på en tilfredsstillende måte. Vi har sett dette gjenspeile seg i kommunens arbeid med å holde lovpålagte frister gitt i barnevernloven § 6-9. Det var fristbrudd i 268 barnevernssaker i 2010. I en stor del av sakene er fristen begrunnet i kapasitetsproblemer i barnevernstjenesten. Det ble i 2010 gitt mulkt til en kommune etter § 6-9 i barnevernloven.

Opptappingsplan for rusfeltet

Opptappingsplan for rusfeltet inneholder tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging og skal gi rusmiddelavhengige den hjelpen de trenger. Planen varer ut 2012 og vil legge føringer for arbeidet på rusfeltet i perioden. I 2010 ble rusfeltet styrket med 100 millioner kroner i landet som helhet.

Tilskudd

Helsedirektoratet utlyser årlige tilskuddsmidler til rusmiddelarbeid i Norge. I 2010 fikk Telemark økt tilskuddet med ca 2 millioner kroner. Det ble søkt midler til 39 prosjekter, noe som er 19 flere enn i 2009. Hele 13 av 18 kommuner i Telemark fikk midler til rusmiddelarbeid.

År	Antall kommuner	Antall søknader	Innvilget tilskudd	Kommuner som ikke benyttet tilskuddet
2008	7	13	5 312 696	1
2009	12	20	9 834 746	1
2010	13	39	11 856 603	0

Kompetansehevede tiltak

Fylkesmannen har i samarbeid med Kompetansesenter rus – region Sør Borgestadklinikken arrangert kurs i motiverende intervju, samt basiskurs i rus og psykiatri for Nav og kommuneansatte. Individuell plan (IP) og brukermedvirkning har vært en del av fokuset på basiskursene. Det har vært avholdt en erfaringskonferanse knyttet til boligoppfølging av rusmiddelavhengige og personer med psykiske helseproblemer. Rusnettverkene i Telemark og fylkesmannen sto som arrangør i samarbeid med representanter fra A-larm, Borgestadklinikken og rusprosjektet fra Sykehuset Telemark.

Fylkesmannen har i tillegg hatt et IPLOS seminar og en konferanse hvor tema var fattigdom relatert til barn, helse og rus. Telemark har tre aktive rusnettverk som bla. har hatt følgende tema på dagsorden: Samhandling, IP, brukermedvirkning, ny LAR-ordskrift, tidlig intervensjon.

Tvang

I 2010 hadde Telemark fylke følgende tvangsinnleggelser:

År	Antall	Lov om sosiale tjenester	Institusjon
2009	4	§ 6-2 a	Borgestadklinikken
2009	5	§ 6-2	Vestfoldklinikken
2010	4	§ 6-2 a	Borgestadklinikken
2010	8	§ 6-2	Vestfoldklinikken

Antall innleggelser etter § 6-2a er identisk for 2009 og 2010. Antall innleggelser etter § 6-2 økte med tre fra 2009. Vestfoldklinikken opplyser at de i tillegg hadde tre søknader i 2010 som enten ble avvist eller trukket.

LAR i Telemark

Ved utgangen av 2010 var 332 personer innskrevet i LAR. Dette er en reduksjon på åtte personer fra

2009. Det er andre gang siden 1999 at pasienttallet har sunket. Dette skyldes færre nye henvisninger, flere utskrivninger og flyttinger. Noe av årsaken kan ligge i en innstramning av forskrivning og utleveringsordninger. Det kan også gjenspeile en naturlig utflatning i forhold til andre fylker, da Telemark har hatt forholdsvis mange LAR pasienter i forhold til innbyggertall. 16 av fylkets 18 kommuner har pasienter i LAR behandling. Mer enn 75 % kommer fra Grenlandsområdet. I 2010 døde 3 LAR pasienter, mot 9 i 2009, en i 2008 og tre i 2007. Mange dødsfall i 2009 ser ut til å være et unntak, snarere enn en ny trend.

LAR Telemark og Fylkesmannen er bekymret for mengden benzodiazepiner som legene foreskriver til denne gruppen i fylket. Det jobbes nå aktivt og langsiktig for å redusere bruken av disse legemidlene. Telemark er blant de fylkene i landet som topper foreskrivningsstatistikken på dette området.

I 2010 var det mange pasienter i femtiårene og tre pasienter i sekstiårene.

Nye roller i folkehelsearbeidet

I januar 2010 overtok fylkeskommunen formelt eneansvaret som sekretariat for folkehelseprogrammet for Telemark. I perioden 2006-2009 ble dette delt med fylkesmannen. Endringen har bl.a. sammenheng med ny lov om fylkeskommunens rolle i folkehelsearbeidet. Fylkeskommunen og fylkesmannen har fortsatt et nært samarbeid. Fylkesmannen skal nå primært være en faglig bidragsyter til fylkessekretariatet og til kommuner, frivillige organisasjoner og andre virksomheter.

Hovedsatsinger har fortsatt vært å forankre folkehelse i kommunene. Ved årsskiftet hadde 9 av 18 kommuner ansatt folkehelsekoordinator fra 20 til 100 % stilling. Det ble en reduksjon i 2010, da Midt-Telemarkskommunene ikke lenger har en stillingsressurs.

Uavhengig av om kommunene har folkehelsekoordinator eller ikke, tilbys folkehelse tiltak til ulike bruker-

grupper i alle kommuner. Folkehelseforum Telemark har satset målrettet mot barn, ungdom og eldre.

For de yngste satser fylkeskommunen på tiltaket Helsefremmende barnehager og skoler i Telemark. Tiltaket er presentert nasjonalt som «Telemarksmodellen». Dette arbeidet har hatt gode ressurser, kontinuitet, kvalitet, omfang og bredde, slik at satsinga setter tydelige spor etter seg i fylket. Tema er fysisk aktivitet, sunt kosthold, røykfrihet og sosialt miljø i barnehager og skoler.

Med fylkeskommunens ansvar som pådriver for det brede primærforebyggende folkehelsearbeidet, har fylkesmannen jobbet mer med forebyggingsområder knyttet til helse- og omsorgstjenesten. Her trekker vi fram friskliv/friskvern i kommunene og aktiv omsorg, som begge inngår i Samhandlingsreformen.

Naboklager og miljøretta helsevern

Fylkesmannen behandlet i 2010 to klager med utgangspunkt i lov om helsetjenesten i kommunene, § 4a-8. Denne paragrafen under miljørettet helsevern sier at «kommunestyret kan pålegge forhold ved en eiendom eller virksomhet i kommunen rettet hvis forholdet direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen...».

Bamble og Drangedal kommuner hadde hver sin sak som ble oversendt Fylkesmannen for endelig avgjørelse. I begge tilfelle var forholdet at innbyggere opplever så store ulemper i naboforhold at det påvirker deres helse og trivsel.

Det er få slike saker som ikke blir løst i kommunene. Fordi sakenes innhold ikke alltid er uttømmende beskrevet i regelverk, innhenter vi referanser fra tilsvarende saker i andre fylker som bidrag i skjønnsurverdinger.

Saken i Bamble gjaldt naboers ulemper med for mange konserter med høy musikk fra nærliggende konsertarena, mens det i Drangedal var bl.a. luktplager fra stort kattehold i nærliggende privatbolig.



Fylkesmannen vurderte det slik at naboenes klager var godt begrunnet og kunne gi helsemessig ulempe. Fylkesmannen vedtok både reduksjon av antall konserter og antall katter.

Sosial- og helsemessig beredskap

Fylkesmannens Sosial- og helseavdeling er sterkt involvert i beredskapsarbeid. I år 2010 omfattet dette blant annet:

Fylkeslegens faste deltagelse i **Lokal Redningsentral (LRS)**. Dette innebærer en rådgiverfunksjon for politimesteren ved kriser og ulykker av ulike slag. Lokal redningsentral møter enten fulltallig eller med de mest relevante medlemmene ved for eksempel flom, skogbrann og andre naturkatastrofer, ved større ulykker i trafikken, industriulykker og annet. I tillegg til at LRS møtes ved kriser, har LRS også øvings- og orienteringsmøter flere ganger årlig. I den lokale redningsentralen deltar også representanter for Forsvaret/ Heimevernet, Sivilforsvaret, Røde Kors, Brannvesenet, Telenor, Geiteryggen Lufthavn, Grenland Havn, Kirken og andre.

Fylkeslegen deltar i **Fylkesberedskapsrådet**, som ledes av fylkesmann Kari Nordheim-Larsen.

Avdelingen deltar kontinuerlig i Fylkesmannens beredskapsarbeid og planlegging for å kunne møte eventuelle krisesituasjoner. Foruten avdelingsledelsen er det særlig rådgiver Roger Jensen og seniorrådgiver Inger Tveit Espeland som samarbeider med Fylkesmannens beredskapsstab om disse oppgavene.

Ass. fylkeslege Robert Dalene har **smittevern og pandemiberedskap** som et av sine arbeidsområder, og gir råd til kommunene om bl.a. oppdatering av beredskapsplaner.

Hele avdelingen er tilgjengelig for kommunene og spesialisthelsetjenesten for **rådgivning og planlegging i relasjon til mulige krisesituasjoner**. Det arrangeres også konferanser og øvelser for å forberede virkelige kriser som kan komme. Blant øvelsene som ble gjennomført i 2010, var **Øvelse med russebil i trafikkulykke**: Den 10.- 11. mai ble det holdt øvelse og seminar i Bø, der scena-

riet var en trafikkulykke med en russebil, med både døde og skadde russ hjemmehørende i kommunen. Øvelsen og seminaret kom i stand etter forespørsel fra kriseteamene i Bø, Nome, Sauherad og Seljord kommuner. Russ fra Bø videregående skole deltok i øvelsen. Øvingsledelsen var seniorrådgiver Jan W. Ruud og ass. fylkeslege Yngve Holmern hos Fylkesmannen, og operasjonssentralen ved Telemark politidistrikt.

Øvelse Grevling: Dette var en stor øvelse i Grenland den 7. oktober 2010, med et scenario som omfattet en tankbil som hadde kollidert i Porsgrunnstunellen. Det var oppstått lekkasje av nitrøse gasser, med potensiell helsefare for befolkningen rundt. Dette var en reell øvelse som omfattet mange deltagere ute, herunder politi, brannvesen, sykebiler, media og andre. Øvingsledelsen var i Politihuset, der stab var satt og med LRS til stede for å bistå (se ovenfor). Etter øvelsen var det evaluering i Politihuset.

Øvelse Vestavind: Øvelse/ konferanse om atomberedskap, holdt på Statens Hus i Skien den 27. oktober. Fra Sosial- og helseavdelingen deltok bl.a. fylkeslegen.

Ulykke/eksplosjon i ammoniaktanken på

Herøya: I samarbeid med Direktoratet for Sikkerhet og Beredskap deltok fylkeslegen i november 2010 i forberedelsene til en konferanse som skulle vurdere sikkerheten rundt ammoniaktanken, og eventuelle tiltak ved en ulykke som angikk denne.



Ammoniaktanken på Herøya i Porsgrunn

Kvalifiseringsprogrammet

Kvalifiseringsprogrammet er en del av satsingen for å bekjempe fattigdom. Målet med programmet er å forsterke innsatsen overfor personer som er eller kan bli avhengige av sosialstønad over lengre tid. Det skal bidra til at flere i målgruppen kvalifiserer seg til - og kommer ut i - arbeid gjennom tettere og mer forpliktende bistand og oppfølging.

Kvalifiseringsprogrammet gikk 1. januar 2011 over i en ordinær driftsfase etter prosjektperioden. Fylkesmannen skal fortsatt ha kvalifiseringsprogrammet som en av de viktigste oppgavene på ansvarsområdet.

I samarbeid med NAV fylke skal fylkesmannen følge opp ordningen i NAV-kontorene ved å gi informasjon, bistå med råd og veiledning, og tilby kompetanseutviklingstiltak til ansatte i NAV-kontorene.

Kompetanseveileder som tidligere hadde kontorplass hos Nav fylke, er nå plassert hos Fylkesmannen.

«Talenter for fremtida»

Talenter for fremtida er et bredt, regionalt samarbeidsprosjekt i Grenland med formål om å inkludere alle barn og unge til skole, utdanning eller arbeid. Prosjektet skal bidra til et tett samarbeid mellom kommunene i Grenland, NAV Telemark, Telemark fylkeskommune, LO, NHO, KS og Fylkesmannen i Telemark, samt andre relevante aktører på feltet som for eksempel politiet i Telemark, Alternativ til vold, o.a.

Målsetting

Samlet har prosjektet Talenter for fremtida følgende målsettinger:

- Tidlig innsats
- Igangsetting av forebyggende tiltak for hele aldersgruppen (0-25 år)
- Færre unge på passive ytelser
- Øke antallet unge med fullført videregående kompetanse
- Flere unge i arbeid og aktivitet
- Kartlegge lokale tiltak

Prosjektet er delt inn i en kortsiktig del (2009 -2012) og en langsiktig del (2009 -2020).

Kortsiktig del

Målgruppa for den kortsiktige delen er unge i aldersgruppa 16-25 år som på forskjellige måter har tilpasningsproblemer i forhold til skole og arbeidsliv. «Kortsiktige» tiltak er her å forstå som en utvikling av konkrete tiltak rettet mot ungdom som står utenfor arbeid og skole. Tiltakene er rettet inn mot å remotivere til skole og /eller finne egnet arbeid. En rekke tiltak er iverksatt; Talent factory, Ungteam, Teorienhet, Ung framtid, Praksissenter etc. NAV Telemark og Telemark fylkeskommune samarbeider om målgruppene og er hovedansvarlig for denne delen av prosjektet.

Langsiktig del

Målgruppen for den langsiktige delen er barn og unge i alderen 0-25 år, samt deres familier. Denne delen av prosjektet skal iverksette forebyggende og strategiske tiltak fra barnehage til og med videregående opplæring. Fylkesmannen i Telemark har hovedansvaret for den langsiktige delen av prosjektet og har invitert Grenlandskommunene Bamble, Porsgrunn, Skien, Kragerø, Siljan og Drangedal til å delta i denne satsningen. I august 2010 ga Grenlandskommunene sin tilslutning til å delta i en forprosjektfase frem til 31.07.2011. Den langsiktige delen har som formål å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge i Grenland, og redusere behovet for kortsiktige tiltak. Viktige prinsipper for prosjektets videre arbeid vil være tidlig innsats, tiltak basert på kunnskap, i tillegg til samordning og samarbeid.

Forankring i kommunene

I 2010 har den langsiktige delen av prosjektet Talenter for framtida arbeidet med forankring i kommunene. Alle deltagerkommunene er besøkt og har fått informasjon om prosjektet. I siste del av 2010 har Fylkesmannen i Telemark jobbet med planlegging av en kick-off konferanse for det langsiktige løpet i Talenter for framtida. I tillegg til Grenlandskommunene vil Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet (BLD), Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgs-

departementet (HOD), Arbeids- og velferdsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI) og Husbanken bli invitert, samt sentrale lokale aktører. Formålet med konferansen vil være å overbringe informasjon om de statlige føringene i forhold til arbeidet med risikoutsatte barn og unge, samt legge til rette for forankring/innsjutt fra Grenlandskommunene.

I 2011 vil det bli arbeidet ytterligere med forankring av prosjektet ved nye kommunebesøk samt presentasjon av prosjektet overfor lokalpolitikkerne i de ulike kommunene. Det skal etableres en egen prosjektgruppe og styringsgruppe for den langsiktige delen, men Talenter for framtida vil i tillegg ha et overordnet koordinerende organ.

Hovedprosjektet i Talenter for framtidens langsiktige satsning er planlagt å ha en langsiktig horisont – med varighet frem til 2020.

Det er forventet at prosjektet vil ha overføringsverdi til de øvrige kommunene i fylket.

Nye tiltak under utvikling

Talenter for framtida samarbeider om flere nye satsinger rettet mot barn og unge:

- LOS-prosjektet (BLD)
- Ny Giv (Kunnskapsdepartementet)
- Utvikling av handlingsplan mot barnefattigdomsplan mot barnefattigdom i utvalgte kommuner (Arbeids- og velferdsdirektoratet)

Talenter for framtida arbeider nå med å lage en egen webside, intranettside for samarbeidspartnere, samt facebookside for prosjektet.

Barnefattigdom

I Forskningsstiftelsen Fafo sin rapport «Barnefattigdom i Norge» går det fram at Telemark har en stor del barn som lever i familier som kan betegnes som fattige. I landet som helhet er 7,9 % av barna i fattige hushold, mens tilsvarende tall for Telemark er 10,1 %.



«Sammen om» utarbeidet en tabell over forholdene i Grenland;

Kommune	Barn under fattigdomsgrensen 2000		Barn under fattigdomsgrensen 2006	
	Prosent	Antall	Prosent	Antall
Skien	6,8	725	11,2	1253
Porsgrunn	6,2	442	8,1	610
Siljan	2,9	17	6,5	39
Bamble	5,9	197	10,3	339
Telemark	6,0	2 101	10,1	3 688
Landet	5,1		7,9	

I Levekårskartleggingen 2009 (Møller og Gustavsen 2009) utført av Telemarksforskning på vegne av Fylkesmannen i Telemark, fremgår det at 7 % av Skiens barnebefolkning lever i hushold som kategoriseres som langtidsfattige.

Rapporten viser også at det i Siljan og Bamble er store forskjeller mellom inntekten til familier generelt og til husholdninger med enslig forsørger. Spesielt slår dette negativt ut for barn som lever med enslig forsørger i Bamble og Siljan.

Det er et mål i regjeringens politiske plattform at barn ikke skal oppleve sosial ekskludering som følge av foreldrenes økonomi.

Fylkesmannen har også i 2010 hatt sterk fokus på denne gruppen barn, og vi har valgt å fokusere på arbeidet med disse forholdene i flere sammenhenger, blant annet gjennom Talenter for framtida. Flere kommuner i fylket fikk i 2010 tilskudd fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til å arbeide med forholdene for barn i fattige hushold. Disse midlene har blant annet blitt benyttet til lavterskel utstyrsbanker og andre typer tiltak som sikrer at alle barn skal ha lik mulighet til å delta i aktiviteter. To kommuner har også kommet i gang med arbeidet med å utvikle en handlingsplan mot barnefattigdom.

Tall for Telemark er tilgjengelige i Fafo sin rapport, men fylkesmannen har som en del av arbeidet med

Kilde: FAFO rapport 2009:38, Barnefattigdom i Norge. Telemarksforskning, TF-rapport 256 2009 Kartlegging av levekår i Skien. Telemarksforskning. TF-notat 22 2009; Levekår blant barn og unge i Telemark



Forvaltningsoppgaver

Fri rettshjelp

I 2010 utbetalte Fylkesmannen i Telemark til sammen kr 6,4 millioner kroner under ordningen med fri rettshjelp. Vi behandlet ca. 900 saker som gjaldt fri rettshjelp.

Fri rettshjelp omfatter både fritt rettsråd og fri sakførsel. Fritt rettsråd er rettleiding og hjelp i juridiske spørsmål utenom rettergang. Fri sakførsel er rettshjelp i saker som går for domstolene og enkelte forvaltningsorgan, som for eksempel kontrollkommissjonen for psykisk helsevern.

Vi har ingen samlet oversikt over utbetalingene for fri sakførsel, fordi utbetalingene skjer ved den enkelte rett. Fylkesmannen utbetalte ca. 1 million kroner for advokatbistand i saker for kontrollkommissjonen.

Noen saker er så inngripende at det blir gitt fri rettshjelp uten behovsprøving. Utlendinger som har fått avslag på asylsøknaden, har rett til fritt rettsråd for å klage på vedtaket. Som hovedregel gjelder dette også saker om bortvisning, utvisning og tilbakekall av gitt tillatelse. Vi utbetalte til sammen 1, 8 millioner kroner for fritt rettsråd i 300 slike saker. Utgifter til tolk er inkludert i beløpet.

Det offentlige betaler også advokatbistand i saker som gjelder erstatning etter urettmessig straffefølgning. I fjor ble det utbetalt 320 000 kroner for fritt rettsråd i ca. 30 slike saker.

De fleste sakene hvor det ble gitt fritt rettsråd med behovsprøving, var familiesakene. Vi innvilget fritt rettsråd i ca. 250 saker, og utbetalte 2,1 millioner kroner.

Separasjoner og skilsmisser

I 2010 er det gitt 448 separasjonsbevillinger og 422 skilsmissebevillinger i Telemark. Antall søknader er stabilt sammenliknet med 2009.

Ekteskapsloven – separasjoner og skilsmisser

År	Separasjoner	Skilsmisser
1995	520	373
1996	407	415
1997	474	358/1*
1998	470	313
1999	519	386
2000	584/2*	367
2001	547	476/1*
2002	548	461
2003	506	386
2004	565/3*	464/1*
2005	490/1*	412/2*
2006	457	465/3*
2007	470	372
2008	486	426
2009	447	421
2010	448	422

*gjelder partnerskap

Førerkortsaker

Alle bilførere har et selvstendig ansvar for ikke å kjøre motorvogn når de på grunn av sykdom, annen påvist eller sannsynlig helsevekkelse eller bruk av medikament, ikke er i stand til å kjøre på en trygg måte (førerkortforskriftens vedlegg 1 § 1). I førerkortforskriftens vedlegg 1 defineres de helsekrav som stilles til førerkortinnehavere. Formålet med slike helsekrav er å ivareta trafikksikkerheten ved å forhindre at personer med økt ulykkesrisiko skal kunne utgjøre en trussel på veien for seg selv og andre.

Gitt av vegtrafikkloven med førerkortforskrift, samt helsepersonelloven § 34 med forskrift, har fylkesmannen som en av sine forvaltningsoppgaver å vurdere hvorvidt man kan inneha førerkort når det foreligger et helseproblem, evt. innvilge dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav etter søknad. I 2010 ble førerkortforskriften revidert, og 1. juli 2010 kom revidert utgave av fylkesmennenes rettleider for behandling av førerkortsaker (IS-1348). Den reviderte førerkortforskriften og IS-1348 utgjorde

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antall saksbehandlinger	675	679	677	723	886	935	997	1329
Totalt antall søknader om dispensasjon	239	266	286	351	434	592	538	774
Antall klager til Helsedirektoratet	20	13	-	7	10	7	6	12
Antall inndragninger	164	159	163	184	235	386	323	318

ingen endring i regelverket ut over noen få justeringer på enkeltområder i tråd med helsekravene i EU-regionen, men forståelsen av regelverket rundt noen vanskelige temaer som blant annet rus, alkohol og medikamentbruk har blitt tydeligere beskrevet. Denne presiseringen har fått betydelig oppmerksomhet i både media og fagkretser. Resultatet er en markant økning i saksmengden - særlig vedrørende medikamentbruk.

Førerkortsakene utgjør en generelt stor saksmengde hos fylkesmennene samlet, 23 000 saksbehandlinger i 2010. Fylkesmannen i Telemark utførte 1329 saksbehandlinger i 2010, se tabell for årene 2003–2009. Det har vært en klar økning i antall saker de siste 4 årene, og en økning på nær 25 % fra 2009 til 2010.

I tillegg til søknader om dispensasjon fra helsekravene og tilråding om inndragning av førerkort til politiet, gir vi skriftlig og muntlig informasjon til trafikkstasjonene, politiet, helsepersonell og brukere.

Statistikk for 2010 for Fylkesmannen i Telemark viser en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på 18 dager i dispensasjonssaker der vi har mottatt den nødvendige dokumentasjonen. Dersom vi må innhente tilleggsdokumentasjon, blir saksbehandlingstiden lengre. Dette arbeidet er et viktig ledd i trafiksikkerhetsarbeidet generelt, og vi vil særlig minne leger, optikere og psykologer om meldeplikten de har etter helsepersonelloven § 34.

Økende forskrivning av sentralstimulerende legemidler

Fra 1. mai 2005 kom nytt regelverk for bruk av sentralstimulerende legemidler. Helsedirektoratets veileder IS-1244 inneholder retningslinjer for diagnostikk og behandling av ADHD (attention deficit hyperactivity disorder). Tilstanden er i Norge ofte kalt hyperkinetisk forstyrrelse.

De sentralstimulerende legemidler som kan benyttes er narkotika, og leger trenger derfor spesiell tillatelse for å kunne skrive resept. Det er fylkesmannen som kan gi slik tillatelse etter søknad. Veilederen gir anvisning for hvordan spesialister kan søke om generell forskrivningsrett og hvordan fastleger kan søke spesiell rekvireringsrett for navngitt pasient.

Fylkesmannens vedtak om rekvireringsrett er et enkeltvedtak, slik at forvaltningslovens saksbehandlingsregler gjelder. Det betyr at saken skal være så godt opplyst som mulig før vedtak treffes, og at det er klageadgang for legen.

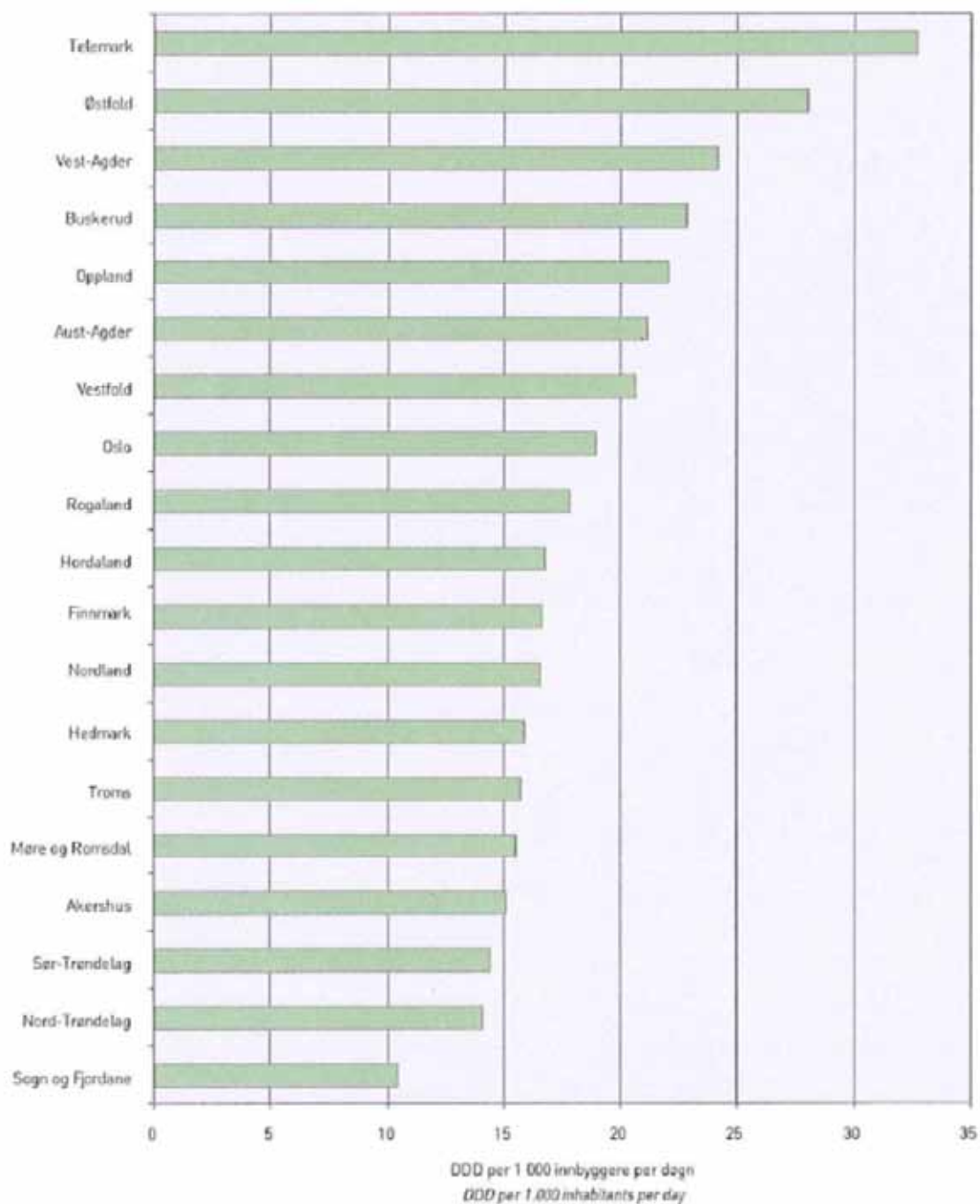
Saksområdet har til nå vært jevnt økende. Eksempelvis ga Fylkesmannen i Telemark 129 rekvireringstillatelser i 2006, mens vi ga 304 i 2010.

Reseptregisteret (www.reseptregisteret.no) har oversikt over alle resepter som ekspederes ved norske apotek. Hjemkommunen til den medisinen skrives ut til blir også registrert. Antall personer pr. 1000 innbyggere som fikk minst en resept på sentralstimulerende legemiddel (legemiddelgruppe N06B) var i 2009 i Norge 5,76, mens det i Telemark var 7,04.

Antall brukere pr. 1000 innbyggere var større i Telemark enn i landsgjennomsnittet uansett aldersgruppe. Antall brukere er økende, det var mer enn fordoblet i Telemark fra 2004 til 2009. Opprinnelig var det lagt opp til at ordningen skulle evalueres nasjonalt pr. 01.05.2011. Vi har fått opplyst fra Helsedirektoratet at dette tar lenger tid enn tidligere tenkt, og foreløpig er ordningen forlenget med ett år.



Figur 1.13 Salg av anxiolytika fordelt på fylke 2009
Sale of tranquillisers by county 2009



Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk, Folkehelseinstituttet.
 Source: The Norwegian Drug Wholesales Statistics, Norwegian Institute of Public Health

Tabell 1.13 Salg av anxiolytika (benzodiazepiner ATC gruppe N05BA) fordelt på fylke, angitt i definerte døgndoser per 1000 innbyggere per døgn 1999–2009

Sale of tranquillisers (benzodiazepines, ATC group N05BA) by county given in defined daily doses per 1000 inhabitants per day 1999–2009

Fylke County	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Østfold	27,4	27,3	26,7	26,8	27,8	29,2	29,5	30,4	31,5	30,1	28,3
Akershus	14,6	14,3	14,7	14,8	15,4	15,6	16,0	15,7	15,8	15,9	15,3
Oslo	21,3	20,7	20,7	20,9	21,2	21,3	21,8	20,5	19,6	19,6	19,2
Hedmark	17,2	16,6	16,5	16,8	16,7	17,2	17,4	17,2	16,7	16,9	16,1
Oppland	19,6	19,8	20,3	21,2	21,0	21,5	22,3	22,9	22,7	22,7	22,3
Buskerud	20,4	20,6	21,2	22,2	23,6	24,7	24,2	23,6	22,9	23,1	23,1
Vestfold	19,4	19,8	20,7	21,4	21,7	22,2	23,3	22,9	22,5	22,4	20,8
Telemark	26,3	27,4	27,8	28,8	29,4	30,0	30,4	29,4	28,9	30,5	33,1
Aust-Agder	23,3	22,7	22,8	24,1	25,0	25,8	25,9	24,5	23,1	22,7	21,4
Vest-Agder	22,1	22,1	22,9	24,1	26,7	26,6	26,0	25,0	24,8	25,3	24,5
Rogaland	19,2	18,9	19,2	19,3	19,1	18,9	18,7	18,4	18,3	18,3	18,0
Hordaland	14,7	15,1	15,8	16,5	17,5	18,9	19,1	18,6	18,0	18,1	16,9
Sogn og Fjordane	10,5	10,5	10,5	10,9	10,9	11,7	11,5	10,9	10,5	10,5	10,6
Møre og Romsdal	14,0	14,1	14,8	15,5	15,3	15,6	15,8	15,9	16,0	16,1	15,7
Sør-Trøndelag	15,6	16,3	17,2	16,9	16,5	17,2	16,8	16,3	15,7	15,3	14,5
Nord-Trøndelag	13,1	13,4	13,8	14,2	14,3	15,0	15,1	14,9	14,9	14,6	14,1
Nordlønd	13,9	14,5	15,0	15,4	15,1	15,7	16,0	16,0	16,2	16,8	16,8
Troms	13,0	12,8	13,2	14,2	14,9	15,4	16,1	16,1	16,1	16,1	15,9
Finnmark	11,1	11,5	11,5	12,6	13,4	15,1	16,9	17,1	16,6	16,8	16,8
Hele landet (Country)	17,9	18,0	18,4	18,8	19,3	19,8	20,1	19,7	19,4	19,4	18,9

Note 1: En definert døgndose (teknisk måleenhet) er den antatte gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne.

Note 1: A defined daily dose (technical unit of measure) is defined as the assumed average dose per day for a drug used on its main indication in adults.

Note 2: Salg fra grossist til firma som produserer forhåndspakkede legemidler til enkeltpasienter (multidose pakninger) blir registrert på fylket der firmaet er registrert. Det som produseres kan være solgt fra apotek i hele landet. I Østfold finnes en pakkeenheter som gir større salg der enn i andre fylker.

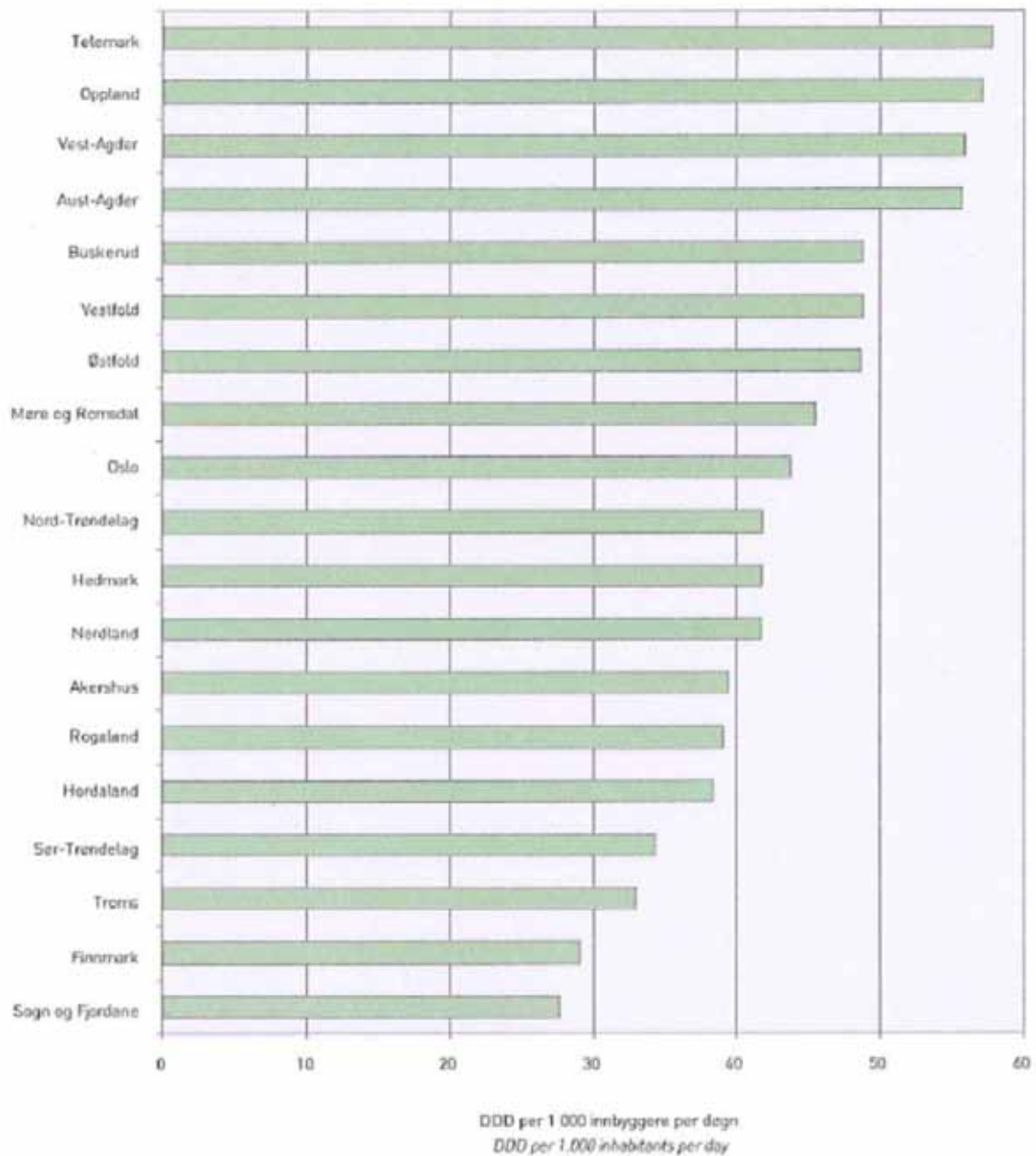
Note 2: The increased sales in Østfold partly have technical explanations.

Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk. Folkehelseinstituttet (legemiddelforbruk.no)

Source: The Norwegian Drug Wholesales Statistics, Norwegian Institute of Public Health (legemiddelforbruk.no)

Figur 1.14 Salg av hypnotika og sedativa fordelt på fylke 2009

Sale of hypnotics and sedatives by county 2009



Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk, Folkehelseinstituttet.
Source: *The Norwegian Drug Wholesales Statistics, Norwegian Institute of Public Health*

Tabell 1.14 Salg av hypnotika og sedativa (benzodiazepiner og z-hypnotika ATC grupper N05CD og N05CF) fordelt på fylke, angitt i definerte døgndoser per 1000 innbyggere per døgn 1999 – 2009

Sale of hypnotics and sedatives (benzodiazepines and Z-hypnotics, ATC groups N05CD and N05CF) by county given in defined daily doses per 1000 inhabitants per day 1999–2009

Fylke County	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Østfold	36,0	36,7	39,0	41,7	43,5	48,7	51,5	56,2	60,8	58,1	49,2
Akershus	25,5	26,4	29,0	30,7	32,0	34,5	36,3	37,6	39,2	39,8	40,0
Oslo	41,0	41,1	43,9	45,7	44,8	46,1	47,4	46,9	46,6	45,5	44,3
Hedmark	27,8	28,7	31,2	34,0	35,0	37,1	39,9	41,5	42,4	42,3	42,2
Oppland	33,4	35,1	38,0	40,5	42,8	45,9	50,2	53,2	55,6	56,4	57,6
Buskerud	32,7	34,3	37,0	39,5	40,4	42,9	45,5	46,2	47,5	48,4	49,3
Vestfold	32,3	33,5	36,4	37,5	39,0	40,4	44,1	46,1	48,2	49,5	49,3
Telemark	37,3	38,8	42,1	44,7	45,9	48,3	51,5	52,9	55,6	56,7	58,4
Aust-Agder	39,1	38,7	41,0	44,2	46,7	49,7	53,5	54,5	55,3	56,4	56,2
Vest-Agder	37,2	36,9	40,3	42,2	45,3	47,1	49,2	50,3	51,8	54,8	56,4
Rogaland	29,3	30,2	32,2	33,4	34,3	35,1	36,9	37,6	38,3	38,8	39,5
Hordaland	26,2	27,8	30,2	31,8	33,6	35,5	37,5	38,5	39,2	38,9	38,8
Sogn og Fjordane	19,6	19,7	21,7	23,3	24,5	24,8	26,2	27,0	27,7	27,7	27,8
Møre og Romådal	27,9	29,3	32,5	34,7	35,7	38,2	40,8	42,7	44,8	45,5	45,9
Sør-Trøndelag	27,1	29,2	32,1	32,3	33,2	34,5	35,6	36,2	35,8	34,5	34,8
Nord-Trøndelag	27,3	29,4	31,5	33,7	34,7	37,4	39,7	40,2	42,4	42,3	42,4
Nordland	26,4	28,1	30,4	31,4	32,6	34,7	37,2	38,7	40,4	41,9	42,2
Troms	20,1	20,7	22,7	24,4	25,0	26,8	29,4	30,6	31,7	33,4	33,3
Finnmark	16,4	17,0	18,3	19,5	20,3	21,9	24,8	26,5	27,8	28,8	29,4
Hele landet (Country)	30,4	31,4	34,0	35,8	36,9	38,9	41,2	42,5	43,8	44,0	43,6

Note 1: En definert døgndose (teknisk måleenhet) er den antatte gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne.

Note 1: A defined daily dose (technical unit of measure) is defined as the assumed average dose per day for a drug used on its main indication in adults.

Note 2: Salg fra grossist til firma som produserer forhåndspakkede legemidler til enkeltpasienter (multidose pakninger) blir registrert på fylket der firmaet er registrert. Det som produseres kan være solgt fra apotek i hele landet. I Østfold finnes en pakkeenheter som gir større salg der enn i andre fylker.

Note 2: The increased sales in Østfold partly have technical explanations.

Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk. Folkehelseinstituttet (legemiddelforbruk.no)

Source: The Norwegian Drug Wholesales Statistics, Norwegian Institute of Public Health (legemiddelforbruk.no)

Varsling til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten.

1. Bakgrunn for ordningen

Helseministeren har pålagt helseforetakene og andre virksomheter i spesialisthelsetjenesten¹ å varsle Statens helsetilsyn umiddelbart, eller senest neste dag, om alvorlige hendelser. Statens helsetilsyn er pålagt å etablere en utrykningsgruppe. Ordningen trådte i kraft 1. juni 2010.

2. Virksomheten skal varsle om alvorlige hendelser

– Hva skal varsles?

Med alvorlige hendelser menes: *dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko*. Når det vurderes om hendelsen skal varsles eller ikke, skal det legges vekt på om det er uklart hva som har skjedd, om saken er kompleks med flere involverte helsepersonell eller om det foreligger indikasjon på mulig svikt.

– Hvem skal varsle?

Den enkelte virksomhet må bestemme hvem som har ansvar for å varsle Statens helsetilsyn ved alvorlige hendelser.

– Hvor skal det varsles?

Varslet skjer ved e-post til Statens helsetilsyn: varsel@helsetilsynet.no. Det skal *bare* opplyses om at det har skjedd en alvorlig hendelse, hvilket helseforetak, avdeling og kontaktperson, samt hvordan personen kan nås (telefon/mobiltelefon).

3. Statens helsetilsyns oppgaver

– Innhenting av informasjon

Statens helsetilsyn kontakter kontaktpersonen så snart som mulig, og senest første virkedag. Det innhentes opplysninger om hendelsen og eventuelt journal.

– Vurdering av om det skal skje utrykning

Statens helsetilsyn vurderer hendelsen på bakgrunn av innhentede opplysninger. Det tas kontakt med Helsetilsynet i fylket for å gjøre en best mulig vurdering. Statens helsetilsyn beslutter om det skal gjennomføres utrykning. De færreste varslene fører til utrykning.

Dersom det *skal* gjennomføres en utrykning, etableres et utrykningsteam.

Dersom utrykning *ikke* skjer, får virksomheten beskjed om dette og eventuelt at saken oversendes til Helsetilsynet i fylket for tilsynsmessig oppfølging.

– Kontakt med pasient/pårørende

Virksomheten har et selvstendig ansvar for å følge opp pasient/pårørende på en god måte.

Statens helsetilsyn tar kontakt med pasient/pårørende. De inviteres til å ha en samtale med en eller flere i utrykningsteamet dersom de ønsker det

4. Statens helsetilsyn og virksomhetens ledelse forbereder utrykningen

- Virksomheten v/direktøren og kontaktpersonen/varsler informeres om at det er besluttet å gjennomføre en utrykning. Det avtales tidspunkt.
- Statens helsetilsyn informerer om hvem utrykningsgruppen ønsker å snakke med, anmoder om at det stilles et egnet møterom til disposisjon og at journalen er elektronisk tilgjengelig.

5. De involverte i hendelsen

- Det gjennomføres et orienteringsmøte med ledelsen og de som var involvert i hendelsen
- Utrykningsteamet møter de involverte og ansvarlige ledere enkeltvis. Det er anledning til å ha med en person under samtalen (kollega, tillitsvalgt, annen).
- Statens helsetilsyn skal kartlegge hendelsesforløpet.
- Statens helsetilsyn vil på bakgrunn av samtalene og det skriftlige materialet som er fremlagt, utarbeide utkast til fremstilling av saksforholdene. Virksomheten vil få dette til kommentar. De som er intervjuet må få anledning til å uttale seg til dette.

6. Hva skjer i etterkant av utrykningen?

Statens helsetilsyn vurderer om det foreligger brudd på reglene i helselovgivningen. Virksomheten blir gjort kjent med vurderingen og konklusjonen i saken. Virksomhetens ledelse skal sørge for at de involverte informeres.


Eventuelle spørsmål kan rettes til: prosjektleder Heidi Merete Rudi, tlf 21 52 99 63 eller seniorrådgiver Anne Berit Gunbjørud, tlf. 21 52 99 82.

Statens helsetilsyn, oktober 2010

¹ Virksomheter som har avtale med staten som sykehuseier.

Oversikt over ansatte i sosial- og helseavdelingen pr. 31.12.2010

Navn	Stilling	Hovedområder
Adolfson, Liv	konsulent	Fri rettshjelp, navneloven, ettersøking etter biologiske foreldre
Andersen, Ellen Bang	seniorkonsulent	Førerkortsaker, fordeling turnusplasser for leger, særfradrag store sykdomsutgifter, Kompetanseløftet 2015
Andersen, Gunnar	seniorrådgiver (1 dag pr uke)	Ansatt i Statens helsetilsyn, kontorsted Statens hus i Skien
Arnesen, Audhild	seniorrådgiver, sykepleier	Tilsyn, kommunehelsetjenesten, Kompetanseløftet, Omsorgsplan 2015
Bakke, Frid Arnesen	seniorkonsulent	Ekteskapsloven: separasjon/skilsmiss, klager prøving ekteskapsvilkår. Gravferdsloven: askespredning. Navneloven: klager
Bjønnnes, Mona	rådgiver	Kvalifiseringsprogrammet og andre områder innenfor NAV
Bøyesen, Hilde	rådgiver, sosionom	Klagesaker etter lov om sosiale tjenester
Carlsen, Tor	ass. fylkeslege 20% stilling (Kontorsted: Drammen)	Turnuslegeveileder – svarer på spørsmål fra turnusleger om tjenesten
Christensen, Laila	seniorrådgiver, jurist	Barnevern/forvaltningstilsyn, klager barnevern, råd/veiledning, oppheving fritak taushetsplikt barnevern, familievern/tilsyn, saker etter barneloven, ekteskap mindreårige, klager alkoholloven, fri rettshjelp, klager serveringsloven, trossamfunn, klage innsynsrett, adopsjonsloven, godkjenning av embetets offentlige journal
Dalene, Robert Andre	ass. fylkeslege (40% stilling)	Smittevern, sosial- og helsemessig beredskap, kommunehelsetjenester, svangerskapsforebyggende tiltak. Veileder for turnusleger
Eide, Nina	rusrådgiver, sosionom	Opptappingsplan rusfeltet, klagesaker LOST og tilsyn, IPLOS, individuell plan
Espeland, Inger Tveit	seniorrådgiver, økonom	Behandling av klager etter lov om sosiale tjenester, tilsyn rus. Kompetanseutvikling rettet mot sosialtjenesten, formidlingstiltak ifm. boligsosialt arbeid, økonomisk rådgivning. Sekundærflyttinger
Evensen, Trine	rådgiver, jurist	Bruk av tvang overfor psykisk utviklingshemmede - kap. 4A i sosialtjenesteloven, tilsyn med bruk av tvang overfor psykisk utviklingshemmede, systemrevisjon – sosialtjenesten
Haugen, Merete	rådgiver, barnevernpedagog	Barnevern, forvaltningstilsyn, familievern/tilsyn, saker etter barneloven. kjønnslemlestelse
Hella, Sonja	seniorkonsulent	Alkoholloven, fri rettshjelp, politivedtekter, serveringsloven, stiftelser, åpningstider for utsalgssteder, tros- og livssynsamfunn
Holmern, Yngve	ass. fylkeslege	Klager, spesialisthelsetjenesten og legetjenester, medisinskfaglige spørsmål, tvangsbehandling med legemidler, formann steriliseringsnemnda, abortsaker, oppfølging av psykisk helse i kommunene, videreutdanning i psykisk helse
Jensen, Roger	folkehelserådgiver, fysioterapeut	Folkehelsearbeid. Kosthold, mosjon, røykfrihet, miljøretta helsevern, plansaker, miljøretta helsevern, turnustjeneste for fysioterapeuter, skolehelsetjenesten
Lillehaug, Møyfrid	rådgiver, jurist	Juridiske spørsmål, klagesaker etter pasientrettighetsloven og helsepersonelloven. Bruk av tvang overfor psykisk utviklingshemmede - kap. 4A i sosialtjenesteloven.
Lotfi, Shekib	rådgiver, jurist	Klagesaker etter pasientrettighetsloven og helsepersonelloven
Serkved, Ingrid Skaara	rådgiver, sosionom (reduert stilling, til stede tirsdag-torsdag)	Behandling av klager etter lov om sosiale tjenester (spesielt kap 4), behandling av klager og annet etter vergemålsloven, vederlagssaker, tilsyn
Solstad, Merethe	underdirektør, sosionom	Nestleder i avdelingen. Kvalifiseringsstønad – NAV-oppfølging, tilsyn, kompetanseutvikling sosialtjenesten
Tholfsen, Merete	rådgiver, jurist	Ansvar for Kvalifiseringsprogram, NAV. Klager etter lov om sosiale tjenester, tilsyn etter sosial- og barnevernlov. Behandling av klager etter lov om introduksjonsstønad til nyankomne innvandrere
Thunes, Heidi Norheim	konsulent	Separasjon, skilsmiss, tillatelse forskrivning sentralstimulerende legemidler, førerkort, medaljesaker
Torsnes, Steffen	seniorrådgiver, jurist	Juridiske spørsmål, klagesaker etter pasientrettighetsloven og helsepersonelloven, tilsyn
Vollan, Anne Marie Moen	seniorrådgiver, sykepleier	Tilsyn, melding om pasientskade i spesialisthelsetjenesten, kvalitet i helse- og sosialtjenesten
Wærnes, Tove Dalene	førstekonsulent (50% studieperm)	Barnevern
Aase, Steinar	fylkeslege	Leder for Helsetilsynet i Telemark og sosial- og helseavdelingen



Fylkesmannen i Telemark
sosial- og helseavdelingen

Besøksadresse
Gjerpensgt. 14, Bygg F, Skien

Postadresse
Postboks 2603, 3702 Skien

Telefon: 35 58 61 10
Telefaks: 35 52 85 90

E-post
postmottak@fmte.no

Internett
www.fylkesmannen.no/telemark