

Medisinalmelding 2006

HELSETILSYNET I TROMS
FYLKESMANNEN I TROMS, HELSEAVDELINGEN





Innhold

Oppgaver i 2006	4
Forord	5
Medarbeidere	6
Sykehjem eller omsorgsbolig	8
Tildeling av pleie- og omsorgstjenester	10
Svarteper-spill om koordinering	12
Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten	14
Ut på tur – aldri sur?	16
Antall barn i barnevernet bør øke	18
På vei til egen bolig	20
KommuNAVe tjenester	24
Pekefinger på planlegging	26
Klager på helsetjenesten	28
Helse. Steg for steg	30
Barn og unge trenger lave terskler	32
Det menneskelige er å feile	34
Helsetjenesten i Troms	36
Lenker	39

Oppgaver i 2006



HELSETILSYNET
I TROMS

Helsetilsynet i Troms skal være med på å sikre befolkningen trygge helsetjenester.

Virksomhetstilsyn i kommunene

Pleie- og omsorgstjenester – sykehjem

- Tromsø, Sør-tromsøya sykehjem
- Berg
- Gratangen
- Torsken

Helsetjenester til flyktninger og asylsøkere og familiejenforente

- Lenvik
- Fysioterapitjenesten

- Kvæfjord
- Målselv
- Skjervøy

Habilitering

- Harstad
- Nordreisa
- Båtsfjord
- Hammerfest
- Alstadhaug
- Brønnøysund

Virksomhetstilsyn i spesialisthelsetjenesten

Akutte mottak av personer med coronarsuspektede lidelser

- Harstad sykehus
- Narvik sykehus
- Stokmarknes sykehus

Habilitering

- UNN
- Hammerfest sykehus
- Sandnessjøen sykehus

Rus

- UNN, Krise- og utredningsenheten
- Tromsklinikken
- Finnmarkskollektivet
- Finnmarksklinikken
- Nordlandsklinikken, Avrusningsenheten
- Nordlandsklinikken, Vurderingsenheten

Hendelsesbasert tilsyn/klager

- 117 klager til behandling
- 53 Rettighetsklager
Overordnet faglig tilsyn
- Kartlegginger
– Smittevernplaner
– Private helsetjenester
- Medisinalmelding



FYLKESMANNEN I TROMS
Helseavdelingen

Helseavdelingen skal være pådrivere, rådgivere og forvaltere innenfor helsetjenesteområdet i Troms.

Kurs for helsepersonell

- Turnuskandidater
- Kommuneleger
- Fagdager

Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2008

- 66 millioner i øremerket tilskudd til kommunene
- Kontinuerlig oppfølging av kommunenes arbeid
- Faste samarbeidsmøter med Mental Helse Troms
- Samlinger med kommuner
- Konferanse "Et ord med i laget"

Individrettet forebyggende arbeid

- Rådgivning helsestasjon og skolehelsetjeneste
- Pådriving for utarbeidelse av smittevernplaner i kommunene
- Pådriving for utarbeidelse av beredskapsplaner i kommunene

Smittevern

- Konferanse "Smitteverndagene i Tromsø"

Folkehelsearbeid

- Rådgivning til kommuner, organisasjoner og andre
- Medvirkning i Partnerskap for folkehelse i Troms, som organiserer en rekke samarbeidspartnere på fylkesnivå
- Drift av nettverk og tiltak innen folkehelse:
Fysisk aktivitet og måltider i skolen, Forum for røykeslutt i Troms, Ernæringsfaglig forum i Troms m.fl.

Kvalitet i helsetjenesten

- Kurs for saksbehandlere i pleie- og omsorgstjenesten
- Konferanse om samarbeid innen pleie- og omsorgstjenesten
- Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell

Handlingsplan for eldre

- Gjennomgang av byggeplaner

Forvaltning

- Velferds- og trivsel er overtatt av Sosial og helsedirektoratet
- Fordeling av 51 lege- og 48 fysioterapeut-turnuskandidater
- Førerkortsaker fra 402 personer til behandling i 2006
- Forskrivning av sentralstimulerende midler
- Meldinger om abort og sterilisering

Forord

Etter Helsetilsynet i Troms sin vurdering tilbys befolkningen i Troms gode helsetjenester. En tjeneste kan imidlertid alltid bli bedre, og det systematiske arbeidet for å sikre trygge helse-tjenester bør vektlegges og utvikles i større grad enn det har vært gjort fram til nå. Helsetjenesten har mye å lære av sikkerhetsarbeidet i andre typer organisasjoner. I artikkelen ”Det menneskelige er å feile” redegjøres for denne tenkningen.

Artiklene som omhandler barnevern, psykisk helsearbeid i kommunene og tilsyn med habili-teringstjenesten til kronisk syke barn fokuserer alle på betydningen av å bedre samhandlingen mellom tjenesteyterne til disse pasientene. Dette bør være et prioritert område i kvalitetsarbeidet.

Noen grupper pasienter får imidlertid ikke den hjelpen de har krav på. Rusreformen trådte i kraft 1.1.2004. Rusavhengige fikk med dette pasientrettigheter på linje med andre pasientgrupper, og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet ble en del av spesialisthelsetjenesten. Ved tilsyn fant vi at det er store regionale forskjeller i tilbudet, både når det gjelder ventetider, andel som blir vurdert som rettighetspasienter og innholdet i det tilbudet som gis. Det gjenstår fortsatt mye før tilbudet er riktig dimensjonert og organisert. Tilsynet omfattet ikke tilbudet til pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), men Helsetilsynet i Troms er bekymret for tjenesten også til denne gruppen. Dette vil følges opp videre i 2007.

Hvordan eldreomsorgen skal bygges ut har vært et tilbakevendende tema siste året. Spørsmålet som diskuteres er hvor mange sykehjemsenger som er nødvendig i en kommune, og hvor mange tilrettelagte boliger kommunen skal tilby. I de tilrettelagte boligene kan mengden omsorgstjenester i prinsippet tilpasses den enkelte på samme måte som i et privat hjem, mens et sykehjem for det meste vil ha en fast bemanning. Trolig er det kompetansen og kontinuiteten hos omsorgsgiverne som er avgjørende for hva som oppleves som god eldreomsorg, og ikke om hjelpen gis i sykehjem eller i tilrettelagt omsorgsbolig.

Lovverk som angår pasientrettigheter og helsetjenestens plikter gjelder alle typer pasienter i alle lag av befolkningen. Noen pasienter og pasientgrupper er imidlertid i mindre grad i stand til å tale sin egen sak, og tilbudet de får kan bli vilkårlig og avhengig av pårørendes egeninnsats. Etter helsetilsynets vurdering bør det være et høyt prioritert område i helsetjenestens kvalitetsarbeid å sikre tilbudet til de pasientene som faktisk trenger det mest – ikke minst fordi det ofte er her det er vanskeligst å gi et helhetlig og forutsigbart behandlingstilbud.

Medarbeidere



FYLKESLEGE
GERD ERSDAL
AVDELINGSLEDER
MEDISINSKE SPØRSMÅL
KLAGE- OG TILSYNSAKER



ASS. FYLKESLEGE
ANNE HØYE
SLUTTET 1.2.07
MEDISINSKE SPØRSMÅL
KLAGE- OG TILSYNSAKER
SPESIALISTHELSETJENESTER



FØRSTEKONSULENT
SERINE BAKKE
FØRERKORTSAKER
FORDELING TURNUSLEGER,
SENTRALSTIMULERENDE MIDLER

RÅDGIVER / ERGOTERAPEUT
HEIDI TALSETHAGEN
OPPTRAPPINGSPLAN –
PSYKISK HELSEVERN
KLAGE- OG TILSYNSAKER



RÅDGIVER / FYSIOTERAPEUT
ANDERS AASHEIM
FOLKEHELSEARBEID



RÅDGIVER / JURIST
RANDI SAGVOLDEN
KLAGE- OG TILSYNSAKER
JURIDISKE SAKER

DELTIDSANSATTE:

VEILEDER / LEGE **INGER NJØLSTAD**
VEILEDNING TURNUSLEGER

VEILEDER / LEGE **IVER AARAAS**
VEILEDNING TURNUSLEGER

VEILEDER / LEGE **SVEIN STEINERT**
VEILEDNING TURNUSLEGER



FAGSJEF / JURIST
EVY BASSO MOEN
 KLAGE- OG TILSYNSAKER
 JURIDISKE SAKER



RÅDGIVER / HELSESØSTER
**KJELLRUNN
 KRISTIENSEN**
 HELSESTASJON- OG
 SKOLEHELSETJENESTE
 BEREDSKAP/SMITTEVERN
 MILJØRETTET HELSEVERN



ASS. FYLKESLEGE
CAROLINE OLSBORG
 MEDISINSKE SPØRSMÅL
 KLAGE- OG TILSYNSAKER

KONSULENT
**NINETTE
 WILHELMOSEN**
 KLAGE- OG TILSYNSAKER



FAGSJEF / FYSIOTERAPEUT
BIRGIT HEIER JOHANSEN
 VIRKSOMHETSTILSYN
 KOSTRA, REHABILITERING,
 TURNUS – FYSIOTERAPEUTER



RÅDGIVER
AUDUN HOLE
 KLAGESAKER
 JURIDISKE SAKER

PERMISJON:
 RÅDGIVER / SYKEPLEIER **JORUN STØVNE PETERSEN** 15.9.05 - 31.7.07

SLUTTET:
 KONSULENT **MARIANNE LUNDEMO** 28.2.06
 RÅDGIVER / SYKEPLEIER **HEGE SIRKKA** 1.2.06
 RÅDGIVER / JURIST **ELISABETH NUTTI** 10.7.06
 RÅDGIVER / FYSIOTERAPEUT **JOHN HELGE VAENG** 15.9.06
 ASS. FYLKESLEGE **BARBRO HUSEBYE** 31.6.06

Sykehjem eller



Helsetilsynet i Troms har merket seg at mange kommuner satser på omsorgsboliger som et tilbud innen eldreomsorgen. Gunstige finansieringsordninger gjør dette mulig, og ofte velger man å bygge omsorgsboliger i stedet for sykehjem, eller man gjør om hele eller deler av et sykehjem til omsorgsboliger/-leiligheter.

Mens sykehjem er tiltenkt sterkt pleietrengende personer med behov for heldøgns pleie og omsorg, hvilket innebærer at det er nødvendig med bemanning til stede hele døgnet, er omsorgsboliger i utgangspunktet ment for personer med mindre pleiebehov.

Helsetilsynet i Troms mener at kommunene må kunne gi et fleksibelt tilbud, dvs både omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Utfordringen er å dimensjonere de to tilbudene på riktig nivå, slik at de som trenger sykehjemsplass får det og de som kan klare seg med et mindre omfattende tjenestetilbud, kan få dette utenom institusjon.

Omsorgsbolig – privat hjem

En omsorgsbolig skal i størst mulig grad være en bolig livet ut ved at tjenestene tilpasses endringer i brukernes funksjonsnivå og omsorgsbehov. Den er i utgangspunktet ikke fast bemannet, men beboeren vil få tildelt hjemmetjenester etter behov på individuell basis som andre hjemmeboende. Omsorgsboliger kan være utformet som selvstendige boliger eller som bofellesskap/bokollektiv, og de aktuelle eierformene er borettslag, selveide boliger eller utleieboliger.

I alle tilfelle regnes omsorgsboligen som beboerens private hjem, og ikke som institusjon. Omsorgsboliger må derfor ikke forveksles med lovregulerte botilbud som sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie etter kommunehelsetjenesteloven § 1–3 annet ledd nr 6 eller institusjon/bolig med heldøgns omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven § 4–2 d (for eksempel aldershjem).

Sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie – institusjon

Etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr 6 skal kommunene ha deltjenesten "sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie". Bestemmelsen omfatter institusjoner/ heldøgnsboliger hvor det helsefaglige element inngår som en del av institusjonens basistjeneste. I forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, § 2-1, går det frem at begge deler skal gi heldøgns opphold, og at det i tilnytning til oppholdet skal være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleietjeneste i samarbeid med øvrige deler av den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Hvilken type helsehjelp skal gis og hvor skal den gis?

Hvilken type helsehjelp som skal gis bestemmes ut fra en medisinsk faglig vurdering av hvilken hjelp som er nødvendig for den enkelte. Retten til helsehjelp, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-1, gir imidlertid ikke den enkelte en ubetinget rett til en bestemt type tjeneste. Kommunens rettslige forpliktelse er å gi den enkelte et tilbud som samlet sett representerer den nødvendige helsehjelp, som medisinsk diagnose og behandling, pleie og omsorg, fysioterapi, ergoterapi m.v. Hvilke tjenester kommunen er i stand til å

Omsorgsbolig?

AV
RÅDGIVER/FYSIOTERAPEUT
JON HELGE VAENG



tilby, vil bero på kommunens tilgjengelige ressurser av økonomisk, personal- og utstyrsmessig art. Det er i utgangspunktet kommunen som bestemmer hvilket tilbud som skal gis. Kommunen kan legge vekt på økonomiske hensyn i avgjørelsen om hvilket tilbud som skal tilbys såfremt tilbudet er forsvarlig. Om kommunen velger å gi nødvendig helsehjelp på sykehjem, i annen boform for heldøgns omsorg og pleie, i omsorgsbolig eller i brukers opprinnelige hjem, må bestemmes ut fra en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle. Helsetilsynet i Troms har imidlertid også sett eksempler på at avveiningen mellom sykehjem og omsorgsboliger har hatt uheldige utslag. Enkelte kommuner har ønsket å flytte brukere som på grunn av sitt pleiebehov har hatt plass på sykehjem, over i omsorgsboliger fordi hele eller deler av sykehjemmet skal gjøres om til omsorgsboliger. Dette er etter Helsetilsynets oppfatning ikke heldig, og i flere klagesaker knyttet til dette har ikke kommunen fått medhold.

Arbeidsmiljøet til de som skal gi helsehjelp

Gis det helsehjelp i omsorgsboliger, må kommunen etter hvert som behovet øker, vurdere om brukerne i stedet bør få hjelpen i sykehjem eller annen boform for heldøgns omsorg og pleie. Fortsetter man å gi helsehjelp i en omsorgsbolig der brukers hjelpebehov stadig er økende, vil omsorgsboligen etter hvert i realiteten fungere tilnærmet som en boform for heldøgns omsorg og pleie. Da er det viktig at man allerede ved planlegging og oppføring av omsorgsboliger legger til

rette for dette, bl.a. i forhold til å ivareta arbeidsmiljøet til de som skal yte helsehjelp. Dette vil ha betydning for å sikre best mulig kvalitet på helsehjelpen.

Erfaringer med omsorgsboliger

Sintef Arkitektur og Byggteknikk har gitt ut heftet "Omsorgsboligen – et ledd i en ny omsorgspolitik for eldre?". Her heter det i sluttkapittelet – "Hva fant vi ut?", bl.a følgende: "Skal omsorgsboligene være et reelt alternativ til institusjonsplasser må det også bygges tette bofellesskap med mulighet for å delta i felles måltider o.l. Det bør være fast tilknyttet personell. Det finnes selvfølgelig ikke ett svar på hva slags botilbud eldre mennesker vil ha. De eldre har mange forskjellige behov, og ønsker mange forskjellige tilbud. Valgfrihet og fleksibilitet er kanskje derfor det viktigste målet for framtidens eldreomsorg."

Fleksibilitet

Helsetilsynet i Troms mener at hvis kommunene skal klare å sikre et tilfredsstillende tilbud om helsehjelp, må de ut fra hver enkelt brukers pleiebehov kunne tilby et fleksibelt tilbud, dvs både omsorgsboliger og sykehjemsplasser. De mest pleietrengende, slik som personer med alvorlig demenstilstand og/eller behov for omfattende sykepleie, må gis tilbud om sykehjemsplass. De som kan klare seg med et mindre omfattende tjenestetilbud, kan ut fra en individuell vurdering tilbys dette utenom institusjon, for eksempel i omsorgsbolig ■

Tildeling av pleie- og omsorgstjenester

Helsetilsynet i Troms har hatt tilsyn med pleie- og omsorgstjenesten i syv kommuner de siste to årene. Det ble avdekket at kommunenes vedtak om pleie- og omsorgstjenester ikke inneholdt det som kreves for enkeltvedtak. Tildeling, endring eller opphør av pleie- og omsorgstjenester regnes som enkeltvedtak. Det innebærer at det stilles formelle krav til saksbehandling etter forvaltningsloven.



AV
FAGSJEF
BIRGIT HEIER JOHANSEN

Mangel på opplysninger

I 2005 og 2006 ble det gjennomført tilsyn med pleie- og omsorgstjenesten i Gratangen, Sørreisa, Kvæningen, Tromsø, Berg, Torsken og Lenvik. Det ble avdekket at flere av kommunenes vedtak om tildeling av pleie- og omsorgstjenester manglet nødvendige opplysninger. Som eksempel kan nevnes: Hva søkeren hadde søkt om, hva som ble tildelt, innenfor hvilket tidsrom, med hvilken begrunnelse, informasjon om klageadgang og hva søkeren hadde av tildelte tjenester fra før. Når vedtakene ikke inneholder disse opplysningene, er det vanskelig for den som søker å klage på tildelte eller ikke tildelte tjenester.

Kommunens plikt

Kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i lov eller forskrift. Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune han eller hun bor i eller midlertidig oppholder seg. Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødig utgift, tap, tidsspille eller uleilighet.

Kommunen er forpliktet til å tilby sykepleie, herunder hjemmesykepleie til sine innbyggere. Grundig kartlegging av pasientens behov er en forutsetning for at tjenestetilbudet på best mulig måte skal kunne dekke det faktiske behovet. Tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med pasienten. Medvirkning skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Vedtak om pleie- og omsorgstjenester

Kommunens behandling av saker om tildeling, endring eller bortfall av hjemmesykepleie og plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie er regulert i forvaltningsloven.

Forvaltningsloven inneholder regler for vedtak om hjemmesykepleie og vedtak om tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Reglene handler om krav til saksbehandlingstid, innhenting av opplysninger, enkeltvedtak, vedtakets innhold, forhåndsvarsel ved endringer i vedtaksperioden og forlengelse/videreføring av vedtak. Reglene om saksforberedelse som innebærer forvaltningens utredningsplikt, partsinnsyn, krav til skriftlighet og begrunnelse m.m. gjelder også for disse tjenestene.

Pasientens medbestemmelsesrett

Personer som mottar pleie- og omsorgstjenester skal etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven få ivarett sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som sikrer at den enkelte bruker får tjenester vedkommende har behov for til rett tid. Det skal gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten.

Kommunen bestemmer selv hvordan tjenesten skal struktureres og organiseres, såfremt valg av tjenesteform fremstår som faglig forsvarlig for den enkelte tjenestemottaker. Pasienten og eventuelt pårørende har rett til å være aktivt deltakende og medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Pasienter skal få den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, dvs. informasjon om behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelse. Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring samt kultur- og språkbakgrunn.

Både pasientrettighetsloven og kvalitetsforskriften gir den som er part i en sak, rett til å medvirke ved utformingen av tjenestetilbudet. Ved valg av og utmåling av tjeneste, skal det legges vesentlig vekt på tjenestemottakerens syn. Det påligger tjenesten å sørge for slik brukermedvirkning gjennom hele plan- og saksbehandlingsprosessen.

Klageadgang

Et enkeltvedtak er i utgangspunktet bindende for kommunen. Endring av vedtak til ugunst for parten er som hovedregel ikke tillatt. I slike tilfeller må det legges til grunn en individuell og konkret vurdering. Kommunen har en begrenset adgang til å omgjøre vedtak om tildeling av tjenester på eget initiativ. Dette er en direkte konsekvens av at tjenestemottakeren har særskilte rettigheter gjennom enkeltvedtaket.

Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-4 kan den som søker helsehjelp påklage en avgjørelse etter § 2-1, rett til helsehjelp, til et kommunalt klageorgan. Går avgjørelsen i dette klageorganet imot klager eller avvises klagen, kan den videreklares til Helsetilsynet i fylket som fatter endelig avgjørelse i saken. Fristen til å klage er tre uker fra det tidspunktet underretning om klage er kommet fram til vedkommende søker. Pasienten kan også klage etter pasientrettighetsloven § 7-2, klage. Klageadgang etter denne loven er blant annet rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering, rett til medvirkning og tilpasset informasjon. Klagen skal være skriftlig. ■

Referanser:

Helsetilsynet i Troms tilsynsrapporter: www.helsetilsynet.no

Lov om statlig tilsyn

Lov om kommunehelsetjenesten

Lov om pasientrettigheter

Forvaltningsloven

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten

5 år er gått siden forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven trådte i kraft i 2001. Nå viser tilsyn med barnehabiliteringstjenesten at det fremdeles ikke er en selvfølge å få utarbeidet en individuell plan når man tilhører en gruppe som kvalifiserer for dette.



Svarte om koo

Målgruppen for tilsynet var multifunksjonshemmede barn. Tilsynet avdekket at koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i den enkelte kommune ennå ikke er etablert etter de krav som stilles i forskriften.

Bakgrunn

Det ble i løpet av våren 2006 gjennomført tilsyn med habiliteringstilbudet til barn i aldersgruppen 0-18 år. Barnegruppen som var mål for tilsynet var definert slik: "Barn som i hovedsak har behov for helse- og sosialtjenester og andre deltjenester, herunder barn som har multifunksjonshemninger eller sjeldne sykdommer med behov for omfattende og langvarige tiltak og tjenester. Tilsynet skal særlig avgrenses til barn med medfødte eller tidlig ervervede utviklingsforstyrrelser eller skader i nervesystemet."

Tilsynet var initiert fra Statens Helse- tilsyn og gjennomført i hele landet. Et felles team sammensatt av representanter fra helsetilsynene og fylkesmennene i de tre nordligste fylkene gjennomførte tilsynet i Helse Nord-området. Behandlingskjeden kommune – spesialisthelsetjeneste ble tilsett. I Troms ble det gjennomført tilsyn med Barnehabiliteringstjenesten ved UNN HF, og barnehabiliteringstjenesten i kommunene Nordreisa og Harstad.

Tilsynet med spesialisthelsetjenesten

Tema for tilsynet ved UNN var brukermedvirkning, samhandling og koordinering av tilbudet til barn i målgruppen og deres foreldre. Disse spørsmålene var i fokus:

1. Om virksomheten oppfylte kravet om rett til vurdering og nødvendig helsehjelp for de barn som henvises til habiliteringsenheten.
2. Oppfølging av barn, med spesielt fokus på barn med sammensatte behov eller behov for koordinerte tjenester. Diagnostisering, funksjonskartlegging og planlegging.
3. Om virksomheten oppfylte veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten angående oppfølging av barn i målgruppen.

Helsetilsynet gav ingen avvik til avdelingen, men bemerket at avdelingen har et forbedringspotensiale når det gjelder igangsettelse og utarbeidelse av individuell plan.

Avdelingen koordinerte utredningen og sikret at andre deler av spesialisthelsetjenesten bidro i utredning, oppfølging og behandling av barna under innleggelse og ved reinnleggelse. Avdelingen hadde god tilgang på fagpersonell til sine stillinger, og fagutvikling og videreutdanning var vektlagt og prioritert. Enkelte nøkkelstillinger var

det vanskelig å rekruttere fagpersonell til. Det var et utstrakt samarbeid og veiledningsarbeid i forhold til det kommunale hjelpeapparatet. Når det gjelder habilitering i overgangen mellom ungdom og voksen, er overgangsrutiner for samarbeid mellom barnehabilitering og voksenhabiliteringen under utarbeidelse.

Tilsyn med det kommunale hjelpeapparatet

Tema for tilsynet var brukermedvirkning, samhandling og koordinering av tilbudet til barn i målgruppen og deres foreldre. Disse spørsmålene var i fokus:

1. Utredning av barn i målgruppen
2. Planlegging av habiliteringstjenester
3. Gjennomføring og evaluering av habiliteringstjenester

Tilsynet med de kommunale habiliteringstjenestene avdekket at den koordinerende enhet var enten lite synlig eller ikke etablert. Kommunen har en forskriftsfestet plikt til å ha en slik enhet. Planlegging av tjenestetilbud og oppfølging av dette, herunder koordinering av individuell plan, er et relativt omfattende arbeid. Det er vanskelig å rekruttere personell til å ivareta denne funksjonen.

Peper-spill ordligning

Ressurser avgjør

Ressursene hos de foresatte til barn i målgruppen er en avgjørende faktor for å ivareta sitt barns interesser. Å skaffe nødvendig hjelp og støtte til familiene slik at de blir i stand til å ivareta et barn med funksjonshemming på best mulig måte, utgjør en betydelig utfordring i det kommunale hjelpeapparatet.

Kommunene har ikke i stor nok grad tilrettelagt for tverrfaglig samarbeid, de ulike driftsenheter i kommunene hadde knappe ressurser både personell-, faglig- og budsjettmessig som begrenset et samarbeid. Man får inntrykk av at det enkelte ganger foregår et utstrakt "svarteper-spill" som kan ende med at barnet og dets foresatte selv må ta ansvar for å skaffe nødvendig hjelp til sitt barn. Dersom familien ikke klarer dette kan de bli stående uten et faglig forsvarlig tilbud.

Fastlegenes rolle

Fastlegene er viktige premissleverandører for å sikre en faglig forsvarlig omsorg for denne barnegruppen. Tilsynet avdekket at fastlegene til barna var involvert i varierende grad i utredning, oppfølging og planlegging av tjenester til dem. Dette kan innebære en fare for at nødvendig medisinsk utredning ikke blir koordinert og ivaretatt i tilstrekkelig grad. Ved å ansvarliggjøre fastlegene i større grad kan det tverrfaglige kommunale arbeidet omkring disse barna bli mer helhetlig.

Overganger

Gjennomgående funn var at helse-søstrene tok ansvar for barna i aldersgruppen 0 – 6 år. For barn i denne gruppen ble legen i helsestasjonen i stor grad brukt for å sikre utredning og oppfølging, selv om legen i helsestasjonen ikke var barnets fastlege. Ved overgang til skolealder var det varierende hvordan oppfølging og koordineringsansvar for tjenestetilbudet ble ivaretatt gjennom arbeid med individuell plan. I Nordreisa tok PPT og skole stort ansvar for dette, selv om ansvaret formelt ligger til de kommunale helse- og sosialtjenestene. Nordreisa kommune har brukt mye ressurser på både utredning og planlegging av tjenester til denne barnegruppen. I Harstad kommune forventet man at den kommunale habiliteringstjenesten tok ansvar for å tilby, utarbeide og følge opp barna gjennom individuell plan. Overgang fra grunnskole til videregående skole var preget av at skoletilbudet i denne fasen skiftet fra kommunalt til fylkeskommunalt nivå. Med dette fulgte også overgang fra kommunal til fylkeskommunal PPT.

Planlegging av overgangene for disse barna ble startet opp ett til to år i forkant av overgangen, og i de fleste tilfellene ble det i Harstad og Nordreisa etablert gode løsninger for disse barna/ungdommene.

Mangel på kapasitet og fagfolk

Kommunene hadde problemer å rekruttere fagpersoner til stillinger i denne type tjeneste og tjenestetilbudet varierte derfor. Kommunene hadde også problemer med å skaffe støttekontakter og avlastere. I Nordreisa gjennomførte kommunen en forsøksordning med fast ansatte støttekontakter, som var rekruttert gjennom helsetjenesten i kommunen.

Brukermedvirkning

Barn og foreldre fikk i stor grad medvirke ved utredning og behandling. Både innen spesialisthelsetjenesten og i kommunene var det fokus på de rettighetene barnet og foreldrene har i denne forbindelse ■

Ref.

Tilsynsrapportene er tilgjengelig på www.helsetilsynet.no

1. Rapport fra tilsyn med Avdeling for barnehabilitering, Barne- og Ungdomsklinikken UNN (2006)
2. Rapport fra tilsyn med Harstad kommunes habiliteringstjenester til barn (2006)
3. Rapport fra tilsyn med Nordreisa kommunes habiliteringstjenester til barn (2006)



Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten

Rusreformen trådte i kraft 01.01.2004, og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet ble da en del av spesialisthelsetjenesten. Reformens hensikt var å tydeliggjøre rettigheter og gi et bedre, mer enhetlig tilbud for rusmiddelmisbrukere. Sentrale målsettinger med reformen var bedre koordinering, bedre ressursutnyttelse og styrking av kompetanseoverføring mellom somatikk, rus og psykiatri på spesialisthelsetjenestenivå.

Arbeidet med dette har vært og er en stor utfordring, blant annet fordi behandling av rusmiddelavhengighet i mange år har vært preget av store regionale og ideologiske forskjeller.

AV
ASSISTERENDE FYLKESLEGE
ANNE HØYE

Etter at rusreformen ble innført har man fått en bedre registrering av faktisk ventetid for behandling. Ulikhet i tilbud i de ulike helseregionene er blitt synliggjort. Datagrunnlaget for å si noe om tjenesten har vært mangelfullt, men hovedinntrykket ut fra Helsetilsynets rapport 2/2005 "Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv" er at mange rusmiddelmissbrukere ikke har fått eller får det tilbud de har behov for. Særlig bekymringsfullt er de tunge rusmiddelbrukernes situasjon, med høy dødelighet og alvorlige psykiatriske og somatiske tilleggslidelser. Vi vet at det på landsbasis er betydelige kapasitetsproblemer, med varierende ventetid. Dette bekreftes i Helse- og omsorgsdepartementets statusrapport "Rusmiddelsituasjonen i Norge" fra oktober 2006.

Store forskjeller

De såkalte "erfaringskonferansene" som ble arrangert i etterkant av innføring av rusreformen har også avdekket store regionale forskjeller når det gjelder vurderinger av hvilke pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp. Koordineringsenheten ved Nordnorsk kompetansesenter-Rus arbeider på oppdrag fra Helse Nord, og har som oppgave å koordinere pasientstrømmen til tverrfaglig spesialisert behandling i Helse Nord RHF. Av koordineringsenhetens oppsummeringsrapport for 2005 framgår at vurdering av hvorvidt en pasient er "rettighetspasient" eller ikke varierer også innen Helse Nord, fra 37 % "rettighetspasienter" ved Finnmarksklinikken til 67 % ved UNN. Det sees en utflating av forskjellen i siste halvår av 2005, muligens på grunn av jevnlige møter i regionen for å utvikle mer enhetlig praksis.

Fire behandlingsnivåer

Helsetilsynet i Nordland, Troms og Finnmark har i 2006 gjennomført felles tilsyn med det tverrfaglige spesialiserte tilbudet til rusmiddelmissbrukere i regionen. De fem regionale helseforetakene, som er ansvarlige for rusbehandling i spesialisthelsetjenesten, har valgt å dele inn behandlingstiltakene på følgende måte:

Nivå 1: Polikliniske funksjoner og vurderingsenheter, samt dagtilbud

Nivå 2: Avrusning/abstinensbehandling (døgntilbud)

Nivå 3: Døgnbehandling < 6 måneder

Nivå 4: Døgnbehandling > 6 måneder

I tillegg tilbys legemiddelassistert rehabilitering(LAR). Helseforetakene har også pekt ut enkeltinstitusjoner som skal ha ansvar for tilbakeholdelse uten eget samtykke og tilbakeholdelse etter eget samtykke.

Felles regionalt team

I det landsomfattende tilsynet Helsetilsynet har gjennomført har man sett på alle nivåer beskrevet ovenfor, noen av dem har vært i samme institusjon. Helsetilsynet har i denne omgang ikke sett på LAR. De områder man har forsøkt å belyse har vært mottak og vurdering av henvisninger, utredning, behandling og utskrivning. Tilsynet ble gjennomført av regionale team, i Nord-Norge satt sammen av folk med helsefaglig og juridisk kompetanse fra Helsetilsynet i Nordland, Troms og Finnmark. Teamet gjennomgikk mellom 30 og 40 journaler på hvert sted, så på interne rutiner og dokumenter og intervjuet ansatte på alle nivåer. Systemrevisjon, som er den metoden som brukes ved alle slike tilsyn, er først og fremst utviklet for å kommunisere med den institusjon som gjennomgås. Metoden gir ikke grunnlag for å generalisere til hele fagfeltet. Imidlertid kan den nasjonale oppsummeringen bidra til å belyse utsatte områder med fare for svikt.

Ikke tradisjon for diagnostikk

I Troms ble tilsynet utført ved Avdeling for behandling av rusmiddelmissbruk, UNN HF. Tilsynet konsentrerte seg her om døgnbasert behandling under 6 måneder (Basisenheten og Krise- og utredningsenheten på Tromsklinikken) og poliklinisk behandling (Ruspoliklinikken). Det viste seg at Ruspoliklinikken er en liten enhet som i begrenset grad er integrert i resten av avdelingen. I praksis omhandler derfor oppsummeringen av tilsynet hovedsakelig de to andre enhetene.

Avdeling for rusmiddelmissbruk er spredt lokalisert, og arbeidet med å integrere seks ulike enheter i samme avdeling er utfordrende. Avdelingen er fortsatt i en omstillingsprosess. De er godt i gang med å etablere felles rutiner, men mye gjenstår. Innen rusfeltet har det før rusreformen vært liten tradisjon for diagnostikk, noe som er sentralt når det gjelder medisinsk behandling i spesialisthelsetjenesten. Uten systematisk differensialdiagnostisk vurdering vil individualisert behandling kunne bli vilkårlig med rom for store lokale forskjeller. Tilsynet viste at avdelingens rutiner for vurdering og diagnostikk ikke

var gode nok, og det ble gitt et avvik på dette området. Videre ble det påpekt i form av merknad at avdelingen i for liten grad hadde oversiktlige beskrivelser av ansvars- og oppgavefordeling, og at de manglet et enhetlig og godt beskrevet system for journaldokumentasjon. Journalopplysninger ble nedtegnet både i Rusdata og i kardex, dette systemet er sårbart og øker risiko for svikt ved overføring av viktige opplysninger.

Store forskjeller i Helse Nord

Alle pasienter som henvises for rusbehandling i spesialisthelsetjenesten vurderes i de ulike vurderingsenhetene i alle foretak i Helse Nord. Vurderingsenhetene skal ta stilling til om pasientene er såkalte "rettighetspasienter", riktig behandlingsnivå skal oppgis og rettighetspasienter skal gis en tidsfrist for forsvarlig behandling. Det er store regionale forskjeller mellom foretakene når det gjelder ventetid for behandling, dette gjelder både for rettighetspasienter, ikke rettighetspasienter og pasienter som er utsatt for fristbrudd. Dette stiller store krav til pasientinformasjon, og store krav til riktig registrering for å få et korrekt bilde av tjenesten.

Dimensjonering av tilbudet i Helse Nord er i utstrakt grad basert på tidligere organisering av rusbehandlingstilbudet, og det er tydelige lokale variasjoner både når det gjelder omfang og ideologisk forankring. Det er blant annet lav tilgang på polikliniske tjenester, noe som kan tenkes å føre til økt press på døgnbehandling til tross for at dette ikke nødvendigvis er riktig nivå. Slik Helsetilsynet vurderer det er det behov for en nøye gjennomgang av behandlingstilbudet innen rusfeltet, og det er viktig at Helse Nord's planer sikrer et differensiert, riktig dimensjonert tilbud på rett nivå ■

Kilder:

- Helsetilsynets rapport 2/2005 "Rusmiddelmissbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv"
- Helse- og omsorgsdepartementets statusrapport "Rusmiddelsituasjonen i Norge" fra oktober 2006.
- Nordnorsk Kompetansesenter-Rus: Koordinering av inntak til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Nord-Norge Rapport 1/2006
- Handlingsplan for tiltak mot rusmiddelmissbruk i Helse Nord 2007 – 2010: "Riktig, nært og helhetlig"
- www.helsetilsynet.no

En time fysisk aktivitet for alle elever i grunnskolen – hver dag. Uten ekstra penger, bemanning eller andre ressurser.

Er det mulig å få til?

Eller er statens oppfordring en utopi som skolene ikke kan leve opp til?

Erfaringer fra skoler i Troms viser at det går an.

AV
UNDERV. INSP., TROMSTUN UNGDOMSSKOLE
SVEIN ERIK ANDREASSEN
RÅDGIVER, TROMSTUN UNGDOMSSKOLE
STURE GRØNLI
RÅDGIVER/FYSIOTERAPEUT
ANDERS AASHEIM

Uttopp

15 grunnskoler deltar nå i satsingen "Fysisk aktivitet og måltider i skolen", som pågår på tredje året. Målet med arbeidet er å finne fram til gode arbeidsmåter som også kan være til nytte for andre skoler. Det gjelder både en times fysisk aktivitet for alle hver dag, og det gjelder et godt kosthold i skolen.

Tromstun skole deltar i arbeidet. Hvilke erfaringer har skolen gjort innen fysisk aktivitet som andre kan ha nytte av? Svaret kan grovt sett deles i to: Vellykkede konkrete tiltak, og en god plan for å veve fysisk aktivitet inn i de enkelte fag. Her presenterer vi deler av arbeidet og noen av tankene bak.

Ungt lederskap (Young Mentors)

Tromstun skole skolerer hvert år 10–12 elever innen organisasjon og ledelse. De gir hele året et daglig lavterskeltilbud innen fysisk aktivitet for andre elever. Ungt lederskap har i løpet av de siste 3 årene hatt stor pågang fra aktører utenfor skolen. Flere kommuner i Troms ønsker å adoptere modellen, og fylkeskommunen ønsker å bruke konseptet i folkehelsearbeidet i videregående skoler. For skolen er Ungt lederskap en ubetinget

gave. Engasjerte elever får personlig utvikling ved å gjøre en positiv innsats for andre. Ungt lederskap kan også innlemmes i skolens forebyggende arbeid mot mobbing.

Skauen elevbedrift

Enhver skole har vanskeligheter med å tilpasse seg alle elever. Dette i forhold til faglig stoff, konflikter, manglende tilstedeværelse og fysisk inaktivitet. Gjennom å etablere en elevbedrift basert på fysisk hardt arbeid knyttet til kompetansemål i Kunnskapsløftet, har Tromstun skole klart å skape en positiv ramme for deres skoledag. Elevene får fysisk aktivitet gjennom meningsfulle arbeidsoppgaver, samtidig som læring flettes inn i naturlige sekvenser i arbeidsprosessen. Det kreves også særdeles god kommunikasjon innad for å sikre at denne elevkategorien inkluderes i det totale skolemiljøet.

I tillegg er elevene på Tromstun en del av det tverretatlige samarbeidsprosjektet Idrett og Utfordring. Det vil si at elevene har kroppsøvingundervisningen utenfor ordinær skoletid, og på helt utradisjonelle arenaer. For å få dette til å fungere, må skolen være villig til å drive høy grad

av utadrettet virksomhet, bygge nettverk for å koble ressurser, samt prioritere midler til oppfølging fra skolens side utenom ordinær skoletid.

Friluftsliv

Målene for friluftslivet ved Tromstun skole er relatert til fagene kroppsøving, naturfag og mat & helse. Stikkord er oppakning, bekledning, overnatting i naturen, tilberedning av mat ute, skredfare, førstehjelp, kart og kompass, naturen som spiskammers etc. Alle elever deltar på fire obligatoriske overnattingsturer i fjellet i løpet av ungdomsskolen. Det gjør at elevene tilegner seg et bevisst forhold til miljøvern, og glede over å være ute.

Ved å observere en 8. klasse på tur og sammenligne dem to år etter, ser en tydelige endringer i holdninger og kunnskap. I samtaler med elever etter slike turer er det også påfallende hvor viktig det er for mange å ha lyktes med å ha vært ute så lenge og tatt seg frem så langt. Følelsen av å mestre er et nøkkelord.



På tur

Å utnytte fagenes status

Fagene har stor status, både blant elever, foreldre og lærere. Dette bør utnyttes ved at nye ideer og ønsket innhold får sin obligatoriske plass i fagene. En slik metode er en didaktisk løsning av implementeringsproblemet. Dette til forskjell fra en teknisk løsning som fokuserer på å frigjøre tid til f. eks fysisk aktivitet. Erfaringer viser at prioriterte utviklingsområder ofte "lever sitt eget liv". Slike bør derfor integreres i elevenes arbeids-/emneplaner for fag, der kompetansemål fra nasjonal læreplan, lokale læringsmål, arbeidsmetoder og vurderingsmetoder beskrives.

Bruk av natur benyttes bare der det er formålstjenlig for fagene. Det er laget en lokal læreplan for et eksempelfag som sikrer at hver enkelt elev ikke prisgis den læreren en tilfeldigvis får. Bruk av natur er låst i det faglige opplegget, slik at den enkelte lærer lokalt ikke kan velge det bort. Det er altså ikke laget egne målsettinger for fysisk aktivitet i faget, men økt fysisk aktivitet kommer som en bonus. Dette gir fysisk aktivitet en bærekraftig funksjon i skolens innhold. Ved å arbeide slik med alle fagene, kan en nå halvveis fram til målsetningen om 1 time fysisk aktivitet pr. dag. De øvrige tiltakene ivaretar resten.

til skoleutvikling; planlegging og utprøving. Dersom man skal utvikle skolen, må en tåle at kvaliteten reduseres en periode på kort sikt.

3. Utviklingsarbeid må skje mellom kl. 08 og 16. Tiden fra kl. 14 til kl. 16 er uegnet til utvikling.
4. Ledelsen må ha både kortsiktige og etappevise langsiktige utviklingsmål, opptil flere år.
5. Ledelsen må ta avgjørelser om utviklingsmål til tross for at personalet er uenig. Uten dette vil utviklingsarbeid beste fall gå for sakte, og i verste fall stå totalt stille.
6. Skolen må etablere samarbeid med ulike eksterne aktører i lokalsamfunnet og gjøre avtaler om ressurskoblinger.
7. Som intern ressurskobling må undervisning kunne flyttes til utradisjonelle tider, slik at ressurser frigjøres til andre formål. Som eksempel nevnes omarbeiding av konseptene Ungt lederskap og Skauen elevbedrift til programfag til valg, jf. K-06.

Du finner mer stoff om Tromstun skole, bl.a. om organisatoriske strategier, på deres hjemmeside:

<http://tromstun.tromsokolen.no> ■

- aldri sur?

Disse er verktøy som er i daglig bruk. Dette i motsetning til egne planer for utviklingsområder, som har lett for å "sovne". På Tromstun skole er de fem grunnleggende ferdighetene i Kunnskapsløftet likestilt med skolens egne utviklingsområder. Et av disse er bruk av natur, som i praksis ofte er synonymt med fysisk aktivitet.

Hva skal til for å lykkes?

Tromstun skoles erfaring etter flere års arbeid med fysisk aktivitet i skolen har vist at følgende hensyn bør tas:

1. Skolens ledelse må ikke bare administrere opplegg rundt fysisk aktivitet, men også følge opp lærerne i utførelse og utvikling.
2. Lærere må fra tid til annen frikjøpes



Antall barn i barnevernet bør øke

AV
FAGSJEF, JUSTIS- OG SOSIALAVDELINGEN
EIVIND PEDERSEN

Det er i det offentlige hjelpeapparatet mange måter å tolke tall på. Tall kan brukes for å oppnå bestemte formål, eller for å legitimere egen innsats eller berettigelse. Antall barn som hjelpes av det offentlige forbindes ofte med særlig interesse. Økt forekomst av problemer blant barn oppfattes av mange, både fagfolk, administratorer og politikere som en illustrasjon eller et barometer på samfunnets mange ulike problemer.

Når så mange ukritisk setter likhetstegn mellom økning i antall barn registrert i hjelpeapparatet og økt sykdom/sosiale/emosjonelle problemer hos barn, er det grunn til å tenke seg om to ganger. Det er ikke et ukjent fenomen at folk i en liten kommune kan bli dobbelt så syke når antall legeårsverk i kommunen øker fra 1 til 2. Det er heller ikke uvanlig at antall barn som får hjelp i PP-tjenesten eller i Barne- og ungdomspsykiatrien øker, samtidig som kapasiteten i disse tjenestene er noe bedret de siste årene. Antall registrerte barn i hjelpeapparatet kan derfor også forklares ved sammenhengen mellom tilbud og etterspørsel. Når tilbudet bedres, vil etterspørselen øke. Økningen kan også forklares ved at man nå kan hjelpe også de barna som tidligere ikke fikk hjelp fordi kapasiteten før var for dårlig. Dette er et moment man må ha med seg som en av flere årsaksfaktorer.

Mindre kommuner peker seg ut

Når det gjelder de kommunale barneverntjenestene er det imidlertid et særlig forklaringsproblem. Antall barn registrert i det kommunale barnevernet har fra 2000 – 2006, jf. Fylkesmannen i Troms sine halvårsrapporter, økt med 60%. Fra rundt 1000 barn i år 2000, er antallet 1600 barn i 2006. Økningen kan delvis forklares ved at antall ansatte i perioden har økt med rundt 40%, dermed er også barnevernets tilgjengelighet blitt noe bedre. På den annen side er det et faktum at det er de største kommunene som har økt sin barnevernstab, mens de mindre kommunene i mindre grad har fått flere ansatte. Paradoksalt nok er det ikke bare de største kommunene som representerer økningen i antall barn i barnevernet. Bykommunene Tromsø, Harstad og Lenvik har færre saker målt mot barnetallet enn de mindre kommunene. Frekvens av barnevernsaker er derfor ikke kun et by- eller tettstedsfenomen, men i enda større grad et fenomen i de mindre kommunene.

Dårligere omsorgssituasjon

Når antall barn i barnevernet øker med 60% på 6 år, er det lett å se dette som et uttrykk for at barns oppvekstsituasjon er endret til det verre og at et stigende antall foreldre har problemer med å gi barna god omsorg. Det er dessverre slik at dette også medfører riktighet i mange saker. Antall barn som er plassert vekk fra foreldrehjemmet har i denne perioden økt fra 190 barn til 270 barn, d.v.s. md hele 42%. I tillegg er flere barn plassert vekk fra foreldrehjemmet som et frivillig hjelpetiltak eller på bakgrunn av alvorlige atferdsvansker.

Det er derfor et faktum at omsorgssituasjonen for mange barn har blitt verre de siste 6 årene.

På den annen side viser de nominelle tallene at den største økningen i barnevernets tiltak handler om tiltak som igangsettes for barn som bor hjemme. Ved utgangen av 1. halvår 2006 hadde hele 879 barn i Troms slike hjelpetiltak. Også dette kan skyldes at flere barn enn før har særlige behov, men her finnes også flere mulige forklaringer. Jeg har ovenfor vært inne på at et bedre tilbud kan øke etterspørselen. En annen forklaring kan være at kommunens barnevern de siste årene kan ha fått større tillit både i befolkningen generelt og i det øvrige hjelpeapparatet. Det er en observasjon at foreldre og andre hjelpere henvender seg til barneverntjenesten ikke fordi de er nødt til det, men fordi de selv føler behov for det. Et barnevern som har legitimitet på linje med andre hjelpeinstanser er et mål i seg selv. Enhver utvikling i retning av dette målet vil nødvendigvis øke bruken av barnevernets tjenester, enten ønsket er å plassere barnet hos andre omsorgspersoner, å få støttekontakt eller å få økonomisk hjelp til ski og heiskort i den lokale slalåmløypa.

Melding viktig

Skal barnevernet nå sitt lovpålagte mål om å gi barna "nødvendig hjelp og omsorg til rett tid" (sitat fra formålsbestemmelsen i lovens § 1-1), må flere viktige forutsetninger være tilstede. Herunder må barnevernet få melding om barn som kan ha behov for hjelp. Uten å få vite om at konkrete barn har problemer, kan barnevernet ingenting gjøre. I tillegg må denne meldingen komme før problemene hos barnet eller

familien har utviklet seg for langt. Dette stiller store krav til at alle tjenester som har kontakt med barn gir melding til barnevernet når man ser at barnet eller familien har problemer som kan avhjelpest med innsats fra barnevernet.

Det er dessverre slik at mange offentlige ansatte finner mange gode grunner til å unnlate å melde saker til barnevernet.

Det finnes mange slike grunner:

a. Man kan mene at problemene er for små til at barnevernet skal kobles inn.

Dette kan være riktig, men det kan også være feil. I den forbindelse er det viktig at den som gjør denne vurderingen er bevisst på at han/hun da gjør den vurdering som barneverntjenesten etter barnevernloven er satt til å gjøre.

b. Det kan være hensyn til samarbeid med barnets foreldre som gjør at man ikke melder.

Også dette er relevant, men ikke avgjørende for om man bør tenke at saken skal meldes til barnevernet. Det er fullt mulig å samarbeide med og eventuelt motivere foreldre til å ta kontakt med barnevernet. Om både de voksne og barna har problemer, må enhver offentlig ansatt tenke på om det er noen som hjelper barna i denne familien.

c. Det kan være hensyn knyttet til behandling av foreldrene som gjør det vanskelig å melde til barnevernet.

Selv om dette utvilsomt kan være relevant, er det grunn til å spørre seg om det tjener barna at behandlingen av problemer monopoliseres hos de voksne.

d. Det kan oppleves som vanskelig å melde fordi man mener barneverntjenesten ikke har kompetanse til å løse problemet.

Det er ikke tvil om at kompetanse på bestemte områder kan være ulikt plassert, men dette kan ikke være avgjørende for om man skal bringe barnevernet inn i saken. Dersom man generelt mener at tjenesten er inkompetent må dette tas opp på systemnivå, med kommuneledelse eller tilsynsmyndigheten for barnevernet.

e. Det er ikke jeg som skal melde – det er min overordnedes ansvar.

Hvis en slik situasjon oppstår, med den følge at en alvorlig sak ikke meldes, er dette alvorlig for den tjenesten som sitter med informasjonen. Opplysningsplikten til barnevernet gjelder for alle som arbeider i offentlige instanser og tjenester, ikke kun for lederne.

Helsetjenesten melder sjelden

Barneverntjenesten får meldinger fra mange forskjellige – fra foreldrene selv, fra barna, fra nær familie, fra venner og naboer. Av SSBs landsstatistikk for 2005 (Barnevern 2005/10: Nye barn med barneverntiltak etter alder og kven som tok opp saka) framgår at det i alt kom 10 045 meldinger til barnevernet.

Når det gjelder de offentlige melderne er det hyppigst skole og politi som melder. Personell i helsetjenester melder sjelden. Samlet utgjør helsepersonell litt i overkant av 15% av melderne. Herunder kommer 5,9% fra helsestasjonene, 5% fra leger/sykehus, mens personell i barne- og voksenpsykiatri samlet kun utgjør 4,3% av melderne.

At det i så liten grad kommer meldinger fra personell i helsetjenestene, er påfallende – også fordi disse yrkesgruppene har kontakt med både voksne og barn med et bredt spekter av problemer. Det er i den sammenheng viktig at helsepersonell gjør seg kjent med opplysningsplikten som fremgår av barneverntjenesteloven § 6-4 og helsepersonelloven § 33. Sosial- og helsedirektoratet har i tillegg i 2006 gitt ut et revidert rundskriv (IS-17/2006) som fokuserer på helsepersonells rett og plikt til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten. Dette gjelder primært saker der man har mistanke om mishandling av barn eller andre former for alvorlig omsorgssvikt i hjemmet, eller ved misbruk av rusmidler under graviditet.

Det er å håpe at alle som arbeider både med barn og deres familier tenker gjennom sin praksis når det gjelder å synliggjøre barns behov og sørge for at disse blir ivaretatt, enten problemet kan avhjelpest i egen etat eller må meldes til barnevernet. Å innta et barnefokus bør være et mål for oss alle ■

De færreste voksne har det bra hvis barna deres har problemer som ikke tas tak i – svært få barn har det bra hvis deres foreldre har problemer som ikke blir avhjulpet.



På vei til egen bolig

AV
RÅDGIVER, JUSTIS- OG SOSIALAVDELINGEN
EVA ANGELL

"På vei til egen bolig" er navnet på regjeringens strategi for å forbygge og bekjempe bostedsløshet.

Strategien bygger videre på satsingen i "Prosjekt Bostedsløse", som ble avsluttet i 2004.

Fra 2006 er det fem departementer som samarbeider om strategien.

Husbanken koordinerer arbeidet i tett samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet.

Det fylkesvise arbeidet skjer i samarbeid mellom Husbankens regionkontorer og det enkelte fylkesmannsembete.

Strategien er foreslått og omtalt i Stortingsmelding nr. 23 (2003–2004) Om boligpolitikken. Gjennom denne utvider regjeringen arbeidet for å forebygge og bekjempe bostedsløshet.

Strategien skal motvirke at folk blir bostedsløse, den skal bidra til god kvalitet ved døgnovernatting og bidra til at bostedsløse raskt får tilbud om varig bolig. Videre er det i strategien gitt fem resultatmål som skal nås innen utgangen av 2007 (se kilder).

Ambisjonene i strategien er høye, og for å nå målene som er satt, er det viktig å tenke helhetlig og arbeide på tvers av etatsgrenser og linjenivå. Så langt i satsningsperioden foreligger det ikke konkrete resultater fra kommunene i Troms. Dette har blant annet sammenheng med at registreringer i Kostra-systemet ikke var optimale i starten av satsningsperioden.

Færre utkastelser

Når det gjelder resultatmål 1 som omhandler færre utkastelser, er det imidlertid gode registreringer. I Troms fylke forelå begjæringer om 344 utkastelser i 2004 og 310 i 2005 (nedgang på 9,9%). Antall faktiske utkastelser var omtrent likt begge år. Tromsø kommune hadde en nedgang i begjæringer om utkastelser fra 283 i 2004 til 236 i 2005 (- 16,6%), og faktiske utkastelser med 55 i 2004 til 36 i 2005 (- 34,5%).

I løpet av strategiens to første år, 2005 og 2006, er det på landsbasis etablert en rekke tiltak for å forebygge og avskaffe bostedsløshet. Også i Troms er det satt i gang ulike prosjekter, hvor bostedsløse har fått bolig med tilknyttede tjenester.

Husbankens regionkontor i Hammerfest og Bodø har gått sammen med fylkesmennene i Nordland, Troms og Finnmark for å koordinere satsningen. I løpet av 2005 er det i region Nord etablert følgende fora/nettverk:

- Regionalt kontaktforum (overordnet nivå region Nord, deltakere er Kriminalomsorgen, Namsmannen i Troms, kommunene Bodø, Harstad, Tromsø og Alta, Bufetat, Helse Nord, NAV, IMDI, KS, Husbanken og Fylkesmennene)
- Kommunenettverk (fylkesvis, 9 kommuner deltar fra Troms: Nordreisa, Storfjord, Kåfjord, Balsfjord, Tromsø, Målselv, Sørreisa, Lenvik og Harstad)

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Fylkesmannen i Troms tildelt midler til styrking og utvikling av oppfølgingstjenester til bostedsløse. For Troms fylke er det tildelt midler for 2006 til følgende kommuner:

KOMMUNE	TILSKUDD BOLIGSOSIALT ARBEID 2006
TROMSØ	430 000 (VÅR) / 450 000 (HØST)
MÅLSELV	425 000 (+300 000 OVERFØRT FRA 2005)
HARSTAD	454 000
LENVIK	220 000
NORDREISA	10 000 (+167 461 OVERFØRT FRA 2005)

Tromsø kommune

Det var i 2001 registrert ca. 300 bostedsløse i kommunen. Siden da har kommunen klart å bygge 150 nye boliger til denne gruppen. Sosialtjenesten har i 2006 hatt et samarbeidsprosjekt med boligkontoret i kommunen med det formål å redusere antall utkastelser, samt forebygge at beboere opparbeider seg husleierestanser i kommunale boliger. Ved årsskiftet 2006/2007 opprettes en prosjektstilling med tilskuddsmidler fra Sosial- og helsedirektoratet, for å sikre at planlagte tiltak iverksettes.



Videre har kommunen i 2006 fått midler fra direktoratet og Husbanken til et samarbeidsprosjekt med Kriminalomsorgen, og det er inngått en avtale med Tromsø fengsel. Samarbeidsprosjektet innebærer en kommunal konsulentstilling i tilknytning til fengselet. Både kommunen og Tromsø fengsel har gode erfaringer og resultater så langt i prosjektet.

Målselv kommune

Ved starten av 2006 var det registrert 15 bostedsløse, samt noen få personer som bodde i uegnede boliger. Målselv arbeider nå med flere byggeprosjekter (tilskudd fra Husbanken) for å kunne tilby boliger. Oppfølgingstjenesten skal også styrkes, herunder organisering av tjenesten i ambulerende team. Med statlige tilskuddsmidler har 36 personer mottatt bistand i 2006 til styrking og utvikling av oppfølgingstjenester tilknyttet bolig.

"Ikke i min bakgård"

Kommunen har også i kommunenettverk – Troms, bidratt med å sette søkelyset på "NIMBY" (Not In My Backyard) problematikken. NIMBY, eller "Ikke i min Bakgård", handler om at det ofte kommer protester fra lokalbefolkningen når det skal etableres boliger for vanskeligstilte i ordinære bomiljøer. Målselv har gjennom sitt arbeid med etablering av boliger for vanskeligstilte forholdt seg til naboene til de ulike boligprosjektene, og kommunen har jobbet målrettet med informasjon til og dialog med naboene.

Harstad kommune

Kommunen har siden 2004 registrert i gjennomsnitt 10 bostedsløse pr. år. Siden 2004 har kommunen drevet "Blåhuset" som består av en varmerstue i 1. etasje og et natthjem i 2. etasje. Kommunen har i sin virksomhetsplan for 2006 – 2009 vedtatt å bygge 26 boliger til bostedsløse/personer som har problemer med å beholde en bolig.

Lenvik kommune

Pr. mai 2006 var det registrert 11 bostedsløse. I 2006 er det gjennomført en detaljert kartlegging av brukergruppen, for best mulig å imøtekomme behov for bolig og oppfølging i bolig. Noe av det viktigste som har skjedd i løpet av 2006 er en bevisstgjøring innad i kommunen, samt at utkastelser er blitt forhindret og nye miljøtiltak er blitt utprøvd.

Nordreisa kommune

I perioden november 2005 til mai 2006 ble det gjennomført et prosjekt med kartlegging av utsatte gruppers behov for tilpassede boligløsninger. Dette arbeidet har ført frem til anbefalinger som kommunen har lagt inn i sin boligsosiale handlingsplan.

Kort oppsummert foregår det mye godt arbeid i Troms-kommunene på dette området. Regjeringens satsning er med på å bevisstgjøre kommunene. Hvilken måte kommunen tar tak i problemstillinger knyttet til bostedsløse avhenger av omfanget av brukergruppen og hvilke behov den enkelte bruker har. De kommunene som deltar i kommunenettverket har med dette en arena for utveksling av egne erfaringer, de får innspill fra andre kommuner og kan drøfte temaer knyttet til boligstrategien.

Slik Fylkesmannen ser det, har strategien "På vei til egen bolig" gitt de ulike aktørene et felles ståsted for å arbeide målrettet for bekjempelse av bostedsløshet ■

Kilder:

- Sosial- og helsedirektoratets nettsted www.tiltak.no har en egen side om boligsosialt arbeid
- Strateginotatet "På vei til egen bolig" finnes blant annet på www.odin.dep.no
- Husbankens Statusrapporter finnes på Husbankens nettsider www.husbanken.no
- Fylkesmannens hjemmeside gir også løpende info. i forhold til boligsatsningen



**KOMMUNAVEN
TJENESTER**

AV

RÅDGIVER, JUSTIS- OG SOSIALAVDELINGEN
NILS AADNESEN

NAV-reformen ble vedtatt i Stortinget våren 2005.

Ny Arbeids- og velferdsetat ble opprettet fra 1. juli 2006,

samtidig med at Aetat og trygdeetaten ble lagt ned.

I samarbeid med alle landets kommuner skal den nye etaten etablere lokale arbeids- og velferdskontorer over hele landet innen 2010.

I Troms er det allerede etablert pilot-kontor i Lenvik kommune.

NAV-kontorene skal baseres på et forpliktende samarbeid mellom stat og kommune nedfelt i lokale samarbeidsavtaler.

Formålet med reformen er å få flere i arbeid og aktivitet og færre på stønad. Reformen skal tilpasse forvaltningen til brukernes behov, samt at man får en mer helhetlig og effektiv arbeids- og velferdsforvaltning.

Spørsmålet blir da hvilke kommunale tjenester som skal legges inn i NAV-kontoret. Arbeids- og velferdsforvaltningsloven slår fast at minimumsløsningen må omfatte økonomisk sosialhjelp, herunder råd og veiledning og bruk av individuelle planer etter sosialtjenesteloven. De deler av helse- og sosialtjenestene som ikke legges inn i NAV-kontoret vil også fremdeles ha ansvar for arbeid med individuelle planer, etter gjeldende regelverk.

Hvilke andre tjenester bør inn i NAV-kontoret?

Andre tjenester kan inngå i NAV-kontoret. For øvrig kan andre tjenester samlokaliseres med NAV-kontoret og uansett skal det avtales hvordan NAV-kontoret skal samhandle med kommunens øvrige tjenestetilbud. Kommunene må avtale med Arbeids- og velferdsetaten hvilke andre tjenester som eventuelt skal legges inn i NAV-kontoret, ut over minimumsløsningen. Når det gjelder tjenester som er underlagt taushetsplikt etter andre lover, vil det ikke være adgang til utveksling av personopplysninger etter arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 16.

Det kommunale tjenesteinnhold ved NAV-kontoret vil variere fra en kommune til en annen. Det handler om kommunalt selvstyre, praktiske hensyn og lokale prioriteringer. I praksis vil tjenester innrettet mot arbeid, rehabilitering og selvhjelp være særlig aktuelle, og et annet hensyn er at forvaltningen ikke må bli for altomfattende. I mindre kommuner må det imidlertid også ses

hen til at fagmiljø er små og sårbare, samt at rent praktiske hensyn kan spille inn. I flere kommuner utgjør ikke arbeidet med økonomisk sosialhjelp en hel stilling.

Tjenester som kan være aktuelle å legge inn er arbeidet med introduksjonsloven, kommunale arbeidstreningstiltak, oppfølging innen rusomsorg og psykiatri, boligsosialt arbeid, barnevern mv.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Forskrift om habilitering og rehabilitering slår fast at kommunene skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Tjenestene som tilbys skal være synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere. I Stortingsmelding nr 21 (1998-99) er det gitt en rekke eksempler på hva som kan falle innenfor en koordineringsfunksjon. Den kan blant annet sikre at helhetlige individuelle planer blir utarbeidet og gjennomførte. Videre kan den initiere, administrere og følge opp tverrfaglige grupper rundt den enkelte og koordinere samarbeid mellom helsetjenesten og andre etater.

Kommunen må sørge for at en slik koordinerende enhet er etablert, og avklare hvilke oppgaver den skal ha. Videre blir det sentralt å få avtalt hvordan enheten skal samhandle med det lokale NAV-kontor. I svært mange tilfeller vil tjenestemottakere ha behov for oppfølging fra både NAV-kontoret og fra helsetjenesten i kommunen.

Flere utfordringer

Regelverket slår også fast at avtalen mellom stat og kommune skal inneholde bestemmelser om hvordan NAV-kontoret skal samhandle med representanter for kontorets brukere. Det er viktig at brukerne får bidra med

synspunkter og råd også når det gjelder hvilke kommunale tjenester som bør legges inn. Brukerne må derfor trekkes aktivt inn i planleggingen.

Til syvende og sist vil det gå en grense for hva den enkelte kommune bør legge inn i NAV-kontoret. Det blir da også en utfordring å vurdere hvordan de tjenester som ikke legges inn skal organiseres. Arbeidet med NAV-reformen berører med andre ord store deler av det kommunale tjenesteapparat.

Når et NAV-kontor er etablert vil brukerne få én dør inn til en rekke statlige og kommunale tjenester. En utfordring i fortsettelsen blir da hvordan forvaltningen klarer å komme seg ut av døren. I stadig større grad ser kommunene behovet for oppsøkende oppfølgings- og tiltaksarbeid, slik at individuelle behov kan møtes på en god måte.

Videre fremdrift i Troms

Etter planen skal det etableres NAV-kontor i år 2007 i kommunene Bardu, Salangen, Lavangen, Gratangen, Dyrøy, Harstad/Bjarkøy (felles) og Målselv. Øvrige kommuner vil få sine NAV-kontor i 2008 og 2009.

Fylkesmannens rolle i reformarbeidet er hovedsakelig knyttet til sosialtjenesten, med vektlegging av kompetanseutvikling, informasjon og veiledning. Fylkesmannen deltar på regional samarbeidsarena med NAV Troms og KS Troms og Finnmark. I tiden fremover vil denne samarbeidsgruppen blant annet koordinere kompetansehevede tiltak ■

Kilder:

- St.prp. nr. 46 (2004-2005)
- Ot.prp.nr.47 (2005-2006) Om lov om arbeids- og velferdsforvaltningen





Pekefingere på planlegging

Helsetilsynet i Troms har gjennomført systemrevisjon med rehabilitering i fem kommuner i 2005, og med fysioterapitjenesten i tre kommuner i Troms i 2006. Det ble avdekket at kommunene ikke hadde systematiske tiltak som sikret at disse tjenestene ble planlagt, organisert, utført og vedlikeholdt i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen. Kommunene hadde ikke etablert et internkontrollsystem hvor disse tjenestene var implementert.

AV
FAGSJEF
BIRGIT HEIER JOHANSEN

Referanser:
Kommunehelseloven,
Forskrift om internkontroll
Forskrift og habilitering og rehabilitering
Tilsynsrapportene kan lese på: www.helsetilsynet.no

I 2005 gjennomførte Helsetilsynet i Troms tilsyn med rehabilitering i kommunene Gratangen, Sørreisa, Kvænangen, Lenvik og Tromsø. I 2006 ble det gjennomført tilsyn med fysioterapitjenesten i Kvæfjord, Målselv og Skjervøy. Tilsynene avdekket at bare to av de åtte kommunene hadde skriftlige plan for disse tjenestene.

I kommunehelsetjenesteloven heter det at kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i lov eller forskrift. Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler at planen innarbeides som en del av den generelle kommuneplanen. Plankravet innebærer også en regelmessig revisjon av planen.

Mangel på planer

Kommunens helsetjeneste omfatter offentlig organisert helsetjeneste som ikke hører under stat eller fylkeskommune, og privat helsevirksomhet som drives i henhold til avtale med kommunen. Kommunen bestemmer selv hvordan helsetjenesten, herunder fysioterapitjenesten og rehabilitering, skal organiseres – såfremt den enkelte borger får forsvarlig og nødvendig helsehjelp. Kommunen kan velge hvorvidt man vil ansette personell i kommunale stillinger eller inngå avtaler med privatpraktiserende personell. Fysioterapitjenesten i alle de tilsette kommunene består av fysioterapeuter ansatt i kommunen og fysioterapeuter med avtale om privat praksis.

Dette medfører en ekstra utfordring når man lager plan for denne tjenesten. Plan for tjenesten må synliggjøre fordeling av oppgaver og samarbeid for begge disse to tilknytningsformene. Det var bare to av åtte tilsette kommuner som hadde utarbeidet plan og kvalitetssystem for drift av fysioterapitjenesten og rehabilitering.

Mangel på internkontroll

Kommunen skal også etablere et internkontrollsystem. Kvalitetssikring og internkontroll handler om virksomhetens interne styring og egen kontroll. Det skal sikre at tjenestene planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes. Hensikten med å planlegge tjenesten er å få oversikt over tjenestens hovedoppgaver, kartlegge hvilke myndighetskrav som gjelder for tjenesten og hva de innebærer i praksis. Planlegging innebærer å kartlegge befolkningens behov og vurdere hvilken kompetanse ansatte må ha, ta stilling til hvilke ressurser som kreves for å dekke behovet og hvilke grupper som skal prioriteres. Det hører også med en kartlegging av hvilke rutiner virksomheten har for å avdekke tjenestens sårbare områder. Planen skal fastlegge hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres, hvem som skal gjøre det og når. Ledelsen må så ha rutiner for å sikre at planen blir fulgt, tjenestetilbudet gitt og evaluert. Planen og dokumentasjonen på tjenestetilbudet skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig for befolkningen og tilsynet ■

Klager på helse

Grunnen til at folk klager på helse-tjenesten kan være så mangt. Noen vil bidra til at andre pasienter ikke skal oppleve det samme som dem, noen ønsker en unnskyldning, noen vil ha et annet tilbud og noen vil ha økonomisk oppreisning. Forventningene til resultat av klagebehandlingen er forskjellige, og ikke alle kan oppfylles.

AV
FYLKESLEGE
GERD ERSDAL

Folks rettigheter

Folks rettigheter innen helsetjenesten beskrives i Lov om pasientrettigheter. Denne loven gir en oversikt over rettigheter, og speiler samtidig de plikter som er pålagt helse-tjenesten i andre helselover – blant annet Lov om helsepersonell, Lov om helsetjenesten i kommunene, Lov om spesialisthelsetjenesten og Lov om psykisk helsevern. I følge pasientrettighetsloven § 7-4 kan pasienter klage på kvaliteten i den tjenesten som blir gitt, og i følge § 7-2 kan de også klage på at de ikke får det tilbudet de mener de har krav på. Videre skal helsetilsynet i fylket i følge § 2 i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket.

Klager på kvalitet

I Norge ble det i 2002 registrert at ca. 75 % av befolkningen har kontakt med allmennlege i løpet av ett år, og ca 23 % hadde kontakt med legespesialist på sykehus. Fra 2005 viser tall fra SSB at det var 852 725 innleggelser i somatisk helse-tjeneste, og 44 607 innleggelser i voksenpsykiatrien (totalt 897 332 innleggelser). Dette innebærer, rundt regnet, 26 000 innleggelser pr 100 000 innbyggere over 18 år. Tall fra Danmark indikerer at det i ca 10 % av alle konsultasjoner skjer hendelser som ikke er tilsiktet eller ønsket. Dette tilsier, med et grovt estimat, at uheldige hendelser forekommer ved ca 2600 innleggelser i spesialisthelsetjenesten pr 100 000 innbyggere. På landsbasis var det i 2005 gjennomsnittlig 45 klager pr 100 000 innbyggere på kvaliteten i tjenesten, dette er klager fra både spesialist- og primærhelsetjenesten. Troms ligger litt under dette snittet med 41 klager pr 100 000 innbyggere.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Lov om pasientskadeerstatning regulerer muligheten til økonomisk kompensasjon. Disse sakene behandles av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). NPE mottok i 2005 2334 klager fra personer over 18 år, dette blir ca 68 klager pr. 100 000 voksne innbyggere. NPE vurderer grunnlaget for erstatning, mens Helsetilsynet vurderer kvalitet på behandlingen ut fra krav til forsvarlighet. De saker som behandles av NPE og Helsetilsynet vil derfor ha ulik karakter, selv om flere saker behandles begge steder.

Få klager

De beskrevne tall sier lite om hvilke klager som tas direkte opp med helsetjenesten og hvilke konsekvenser de får der. Likevel er det et faktum at selv om alle klager til NPE og Helsetilsynet sees i sammenheng, er det liten tvil om at det totalt sett er få klager på helsetjenesten når det skjer uheldige hendelser. Dette inntrykket forsterkes når man vet at klagen til Helsetilsynet også kommer fra primærhelsetjenesten og pleie- og omsorgssektoren. Antall forventede uheldige hendelser totalt sett er derfor betydelig høyere enn det som framgår av de ovenfor beskrevne tall fra spesialisthelsetjenesten. Det er også mye som tyder på at det er nokså tilfeldig hvilke hendelser som fører til klager, og hvem det er som faktisk klager.

Helsetilsynets behandling

Pasientenes rettigheter speiles som nevnt i de andre helselovene, der helsevesenets plikter og krav er formulert. Det lovkravet som oftest vurderes i klagesaker til Helsetilsynet er kravet til forsvarlighet, både når det gjelder enkeltpersonells handlinger og virksomheten som helhet. Andre momenter som vurderes kan være for eksempel taushetsplikt, plikt til dokumentasjon og krav til organisering av virksomheten slik at helsepersonell kan ivareta sine plikter.

Helsetilsynet i fylket behandler og avslutter de saker der det konkluderes med at loven ikke er brutt, at helsetjenesten har oppfylt sine plikter eller at tjenesten kunne vært utført med bedre kvalitet. Helsetilsynet i fylket avslutter også saker hvor det blir påpekt brudd på lov, men hvor konsekvensene ikke var alvorlige. Det er ikke klagerett på disse avgjørelsene.

I noen saker konkluderer Helsetilsynet i fylket med at det har forekommet brudd på loven, at hendelsen var forsettelig eller uaktsom, og at dette var egnet til å medføre fare for sikkerheten i helsetjenesten eller til å påføre pasienter en betydelig belastning. I slike tilfeller oversendes sakene Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon. Statens helsetilsyn kan ilegge personell advarsel, eller tilbakekalle deres autorisasjon. Ansvarlig for tjenestene kan ilegges bøter.

etjenesten#\$\$%§!

Saker behandlet

ANTALL TILSYNSSAKER I TROMS VEDRØRERENDE HELSEPERSONELL OG HELSETJENESTER

	2003	2004	2005	2006
MOTTATTE SAKER	96	95	63	134
AVVIST				17
LØST I MINNELIGHET	14	24	24	46
BEHANDLEDE SAKER	43	65	50	71

ANTALL OG RESULTAT AV VURDERINGER I TILSYNSSAKER I TROMS

	2003	2004	2005	2006
SPESIALISTHELSETJENESTEN	11	47	18	37
KOMMUNEHELSETJENESTEN	32	25	32	45
PLIKTBRUDD				
- SPESIALISTHELSETJENESTEN			8	11
- KOMMUNEHELSETJENESTEN			14	15

Antall mottatte saker viser en økende tendens. Av 134 mottatte saker i 2006 er 71 saker utredet. Behandling av klager på kvaliteten (tilsynssaker) viser at i ca 30 % av sakene konkluderes det med pliktbrudd. Mange av disse sakene avsluttes med en tilbakemelding til tjenesten.

På landsbasis blir ca 15 % av behandlede klagesaker oversendt til Statens Helsetilsyn. I Troms har i gjennomsnitt 9 saker pr. år i perioden 2003 - 2006 (ca 10 %) blitt oversendt for vurdering av administrativ reaksjon. 7 leger/tannleger/ psykologer og 3 sykepleiere/legesekretærer fikk advarsler i denne perioden. 5 leger/tannleger og 4 sykepleiere/legesekretærer mistet sin autorisasjon. Hovedårsakene til autorisasjonstap i Norge er rusmisbruk, seksuelt uakseptabel oppførsel og kriminalitet. Bøter overfor ansvarlig for tjenesten brukes svært sjelden.

SAKER OVERSENDT OG BEHANDLET I STATENS HELSETILSYN

	2003	2004	2005	2006	SUM
OVERSENDTE SAKER	8	16	4	9	37
ADVARSEL GITT	0	3	4	3	10
TAP AV AUTORISASJON	2	6	1	0	9
SYKEPLEIER / LEGESKRETÆR	1	3	2	1	7
LEGE / TANNLEGE	1	6	3	2	12

Klagebehandlingen følger ofte to spor. Det ene er kontroll av enkeltpersonellets kvalifikasjoner, oppførsel og handlinger. Det andre sporet er å vurdere systemene som skal sette helsepersonell i stand til å utføre sine plikter og sikre pasienten en trygg og god helsetjeneste.

Til å bedre systemene i helsetjenestene er tilbakemeldingene (klagene) av stor verdi. Helsetjenesten kan bruke dem i analyser for å bedre sikkerheten i behandlingstilbudet til pasientene. I arbeidet for å trygge pasientsikkerheten er tilbakemeldinger fra pasienter en av flere forutsetninger for å arbeide systematisk.

Klage på manglende helsetjenester

Rett til å klage på manglende tilbud av helsetjenester følger av pasientrettighetsloven § 7-2. Klagen rettes først til helsetjenesten, og dersom denne opprettholder sitt opprinnelige tilbud, kan klagen oversendes til Helsetilsynet i fylket. Denne rettigheten er ny fra 2002, og ordningen blir i økende grad kjent i befolkningen.

KLAGER I TROMS PÅ MANGLENDE PASIENTRETTIGHETER

	2005	2006
ANTALL BEHANDLET TOTALT	36	53
SPESIALISTHELSETJENESTEN	29	32
PRIMÆRHELSETJENESTEN / TANNHELSE	7	21
ANTALL SAKER GITT HELT ELLER DELVIS MEDHOLD / VEDTAK OPPHEVET	10	14

I 2006 behandlet Helsetilsynet i Troms 53 klager på manglende helsetjenester. I ca 30% av sakene har klager fått helt eller delvis medhold i sin klage. Det innebærer at helsetjenesten må gi et annet tilbud. Hovedårsaken til at folk klager er mangel på dekning av reiseutgifter, mangel på tilbud innen rusomsorgen og mangel på tilbud innen omsorgstjenesten. Det er ikke klagerett på Helsetilsynets avgjørelse i slike saker.

Hensikt med klageadgang

Hensikten med klageordningene er å sikre pasientenes rettigheter. Dette arbeidet gjøres på forskjellige måter. Hovedmengden av behandlede klager går tilbake til helse-tjenesten for å bli brukt i systematisk forbedringsarbeid, og noen klager medfører at pasienten får et annet og forhåpentligvis bedre tilbud. Noen få alvorlige saker fører til at helsepersonell blir tatt ut av helsetjenesten, eventuelt får en advarsel. I alvorlige saker med mistanke om strafferettslige forhold, vil også politiet være involvert.

Forventninger

Helsetilsynet erfarer noen ganger at pasienter og pårørende har andre forventninger til resultatet av klagebehandling enn det som innfris. I og med at forsvarlighet ofte er Helsetilsynets viktigste vurderingstema konkluderes det i enkelte saker med at behandlingen var innenfor grensen av det forsvarlige, selv om den kanskje ikke var optimal. I slike saker vil det gis råd og veiledning som kan brukes internt i tjenesten, men det konkluderes ikke med brudd på lovverk og det gis ikke noen form for reaksjon. I noen slike saker kan den som har klaget oppleve det som urimelig at en hendelse ikke gir grunnlag for tydelig kritikk, eller får noen form for konsekvenser. Da er det viktig å huske på at Helsetilsynet ikke er noe strafferettslig organ. Hovedhensikten med tilbakemelding til tjenesten eller reaksjon rettet mot personell eller virksomhet er å bedre pasientsikkerheten og kvaliteten framover i tid ■

Folkehelsearbeidet har fått solid fotfeste i Troms de siste årene



Helse. Steg for steg.

Alle 25 kommunene deltar i FYSAK, og 9 kommuner er med i Partnerskap for folkehelse. En rekke konkrete folkehelse tiltak er godt i gang. Fylkeskommunen og mange andre kompetente partnere deltar i arbeidet på fylkesnivå. Her følger en statusrapport om arbeidet sett fra Fylkesmannens side. Artikkelen tar utgangspunkt i den planmessige siden av folkehelsearbeidet.

AV
RÅDGIVER/FYSIOTERAPEUT
ANDERS AASHEIM

Folkehelse – en del av den grunnleggende tankegangen i kommunal planlegging og utvikling.

Folkehelsearbeid er bevisst, systematisk arbeid rettet mot faktorer som påvirker befolkningens helse. Det er åpenbart at grunnlaget for ei god folkehelse legges lokalt, ved at lokalsamfunnene planlegges og utvikles slik at det legges til rette for et godt liv for innbyggerne. Til nå har det vært lagt liten vekt på det planmessige grunnlaget for folkehelsearbeid, men dette setter myndighetene nå mer fokus på.

1. april 2005 fikk vi en ny forskrift til plan- og bygningsloven om konsekvensutredning. Nå har Sosial- og helsedirektoratet gitt ut en veileder på dette området. Den er utformet som en sjekklister, og kan brukes både av kommunene og av tilsynsmyndighetene for å se til at vesentlige forhold knyttet til folkehelse og tilgjengelighet er ivarettatt i den kommunale planleggingen. Eksempler på slike vesentlige forhold er bomiljø, sosialt miljø, aktivitetsmuligheter, økonomi, arbeidsliv og tjenestetilbud, fysisk aktivitet, mangfold og inkludering, samt beredskapsmessige forhold. Veilederen er utgitt i en foreløpig høringsversjon, og kommunene er blant høringsinstansene. Svarfristen er 31. januar.

Hva betyr "helse" i denne sammenhengen? I forbindelse med helsevurdering av planer og tiltak, tenkes helse i vid forstand. Det er helhetssynet på menneske, miljø og samfunn som er viktig. Det vil si at det ikke bare fokuseres på risikofaktorer som må fjernes for å unngå skader, sykdommer og lidelser, men at det anses som like viktig å se på faktorer som fremmer sunnhet og helse.

Sagt på en annen måte: Folkehelse er en viktig felles grunnverdi, og hensynet til den bør stå sentralt i alt kommunalt plan- og utviklingsarbeid. Særlig gjelder dette for å gi barn og unge gode vilkår for en trygg og sunn oppvekst.

Kort omtale av noen satsinger, programmer og tiltak innen folkehelse

Som nevnt legges grunnlaget for ei god folkehelse via planarbeid og politisk utviklingsarbeid som former levende og gode lokalsamfunn. Men dagens utfordringer innen folkehelse krever også spesifikke lokale innsatser rettet mot de viktigste enkeltfaktorer. Flere slike innsatser kan kobles sammen og utgjøre en kommunal folkehelsestrategi.

Fylkesmannen og våre samarbeidspartnere på fylkesnivå har høy aktivitet på disse områdene, og bistår gjerne kommunene med råd og veiledning i deres folkehelsearbeid.

Her nevnes noen eksempler på innsatsområder:

Partnerskap for folkehelse

Et bredspektret folkehelsesamarbeid på fylkesnivå med 20 partnere, hvor også 9 kommuner er tilsluttet. Fylkeskommunen koordinerer arbeidet. Satsingen har gitt de medvirkende kommunene bedre forankring for folkehelsearbeidet, og både omfang og kvalitet på arbeidet har økt. Mellom de 20 partnene på fylkesnivå er det stort potensiale for koordinering og samarbeid. Dette er blant temaene i det årlige stormøtet om folkehelse, som finner sted i Tromsø 28. mars 2007.

FYSAK-programmet

Dette er en satsing med fokus på å utvikle lavterskeltiltak innen fysisk aktivitet for ulike målgrupper lokalt. Det er stor variasjon i kommunenes innsatsområder. Som første fylke i landet har vi fått alle kommunene i fylket med på satsingen. FYSAK er godt kjent i Troms, og omfanget av lokal aktivitet vokser stadig. Fylkesmannen og fylkeskommunen gir faglig og økonomisk støtte til arbeidet, og drifter et aktivt og kompetent nettverk av koordinatorer.

"Fysisk aktivitet og måltider i skolen"

Denne satsingen er inne i sitt tredje og siste år. 15 skoler deltar, og utvikler eksempler, modeller og løsninger som andre skoler kan ta i bruk for å oppfylle statens mål:

- Alle elever skal ha 1 time fysisk aktivitet hver dag i skolen.
- Alle skoler skal følge nasjonale retningslinjer for mat i skolen.

Arbeidet så langt viser at svært mye kompetanse er utviklet i skolene. For å viderefremme dette til andre skoler vil Fylkesmannen bl.a. arrangere en konferanse om temaet i løpet av 2007.

Utdanningstilbud innen ernæring

Høgskolen i Tromsø tilbyr en fleksibel videreutdanning i ernæring på 15 studiepoeng beregnet for personale i barnehage og skole. Flere kommuner har vist stor interesse for tilbudet. 17 ansatte fra Bardu og Målselv gjennomførte utdanningen i 2006, med støtte fra fylkeskommunen og Fylkesmannen. I de kommende årene vil flere kommuner motta støtte til slik skoleing.

FRI-programmet

Dette forbyggingsprogrammet har fokus på tobakk og rus, og er beregnet for elever og lærere i ungdomsskolen. Høsten 2006 ble det gjort en nasjonal evaluering av 29 forebyggende program brukt i grunnskolen. Bare 2 ble vurdert å gi sikker effekt, og et av dem var FRI-programmet. Ved å bruke programmet reduseres andelen røykende elever i skolen med 50 %. Her ligger det en meget stor folkehelsegevinst, som kommunene lett kan hente ut ved å sørge for at alle ungdomsskoleklasser deltar i programmet. Det er gratis, tilrettelagt i tråd med Kunnskapsløftet, og et omfattende nettbasert læremateriale er på plass. Det bør være et politisk ansvar i kommunene å se til at oppslutningen om dette viktige programmet økes i Troms.

Tilbud om hjelp til røykeslutt

Sosial- og helsedirektoratet legger stor vekt på at tilbud om røykeslutt skal være tilgjengelig for alle som ønsker det. Fylkesmannen har laget en oversikt over alle slike tilbud i Troms, som ligger på vår hjemmeside. I 2007 vil vi utdanne flere kursledere innen røykeslutt, slik at kurstilbudet blir enda bedre. I tillegg tilbyr Nasjonalt senter for telemedisin et interaktivt opplegg for røykeslutt via internett. Tilbudet kalles www.slutta.no

Bruk kompetansen på fylkesnivå!

En rekke av oppgavene Fylkesmannen ivaretar kan defineres inn i folkehelsearbeidet. Internt hos Fylkesmannen er det etablert et fagforum som skal styrke samarbeidet mellom ulike avdelinger. Sterkere tverrfaglig kunnskap hos Fylkesmannen vil være til nytte for kommunene og andre som samarbeider med oss.

Kommunene har ansvar for det forebyggende helsearbeidet. Det krever en bred innsats, både fra fagfolk, politikere og administrasjon. Det er ikke alltid lett å ha oversikt over fagfeltet. Kommunene har mye å hente på en god dialog med Fylkesmannen og våre samarbeidspartnere. Målet for vårt arbeid er å bistå kommunene slik at det lokale folkehelsearbeidet får økt kvalitet og økt omfang ■

Referanser:

www.shdir.no

www.fylkesmannen.no/troms

www.tromsfylke.no (klikk på kultur)

I kommunene er årsverk til psykisk helsearbeid for barn og unge økt. Flere barn og unge mottar også behandling i spesialisthelsetjenesten. Utfordringen framover er å få til gode, tverrfaglige og tilgjengelige lavterskeltilbud i kommunene.

Barn og unge trenger lave terskler

AV
RÅDGIVER / ERGOTERAPEUT
HEIDI TALSETHAGEN

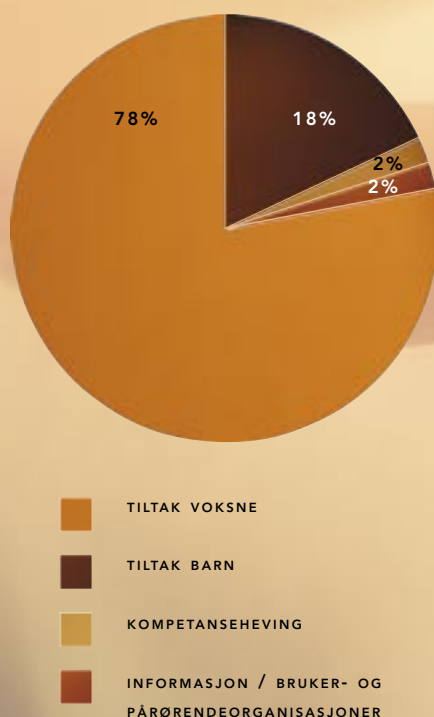
Tilskudd gir mer tjenester

Siden Opptrappingsplanens begynnelse i 1999 har det vært en positiv utvikling i tilbudet til barn og unge. I 2005 utgjør antall barn og unge som mottar behandling i det psykiske helsevernet 4 % av alle barn og unge i Norge. Opptrappingsplanens mål om 5 % er dermed innen rekkevidde innen 2008.

Det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunene øker også. Ett av målene i Opptrappingsplanen er 800 nye årsverk på landsbasis til helsestasjon og skolehelsetjenesten innen utgangen av 2008. Ved utgangen av 2005 var tallet 449.

Kommunene i Troms fikk i 2006 til sammen 82 millioner kroner i øremerket tilskudd til psykisk helsearbeid. Ca 18 % av midlene var satt av til tiltak for barn og unge (se fig 1). Dette er en økning med 4 % fra 2005. Tiltak som iverksettes med disse midlene er i hovedsak støttekontakter og stillinger tilknyttet helsestasjon og skolehelsetjeneste. Øremerkede årsverk til psykisk helsearbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste var 22 i 2006. Dette er en økning med 18 årsverk siden 2000.

FIG. 1: ØREMERKET TILSKUDD TIL PSYKISK HELSE-ARBEID I KOMMUNENE – BRUK I 2006



Jo alvorligere problemer, jo mindre brukertilfredshet

SINTEF-rapport A105 fra 2006 om Opptrappingsplanens betydning for barn og unge, viser at brukerne er forholdsvis tilfreds med tilgjengeligheten til de kommunale instansene. Men foresatte til barn med psykiske problemer er mindre fornøyd med PPT og helsesøster-tjenesten enn andre foresatte, og brukere med alvorlige problemer er mindre tilfreds enn de med lette eller moderate problemer.

Resultatene fra studien viser også at 30-40 prosent av barn og unge med psykiske problemer med tiltak fra PPT eller helsesøster omfattes av dårlig fungerende samarbeid mellom de involverte instansene. En del av forklaringen er at rolle- og ansvarsfordelingen mellom de ulike instansene/etatene oppleves uklare. Ansvarsgruppe er en samarbeidsform som foresatte til brukere med psykiske problemer har positive erfaringer med. Barn og unge med individuell plan er mer tilfreds med samordningen enn brukere uten individuell plan. Rapporteringen fra kommunene i Troms fra 2005 viser at innen det psykiske helsearbeidet har

23 av 25 kommuner etablert rutiner for individuell plan for barn og unge. Bare Berg og Storfjord meldte at de mangler slike rutiner. Selv om det meldes om etablerte rutiner, tyder tilbakemeldinger fra Helsetilsynets tilsyn på at det fortsatt er beskjeden bruk av individuelle planer.

Lavterskeltilbud, bedre samhandling og gjensidig faglig støtte

I familiesentermodellen anbefaler Sosial- og helsedirektoratets samordnet og helhetlig tilbud med blant annet helsestasjon med svangerskapsomsorg, åpen barnehage og tilgang til lege- og psykologtjeneste. Målet er at barn og unge og deres familier skal få den hjelp og oppfølging de trenger på ett og samme sted, og at barn og familier som er i risikozonen kan fanges opp på et tidlig tidspunkt. Tanken er at når alle tilbudene finnes samlet under ett tak, er det enklere å tilby hjelp til de som normalt ikke oppsøker hjelpeapparatet selv. I dag er det opprettet ca 55 familiesentre i landet med noe ulik oppbygging, og en av disse er opprettet i Nordreisa kommune.

Vellykket prosjekt

Etter tre års prosjektperiode (slutt 31.12.04) ble det vedtatt at Nordreisa Familiesenter skulle opprettholdes som fast tiltak. Basisaktiviteter i familiesenteret er helsestasjonsvirksomhet, tiltak spesielt rettet mot ungdom (bl.a. helsestasjon for ungdom med utvidet åpningstid, program om foreldresamarbeid, alternative undervisningsopplegg for grupper med spesielle behov), åpen barnehage og tverrfaglig team med representanter fra helsesøstertjenesten, barnevern, førskole, jordmortjenesten, PPT og BUP. I tillegg er det iverksatt aktiviteter for å øke barns leselyst, samlivskurs for førstegangsforeldre, tilbud om samlivskurs/møteplass for førstegangsforeldre og unge mødre og møteplasser for foreldre med funksjonshemmede barn.

Prosjektet har vist at tjenester og fagfolk er blitt lettere tilgjengelig, hjelpetiltak raskere og helheten i tilbudene er større. De erfarer at mennesker skaper nettverk gjennom de møteplassene som finnes, og at det faglige nettverket er blitt utvidet. Leder for familiesentralen i Nordreisa og helsesøster Ann-Mari Hansen sier i

dag: "Den positive prosessutviklingen i dette arbeidet fortsetter. Vi erfarer at vår tverrfaglige arbeidsform bidrar til at vi kan yte bedre og mer helhetlige tjenester til brukerne, og vi opplever gjensidig faglig støtte mellom kollegaer som styrker den enkeltes yrkesidentitet" ■

Referanser:

1. Rapportering om bruk av øremerkede midler 1995-2006 fra kommunene i Troms.
2. SINTEF-rapport A105: Opptreppingsplanens betydning for barn og unge. Sammenstilling av funn fra fire forskningsprosjekter:
 - "Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge – Opptreppingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene" (Andersson & Hatling mfl. 2003, 2005) – siste del av studien gjennomføres i 2007.
 - "Opptreppingsplanens betydning for barne- og ungdomspsykiatri og barnevern" (Kristoffersen, 2004)
 - "Brukerbasert evaluering av det kommunale helsetilbudet for barn og unge med psykiske vansker" (Sitter & Andersson, 2005). Oppfølgingsstudie i 2007.
 - "Fastlegens tiltak for barn og unge med psykiske problemer" (Andersson, 2006)
3. Prosjekt Nordreisa Familiesenter, sluttrapport 08.02.05

PASIENTSIKKERHET I EN ^T~~EN~~ SYSTEMPERSPEKTIV

Det ^N ^Vmeneskelige er å feil_E

Skade på pasient i forbindelse med behandling er i utgangspunktet noe som ikke skal skje. Likevel vet vi at det skjer, og muligheten for slike uønskede, skadelige hendelser vil aldri kunne elimineres helt. Mennesker vil alltid kunne bli slitne, tolke situasjoner galt og ta gale beslutninger. Konsekvensene kan være svært store for den som rammes, og rammer også helsepersonellet som blir stilt til ansvar for hendelsene. For stort fokus på enkeltmenneskets ansvar i helsetjenesten vil kunne bidra til en utdeliggjøring av systemets ansvar for langsiktig arbeid med pasientsikkerhet.

AV
ASSISTERENDE FYLKESLEGE
HANNE HØYE

I en studie fra The Institute of Medicine i USA fra 1999 ble det rapportert at feilbehandling førte til mellom 44 000 og 98 000 dødsfall på amerikanske sykehus, dette er flere dødsfall enn det som ble forårsaket av for eksempel trafikkulykker. I en av flere studier utført ved Harvard Medical School framheves at 70 % av skadetilfellene fikk alvorlige konsekvenser, 14 % førte til dødsfall. I Storbritannia har Department of Health beregnet at uheldige avvik oppstår ved 11,7 % av alle sykehusinnleggelse, og i en dansk studie fra 2001 rapporteres det at ca. 9 % av pasienter innlagt i sykehus fikk en eller annen påført skade. Halvparten av disse skadene ble vurdert som mulige å unngå. Andre studier fra utlandet viser også at hver andre pasient i langtidsomsorg for eldre rammes av fallulykke, og hver tiende får en alvorlig skade i form av hoftefraktur eller hjernerystelse i løpet av tiden de tilbringer i institusjon.

Norge ikke i særstilling

De internasjonale studiene er litt ulikt gjennomført, med noe ulik definisjon av skade. Det er vanskelig å gjøre noen direkte sammenligning, men grovt regnet ser det likevel ut til at pasientskader forekommer ved 8-10 % av innleggelse i sykehus. Vi vet lite om pasientsikkerhet i norsk helsetjeneste, men det er liten grunn til å tro at situasjonen er annerledes i Norge enn i de vestlige land der slike studier er gjort. Vi ser også at antall saker i Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) der det gis medhold øker, og i NPE's årsrapport for 2006 framgår det at 61 % av medholdssakene fra 2001 – 2006 skyldtes svikt i behandling.

Ulike ordninger

I Norge er det flere etablerte ordninger for å fremme pasientsikkerhet. Pasientombudet kan bistå pasienter med å fremme klage, og NPE kan gi erstatning ved behandlingssvikt. Statens Helsetilsyn fører tilsyn med at tjenestene drives forsvarlig, dette skjer gjennom planlagte tilsyn, behandling av klagesaker og forvaltning av meldeordninger etter spesialisthelse-tjenestelovens § 3-3 og helsepersonellovens § 17. Disse lovene plikter henholdsvis helseinstitusjoner og helsepersonell å melde hendelser som fikk eller kunne ha fått alvorlige

konsekvenser for pasienten. Meldesystemet er ikke anonymisert, og i klagesaker har hvert enkelt helsepersonells individuelle ansvar i henhold til helsepersonelloven § 4 (plikt til forsvarlighet) ofte vært framhevet.

Mennesker gjør feil!

Hvert menneskes personlige ansvar for jobben man gjør er uomtvistelig. Imidlertid skyldes svikt i behandling svært sjelden enkeltmennesket alene. Helsepersonell jobber i komplekse organisasjoner, og komplekse organisasjoner plikter å ta hensyn til den menneskelige faktor når sikkerhetssystemer skal utformes slik at skader og katastrofer kan unngås. Dette gjelder luftfart, det gjelder petroleumsindustri og det gjelder helsevesenet. Det må tas høyde for at mennesker gjør feil, blir slitne, glemmer og tolker galt, og man må være klar over at menneskets natur ikke kan endres. Organisasjonens plikt er derfor å ha system og rutiner som hindrer menneskelig svikt å føre til skade på pasientene, og hindre utpeking av syndebukker der flere bakenforliggende årsaker kan ha vært medvirkende til hendelsen. Et ensidig fokus på helsepersonell personlige ansvar fører bare til redsel for å gjøre feil, angst for å havne i media og ekstrem skyldfølelse hvis man i verste fall forårsaker alvorlig skade på et annet menneske man egentlig skulle hjelpe.

Komplekse årsaker

Årsakene til behandlingssvikt og uønskede hendelser er sjelden bare svikt hos menneske, tekniske systemer eller virksomheten. Ofte er det snakk om en kombinasjon av menneskelig aktivitet, tekniske funksjoner og omgivelsene. Det er mye lærdom å hente fra andre komplekse organisasjoner og systemer der man har jobbet mye med risikoanalyse, og det er mye hver enkelt virksomhet kan gjøre ved systematisk gjennomgang av uheldige hendelser og ved å gjennomføre risikoanalyser.

Hvis en uheldig hendelse har ført til eller kunne ha ført til alvorlig skade bør hendelsen gjennomgås systematisk. Analysearbeidet skal gi svar på hva som har hendt, hvorfor det kunne hende og hvordan vi kan unngå at det skjer igjen. Utgangspunktet må være: Hvordan kunne mennesket handling i akkurat

denne situasjonen framstå logisk og riktig? Ikke for enhver pris HVEM som har gjort feil.

Rutinemessig risikoanalyse bør gjennomføres ved hyppige observasjoner av risiko eller bekymring for risiko, innføring av nye metoder eller rutiner, organisasjonsendringer eller kunnskap om svikt ved andre avdelinger eller sykehus. Hendelses- og risikoanalyser utgjør sammen viktige elementer i arbeid for pasientsikkerhet.

"No shame, no blame"

I anbefalinger fra WHO, EU og Europarådet tas det til orde for meldesystemer som skal fremme læring og kjennetegnes av "no shame, no blame". Det påpekes fra flere hold at meldesystemene ikke bør være koblet til tilsynsmyndighetene, og betydningen av å analysere årsaken til hendelsene i et systemperspektiv framheves. Av St.prp. nr 1 (2006-2007) framgår det at Helse- og omsorgsdepartementet ønsker en kulturendring i helsetjenesten når det gjelder håndtering av pasientsikkerhet. Det framgår et ønske om større erkjennelse av at feil skjer, og større åpenhet om uheldige hendelser og nesten-hendelser. Det eksisterende meldesystemet videreføres foreløpig, men departementet foreslår i tillegg at det skal opprettes en nasjonal enhet for pasientsikkerhet som skal arbeide med temaet. I Statens Helsetilsyn legges det også økende vekt på systemperspektivet i klagesaker.

Det menneskelige er å feile

Som professor James Reason, forsker ved University of Manchester som har jobbet mye med sikkerhet i komplekse systemer, har uttalt: "Den beste er ikke feilfri – men forberedt."

Det menneskelige er å feile. Med et systemperspektiv og forståelse for menneskets begrensninger og forutsetninger kan fokus flyttes fra enkeltperson til bidragende og ofte sammenfallende omstendigheter som medfører risiko. I stedet for å legge skylden på enkeltpersoner, kan det forhåpentligvis skapes en åpnere kultur der uheldige hendelser kan diskuteres ■



Helsetjenesten i Troms

Universitetssykehuset Nord-Norge HF Longyearbyen:

Sengeavdeling med 8 sengeplasser
Poliklinikk

Universitetssykehuset Nord-Norge HF Tromsø:

474 somatiske heldøgns plasser og 49 hotellsenger
ca 26 500 innleggelse pr år
ca 126 500 polikliniske konsultasjoner pr år
ca 13 000 dagbehandlinger pr år

90 voksenpsykiatriske heldøgns plasser
ca 1300 innleggelse pr år
ca 1000 dagbehandlinger pr år

15 barne- og ungdomspsykiatriske heldøgns plasser
ca 200 innleggelse pr år

Nordreisa:

Utrednings- og rehabiliteringsenhet, 10 heldøgns plasser
Fødestue, ca 50 fødsler pr år

Finnsnes:

Utrednings- og rehabiliteringsenhet, 9 heldøgns plasser
Fødestue, ca 100 fødsler pr år

Universitetssykehuset Nord-Norge HF Harstad:

111 somatiske heldøgns plasser
ca 7100 innleggelse pr år
ca 40 000 polikliniske konsultasjoner pr år
ca 3900 dagbehandlinger pr år

4 distriktpsykiatriske senter med:

65 heldøgns plasser for voksne
ca 1300 innleggelse pr år
ca 25 000 polikliniske konsultasjoner pr år
ca 2000 dagbehandlinger pr år
ca 18 000 polikliniske konsultasjoner og tiltak ved Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP)

Kommunehelsetjenesten har 3200 kliniske årsverk fordelt på:






145 legeårsverk
132 fysioterapeutårsverk
32 ergoterapeutårsverk
72 helsesøsterårsverk
8 jordmorårsverk
2800 helsefaglige årsverk i pleie- og omsorgstjenestene

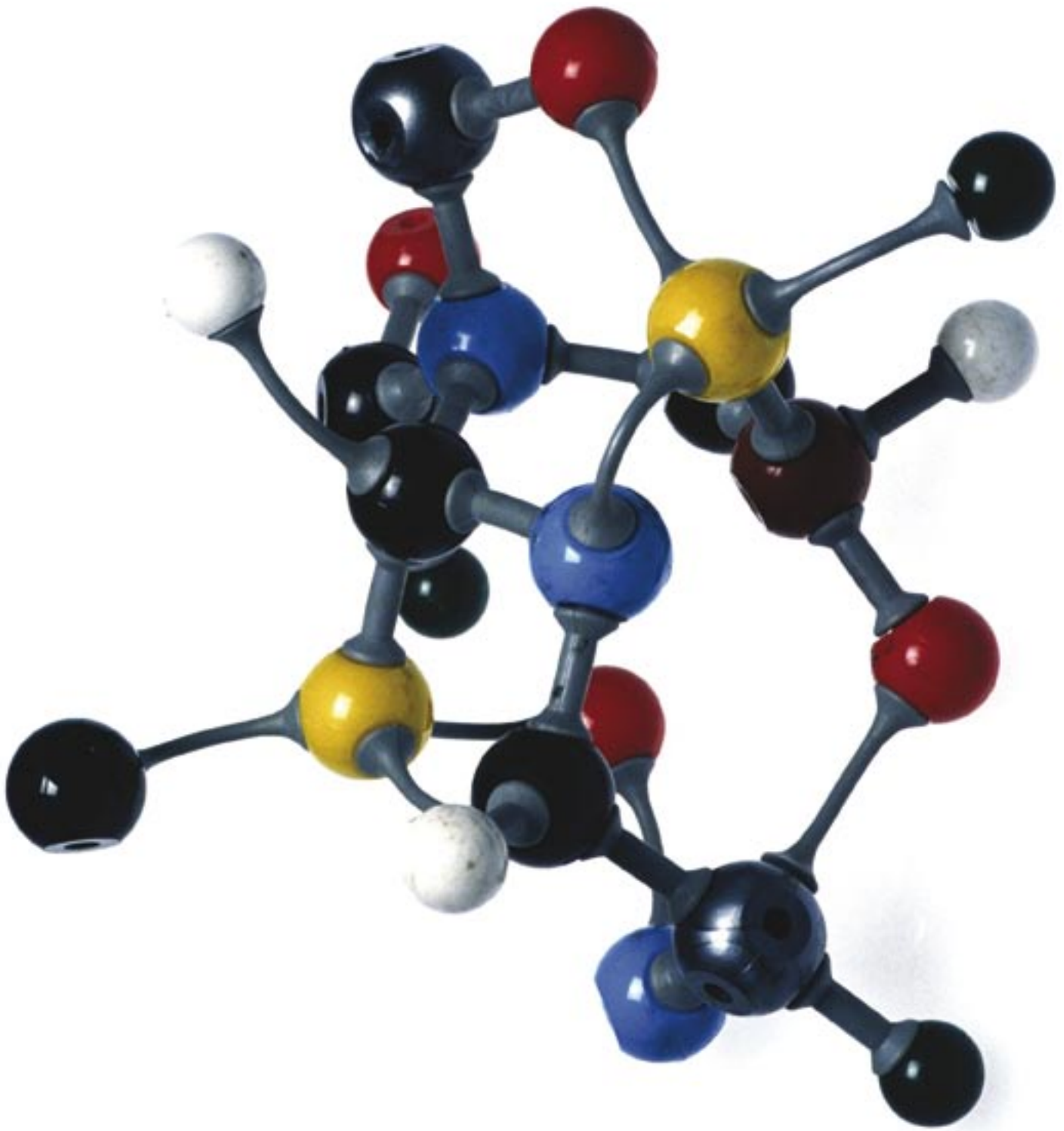
Kommunehelsetjenesten har:

52 fastlegekontor med 158 legehjemler
1430 sykehjemsplasser
80 aldershjemsplasser
90 korttidsplasser

Kilde:

Helseforetakene
KOSTRA

-  Somatisk sykehus
-  Barne- og ungdomspsykiatriske klinikk
-  Distriktpsykiatriske senter med heldøgns plasser
-  Psykiatriske poliklinikk (voksne og barn)
-  Desentralisert spesialisthelsetjeneste, UNN HF



Disse lenkene viser vei til nyttig og omfattende bakgrunnskunnskap:

www.fylkesmannen.no/troms	Klikk på Helse (Fylkesmannens hjemmesider)
www.helsetilsynet.no	(Statens helsetilsyn og helsetilsynet i fylkene)
www.shdir.no	(Sosial- og helsedirektoratet)
www.shdir.no/psykisk	(Informasjon til tjenesteapparatet om psykisk helsearbeid)
www.shdir.no/iplos	(Verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk)
www.shdir.no/sosialelvferdstjenester	(Informasjon om sosiale velferdstjenester)
www.shdir.no/kommunehelseprofiler	(Database med helsestatistikk fra Sosial- og helsedirektoratet)
www.norghelsa.no	(Database med helsestatistikk fra Nasjonalt folkehelseinstitutt)
www.kunnskapsenteret.no	(Oppsummering av forskning på viktige områder for helsetjenesten m.m.)
www.forebygging.no	(Kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid)
www.tromsfylke.no	Klikk på Kultur (Fylkeskommunal informasjon om folkehelsearbeid i Troms)
www.skolefrukt.no	(Om abonnement på frukt og grønt i skolen)
www.fristedet.no	(Om det tobakksforebyggende FRI-programmet til bruk i ungdomsskolen)
www.fylkesmannen.no/roykeslutt	(Om Forum for røykeslutt i Troms)
www.psykiskhelsearbeid-nettbok.no	(Idè- og ressursbase for psykisk helsearbeid i kommunene)
www.psykiskhelse.no	(Rådet for psykisk helse)
www.fylkesmannen.no/turnuslege	(For valg av turnusplass for leger via internett)
www.helserevyen.no	(Nettbasert magasin for helsepersonell)
www.helse-nord.no	(Helse Nord RHF)
www.tiltak.no	(Informasjon om tiltak, forsøk og utviklingsarbeid innen sosialtjenesten)
www.nav.no	(Om NAV)
www.nav.no/kommune	(Om NAV på kommunalt nivå)



**Fylkesmannen i Troms
Romssa Fylkkamánni**

Strandveien 13
9291 Tromsø
Tlf. 77 64 20 00
postmottak@fmtr.no
www.helsetilsynet.no

