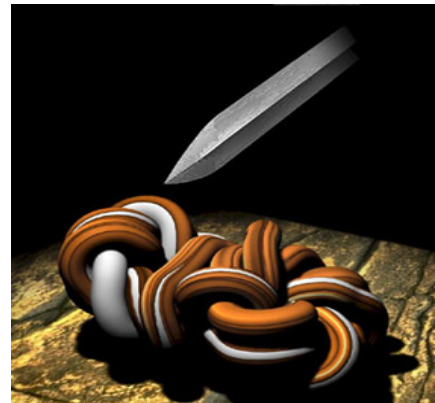


Fylkesmannen i Vestfold
Avdeling helse og sosial
Avdeling oppvekst og opplæring
Helsetilsynet i Vestfold

Samhandling –



*kjede eller
gordisk
knute?*



BARNEVERN, HELSE- OG SOSIALMELDING 2010

Innholdsfortegnelse

Forord.....	3
Sosial ulikhet	5
Arbeid.....	5
Gjeldsrådgivning.....	6
Psykisk helsearbeid.....	6
Rusarbeid.....	7
Barnevern	8
Skade og ulykkesforebyggende arbeid.....	9
Folkehelsearbeid	9
Hva skjer på førerkortfronten?	10
Samhandlingsreformen	10
Omsorgsplanen	10
Pasientrettighetsloven	12
Tilsyn med tjenester til eldre	13
”Bedre tilsyn”	13
Pasient og bruker i sentrum ved tilsyn	13
CQC	14
Marina House – injeksjonsklinikk for heroin.....	14
Meldinger etter § 3-3 i spesialisthelsetj.loven.....	14

Forord

Har begrepet samhandling fått nytt innhold eller er 2010 året vi oppdaget at det er viktig? Helse- og sosialpersonell og ansatte i barnevernet har hatt krav om samhandling i mange år både gjennom fagetikken og rettsreglene. Hva er nytt, hva er gammelt, hvilke muligheter åpner seg og hvilke farer ligger på lur?

Det nye er at sentrale politiske og administrative kommuneledere forbereder seg på arbeidsdelingen med sykehusene. Kontakten mellom helseforetak og kommunene har så langt stort sett foregått på fagnivå fra kommunesiden. Ledere i kommuner og helseforetak har blitt oppmerksomme etter varsel om kommunal medfinansiering og flytting av oppgaver fra helseforetak til kommunene, men flyttingen har alt pågått i mange år. Pleie- og omsorgssektoren og fastlegene har gradvis overtatt stadig tyngre oppgaver uten at dette har vært godtgjort for kommunene.

Det gamle er at personell, kommunene og helseforetakene har hatt krav om samhandling i mange år. Tilsyn viser at svikt i tjenestene ofte er uttrykk for sviktende samhandling mellom behandlerne. Samhandlingsreformen kunne omfavnes som løsning på disse samhandlingsproblemene. Spørsmålet er likevel om reformen har egnede mål og virkemidler. Om Samhandlingsreformen blir tung på investerings- og avtalestruktur, og for lett på kravet til kvalitet, internkontroll og ledelse, risikerer at vi at reformen bommer på hovdeoppgaven; trygge tjenester til fru Hansen.

Mulighetene må benyttes. Det viktigste er felles ledergrep av kommunenivå og helseforetak for å sikre trygg behandling. Felles prioritering av nye oppgaver, felles overvåking av kvalitet og felles tiltak for følge opp svikt er og blir de store oppgavene. Oppskriften til suksess vil være et spørsmål faglig og administrativ ledelse.

Samhandlingsreformen gjelder bare en del av velferdsproduksjonen i kommunene. Det er faren for at andre områder får for lite oppmerksomhet i skyggen av reformen. Helse er også et spørsmål om sosiale forhold. Barn i familier med lav inntekt har utsikt til mer sykdom og kortere liv enn barn i velstående familier. Fenomenet er tydelig i Vestfold. Vi **kan** redusere omfanget av forskjellene. Det krever samhandling, men i en annen dimensjon enn Samhandlingsreformen. Pressgruppene er svake og barna er helt avhengig av politisk oppmerksomhet med tydelig prioritering.

Evnen til samhandling om barn utsatt for mishandling og vold har vist seg kritikkverdig svak det siste året, også i Vestfold. Det spesielle er at det svikter i alle ledd, fra nabo til fagfolk. De tragiske episodene har ført oss inn i en ny periode med økt oppmerksomhet på feltet. Samhandlingsutfordringen er at alle tør å tenke at barn kan ha det vanskeligere enn hva en ser direkte. Vi har plikt til å undersøke når det er tvil, og ikke bare når en er sikker på at barnet lider. Foreldre reagerer og er såret når helsepersonell melder bekymring til barnevernet. Det kan være forståelig, men vi kan ikke hjelpe barn i nød uten å få innsyn i hvordan de lever.

NAV-reformen er en omfattende samhandlingsreform. I starten tok kravet til antall klienter oppmerksomheten vekk fra kvalitet i innholdet. Det er viktig at det kommer større oppmerksomhet på innhold i tjenesten. Samhandling er uvesentlig om det ikke er nyttig for brukeren. NAV-samhandling er krevende. Vi opplever at sosialtjenesten har fått mindre oppmerksomhet i enkelte kommuner etter NAV-reformen. Noen har foreslått å overlate det

kommunale ansvaret i NAV til det statlige nivået. Forslaget har ikke fått alminnelig tilslutning, men kan være et tegn på at samhandling er mer krevende enn eneansvar.

Samhandling er ikke nytt, det dreier seg om gamle dyder. Når ordet løftes fram igjen er det viktig at keiseren får klær, og de rette klærne. Samhandlingsreformen må dresseres opp med ledelse av beste snitt.

Les mer om samhandling og annet i Vestfold, på de neste sidene.

Tønsberg 28. februar 2011

Kari Evensen
avdelingsdirektør
avdeling Oppvekst og opplæring

Svein Lie
fylkeslege
avdeling Helse- og sosial

Sosial ulikhet

Utjevning av sosialt betingede helseforskjeller er overordnet i nasjonale føringer, nye lovverk og regional plan for folkehelse. Grunnen til dette, er at kunnskap og erfaring viser oss at når det blir grupper i samfunnet som faller utenfor, vet vi at de på sikt også vil leve både dårligere og kortere liv. I Vestfold har vi også disse forskjellene, - og på flere områder større forskjeller enn i landsgjennomsnittet. Det er derfor av avgjørende betydning at vi følger med på dette. Oppgaven er kompleks og må arbeides med på flere måter. Flere av tiltakene er knyttet opp til der ulikhet blir synlig, som ved inntektssvakhet, frafall i arbeidsliv og skole, psykisk uhelse, rusproblematikk og omsorgssvikt. Selv om det er samfunnets oppgave å bistå der hvor ting går galt, må vi ikke fire på strategien om tidlig innsats. Både av hensyn til enkeltindividet og til samfunnets samlede utfordringer. I de følgende avsnittene i dette kapitlet er det redegjort for hva fylkesmannen har arbeidet med innenfor disse områdene i året som gikk.

Arbeid

Oppfølging av kvalifiseringsprogrammet i Vestfold i 2010

Kvalifiseringsprogrammet (KVP) har siden november 2007 vært en lovpålagt tjeneste i Nav-kontorene. Ordningen er forankret i lov om sosiale tjenester i Nav, og målet er å bistå langtidsmottakere av sosialhjelp og andre som står langt fra arbeidslivet over i arbeid og aktivitet. Samtidig var KVP det første tiltaket som skulle synliggjøre effekten av samhandlingen mellom stat og kommune i Nav. Fylkesmannen fikk ansvar for opplæring og veiledning til Nav-kontorene, og er dessuten klageinstans. For raskt å oppnå stor lokal aktivitet, ble programmet gjennomført med øremerkede tilskudd og strenge målkrav. Fylkesvise prosjekt med deltakelse fra Navs fylkesledd og Fylkesmannen fikk ansvar

for oppfølging av implementering i det enkelte Nav-kontor.

Til tross for Fylkesmannens ansvar som hovedkontaktpunkt for KVP, hadde vi sparsom og lite systematisk informasjon om hvorledes programmet ble gjennomført i kontorene. I 2009 inviterte vi derfor 8 Vestfoldkommuner til et samarbeid om å gjennomgå alle KVP-vedtak fra 2008, i alt 197. Undersøkelsen ga oss oversikt over hvem som var rekruttert, hvorledes vedtakene var utformet, sammenhengen mellom arbeidsevnevurdering og tiltak, brukervedvirkning og individuell utforming av program, oppfølging av den enkelte deltaker, og hva deltakerne gikk til etter endt KVP. Hensikten med arbeidet var å legge grunnlaget for at det videre arbeidet med programmet skal skje til beste for dem det faktisk gjelder – brukere med langvarige, sammensatte vansker og med behov for tett oppfølging for å komme i arbeid eller aktivitet.

Arbeidet er fulgt opp med gjennomgang av vedtak om KVP i samarbeid med to nye kommuner i 2010. Dette gjaldt til sammen 119 vedtak, alle fattet i 2009. I kommunen som hadde fattet 100 vedtak, undersøkte vi et tilfeldig utvalg på 20. Hensynet til tidsaspektet og det faktum at vedtak og dokumentasjon var relativt sammenfallende var avgjørende for dette. I den andre kommunen gjennomgikk vi alle 19 vedtak.

Vi fant at alle kommuner fattet vedtak om innvilgelse av program. Rekruttering av deltakere viste stor variasjon. I den grad arbeidsevnevurdering var gjennomført, var det uklar sammenheng mellom denne og iverksatte tiltak. Individuell plan ble lite brukt, og oppfølging av tiltakene var svært ujevn. Dokumentasjonen av arbeidet var svak og vanskeliggjort ved at NAV-kontorene benyttet ulike, til dels parallelle, datasystemer. Brukervedvirkningen syntes likevel å være bedre enn andre undersøkelser viste i samme periode.

Gjennomgangen i 2010 viste noe bedre resultater enn undersøkelsen i 2009. Vi antar at dette bl.a. har sammenheng med at Nav-kontorene har økt kunnskap om ordningen og kravene til innhold og deltakelse.

Etter avslutning av prosjektet har vi hatt tilsyn med KVP i to kommuner, gjennomført som systemrevisjon. Rapportene finnes på www.helsetilsynet.no. Selv om det ble funnet svikt i tjenesten i en kommune, erfarte vi at flere tidligere identifiserte forbedringspunkter er blitt ivaretatt på en god måte. Dette er trolig den viktigste effekten av prosjektet, idet det kan bidra til at tjenestene til brukerne blir kvalitativt gode og i samsvar med intensjonene for satsningen. Samtidig har det gitt Fylkesmannen et godt grunnlag for å vurdere hva som bør vektlegges i videre opplæring og veiledning til Nav-kontorene.

Gjeldsrådgivning

Vi ser at de mindre kommunene har et kapasitets- og kompetanseproblem. I små kommuner blir det så vidt få saker at det tar tid å bygge opp noe erfaring. 4 kommune prøver ut et interkommunalt samarbeid om dette og som så langt ser ut til å fungere bra.

Psykisk helsearbeid

Opptrappingsplanen for psykisk helse var ferdig i 2008, men kommunenes planer strakk seg ut hele 2010 - med forankring i gjeldende økonomiplan. Øremerking av midler til kommunene er avsluttet og pengene tilføres i dag som en del av kommunenes frie inntekter. Mange kommuner i Vestfold er i en presset økonomisk situasjon, og faren for innsparinger - også på dette feltet, er høyst reell. Pårørende, brukerorganisasjoner og hjelpeapparat har uttrykt bekymring for dette.

Kommunene skal fortsette med sin årlige rapportering fra området. En rapportering som gir overordnede myndigheter mulighet til å følge utviklingen fra år til år – om de etablerte tilbudene videreutvikles eller om tilbudene bygges ned.

Rådgiver på psykisk helsefeltet skal bidra med veiledning, oppfølging, og kartlegging av det kommunale tjenestetilbudet i kommunene. Rådgiver skal rapportere på utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene, og de skal samarbeide med NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene.

Psykisk helsearbeid vil fortsatt ha høy prioritet. Utviklingen skal fortsatt preges av overordnede målene og verdiene i opptrappingsplanen. Fylkesmannen vil følge utviklingen og ha særlig oppmerksomhet på kommuner som er kommet kort i arbeidet med styrkingen av feltet. Vi vil spesielt se på samhandling mellom tjenestenivåene innenfor psykisk helsefeltet, rusfeltet og NAV.

Bevilgninger til kunnskaps- og kompetanse- og utviklingstiltak i tjenestene videreføres ved:

- Lønnstilskudd til videreutdanning innenfor psykisk helsefeltet
- Lønnstilskudd til videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge
- Stimuleringsstilskudd for psykologrekruttering til kommunene

Det er tydelige føringer på at Fylkesmannen skal se rus og psykisk helse i sammenheng. I 2010 gjennomførte rådgiverne, på henholdsvis psykisk helse og rusfeltet, enkeltvis møter med samtlige kommuner i Vestfold. Målet var å få oppdatert kunnskap om målgruppene, deres behov, tilbudene og organisering av tjenestene i kommunene i Vestfold.

Rusarbeid

Dagsprevalensundersøkelse

Fylkesmannen i Vestfold og Helsetilsynet i Vestfold gjennomførte også i 2010 undersøkelse av tjenester og hjelpetiltak for personer med rusmiddelproblemer. Undersøkelsen spør om situasjonen en bestemt dag hvert år, derav navnet dagsprevalensundersøkelse. Samme undersøkelse ble gjennomført i 2007, 2008 og 2009. Formålet er å få oversikt over rusmiddelarbeidet i kommunene i Vestfold, se på utviklingstendenser for russektoren.

Oppsummert for 2010 viste undersøkelsen:

1. Tønsberg kommune v/rusteamet oppga at de i gjennomsnitt har 26 ukers ventetid fra en ny henvendelse eller tydelig bestilling, til vurderingssamtale når det er aktuelt med behandling i og utenfor legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Kommunen ble bedt om å vurdere om dette var faglig forsvarlig. Som en konsekvens av dette ble det opprettet tilsynssak med Tønsberg kommunes tjenester for personer med rusmiddelproblemer.
2. Flere kommuner oppga saksbehandlingsressurser og boligmangel som viktigste hindring for framdrift i søknadsprosessen frem mot behandling/rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer. Kommunene må vurdere om tildelte ressurser og boligtiltak er faglig forsvarlig.
3. Kommunene oppga at Individuell Plan (IP) var utarbeidet for 226 personer med rusmiddelproblemer. Det er siste år utarbeidet få nye IP til personer med rusmiddelproblemer. Forskrift om IP pålegger offentlige instanser å utarbeide IP. Kommuner og spesialisthelsetjeneste må vurdere om det er behov for å utarbeide IP til flere personer med rusmiddelproblemer.

4. Det har vært reduksjon i ventetiden for inntak i legemiddelassistert rehabilitering fra 2007 til 2010. Det samme gjelder ved Vestfoldklinikken v/ Enhet 2 og behandlingseenheten Vivestad.
5. Kommunene og spesialisthelsetjenesten i Vestfold, har flere felles vurderinger av hva som har preget arbeidet med rusmiddelmisbrukere i Vestfold siste to år. Blant annet nevnes:

- Flere yngre brukere.
- Blandingsmisbruk mest vanlig.
- S sammensatte problemer i brukergruppen.
- Begrensninger i hjelpe- og behandlingsapparatet.
- Vansker med å skaffe egnete boliger.

Opptrappingsplanen for rusfeltet

Som del av opptrappingsplanen er det i flere år bevilget statlige tilskudd (kommunale rustilskudd) som virkemiddel for at kommunene skal prioritere å styrke rusarbeidet. Statlige kommunale rustilskudd skal bidra til å implementere nasjonal politikk. I 2010 har 10 kommuner i Vestfold samlet mottatt ca kr 15,6 millioner kroner til ulike kommunale rustiltak.

Tillitspersonforsøket inngår som et konkret tiltak i opptrappingsplanen for rusfeltet. I Vestfold er to kommuner (Sandefjord og Tønsberg) med i forsøket. Målsettingen med forsøket er at personer med rusrelaterte problemer skal få et mer tilgjengelig, helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud i kommunene. Forsøket skal videre bidra til å stimulere deltakerkommunene til faglig utvikling og utprøving av ulike modeller og metoder i rusarbeidet. Arbeidsmåtene i forsøket er vurderes som virkningsfulle.

Barnevern

Fakta om barnevern

Barnevernet skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Både kommunene og staten har oppgaver og ansvar på barnevernområdet. Barn som har særlige behov, skal først og fremst få hjelp i sitt eget hjem. Dersom slike hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan barnevernet plassere barn i fosterhjem eller barneverninstitusjon.

Barnvernet er mye omtalt i media for tiden, og av gode grunner. Det store spørsmålet er, har barna i Vestfold det godt nok? Fanger vi opp de utsatte barna, tidlig nok? Har de det rettsvernet de er ment å ha?

Fakta om lovkrav

Barneverntjenesten skal snarest, og senest innen 1 uke, gjennomgå innkomne meldinger og vurdere om meldingen skal følges opp med undersøkelse.

En undersøkelse skal gjennomføres snarest, og senest innen tre måneder. I særlige tilfeller kan fristen være seks måneder.

Når hjelpetiltak vedtas, skal barnverntjenesten utarbeide en tidsavgrenset tiltaksplan. Barneverntjenesten skal følge nøye med på hvordan det går med barnet og foreldrene og vurdere om hjelpen er tjenelig, eventuelt om det er nødvendig med nye tiltak, eller om det er grunnlag for omsorgsovertakelse. Tiltaksplanen skal evalueres regelmessig.

Rapporteringer fra de kommunale barneverntjenestene i Vestfold, viser at flere kommuner har fristbrudd på meldinger og undersøkelser. Vi ser videre at mange barn som har hjelpetiltak i barnevernet, mangler tiltaksplaner. Flere barn i fosterhjem får heller ikke det antall besøk av tilsynsfører som loven krever.

I Vestfold har vi dessverre avdekket at barnevernet ikke alltid sikrer barna på en god nok måte. Fylkesmannen gjennomførte et hendelsesbasert tilsyn med tre kommuner over nesten åtte år, der utgangspunktet var grov omsorgssvikt. Det viste seg i denne saken at barneverntjenestene hadde gjennomført en rekke tiltak, men at det manglet evalueringer og vurderinger underveis, som skulle sikret barna. Fokus var mest rettet mot omsorgspersonen, mens oppmerksomheten på barna var utilstrekkelig. Dette er viktig å merke seg. Vi har ved tidligere tilsyn erfart noe av det samme. I undersøkelser som barneverntjenestene utførte, så vi at de i flere saker ikke snakket med barna. Som ett av flere tiltak for å heve kompetansen på dette området, arrangerer Fylkesmannen i Telemark og Vestfold, sammen med BUF-etat, en seminarrekke med Øyvind Kvello, som handler om kunnskapsbaserte undersøkelser i barnevernet. Alle barneverntjenestene i Vestfold er representert, så vi kan si at interessen er stor.

Fakta om tilsyn

Fylkesmannen fører tilsyn med den kommunale barneverntjenesten og barneverninstitusjonene, også private behandlingstiltak. Fylkesmannen er dessuten klageinstans for enkeltvedtak i den kommunale barneverntjenesten.

Ressurssituasjonen i de kommunale barneverntjenestene over hele landet blir omtalt som vanskelig og alvorlig. Antall meldinger og undersøkelser øker, mens antall ansatte i tjenestene ikke øker tilsvarende. Det er et urimelig høyt arbeidspress i tjenestene. Regjeringa ved BLD øremerket i 2010 midler til de kommunale barnverntjenestene for budsjettåret 2011.

Skade og ulykkesforebyggende arbeid

Forekomst av skader og ulykker er også en side ved sosial ulikhet, idet dokumentasjon viser en opphopning hos utsatte grupper. Skader og ulykker er muligens en av de områdene det er lettest å kunne beregne de personlige og samfunnsmessige kostnadene ved ikke å gjøre noe. I Vestfold har det over lengre tid vært arbeidet med skade- og ulykkesforebygging gjennom WHO-konseptet ”trygge lokalsamfunn”. 6 kommuner inngår i dette. I 2010 ble Re kommune sertifisert og Larvik kommune re-sertifisert.

I tillegg fortsetter satsingen på å fremskaffe dataunderlag på hvor og hvordan og for hvem ulykker skjer. Dette for å kunne målrette den forebyggende innsatsen. Prosjektet startet i 2009 og det begynner å komme inn en del materiale. Dette er et tverrkommunalt samarbeid med Andebu som vertskommune.

I 2010 er det gjort ca 2000 skaderegistreringer utenom akuttmottakene. 65 % er registrert ved legevaktene, 29 % i tannhelsetjenesten og 6 % hos fastlegene. Materialet skal behandles videre. Foreløpige resultater viser at de fleste skader og ulykker knyttet opp til hjem/fritid og skole/barnehage. Den yngre delen av befolkningen er mest utsatt. Disse funnene stemmer dette overens med

skade- og ulykkesprofil på landsbasis så langt vi kjenner den.

Skade og ulykkesforebygging er et godt eksempel nytten av tverretattlig samarbeid og både Politi, Vegvesen og Høyskolen i Vestfold deltar i arbeidet.

Fakta om Nasjonal strategi for forebygging ”Ulykker i Norge 2009-2014” – en tverrdepartemental satsing.

Strateginotatet viser at det kun er samferdselssektoren som opererer med måltall for å få ned ulykker i trafikken. Ingen andre sektorer i samfunnet har tallfestet mål på ulykkesforebyggende tiltak.

Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid er det som er bra for ”folk flest” og som kan iverksettes før skade eller risiko for sykdom eller skade oppstår. Det handler om hvordan vi innretter samfunnet vårt rent fysisk og hvordan vi bestemmer at ressursene skal brukes. Hensynet til innbyggernes miljø og helse er et krav i den nye plan- og bygningsloven som kom i 2009. I 2010 ble forslaget om ny Folkehelselov sendt ut på høring. Folkehelseloven er en videreføring av bestemmelsene i plan- og bygningsloven og definerer folkehelsearbeid slik: ”samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen”.

Vår erfaringen er at forankring av folkehelsearbeid i planer går svært langsomt. I 2010 har vi hatt 162 planer til uttalelse.

Vi ser at det er mye god kunnskap om folkehelse, men liten evne til å prioritere de viktigste tingene. Vi registrerer vi at helsepersonell er lite synlige i planleggingen. Folkehelseloven skal bidra til at færre blir syke ved påvirkning av aktuelle samfunnsstrukturer. Det er vektlagt i innføringen av Samhandlingsreformen. Vi tror det vil kreve stor innstats å få styrket oppmerksomheten på dette feltet.

Hva skjer på førerkortfronten?

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vestfold hadde i 2008 og 2009 stort fokus på helsekrav med tilsyn ved sykehus og hos fastleger. I tillegg hadde vi kurs for fastleger og for helsepersonell i psykiatrien. Noe som førte til en markant økning av saker fra 2008 til 2009. Også i 2010 har vi vært i psykiatrien, på nevrologisk- og øyeavdelingen ved Sykehuset i Vestfold HF og informert om meldeplikten helsepersonell har for personer som ikke fyller helsekrav til førerkort og vurderinger med hensyn til innvilgelse av dispensasjon fra helsekravene. Vi har arrangert to kurs for turnusleger i kommunehelsetjenesten med helsekrav til førerkort og vurderinger som ett av temaene.

Vi har også hatt samarbeidsmøte med Trafikkstasjonene og Politiet, og opplever dette som nyttig i vårt arbeid med førerkortsaker.

I likhet med flere andre fylker har vi meldt tilbake til Helsedirektoratet at vi har økt behov for ressurser. Det er et alvorlig behov for å styrke alle ledd i saksbehandlingen. Rettssikkerheten er truet for personer som ikke oppfyller helsekrav til førerkort.

1 juli 2010 skjedde det en endring i førerkortforskriften. Det er lempet på

kravet til dispensasjon for personer med ADHD i de laveste førerkortklassene.

Faktaboks om førerkortsaker

Vi har fortsatt hatt økning i saksmengden fra 2009 til 2010.

Ferdigbehandlede saker;

2008: 934 (1050 saker inn)

2009: 1422

2010: 1535.

Samhandlingsreformen

12 av 14 Vestfoldkommuner samarbeider i en enhet som kalles 12K. De to siste kommunene, Sande og Svelvik deltar ikke, men samarbeider mot Drammensregionen.

12K har tatt initiativ til organisering av samarbeidet med helseforetakene Sykehuset i Vestfold (SiV) og Psykiatrien i Vestfold (PiV). Dette er en videreføring og forbedring av samarbeidsforumet kommunene og helseforetak har hatt i en årrekke. Fra 2011 har kommunene ansatt en felles koordinator for samhandling. SiV har tilsvarende stilling. Fylkesmannen fortsetter som deltaker i de strategiske lederfora; Lederforum for helse-samhandling og Samhandlingsutvalget. (se figur side 11). Et utvidet Samhandlingsutvalg benyttes også for oppdragene knyttet til Kompetanseløftet 2015, se neste avsnitt..

Omsorgsplanen

Samordningsforum

Fylkesmannen i Vestfold har helt siden 2007 hatt et samordningsforum for regionale og statlige aktører – samt fagforeninger. Sommeren 2010 evaluerte forumet seg selv og vedtok at det var viktig med en videreføring. Det ble ellers besluttet at hovedtemaene fortsatt skulle være:

Rekruttering
Kompetanse
Bemanning
Pasientløp

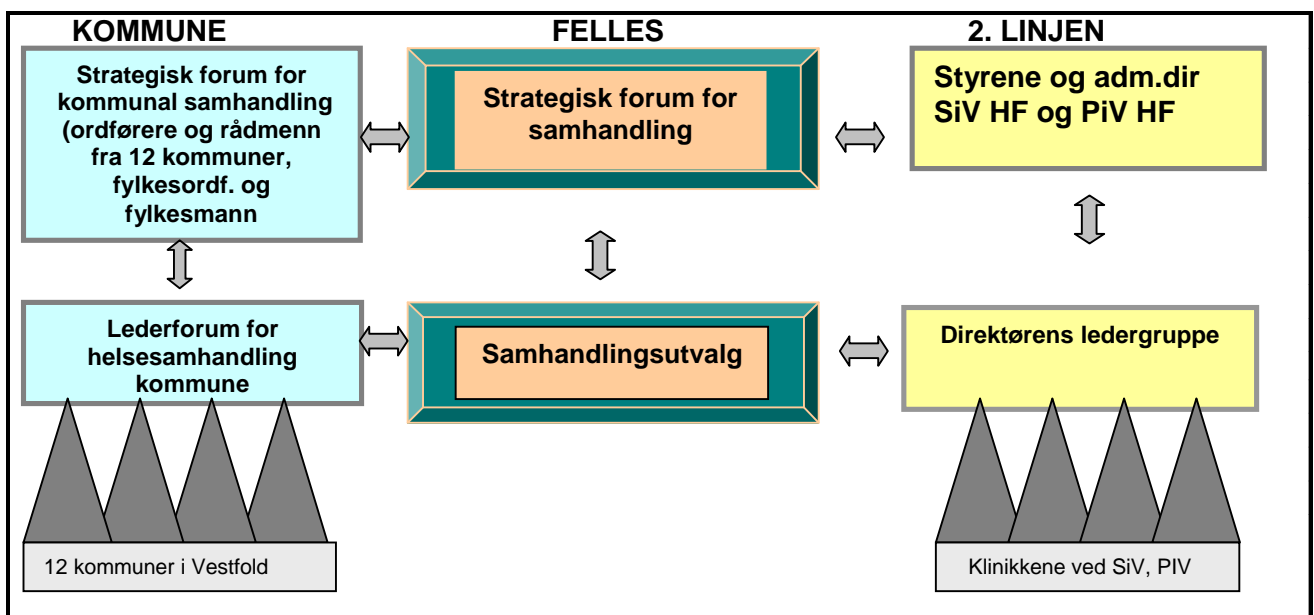
Vi har organisert arbeidet inn mot samhandlingsorganene til 12K og helseforetakene i et eget Samordningsforum for Omsorgsplanen.

Samordningsforum er en utvidet forsamling av deltakerne i Samhandlingsutvalget, (se figur under). I tillegg til Fylkesmannens representanter deltar: Direktørene for Sykehuset i Vestfold og Psykiatrien i Vestfold, direktøren for videregående opplæring, Høgskolen i Vestfold v/ dekan ved institutt for helsefag, repr. fra lederforum helsesamhandling kommune/ samhandlingsutvalget. 12Ks samhandlingskoordinator, NAV fylke, Sykepleieforbundet, Fagforbundet, KS v/administrasjonen, Sande og Svelvik kommune (står utenfor 12K), Legeforeningen og Opplæringskontoret for offentlig sektor

Fylkesmannen personlig fortsetter som leder. Sekretærfunksjonen deles mellom Fylkesmannens oppvekst- og opplæringsavdeling og helse- og sosialavdeling.

Utbygging av sykehjem og omsorgsboliger
Vestfold fikk opprinnelig tildelt en utbyggingskvote på 590 enheter fram til 2015. Vestfoldkommunene har kommet med mange søknader. I løpet av 2010 nådde vi "taket" på 590 enheter og måtte avslå søknader av rammemessige årsaker. For Vestfoldkommunene var det derfor svært gledelig at Stortinget opphevet de fylkesmessige rammene fra 2011. 363 enheter er hittil ubetalt; - ytterligere 298 enheter er i tillegg anbefalt. Dette utgjør totalt 661 enheter.

Modell for samhandling i Vestfold



Pasientrettighetsloven

Kapittel 4A – fra nye bestemmelser til endring i praksis?

Siden 2008 har Fylkesmannen hatt i oppdrag fra Helsedirektoratet å spre informasjon og bidra til implementering av de nye bestemmelsene i pasientrettighetsloven kap. 4A. I Vestfold var det allerede etablert et godt samarbeid med det daværende Undervisningssykehjemmet i Sandefjord, Nygård sykehjem. Vi etablert et felles prosjekt med Undervisningssykehjemmet med tanke på spredning og implementering av det nye lovverket. Prosjektet avdekket utfordringer for implementering av den nye lov. Blant annet kom det tidlig fram at kunnskapen om samtykkebestemmelsene ikke er god nok, og at det fortsatt er behov for opplæring av helsepersonell i tillitskapende arbeid og forståelsen av lovverket. Det har ikke vært lett å nå ut til alle deler av helsetjenesten, og særlig har dette vært en utfordring i forhold til fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

For å få nærhet til de praktiske utfordringene som helsetjenesten møter, har prosjektet knyttet til seg ressurspersoner fra fagmiljøene, og benyttet etablerte nettverk og arenaer, som Fagnettverk Demens. Samarbeidsavtalen mellom Fylkesmannen og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester (tidligere undervisningssykehjem), ble forlenget fra 01.10.2010 for å sikre den videre oppfølgingen av opplærings- og implementeringsarbeidet.

Parallelt med prosjektet mellom Fylkesmannen og Utviklingssenteret, besluttet Fylkesmannen/Helsetilsynet å organisere helse- og sosialavdelingens eget arbeid i form av et internt prosjekt. Prosjektet hadde som formål å utarbeide god rutiner for behandling av pasientrettighetsloven kap. 4A saker, samt å se på behovet for opplæring, veiledning og tilsyn i helsetjenestene i Vestfold

Faktaboks om endring i pasientrettighetsloven

Pasientrettighetsloven kap. 4A trådte i kraft som nye bestemmelser fra 01.01.2009, for å regulere og forebygge bruk av tvang overfor pasienter som mangler samtykkekompetanse. Loven inneholder derfor særlig strenge vilkår for å kunne yte tvungen helsehjelp og særlige saksbehandlings- og overprøvingsregler. Helsetilsynet i fylket er kopimottaker og klageinstans for vedtak, og kan uten at vedtaket er påklaget, kontrollere og overprøve. Fylkesmannen har hatt i oppgave å bistå med opplæringstiltak og implementering av de nye bestemmelsene, i kommunene, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Prosjektgruppen arbeidet i 2010 med både interne rutiner/prosedyrer og maler, samtidig som prosjektet med Utviklingssenteret ble fulgt tett. Det ble tidlig vurdert at for å lykkes med implementeringen i helsetjenesten måtte ansvar plasseres ved en forankring til overordnet faglig ansvarlig for pasientrettighetsloven kap. 4A (OFA).

Det er etablert et forum for OFA der erfaringsutveksling, eksempellæring og dialog har vært formålet. Representanter fra kommunene, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har deltatt, og resultatene viser seg ved større fokus på lovverket, og gradvis bedre kvalitet på vedtak som fattes.

I 2010 gjennomførte vi 10 systemrevisjoner som berørte tema som samtykkekompetanse og pasientrettighetsloven kap. 4A. To av tilsynene var i kommuner som ikke hadde fattet vedtak, Fire tilsyn var i kommuner hvor vi vurderte saksbehandling ved søknad om

avlastning eller korttidsopphold i sykehjem, og i fire kommuner førte vi tilsyn med legemiddelbehandling av pasienter med demens i sykehjem.

Tilsyn med tjenester til eldre

Det landsomfattende tilsynet (LOT) med tjenester til eldre startet i 2009 og varer til 2012. I år var tilsynet rettet mot kommunenes helsetjenester til eldre. Det ble ført tilsyn med 8 kommuner og områdene det ble sett på var ”Avlastnings-tilbudet til hjemmeboende eldre etter sosialtjenesteloven og korttidsopphold etter kommunehelsetjenesteloven” og ”Oppfølging av legemiddelbehandlingen av demente i institusjoner”.

Fakta om eldretilsynene i 2010

Om bruk av korttidsopphold og/eller avlastning: 4 kommuner fikk tilsyn på dette tema. Selv om 3 kommuner fikk avdekket avvik for systemsvikt i saksbehandlingen

Om legemiddelbehandling til eldre: 4 kommuner fikk tilsyn. Det ble funnet avvik i 2 kommuner i forhold til mangelfull sikring av system i legemiddelbehandling

”Bedre tilsyn”

Fylkesmannen/ Helsetilsynet i Vestfold fikk i 2010 ekstra midler fra Statens Helsetilsyn for å videreutvikle tilsynsvirksomheten knyttet til tilsyn med tjenester for eldre 2010-2010.

Gjennom prosjektet ”Bedre tilsyn”, har vi hatt oppmerksomhet på hvordan vi kan arbeide for at våre tilsyn oppleves relevante og at de kan bidra til læring og

merverdi. Vi har vært spesielt opptatt av dialog med kommunene.

Vi har holdt møte med kommunene og presentert årets tilsyn. Etter tilsynet har vi invitert til felles møte for kommuner med samme tilsynsystema, og oppsummeringsmøte for alle kommunene ved årets slutt.

Fire kommuner hadde tilsyn med legemiddelbehandling på sykehjem. Alle deltok i dialogmøtet i etterkant. Det var et engasjert møte hvor kommunene utvekslet erfaringer og diskuterte muligheter for forbedring av rutine for legemiddelbehandling. Det samme gjaldt de fire kommunene som hadde tilsyn på temaet avlastning og korttidsopphold til eldre demente. Gjennom disse dialogmøte opplevde vi at kommunene utvekslet nyttig kunnskap og erfaring, og at det ble en god læringsarena, hvor oppmerksomheten var rettet mot hvordan alle kan bedre sin praksis. Vi opplever at det hjelper kommunene til å ”tilfredsstille tilsynsmyndighetenes krav” og ”lukke avvik” på en konstruktiv og konkret måte.

På oppsummeringsmøtet ved årets slutt gav vi som tilsynsmyndighet tilbakemeldinger på de viktigste funn vi har gjort, og som vi mener alle kommunene vil ha nytte av å reflektere over. Kommunene gav også nyttige tilbakemeldinger på aktuelle tilsynsystemaer i oppfølgingen av eldretilsyn de kommende årene.

Vi har opplevd dialogformen svært nyttig og har mener den har økt nytteverdien av årets tilsyn. Vi vil videreutvikle og videreføre metoden i møte med spesialisthelsetjenesten i 2011.

Pasient og bruker i sentrum ved tilsyn

Helse- og sosialavdelingen besøkte London i november 2010. Vi møtte to institusjoner, Care Quality Commission

(CQC) og Marina House, en injeksjonsklinikk for herionavhengige.

CQC

Care Quality Commission fører tilsyn med virksomhetene som leverer helse- og sosialtjenester. Tilsynet med den enkelte profesjonsutøver, for eksempel sykepleiere og leger er lagt til andre tilsynsorgan. Vi merket oss at CQC hadde langt større oppmerksomhet mot brukerne og brukerorganisasjonene enn vi for tiden har i det norske helsetilsynet. Alle organisasjoner som leverer tjenester må avgi et relativt omfattende sett opplysninger om egen drift. Disse opplysningene ble benyttet både til godkjenning og oppfølging av virksomhetene på bakgrunn av risiko- og sårbarhetsanalyser. Ved tilsyn blir informasjon fra brukerne, brukerorganisasjonene og egenopplysningene fra virksomhetene sammenholdt med myndighetskrav.

Pasientens og pårørendes rolle i forhold til tilsynmyndighetene er under diskusjon i Norge. De siste årene har tilsynet lagt tung vekt på opplysninger og funn hos de som er ansvarlige for tjenesten. Opplysningene fra pasient og pårørende har kun vært benyttet som utgangspunkt for tilsynsvurdering i enkeltsaker. Våre saksbehandlingsrutiner gir også rom for å innhente pårørendes erfaringer og meninger etter at tjenestestedet har gitt sine opplysninger, men det skjer ikke hver gang og vi ser at det ikke alltid har kommet med i den endelige saksframstillingen. Vi har merket oss at pårørende har vært kritiske til at de ikke ble involvert i tre saker på nasjonalt plan i løpet av det siste året. Det samme gjelder ved planlagte tilsyn. Brukererfaringer har i liten grad vært benyttet som grunnlag for tilsyn ved systemrevisjoner. Vi tror tilsynet med helse- og sosialtjenester vil legge økt vekt på brukererfaringer, også i planlagte tilsyn, i årene som kommer.

Det er alltid noe å lære når en besøker tjenester som er så like at vi kjenner igjen oppgavene, men så ulike oss selv at vi kan se områder der vi kan bli bedre.

Marina House – injeksjonsklinikk for heroin

Andre dag besøkte vi Marina Injection Clinic. Her får brukerne heroin (Diamorphine) på resept og kommer til klinikken to ganger daglig for å sette injeksjoner. Behandlingen ble oftest utført i kombinasjon med metatonsubstitusjon som et stabiliserende tiltak i tillegg. Virker de ruset ved oppmøte eller de testet positivt på andre rusmidler blir de avvist for heroininjeksjon den dagen.

Behandlingen er rettet mot et lite utvalg av rusmisbrukere i en svært sårbar situasjon hvor alle andre forsøk på stabilisering ikke har ført frem. Vi hadde samtaler med behandlere, og to brukere. Inntrykket er behandlingen bidro til da vi møtte utviklet bedre boevne, økte sosiale aktiviteter og bedre evne til å bygge relasjoner

Meldinger etter § 3-3 i spesialisthelsetj.loven

Helseforetakene skal melde alvorlige hendelser. I løpet av 2010 erfarte vi at Psykiatrien i Vestfold HF har hatt forbedret måten de håndterer melderutinene. Sykehuset i Vestfold HF har forbedret behandlingen i Pasient-sikkerhetsutvalget, men behandlingen på avdelingsnivå tar fremdeles for lang tid og tidvis uten synlig oppfølging. Derfor er vi fremdeles ikke trygge på at meldingene brukes som forventet i kvalitetsarbeidet.