



Helsetilsynet i Vestfold
Helse- og sosialavdelingen,
Fylkesmannen i Vestfold



Helse- og Sosialmelding

2007

Innhold

Til leseren.....	3
Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2008.....	4
Helsetjeneste og kvalitet.....	5
Forebyggende arbeid - barn og unge i Vestfold.....	6
Kommunene inn i NAV – fra utålmodighet til handling	8
Levekår i Vestfold.....	10
Rus og legemiddelassistert rehabilitering	12
Helse- og sosialavdelingen, gjennomføring av oppgavene i 2007.....	14
Organisering og administrative forhold	14
Saker etter lov om sosiale tjenester	15
Saker etter helselovgivningen	15
Førerkortsaker	16
Systemrevisjoner	17
Folkehelsarbeid/miljørettet helsevern	18

Brua som er avbildet på omslaget finner du i Lardal kommune. Den bringer deg over Lågen, begge veier.

Til leseren

”Alt henger sammen med alt” sa Gro. Fyndordene har blitt hennes. Virkeligheten i ordene deler vi. Uttrykket gjelder også for helsevesenet selv om offentlige helsedebatt ikke bærer preg av det. Forståelsen av helsevesenet som systemet er lite utviklet. Offentlig debatt viser at mange ikke kjenner aktørene i helsevesenet, hvor store de er eller hvor det er størst fare for svikt. Mangelen på oversikt og systemforståelse får oss til å tro at velferds-Norge er truet når sykehusene bruker 1,7 % mer enn budsjettet i 2007. Det er selvsagt feil å bruke penger man ikke har fått, men det er også feil å anta at vi er på randen av en helsekatastrofe. Det er derimot riktig at vi møter et økt press til prioritering og at vi trenger en vedvarende og innsiktsfull debatt om prioriteringene. Etter to utredninger, Lønning I og Lønning II, har vi rammene for debatten, men mangler tydeligvis evne til å føre den.

De profesjonelle sykehusstyrene skulle bidra til bedre styring av helseforetakene. Sett fra sidelinjen legger vi også merke til at oppmerksomheten er størst på de økonomiske driftsmålene. Vi mener det er viktig at helsepersonell blir utfordret på å sette kvalitetsmål og å rapportere på det.

Et annet forhold er hensynet til kommunene. Kommunene synes ikke så godt i helsedebatten, men med omfattende oppgaver innen pleie- og omsorg, fastlegeordning m.m. er de i mange forhold større enn sykehusene. Kommunenes fastlegeordning er i ferd med å bli en flaskehals i et system der alle andre ledd har vokst de siste årene. Nesten alle nye legestillinger har kommet i sykehusene. På pleiesiden har nasjonen store utfordringer med tanke på rekruttering. Vestfoldkommunene klarer ikke å rekruttere nok i gruppen hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere.

Med dette i tankene er det aktuelt å ta fram et annet sitat, fra Karl Evangs tale til landsmøtet i Legeforeningen i 1969:

..... Spørsmålet om en hardhendt prioritering til beste for folkehelsen innenfor de summer som kommer, er blitt av fundamental betydning. Her vil politikeren, naturlig nok ut fra sitt utgangspunkt – og det ligger ikke noen bebreidelse i det – ha en tendens til å gi etter for trykket fra visse pressgrupper som aldeles ikke taler den samlede befolknings interesse. Eller de vil gi etter for bestemte kliniske spesialister som med sitt fremragende kikkertsyn er i stand til å presentere sine særproblemer på bekostning av andres, selv om de dermed får en prioritering som virker ødeleggende innenfor den rammen vi får

Nå er det tid for å minne debattantene om kommunenes viktige rolle for arbeidsdelingen i helsevesenet.

Neste år vet vi mer om hvordan sosialt arbeid har utviklet seg under de nye politiske rammene i NAV-reformen. Vil de ulike kulturene i sosialtjenesten, Aetat og Trygdekontorene forenes til beste for brukerne? Klarer vi å etablere et tilstrekkelig antall arbeidsplasser til alle som skal gjennomkvalifiseringsprogrammet? I sykehussektoren vil vi se om SiV har bevart tilstrekkelig kapasitet til å behandle alle akutte hendeleser og spesielt den eldre befolkningen.

Den som ser
får se

Svein Lie, fylkeslege/avdelingsdirektør

Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2008

NÅR VI MÅLENE ?

Opptappingsplanen for psykisk helse ble påbegynt i 1999, og går i 2008 inn i sitt siste år. I om med statsbudsjettet for 2008 har Stortinget oppfylt sine løfter om langsiktig og betydelig – og øremerket - styrking av psykiatrisk spesialisttjeneste og kommunalt psykisk helsearbeid. For årene etter 2008 er styrkingen forutsatt videreført; men da som en del av rammebevilgningen – ikke øremerket

For året 2007 har kommunene i Vestfold disponert 139 millioner øremerkede kroner for formålet. Variasjonen er stor ut fra kommunestørrelse – mellom Lardal med 1,6 millioner og Sandefjord med 26 millioner. Det forutsettes at minst 20 % av tildelingen kommer barn og unge til gode. Når nye tiltak i 2007 er gjennomført vil det være opprettet 294 nye årsverk i kommunene i Vestfold. 136 av disse er knyttet til oppfølging i bolig, 33 årsverk er knyttet til aktivitets- og dagsentre. Det vil være 30 nye årsverk knyttet til helsestasjon og skolehelsetjeneste og 30 årsverk til annet psykososialt forebyggende arbeid i kommunene for barn og unge. Akkurat her avviker måloppnåelsen ganske sterkt fra de opprinnelige måltallene i opptappingsplanen. Kommunene har i mindre grad valgt å styrke helsestasjon og skolehelsetjeneste og i større grad valgt å styrke forebyggende tiltak i skole, kultur og barnevern enn planleggerne tenkte seg for ca. 10 år siden.

Statige myndigheters styringsdialog med kommunene og helseforetakene baserer seg i stor grad på innrapporteringen av hvordan øremerkede midler er anvendt, men også på en løpende dialog med bruker- og interesseorganisasjonene og fagmiljøene. Statsbudsjettet identifiserer satsningsområdene for det kommende år. I oppdragsbrev til kommuner og helseforetak, og også til fylkesmennene, konkretiseres oppgavene det særlig bør fokuseres på. I det følgende omtales noen av de områdene den samlede forvaltningen nå må fokusere på dersom vi skal nå målene med Opptappingsplanen for psykisk helse 199-2008:

Vi er ennå ikke i mål med å skaffe boliger til alle som har så langvarige og sammensatte vansker at de trenger tilrettelegging og oppfølging, selv om kvoten for Husbankfinansierte boliger er brukt opp for flere år siden. Behovet har vært noe undervurdert. Tiltakene er til dels svært kostnadskrevennde mht. bemanning. Mange av brukerne har problemer knyttet til rus og vanskelig adferd. Prosjektering og lokalisering har vært problematisk i mange prosjekter.

Også på barn- og ungefeltet er de største utfordringene knyttet til dem sammensatte vansker – ofte i krysningsfeltet mellom skole, psykiatri, rus og barnevern. Her er det en dobbelt utfordring: Å samordne tiltakene når de settes inn – men i enda større grad å erkjenne risiko for eller faktisk skjevutvikling så tidlig at tiltak kan settes inn før situasjonen er blitt for fastlåst.

Fastlegenes rolle har vært omtalt men lite fokusert i opptappingsplanen. Det kommer nå stadig flere innspill på at fastlegene ikke er så deltakende i sammensatte og vanskelige saker som det øvrige hjelpeapparatet skulle ønske. Dette gjelder særlig der det kommunale hjelpeapparatet spiller sammen med spesialistnivået for å hjelpe barn og unge og deres familier. En sentral arbeidsgruppe er oppnevnt for å komme med forslag til forbedringstiltak på dette feltet.

Rekruttering av psykologer til kommunene er kanskje det området full måloppnåelse er lengst

unna. Dette er en sammensatt problemstilling, hvor både lønns- og arbeidsmessige og juridiske forhold spiller inn. Mange har forventninger om at psykologer i kommunene kan bidra til bedre håndtering av ”bølgen” av lettere psykiske lidelser som angst og depresjon blant voksne. Innen barn- og ungefeltet er det mer naturlig å tenke at psykologer kan bidra til tiltaksutvikling, veiledning, rutineutvikling mv, og i mindre grad til direkte pasientbehandling. Også på dette feltet er det nedsatt en sentral arbeidsgruppe som skal foreslå avbøtende tiltak. Fylkesmannen i Vestfold representerer landets fylkesmenn i denne gruppen.

I sum er det grunnlag for følgende påstand: Hovedutfordringen ved avslutningen av Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 er å gjøre et fragmentert hjelpeapparat bedre i stand til å møte de personene, gamle som unge, som har vansker av alvorlig, sammensatt og langvarig art. Det er positivt at det er inngått samarbeidsavtaler mellom kommunene og foretakene, men det er en utfordring å gjøre disse kjent og få dem implementert ute i virksomhetene.

Helsetjeneste og kvalitet

- kan vi lære av danskene?

Det kan fremdeles ikke gjentas for ofte: Helsetjenesten og helsepersonell svikter i forhold til plikten om å bestemme hva som er god kvalitet. Den som ikke har bestemt hva som er godt nok kan heller ikke si hva som er for dårlig. Den som ikke kjenner egne grenser for hva som er god nok kvalitet kan heller ikke fortelle andre om kravet er oppfylt, hva som ikke er godt nok og hvor omfattende svikten er. Han kan heller ikke iverksette forbedring.

Finnes det svikt?

Beregninger viser at det er mellom 1500 og 2000 dødsfall i norske sykehus knyttet til ”uheldige hendelser” hvert år og at 11 prosent av alle liggedøgn, 560 000, kan settes i sammenheng med en eller annen form for feilbehandling.

Hvorfor er det slik?

Fagfolk definere ikke god kvalitet. Vi har sett forbedring i meldingene fra helsepersonell i sykehus, men de er stort sett basert på rapportering av uhell. Sykehusene følger data for belegg og korridorpasienter og benytter det i diskusjonen om utskrivning. Oppmerksomheten er rettet på tapte inntekter og tapt mulighet for å behandle de som venter på innleggelse. Overbelegg gir en mer uoversiktlig situasjonen i en avdeling som er utstyrt og bemannet for å behandle færre pasienter, = det antall pasienter avdelingen er dimensjonert for. Vi har få eller ingen meldinger på hva overbelegg i sengeavdelingene betyr for kvalitet i behandlingen. Et forsiktig anslag sier at Vestfolds beregnede andel av ”uheldige hendelser” utgjør 50 dødsfall i året og mer enn 5000 ekstra liggedøgn i sykehus. Ville vi ha aksepterte det dersom det var resultater fra et flyselskap?

Helsetjeneste er et samspill mellom mange aktører, behandlere. Sykdom oppstår hjemme, og vurderes/behandles på kommunenivå av lege og omsorgstjenester. En del pasienter behandles av sykehus før de kommer tilbake til hjemmet eller kommunalinstitusjon. Overføring av ansvaret mellom kommune og sykehus innebærer risiko for svikt i overføring av informasjon.

Kommuner og sykehus i Vestfold har arbeidet med felles system for gjensidig avviksmelding, men det er fremdeles knapt i bruk.

Ledere svikter ofte i bruk av faglige kvalitetsmål i styringen. Vi har sett det ved tilsyn, gjentatte ganger. Det skyldes både at ledelsen ikke har stilt tilstrekkelig krav til rapportering på kvalitet og at de ikke benytter de kvalitetsregistreringene de har tilgang til, som en del av styringen.

Styrene for helseforetakene følger opp noen krav til kvalitet, men kvalitetskravene er lite inngående på kliniske områder. Det synes å være overlatt til fagfolks ansvar. Derimot gjennomfører styrene detaljerte krav til rapportering på økonomi og andre teknisk/økonomiske driftsmål for eksempel innleggelser, antall behandlede pasienter og produserte DRG-poeng. Dette synes å henge sammen med at oppmerksomheten er stor på styringen av 1-2% budsjettoverskridelse og langt mindre på innhold og kvalitet i driften for de resterende 98-99% av midlene.

Hva må gjøres?

Det mangler ikke veiledere, men det gjenstår for mye når det gjelder handling. All helsetjeneste har krav til å føre internkontroll. Internkontroll er virkemiddelet for å følge kvalitet. Dagens registreringer følger stort sett opp forhold som er bestemt av overordnet organ, for eksempel epikrisetid etter behandling på sykehus. Det er lite bruk av registrering av faglig kvalitet på viktige og egenvurderte risikoområder i sykehus og kommuner. Når det benyttes er det ofte som en del av lokale eller nasjonale fagregistre og rapporters ikke i lederlinjen. Verktøyet ligger i internkontroll-forskriften og helsepersonell må bli flinkere til å benytte den. Kvalitetsstyring via internkontroll må benyttes i ledelse på alle nivå. Det viktigste er likevel at styrende organer, i kommunene og helseforetak, krever rapportering på kvalitet. Vårt erfaring etter tilsyn er at dette er en spesiell utfordring for styrene i helseforetakene, spesielt når omlegging av driften har konsekvenser for pasientbehandling og samarbeidspartnere.

Hva med danskene? De har arbeidet systematisk med Den Danske Kvalitetsmodell, DDKM siden 2006. Den er mer omfattende og konkret enn våre metoder med internkontrollforskrift, veiledere og krav fra sykehuseier til helseforetak gjennom styringsbrevet. Danskene viser at det går an. Det er betenkelig, grensende til kritikkverdig, at kvalitetsoppfølgingen ikke har en mer sentral plass i våre helseforetak.

Forebyggende arbeid - barn og unge i Vestfold

Å fremme mestring og forebygge helsesvikt er de viktigste investeringer et samfunn kan gjøre – først og fremst ut fra menneskelige hensyn, men også ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det innbefatter alt fra det som gjøres for å skape gode og trygge lokalsamfunn til innsats som spesielt retter seg mot å begrense, stanse eller snu en negativ utvikling. Det handler både om å tilrettelegge for en positiv utvikling uten at et konkret problem er identifisert, og om å stanse en negativ utvikling som er identifisert eller har utviklet seg. Forebyggende arbeid rettet mot barn og unge har ofte fokus på utfordringer knyttet til fysisk- og psykisk helse og lærevansker eller negativ atferd knyttet til vold, kriminalitet, mobbing og rus.

Helsefremmende og forebyggende virksomhet og samarbeid er nedfelt i en rekke lover og regelverk, som blant annet barnevernloven, barnehageloven, opplæringsloven, alkoholloven, sosialtjenesteloven og politiloven. FNs konvensjon om barnets rettigheter fremhever at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som angår barn som foretas av myndigheter og organisasjoner. Forebygging har også vært sentralt i ulike sentrale satsningsområder som kunnskapsløftet, rammeplan for barnehage, opptrappingsplan for psykisk helse, opptrappingsplan for rus, NAV-reformen, folkehelsemeldingen med mer.

For å sikre at helsefremmende og forebyggende arbeidet får nødvendig status og prioritet, må arbeidet forankres på øverste politiske og administrative nivå. De kommuner som har lyktes best i sitt forebyggende arbeid, har som regel et sterkt engasjement fra ledelsen i kommunen. Arbeidet bør også forankres i kommunens overordnede planverk. Derfor må kommunene ha en helhetlig tilnærming og ikke nøye seg med én strategi for rusproblemer, en for psykisk helse, en annen for ungdom som begår kriminalitet osv. Helse i plan er et verktøy som benyttes for å sikre denne helhetlige tilnærmingen.

Å bidra til positiv utvikling gjennom tilbud av høy kvalitet til rett tid, er det overordnede målet med den forebyggende innsatsen. Mange barn og unge har behov for tiltak og tjenester fra flere instanser. En sentral forutsetning for å lykkes med forebygging er derfor et godt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. I Vestfold er det blant annet inngått partnerskap for folkehelse med de fleste kommunene og det er inngått overordnet avtale mellom Psykiatrien i Vestfold og de enkelte kommuner. Behovet for bred forebyggende innsats finnes i alle kommuner, men det finnes ingen enkel oppskrift på hvordan arbeidet lokalt skal organiseres. Lokale hensyn og behov, utfordringer og særtrekk spiller inn. Basert på kunnskap fra utviklingsarbeid og forskning kan imidlertid *tidlig intervensjon, tiltak basert på kunnskap og samordning og samarbeid* trekkes frem som prinsipper som bør vektlegges i det forebyggende arbeidet.

Forebyggingsarbeid for å bedre oppvektvilkårene for barn og unge utføres i kommunene, fylkeskommunen og statlige nivå i Vestfold. Planarbeidet er forankret i fylkesplanene for Vestfold, kommuneplaner, og ulike avtaler om forpliktende samarbeid er inngått. Mye kunnskap og erfaringer foreligger, men det er fortsatt mye å hente når det gjelder tverrfaglig samarbeid og forpliktende systematikk i arbeidet, og å implementere eksisterende avtaler i den enkelte virksomhet til de som skal utføre tjenestene overfor barn og unge.

Helse- og sosialavdelingen, i samarbeid med Psykiatrien i Vestfold HF, startet i 2007 en toårig seminarrekke under tittelen "Så lenge det finns ungær så finns det håp". Formålet er lederutvikling av helse- og sosialpersonell i kommunene og spesialisthelsetjenesten som møter barn og unge med psykososiale vansker og behov for behandling/rehabilitering. Lederutviklingen skal føre til at barn og unge opplever at problemene løses raskere, mer samordnet enn tidligere og på lavest mulige tjenestenivå. De fire første todagers seminarer ble gjennomført i 2007 og fire nye følger i 2008. Hver samling har hatt ca 100 deltakere og høyt kvalifiserte foredragsholdere. Alle kommuner er representert med unntak av én kommune som av geografiske grunner benytter spesialisthelsetjenestene i nabofylket.

Kommunene inn i NAV – fra utålmodighet til handling

2006 var preget av sammenslåingen av trygdeetaten og Aetat. Året 2007 har vært preget av at sosialtjenesten i kommunene har kommet langt sterkere med i arbeidet med å realisere NAV-reformen. De statlige virksomhetenes fokus på egen organisasjonsendring i den første fasen av reformarbeidet bidro til utålmodighet og uttalt bekymring over mangel på reell involvering for kommunenes del. Etter at Arbeids- og velferdsetaten var etablert har de øvrige kommunene tatt fatt på oppgavene med å forberede lokale NAV-kontor i samarbeid med det nye fylkesleddet

Det viktigste har vært spørsmålene om lokalisering, dimensjonering, ledelse, kommunalt tjenesteinnhold i kontoret og delegasjonsordninger. Samarbeidet mellom kommunene og NAVs fylkesledd har vært smidig, formålsorientert og preget av st vilje til å finne gode og hensiktsmessige løsninger. Vi har erfart positive holdninger til reformen og stor innsats i kommunene, også når det har røynt på med omstillingskrav og stor arbeidsmengde.

Nye NAV-kontorer

I løpet av høsten 2007 er det opprettet tre nye NAV-kontorer, Horten, Sande og Holmestrand. Åpning av NAV Svelvik var også planlagt før nyttår, men er utsatt til februar 2008 p.g.a. bygningsmessige arbeider. Flere kontorer er relativt små. Horten er det hittil største kontoret med omlag 75 medarbeidere. Holmestrand har i innbydende og hensiktsmessige lokaler, noe som har stor betydning både for de ansatte og for å kunne ta imot og betjene brukerne på en god måte.

Parallelt med åpning av de første kontorene i 2007, er det også gjort et vesentlig arbeid med forberedelse av nye NAV-kontorer i 2008. Det gjelder tjenesteinnhold, lokalisering, og ansettelse av ledere. Medvirkning og engasjement hos medarbeiderne er viktig i prosessen.

Tjenesteinnhold og ledelse

Ingen av kommunene har valgt minimumsløsningen. Samtlige kommuner har valgt å ta inn et bredt spekter av kommunale tjenester i NAV-kontoret. En finner blant annet Introduksjonsordningen for nyankomne innvandrere, Husbankens tilskudd- og støtteordninger og kommunalt rusarbeid i NAV-kontoret i de fleste kommuner.

Alle kontorene, inkludert de som er i forberedelsesfasen for etablering i 2008, har valgt enhetlig ledelse. Det er viktig for å sikre samhandling mellom den statlige og kommunale delen av kontoret, og for å fremme målene i NAV-reformen. Leder bør ansettes tidlig for å kunne delta i fysisk utforming av lokaler, intern organisering av arbeidet og planlegging av kompetansetiltak. Ved utgangen av 2007 er det ansatt NAV-ledere i ti av fjorten kommuner i fylket. Lederne er i hovedsak rekruttert fra offentlig sektor, og det er valgt forankring både i stat og kommune.

Erfaring så langt har vist at det er viktig å rekruttere mellomledere er så tidlig som mulig for å fremme prosessen med intern organisering og innbemannning. Presset på mellomlederne er stort i det løpende arbeidet. De bør være på plass i organisasjonen så tidlig som mulig. NAV-reformen byr på en rekke utfordringer. Vi vil framheve utfordringen med kompetanseutvikling og personvern/taushetsplikt.

Kompetanse

Det er en betydelig utfordring å sikre tilstrekkelig kompetanse i alle ledd på NAV-kontoret. Stikkordene er: Endringer i funksjoner/oppgaver for enkelte medarbeidere, nye arbeids- og samarbeidsformer, tap av kompetanse i forbindelse med flytting av ansatte, utøvelse av myndighet på hverandres arbeidsfelt og innføring av nye arbeidsmetoder og virkemidler. Flere kontorer har hatt vansker med å gjennomføre planlagte kompetansetiltak pga stort tidspres. Det understreker viktigheten av at opplæringstiltak, også i regi av fylkesmannen, må planlegges i nært samarbeid med kontorets ledelse.

Flere instanser har ansvar for å medvirke til kompetanseutvikling. Opplæringstiltak overfor fylkesledd og NAV-kontorer utvikles sentralt av Arbeids- og velferdsdirektoratet. NAVs fylkesledd har ansvar for å gjennomføre opplæring i forbindelse med etablering av nye NAV-kontor. Det er en forutsetning at opplæringen skjer i samarbeid med kommunene og koordineres med Fylkesmannens opplæringstiltak innenfor det sosialfaglige området.

Uttalelser som ”vi har fått mye opplæring, men lite kompetanse” viser også at kravet til kvalitet og innretning av opplæringstilbudet må vurderes kontinuerlig for å sikre størst mulig effekt og reell læring. Det er derfor viktig at det gis mulighet til trening av ferdigheter og ”skulder-ved-skulder”- opplæring etter at NAV-kontoret er etablert for å bidra til økt trygghet og reell kompetanse hos den enkelte medarbeider.

Fylkesmannen har rekruttert fire kompetanseveiledere fra sosialtjenesten i tre kommuner. Veilederne inngår i NAVs veilederkorps med ansvar for undervisningsmoduler som i første rekke formidler temaer på det statlige tjenesteområdet. Opplæringstilbudet også skal gi kunnskap om det sosialfaglige feltet og Fylkesmannen har i samarbeid med kompetanseveilederne utviklet en opplæringsmodul om sosialtjenesten og om Kvalifiseringsprogrammet. Det inngår i opplæringen på det enkelte NAV-kontor og ble påbegynt i desember 2007.

Personvern og taushetsplikt

Hensynet til personvern og taushetsplikt er viktig i alle faser, men det er spesielt viktig at det også blir sikret ved etablering og innredning av nye lokaler. Det er avgjørende viktig at alle som henvender seg til et NAV-kontor kan være sikre på at samtaler om personlige forhold ikke kan overhøres av andre.

Det regionale samarbeidet

Fylkesmannen er sekretariat for Samarbeidsforum for NAV i Vestfold. Her deltar NAVs fylkesledd, KS, kommunene og Fylkesmannen. Forumet har hatt 5 møter i 2007. Samarbeidsklimaet er åpent og godt, og vi har erfart at det er mulig å ta opp både ideologiske og praktiske sider ved utviklingen av NAV-arbeidet. Samarbeidsforum har arrangert en konferanse om St.meld.nr 9 ”Arbeid, velferd og inkludering” der målgruppen var kommunene, NAVs fylkesledd og lokalkontor, hovedtillitsvalgte og representanter for LO/NHO. I samarbeid med Telemark og Buskerud har forumet også arrangert et arbeidsseminar om ”Felles resultatmål og indikatorer for NAV-kontorene” for NAV og utvalgte kommuner.

Levekår i Vestfold

De fleste innbyggerne i Vestfold har det helsemessig tilfredsstillende og følger velferdsutviklingen, men vi ser en økende andel som ikke følger denne utviklingen. Det visier seg blant annet i statistikken. Av fylkets 14 kommuner scorer 13 kommuner dårligere enn landsgjennomsnittet i Statistisk Sentralbyrå (SSB) levekårsindeks. Én kommune ligger på landsgjennomsnittet og ingen ligger over. Tall offentliggjort høsten 2007 viser det at de fleste kommunene i Vestfold scorer dårligere enn forrige gang det ble lagt fram tall.

Levekårsindeksen brukes med forsiktighet. Det er ikke et absolutt tall på velferd, - eller målt nød, men utviklingen i løpet av de siste årene er klar. Deler av befolkningen i Vestfold taper når det gjelder fordeling av velferdsgodene. Omfanget er av en slik karakter at vi ikke lenger snakker om bare individuelle problemer, men om et samfunnsproblem for fylket. Dårlige sosial mestring og dårlige levekår innebærer far for nedsatt helse og tidligere død enn for de gruppene som scorer best. Tiltak som motvirker sosial ulikhet forebygger sykdom og fremme god helse. Det betyr spesielt mye for barn.

Hvordan påvirker levekår helsen?

Gode og helsefremmende levekår er å ha akseptabel inntekt, å bo trygt, å gjennomføre skolegang, å delta etter evne i arbeidslivet og å kunne delta som vanlig samfunnsborger uten barrierer av fysisk, språklig eller økonomisk art. Videre er det avgjørende å få ta del i velferdstjenester etter behov, så som helsetjenester, barnehagetilbud, spesialisthelsetjenester, institusjonsopphold. Frisk luft, rent vann, smittevern, kriseberedskap, trygghet for at kriminalitet håndteres er andre forhold som fremmer god helse. Tilgang på sunn og sikker mat, kunnskap om og overskudd til å ivareta sunne levevaner inkludert seksuell helse er vel kanskje de mest kjente områdene, da den tradisjonelle forebyggende innsatsen har vært rettet inn på disse forhold.

Hvordan ser vi skjev levekårsutvikling i Vestfold?

Bildet er sammensatt, men følgende fakta illustrerer bekymringen for skjevutvikling:

Frafall i videregående skole

Å gjennomføre videregående skole er en forutsetning for de aller fleste for å komme videre i utdanning eller inn i arbeidslivet. Andelen av elever i Vestfold som ikke fullfører videregående er noe høyere enn for landsgjennomsnittet. Av gutter som begynte i videregående skole i år 2000 var det 9,8 % som ikke fullførte på allmennlinje og 23 % som ikke fullførte på yrkesfaglige linjer. Tilsvarende tall for jenter var for allmennlinje 6,3 % og for yrkesfaglige linjer 15,7 %.

Deltakelse i arbeidslivet

Andelen uføre i Vestfold ligger på 12,9 %, mens snittet i landet for øvrig er på 10,9 %. Fire av kommunene har en andel av uføre som ligger på 14 % eller høyere og kun én av kommune ligger under landsgjennomsnittet.

Abortforekomst – unge kvinner

Aborttallene for unge jenter, 15-19 år, viser en nedadgående tendens for 2007. I aldersgruppen 20-24 år har vi hatt en økning og Vestfold ligger på 30,9 tilfeller av provosert abort per 1000 kvinner. Dette er den høyeste registrerte målingen i Vestfold i perioden 1990-2006. Landsgjennomsnittet er 27,5 i samme aldersgruppe.

Levevaner, tobakk

I Vestfold røyker 29 % av den voksne befolkningen, mens landsgjennomsnittet er på 25 %. Bare ett fylke, Finnmark, har høyere andel av røykere. Det gledelige er at ungdomsrøykingen (røyking i ungdomsskolen) viser en nedadgående trend og har gjort det de siste 5 årene. De siste målinger viser allikevel at Vestfold ligger på 3dje siste plass med 6 % av elevene som røyker daglig. Vi holder plassen sammen med sammen med 3 andre fylker.

Legger vi til levekårsindeksen og kunnskapen om forekomst av psykisk uhelse, volds- og rusproblematikk, kan vi anta med sikkerhet at det er en del barn og unge som har strevsomme perioder i livet og kan trenge ekstra oppfølging.

Tiltak - hvilke grep må vektlegges?

Sammensatte problemstillinger krever ofte sammensatte løsninger. Selv om vi ikke kan tegne det hele bildet vet vi nok til å kunne handle.

Kunnskapen om sunne levevaner er stor i befolkningen og det er god grunn til å anta at opplysningskampanjer om gode levevaner ikke er det mest relevante virkemiddelet. Når store grupper ikke tar hensyn til ”de gode råd”, kan vi anta at det ikke er mangel på kunnskap, men sannsynligvis andre forhold som betyr mer. Folkehelsearbeidet må derfor være mer helhetstenkende og levekårsrettet enn hva vi har hatt tradisjon for.

Strukturell påvirkning gjennom satsning på ”Helse i plan”

Viktige tiltak for bedring av folkehelsen i befolkningen må være av strukturell art. For eksempel:

- Ønsker vi at barn og unge skal bli mer fysisk aktive, må skolehverdagen legges om og tid til fysisk aktivitet må legges inn
- Ønsker vi at befolkningen skal være mer fysisk aktiv, må lokalsamfunnet tilrettelegges. Gang-, sykkel- og turstier og snarveier må bevares og utbygges slik at det blir lett å velge fysisk aktivitet
- Ønsker vi at flere skal stå i arbeid lengre, må arbeidsplassene være helsefremmende og seniorpolitiske tilpasninger må vurderes
- Ønsker vi at flere skal være i arbeid, må det finnes et variert tilbud om jobbinnhold
- Ønsker vi at færre ungdom skal begynne å røyke, må vi planfeste satsing på f.eks. FRI-programmet
- Ønsker vi å fange opp utsatte barn og unge på et tidlig tidspunkt, må helsestasjons og skolehelsetjenesten gjøres robuste nok til oppgaven

Listen kan gjøres lengre. Hovedpoenget er: endring må gjøres ved forpliktende grep, - de må forankres i kommuneplanene.

”Helse i plan” i Vestfold er en satsing som tar for seg hvordan levekår kan påvirkes gjennom kommuneplanarbeidet. Det er foreslått at ny plan- og bygningslov skal sette krav til at helsehensyn i planlegging skal vektlegges klart sterkere enn tidligere. Denne anledningen må brukes. Noen må settes i stand til å ta konsekvensene av dette. Kommuneplanarbeiderne og helsepersonellet som ”ser”, må skape en felles arena for mer samordnet lokal handling.

At det er sosiale forskjeller i befolkningen, er ingen nyhet. Det vil det alltid være. Det bekymringsfulle nå er at ulikhetene øker. Det er mer enn ti års forskjell i gjennomsnittlig levealder mellom de som har gode og dårlige sosiale levekår. Denne utviklingen kan vi ikke overse. Utfordringene våre ligger i å handle på en måte som bremser opp negativ utvikling og

fremmer gode levekår. Vi har utviklet måter å angripe det på gjennom strukturelt planarbeid og tidlig inngripen. Vi må fortsatt sørge for at de som kan handle, planleggere og helsepersonell har kompetanse, tid og verktøy som setter de i stand til å arbeide virkningsfullt.

Påvirkning av levekår har lange perspektiver. De færreste målepunkter lar seg bevege raskt. Det viktigste er at tiltakene blir forankrede, systematiske, sammensatte og fører i en riktig retning. Det er dette som er rammen for dagens og morgendagens folkehelsearbeid.

Rus og legemiddelassistert rehabilitering

I Helse- og sosialmeldingen for 2006 pekte vi blant annet på at det er en urimelig forskjell mellom fylkene i Helse Sør når det gjelder ventetid for inntak i LAR.

Undersøkelse

Fylkesmannen i Vestfold/ Helsetilsynet i Vestfold gjennomførte den 3. mai 2007 en undersøkelse for å kartlegge ventetid på ulike hjelpetiltak for personer med rusmiddelavhengighet i Vestfold. Undersøkelsen ble gjennomført som en dagsprevalensundersøkelse. Vi spurte om hvor mange personer som var registrert som rusmiddelavhengige og hvor de var i tiltakskjeden en bestemt dato - den 3. mai 2007. Kommuner, spesialisthelsetjenesten og deltok i undersøkelsen. Det kom inn svar fra rustjenesten i 13 av 14 kommuner i Vestfold, spesialisthelsetjenesten (Vestfoldklinikken og de distriktpspsykiatriske sentrene) og Stiftelsen Kirkens Bymisjon i Vestfold (KBV)

Undersøkelsen viste blant annet at det var stor variasjon i ventetid for de som søkte hjelp i rustjenesten i kommunene. Kommunene Nøtterøy og Tønsberg skilte seg ut ved at de hadde henholdsvis 24 uker og 15 ukers ventetid for personer som søkte seg inn i LAR. Undersøkelsen viste også lang ventetid fra vedtak om plass til inntak i LAR ved spesialisthelsetjenesten i Vestfold.

Undersøkelsen viste at en person som var motivert og aktuell for LAR i Vestfold, i ytterste konsekvens kunne vente i opptil 14 måneder fra henvendelse om hjelp i kommunen til inntak i spesialisthelsetjenesten. Vestfoldklinikkenes egne opplysninger om 16 ukers vurderingstid ble senere opplyst å være kortere uten at det er spesifisert.

Pasientrettigheter

Statens helsetilsyn har som overordnet myndighet nylig omgjort et vedtak om utskrivning av en pasient fra LAR-behandling. Helsetilsynet i Vestfold avgjorde en sak i 2007 der vi ikke ga pasienten medhold i klage på utskrivning. Pasientens advokat klaget saken inn for Statens helsetilsyn og Statens helsetilsyn overprøvde Helsetilsynet i Vestfold. Statens helsetilsyn fant det dokumentert at pasienten fortsatt ville ha nytte av LAR-behandlingen og at den i et rehabiliteringsperspektiv hadde gitt behandlingseffekt. Selv om pasienten hadde et sidemisbruk som var i strid med retningslinjene ved LAR-Vestfold mente Statens helsetilsyn at det ikke var dokumentert at sidemisbruket uforsvarlig med tanke på å fortsette LAR-behandlingen. I sitt vedtak fremhever Statens helsetilsyn også at LAR-tiltakene sin utskrivingspraksis må ta hensyn til de fremskritt pasientene har hatt under LAR-behandlingen og ta høyde for at LAR-behandlingen har blitt en del av spesialisthelsetjenestens ansvar for en tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Mer fokus på ”tradisjonell” medikamentfri behandling for rusmiddelsmisbrukere
Med ”Tradisjonell” medikamentfri behandling menes i denne sammenheng tiltak organisert som poliklinisk tilbud og innleggelse i institusjon.

Antall henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling har økt. På det tidspunktet Fylkesmannen i Vestfold/Helsetilsynet i Vestfold, gjennomførte nevnte dagprevalensundersøkelse, var 115 personer aktuelle for innsøking i ”tradisjonell” medikamentfri behandling i Vestfold. Av disse hadde kommunene bare søkt inn 42 personer (36 %) til slik behandling.

Det kan tyde på at det er en betydelig differanse mellom behov, ressurser i kommunene og kapasitet i antall plasser for ”tradisjonell” medikamentfri behandling. Lang ventetid innebærer økt risiko og er ikke akseptabelt dersom det skyldes kapasitetsproblemer i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Det kan innebære et brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenestelovens krav til forsvarlighet, § 2-2 der det står ”Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige”. Vi har ikke hatt kapasitet til å følge opp dette i tilsynsmessig sammenheng.

Innleggelse med hjemmel i lov om sosiale tjenester § 6-2

Psykiatrien i Vestfold, Vestfoldklinikken har i 2007 hatt 11 pasienter innlagt med hjemmel i lov om sosiale tjenester § 6-2 – Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke i inntil 3 måneder. 9 av plasseringene er skjedd med hjemmel i samme paragrafs 4. ledd – et såkalt midlertidig vedtak som skal gjennomføres straks. Av ulike årsaker har 2 av disse pasientene blitt utskrevet kort tid etter innleggelse.

Det er grunn til å stille spørsmål ved om tvangsbehandling av rusmiddelsmisbrukere er et effektivt virkemiddel. Arbeidet med tvangsinnleggelse er ressurskrevende. Vi mener det kan stilles spørsmål ved om lang ventetid på frivillige behandlingstiltak fører til tvangsbruk for å sikre pasienter tilbud og at sosialtjenesten dermed forplikter seg til sitt oppfølgingsansvar?

Helse- og sosialavdelingen, gjennomføring av oppgavene i 2007

Organisering og administrative forhold

Fylkesmannen i Vestfold har felles avdeling for saker etter helse- og sosiallovgivningen. Avdelingen er samtidig Helsetilsynet i Vestfold og oppgavene spenner derfor fra å iverksette vedtak fra Storting og Regjering, til rådgivning og tilsyn. Vi har tre faggrupper som følger opp arbeidet på hvert sitt område:

Faggruppe Kommune, som behandler alle kommunerettede saker

Faggruppe Helseforetak og helsepersonell som behandler alle saker etter spesialisthelsetjenesteloven (sykehus) og helsepersonelloven

Faggruppe Folkehelse som har oppgavene med forebyggende helsearbeid og opptrappingsplanen for psykisk helse

Avdelingen har hatt 17 ansatte i 17,9 årsverk med tilnærmet fullt besatte fagstillinger.

Rekrutteringen har vært god til rådgiverstillinger. Sett ut fra en sårbarhetsvurdering er det fremdeles to forhold som kan true kompetansenivået for avdelingen. Det ene er at mer enn 20 prosent av stillingene er midlertidige/prosjektbaserte og andelen øker. Det innebærer stadig utskifting av medarbeidere til tross for at vi får en tilnærmet fast mengde prosjektfinansierte oppgaver hvert år. Det andre er at det er vanskelig å rekruttere leger.

Arbeidsoppgavene

Arbeidsoppgavene deles i tilsyn, klagebehandling, råd/veiledning og iverksetting av statlig politikk

Tilsynet er rettet mot helse- og sosialtjenesten og helsepersonell. Det gjennomføres noen ganger som systemrevisjoner, men de fleste sakene gjelder enkeltpersoner og starter oftest med en henvendelse fra en pasient eller pårørende.

Klagebehandlingen gjelder saker der en pasient eller sosialklient klager over at hun/han ikke har fått oppfylt sine rettigheter etter lov om sosiale tjenester, kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven

Vi har plikt til å gi **Råd og veiledning** på alle våre områder.

Iverksetteroppgavene fremgår av Embetsoppdraget. Gjennomførte oppgaver rapporteres i egen rapport. De mest omfattende har vært knyttet til Opptrappingsplanen for psykisk helse, NAV-reformen, Omsorgsplan 2015 og Helse i plan. Det vises til fylkesmannens rapport for gjennomført embetsoppdrag. Rapporten kan leses på www.fylkesmannen.vestfold.no.

Saker etter lov om sosiale tjenester

Klagesaker

I 2007 avsluttet vi 258 klagesaker over kommunale vedtak etter lov om sosiale tjenester. Dette innebærer en nedgang fra 336 saker i 2006. De fleste var klager over økonomisk stønad. De andre gjaldt sosiale tjenester eller andre bestemmelser. Klientene fikk medhold i 66 saker. Alle saker, med unntak av to, ble behandlet innen tre måneder og gjennomsnittlig tid fra sakene kom inn til de var avgjort var 3,9 uker.

Det er viktig å legge til at klagesakene til Fylkesmannen representerer kun en veldig liten andel av antall vedtak som fattes av kommunene, bare 1-1,5 promille.

Det er stor variasjon fra kommune til kommune hvor stor andel av vedtakene som påklages. Antall klager per kommune behøver ikke å bety at saksbehandlingen er dårligere enn i andre kommuner. Forklaringen kan like godt være at sosialtjenesten er flinke til å informere om muligheten til å klage.

Saker etter helselovgivningen

Rettighetsklager

I 2007 mottok Helsetilsynet i Vestfold 53 pasientklager med henvisning til rettigheter i henhold til pasientrettighetsloven, mot kun 39 i 2006 og 5 i 2005. Befolkningen har åpenbart blitt mer bevisst retten til å klage. Vi har krav på oss at 90% av sakene skal behandles innen 3 måneder. I 2007 klarte vi ikke det målet, vi behandlet 71% sakene innen 3 måneder

Tilsynssaker

Når pasienter klager over behandling gitt av kommune, sykehus eller enkelt helsepersonell blir det betegnet som tilsynssak. Tilsynssakene blir vurdert i forhold kommunehelseloven, spesialisthelsetjenesteloven og/eller helsepersonelloven.

Vi mottok 146 saker i 2007, mot 148 i 2006. Her er kravet at median sakesbehandlingstid skal være mindre enn 5 måneder (153 dager). Vi klarte kravet, vår mediantid var 100 dager.

Utvikling og fordeling av tilsynssaker per år

Tjeneste	Antall 2007	Antall 2006	Antall 2005
Legevakt	10	11	7
Allmennlegetjeneste/fastlege	38	25	17
Helsestasjon/skolehelsetj.	2	0	1
Tannhelsetjeneste	4	5	2
Hjemmebasert helsetjeneste	11	9	3
Sykehjem	8	4	5
Fengselhelsetjeneste	3	2	1
Privat spesialisthelsetjeneste	3	7	4
Helseforetakene/sykehus	55	36	34
Regionsykehus	1	3	1
Annen 1. linjetjeneste	4	5	4

60 saker ble avsluttet uten at vi hadde bemerkning til behandlingen. I 30 saker ga vi råd/veiledning. I 41 saker ble det påvist brudd på helselovgivningen og 15 av disse ble saken oversendt Statens Helsetilsyn for oppfølging.

Det er et stadig større antall saker der årsaken til feil blir vurdert som systemsvikt og ikke bare svikt fra det enkelte helsepersonell. Helsetilsynets reagerer i slike tilfeller med systemkritikk. I de groveste tilfellene oversende saken til politiet for etterforskning og mulig ileggelse av foretaksstraff (bot). Det ble ikke idømt foretaksstraff i Vestfold i 2007.

Førerortsaker

Blant saker som er av stor interesse for den vanlige vestfoldinnbygger er Fylkesmannens vurdering av førerkortinnehaveres helse i forhold til helsekravene i førerkortforskriften. For det enkelte individ er førerkortet et meget viktig dokument, og tap av førerrett oppleves som et betydelig inngrep i den personlige frihet og mulighet til å fungere normalt i samfunnet så vel i yrkessammenheng som på fritiden og i sosial sammenheng.

I 2007 behandlet vi 1019 saker og antallet har økt med ca 10 prosent hvert år de siste årene. I ca en tredel av sakene endte det med inndragning av førerrett av helsemessige årsaker. Behandlingstiden var på mindre enn sju dager for ca halvpartene av sakene. Saksbehandlingstid ut over to uker skyldes i hovedsak at vi har mottatt mangelfulle opplysninger for å kunne avgjøre saken.

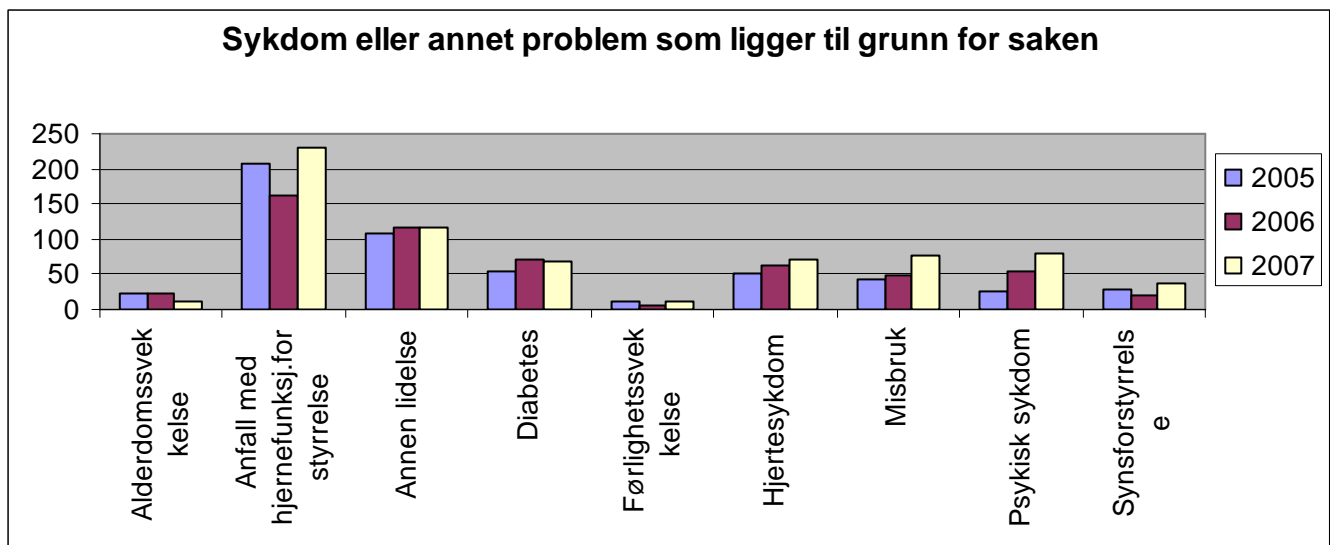


fig 1

Vi ser at vi har relativt få saker der legene melder om medikamentbruk som kan være uforenlig med å føre bil, evt traktor eller motorsykkel. Det er grunn til å se nærmere på om det er en underrapportering av medikamentbruk.

Økende alder har vært vurdert å innebære økt risiko i trafikken. Det antas at det er et økende antall eldre bilførere. Likevel har vi ikke hatt noen markert økning i andelen saker som gjelder eldre bilførere, se fig 2, neste side.

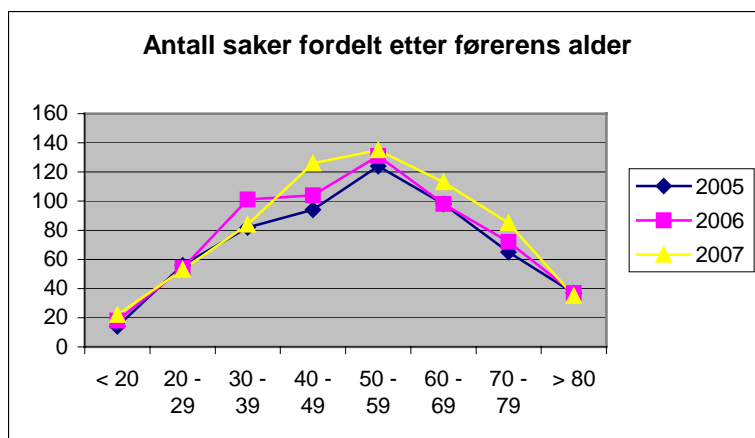


fig 2

Systemrevisjoner

Tilsyn i form av systemrevisjoner er en vesentlig del av vår arbeidsmetode. Systemrevisjoner vurderer om kommuner, sykehus/helseforetak og evt andre har et tilfredsstillende system for å sikre forsvarlig behandling og kvalitet i tjenesten. I 2007 gjennomførte vi disse systemrevisjonene:

Kommunesektoren:

Landsomfattende eller lokalt bestemt Helse: H Sosial: S	Dato for revisjonsbesøket	Helseforetakets navn og virksomhetens navn og lokalisering	Tilsynsområde/tema	Avvik
Landsomfattende H/S	5.-6.06.	Stokke kommune	Kommunale tjenester til voksne med psykiske lidelser	Nei
Landsomfattende H/S	11.-12.06	Holmestrand kommune	Kommunale tjenester til voksne med psykiske lidelser	Ja
Landsomfattende H/S	12.-13.06.	Svelvik kommune	Kommunale tjenester til voksne med psykiske lidelser	Ja
Lokalt H/S	15.-16.10	Holmestrand kommune	Tannhelse ernæring og vederlag for opphold i institusjon	Ja
Lokalt H/S	18.-19.10	Nøtterøy kommune	Tannhelse ernæring og vederlag for opphold i institusjon	Ja
Lokalt H/S	12.11	Lardal kommune	Kommunens virksomhet ved kjøp av plasser i privat sykehjem og tjenester til omsorgsboliger	Ja
Lokalt H	18.09.	Larvik kommune	Smittevernberedskap, pandemi	Nei
Lokalt H	04.09	Re kommune	Smittevernberedskap, pandemi	Nei
Lokalt H	24.09	Hof kommune	Smittevernberedskap, pandemi	Nei
Lokalt H	25.09	Andebu kommune	Smittevernberedskap, pandemi	Nei
Landsomfattende S	02.-03.05	Andebu kommune	Støttekontakt og avlastning	Ja
Landsomfattende S	08.-09.05	Sande kommune	Støttekontakt og avlastning	Ja
Landsomfattende S	15.-16.05	Horten kommune	Støttekontakt og avlastning	Ja

Spesialisthelsetjenesten

Lands-omfattende eller lokalt bestemt Helse: H	Dato for revisjons-besøket	Helseforetakets navn og virksomhetens navn og lokalisering	Tilsynsområde/tema	Avvik
Lokalt H	13.09	Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg, Onkologisk poliklinikk	Forsvarlighet i pasientbehandlingen	Nei
Lokalt* H	20.-21.11	Sykehuset i Vestfold HF, Akuttmottaket	Forsvarlighet i pasientbehandlingen	Nei
Regionalt H	6.-7.12	Spesialsykehuset for rehabilitering, Stavern	Forsvarlighet i pasientbehandlingen	Nei
Lokalt H	12.12.	Psykiatrien i Vestfold, Barne- og ungdoms-psykiatrisk poliklinikk	Vurdering av henvisninger	Ja

* Gjennomført etter samme mal som landsomfattende tilsyn med akuttmottak våren 2007.

Tilsynet ved akuttmottaket ved Sykehuset i Vestfold var en oppfølging etter at vi hadde tilsvarende tilsyn der våren 2006. Resultatene i november 2007 viste at det driften var forbedret, både styringsmessig og bygningsmessig. Akuttmottaket er en strategisk viktig avdeling i sykehuset. Nesten alle pasienter passere gjennom ved akutt innleggelse. Vi vil fortsatt ha spesiell oppmerksomhet mot akuttmottaket og de prehospitale tjenestene (AMK og ambulansetjeneste) i årene som kommer. Det er særlig aktuelt som følge av omstillinger og sentralisering av sykehusdriften i fylket.

Alle tilsynsrapporter er tilgjengelige på vår hjemmeside, www.fylkesmannen.no/vestfold og Statens helsetilsyns hjemmeside, www.helsetilsynet.no

Tilsynsaktiviteten mot spesialisthelsetjenesten ble påvirket av at avdelingen avga mer enn 2 månedsverk til revisjonsleder for gjennomføring av det landsomfattende tilsynet med Akuttmottak ved sykehus. Vi erfarer at det er ulik oppfatning mellom regionene om hvor omfattende tidsbruk som forventes ved de landsomfattende tilsynene. For vår del er det viktig å minne om at revisjonsleder ved landsomfattende tilsyn i vår region må gjennomføre tilsynet i 6 fylker og tilsvarende mange sykehus. Det fører til at kapasiteten for andre tilsyn blir redusert tilsvarende.

Folkehelsarbeid/miljørettet helsevern

Folkehelsearbeidet i Vestfold drives etter modellen "Partnerskap for folkehelse". Vestfold Fylkeskommune, Høgskolen i Vestfold, Statens vegvesen er sammen med Fylkesmannen aktive samarbeidspartnere i mange av prosjektene. I Fylkesplanen for Vestfold 2006-2009, er Folkehelse tatt inn som eget kapittel hvor satsinger på sosial ulikhet og helse i plan er nevnt spesielt. Arbeidet måtte nedprioriteres i en periode i 2007 på grunn av langvarig sykefravær.

En representant fra HSO-avdelingen deltar i fast samarbeidsgruppe om plansaker sammen med alle avdelinger hos Fylkesmannen. Veilederen til "Helse i plan" benyttes i kontakt med kommunene og ved uttalelser til planer. Det har vært særlig oppmerksomhet på levekårsstatistikk mht sosial ulikhet i helse.

10 av 14 kommuner og 11 frivillige (regionale) organisasjoner har inngått avtale om partnerskapssamarbeid. Alle 10 kommuner har koordinator. Ca 60 prosjekter er i gang. Vi har startet opp en nettverksgruppe med kommuner og frivillige. Gruppen har hatt fem samlinger og har startet opp et kompetanseutviklingsprogram om prosessledelse. Rammene for folkehelsearbeidet forankres i fylkesplanens folkehelsekapittel. Rammene til veilederen til ”Helse i plan” beskriver det faglige innholdet. Det er startet arbeid med bruk av statistikkverktøy.

I løpet av 2007 har vi dessuten:

- Tatt initiativ til opprettelsen av nettstedet www.helseiplan.no
- Gjennomført seminar over to dager om helsekonsekvensutredninger.
- Hatt en representant i den nasjonale brukergruppen for kommunehelseprofiler.
- Gjennomført konferanse for skoleledere om forebyggende innsats i skolen
- Deltatt i fylkets arbeid med handlingsprogram for å forebygge frafall for unge i skole og arbeidsliv, med sekretariat hos Fylkesmannen.

Miljørettet helsevern

I 2007 er det behandlet 6 klagesaker. Fylkesmannen har deltatt og vært involvert i arbeid rundt konsekvensutredning av ny E-18 (veitrasse Gulli-Langåker, Bommestad – Sky og til grense Telemark). Fra Fylkesmannen er arbeidet skjedd i samarbeid med miljøvern-/helse- og sosial- og landbruksavdelingen. (arbeidet pågår fortsatt).