



FYLKESMANNEN I
MØRE OG ROMSDAL

2013

Helse- og sosialmelding





Tilsette i Helse- og sosialavdelinga 2013

FØRSTE REKKE FRÅ VENSTRE

Fylkeslege/direktør Christian Bjelke
 Rådgivar Sverre Veiset
 Rådgivar Linda Rosvoldaune
 Rådgivar Anna Vågen Grendsen
 Ass. fylkeslege Cato Innerdal
 Rådgivar Liv Aasen
 Seniorrådgivar Marie Eide
 Seniorrådgivar Eli Karin Walle
 Rådgivar Thomas Sørflaten

ANDRE REKKE FRÅ VENSTRE:

Rådgivar Oddhild Johnsen
 Seniorrådgivar Janne Bjørnsnøs
 Rådgivar Hilde Støen
 Rådgivar Guro S.Hollingsholm
 Seniorrådgivar Greta Irene Hanset
 Seniorrådgivar Åse Elin Hansen
 Seniorrådgivar Aase Årsbog Dyrset
 Rådgivar Margrethe R. Kristiansen
 Rådgivar Anne Mette Nerbøberg
 Seniorrådgivar Heidrunn Avdem
 Ass.direktør Marit Hovde Syltebø

TREDJE REKKE FRÅ VENSTRE

Rådgivar Anders Skorpen
 Rådgivar Kjell Iversen
 Rådgivar Rolf Toven

IKKJE TILSTADES

Førstekonsulent Norunn Rypdal
 Rådgivar Helene Lossius
 Seniorrådgivar Eilin Reinaas
 Rådgivar Kari Røkkum Winje

Innhald

Forord	4
Betre oppvekst	6
Tilskot til nedkjemping av barnefattigdom	7
Offentlege organ si plikt til å gi opplysningar om barnet	8
Landsomfattande tilsyn med helsetenester til barn og unge	10
Barnevern 2013	12
Auke i forskriving av vanedannande legemiddel	14
Midt-norsk velferdsteknologiprojekt	16
Uroa for legevaktstenesta	18
Kommunar trappar ned rusarbeidet	19
Eldre og klokare—Kva med alkohol?	19
Satsinga på Frisklivssentralar—Status i Møre og Romsdal	20
Opplæring i lov om sosiale tenester i NAV	21
Kvalifiseringsprogrammet	22
Verdige butilhøve i sjukeheim	24
Ei styrking av legetenesta i sjukeheim er nødvendig	26
Demensplan 2015—Status i Møre og Romsdal	28
Erfaringar frå sjølmeldingstilsynet med legemiddelhandtering	29
Pasientsikkerheitskampanjen	30
Helsehjelp med tvang	31
Bruk av tvang og makt overfor enkelte personar med ei psykisk utviklingshemming	32
Behandling av tilsynssaker	33
Kort om	34
Klagesaker etter lov om sosiale tjenester i NAV	
Delen av tilsette med helse- og sosialfagleg utdanning aukar	
Mange seniorar gir behov for nyrekruttering	
Separasjon og skilsmisse	

FORORD



Christian Bjelke
Fylkeslege/direktør



Lodve Solholm
Fylkesmann i Møre og Romsdal

Fylkesmannen er eit forvaltnings- og kompetanseorgan og skal medverke til gjennomføringa nasjonal politikk regionalt, og iverksetting av sektorpolitikken gjennom kommunane. Fylkesmannen skal drive rådgiving mot sentrale myndigheter, kommunane, fylkeskommunane, helseforetaka, frivillige organisasjonar og befolkninga. Dette inneber mellom anna å informere, rettleie og gi råd innan helse- og omsorgslovgivinga, sosiallovgivinga og barnevernlovgivinga.

Helse og sosialmeldinga for 2013 tar sikte på å gje eit godt innblikk i dei områda som helse og sosialavdelinga hos fylkesmannen arbeider med, og fokuserer på ein del utfordringar vi ser. Vi har fokus på område som gjeld barn og unge ettersom fylkesmannen har ei særskilt satsing her.

Fylkesmannen har i 2013 gjennomført ei organisasjonsutvikling. Vi trur at denne prosessen vart gjennomført utan for store ulemper for brukarane, og at vi framover er enda betre rusta for nye oppgåver.

I 2013 har Fylkesmannen starta ein ny dialog med alle kommunane. Fylkesmannen og leiinga i alle avdelingar

vil besøke og ha dialog med alle 36 kommunar i Møre og Romsdal innan hausten 2015. For kvar kommune vert det laga eit «kommunebilde» som beskriver Fylkesmannen sitt syn på kvar einskild kommune. Desse vert lagt ut på våre nettsider slik at alle kan få oversikt over rolla til Fylkesmannen og våre faglege innspel om kommunen.

Gjennomføring av samhandlingsreforma vil kreve ekstra fokus og handling i åra framover. Vidare har Fylkesmannen oppgåver knytt opp mot kvalitetsutvikling og prioritering i helse- og omsorgstenesta. Fylkesmannen har gjennom eit eige fullmaktsbrev fullmakt til å forvalte ulike tilskotsordningar.



Fylkesmannen skal, som tilsynsmyndighet, ha kunnskap om barns oppvekstforhold, befolkningas levekår, helsemessige forhold i befolkninga og behov for barnevernstenester, sosiale tenester i Nav og helse- og omsorgstenester. Fylkesmannen skal vidare kontrollere om tenestene blir utøvd i tråd med krav i barnevernlova, lov om sosiale tenester i NAV, lov om kommunale helse- og omsorgstenester, folkehelselova, spesialisthelsetenestelova m.v. og gripe inn overfor verksemder som utøver sine tenester i strid med lovgivinga. Fylkesmannen skal føre tilsyn med alt helsepersonell og anna personell i kommune- og spesialisthelseteneste som yter helse- og omsorgstenester.

Samhandlingsreforma kva nå.

Samhandlingsreforma som vart starte i 2012 har mellom anna som mål å betre samhandlinga mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta, og mellom dei forskjellige tenestetilboda i kommunen. Ein meiner at ein slik reform er naudsynt for å sikre nok teneste til alle brukarar i framtida og sikre kvaliteten på tilbodet.

Samhandlingsreforma vil bli vidareført med full styrke med den nye regjeringa. Mange prosessar er starta, og mange tiltak er i gong. Som i 2012 var det i 2013 mykje fokus på dei økonomiske virkemidlar, og sjølv om resultatata for kommunanes medfinansiering er nesten i balanse for landet som heilskap, hadde mange kommunar i Møre og Romsdal store kostnader. Denne ordninga vil den nye regjeringa evaluera og vurdere fjerna, men fyrst i 2015.

Den nye regjeringa vil framover prioritere satsing på tilbodet til personar med psykiske lidingar og rusmisbrukarar, og rehabilitering/habilitering. Vi regner med at vi vil

sjå praktiske døme på dette i 2014.

Samhandlingseforma vert framleis opplevd nødvendig og riktig. Det er laga eit engasjement for endring og samhandling hos mange av dei involverte aktørane. Folkehelsesatsinga vert mykje diskutert, men det mangler mykje på praktiske åtgjerder.

Vi ser i kommunane i Møre og Romsdal planar og nokre stader gjennomføring av blant anna øyeblikkeleg hjelp tilbod, distriktmedisinske sentra, fleire psykologar og frisklivsentralar.

Legeteneste i kommunen er fortsatt ein nøkkelfunksjon. Nye IKT-løysingar og nødnettet vil vere viktige verktøy. Det blir gjort mykje bra arbeid med dette i Møre og Romsdal.

Skal vi lukkast med alle måla i reforma vil det krevje lokale initiativ og god leiing, ein god organisasjonskultur og vilje til å prioritere arbeidet. Dei som skal samarbeide må ha respekt for dei andre sine roller og meiningar og framstå som jambyrdige.



”Betre oppvekst”

Fylkesmannen si satsing på barn og unge

Korleis det er der barn veks opp, kan avgjere den enkelte sine muligheter for ein trygg oppvekst, motorisk utvikling og ei god helse. Det vil ha innverknad på det vaksne livet. Å skape gode møtestader, muligheit for fantasibasert leik, samvær og fysisk utfalding er ei av dei viktigaste oppgåvene samfunnet har. Gode fellesskapsløysingar er eit godt utgangspunkt for et inkluderande oppvekstmiljø.

Tilrettelegging av gode oppvekst- og nærmiljø, og med særleg søkelys retta mot barn og unge sine interesser, skal inngå som eit viktig tema i samfunnsplanlegginga – både nasjonalt, regionalt og lokalt. Vi har sidan 1989 hatt eigne rikspolitiske retningslinjer for å styrke barn og unge sine interesser i planlegginga. Omsynet til barn og unge sine oppvekstvilkår er også løfta fram i formålsparagrafen i plan- og bygningslova (§1-1).

I FN sin barnekonvensjon heiter det at "barn har rett til å si sin mening i alt som vedrører det og barnets meninger skal tillegges vekt". For at FNs barnekonvensjon vert følgd opp i praksis, må samfunnet legge til rette for deira deltaking og medverknad .

Fylkesmannen i Møre og Romsdal har for perioden 2013 – 2016 sett barn og unge på dagsorden gjennom ei særskild satsing på tvers av fagavdelingane. Denne satsinga , kalla «Betre oppvekst» rettar søkelys på barn og unge sine oppvekstvilkår i Møre og Romsdal.

Hovudmål for satsinga er at barn og unge sine oppvekstvilkår skal bli vurdert i alle avgjersler og i all aktivitet hos Fylkesmannen i Møre og Romsdal. «Betre oppvekst» er eit samordningstiltak for heile embetet og vi vil at satsinga skal føre til at både det direkte og indirekte arbeidet retta mot denne gruppa skal blir meir heilskapleg og målretta. I første fase har arbeidet vore retta internt i embetet. I neste fase vil arbeidet i større grad rette seg mot

arbeid eksternt, til dømes kommunar, fylkeskommunen og andre samarbeidspartar.

Det er utarbeidd fire strategimål som satsinga «Betre oppvekst» skal bygge vidare på. For å kome fram til dei fire strategimåla har vi tatt utgangspunkt i mellom anna FN sin barnekonvensjon, Fylkesmannen i Møre og Romsdal sin strategiplan, embetsoppdraget og nasjonale føringar frå fleire departement. Dei fire måla er:

Fylkesmannen i Møre og Romsdal skal arbeide for å

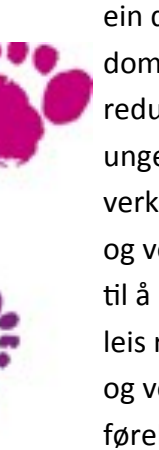
- sikre medverknad frå barn og unge
- betre det fysiske oppvekstmiljøet for barn og unge
- betre det psykososiale oppvekstmiljøet for barn og unge
- redusere dei negative konsekvensane av sosiale skilnader



Tilskot til nedkjemping av barnefattigdom

Tilskot for å styrke arbeidet mot barnefattigdom er ein del av regjeringa sin handlingsplan mot fattigdom. Avhengig av kva målemetode ein nyttar, levde mellom 6 og 9 prosent av barna i Noreg i låginntektsfamiliar i 2010. Barn med innvandrarbakgrunn og barn av einslege forsørgjarar er overrepresentert. Fylkesmannen gir tilskot til enkelte NAV-kontor for å førebygge og redusere fattigdom og sosial eksklusjon blant barn, unge og barnefamiliar.

Andelen fattige barn har auka sidan byrjinga av 2000-tallet, men har vore relativt stabil i perioden 2008-2010. Om lag 75 000 barn i Noreg lever i låginntektsfamiliar. Førekosten er størst i dei store byane. Barn med innvandrarbakgrunn og barn av einslege forsørgjarar er overrepresentert. Felles for dei er at foreldra har svak eller inga tilknytning til arbeidslivet og mange manglar fullført vidaregåande opplæring. Enkelte kan i tillegg ha samansette problem. Både låg inntekt og sosiale problem har ein tendens til å overførast frå ein generasjon til ein annan. I 2012 vart det gjennomført eit landsomfattande tilsyn med NAV-kontora si behandling av søknader om økonomisk sosialhjelp frå personar som har forsørgjaransvar. Der vart det avdekt at det i mange tilfelle ikkje blir gjort tilstrekkeleg kartlegging av barnas behov.



Tilskot for å styrkje arbeidet mot barnefattigdom er ein del av regjeringa sin handlingsplan mot fattigdom. Formålet med ordninga er å førebyggje og redusere fattigdom og sosial eksklusjon blant barn, unge og barnefamiliar gjennom å utvikle tiltak og verkemiddel etter lov om sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltninga. Tilskotsordninga skal bidra til å auke kunnskapen om sosiale tenester og korleis regelverket i lov om sosiale tenester i Arbeids- og velferdsforvaltninga kan nyttast og bidra til å førebyggje og redusere fattigdom blant barn og unge.

*"Ein god barndom
varer livet ut"*

*Statsminister Erna Solberg—
Nyårstala 2014*

I Møre og Romsdal er det 11 NAV-kontor som har hatt slikt tilskot i 2013. Fleire kommunar har vore med i ordninga tidlegare år. Nokre av kommunane har brukt tilskotet til å etablere ein utlånspool med fritidsutstyr som familiar kan låne gratis. Andre har brukt tilskotet til å betre det tverrfaglege samarbeidet i kommunen og utarbeidd handlingsplan mot fattigdom. Samarbeid med frivillige organisasjonar har blitt etablert og utgifter til opplevingar/aktivitetar har blitt dekt for enkeltpersonar eller familiar. Det har og blitt etablert tiltak i skolen for å legge til rette for integrering av elevar som av ulike årsaker står i fare for å bli marginalisert. Tilskot for å styrkje arbeidet mot barnefattigdom vert vidareført i 2014.

Offentlege organ si plikt til å gi opplysningar om barnet

Etter barnelova § 47 har den av foreldra som ikkje har foreldreansvaret rett til å få opplysningar om barnet frå offentlege instansar. Fylkesmannen opplever at mangel på informasjon frå offentlege organ ofte er bakgrunnen for konflikter og klager.

I behandlinga av saker der det er konflikt mellom foreldra ser Fylkesmannen at konflikten ofte kunne vore mindre om den forelderen som ikkje har foreldreansvaret hadde fått informasjon om barnet. Vi ser at forelderen ofte har bedt om informasjon, men at offentlege organ har nekta å gi informasjon. Til trass for dette behandlar Fylkesmannen særskilt få klager på avslag om innsyn etter barnelova § 47. På bakgrunn av dette er det grunn til å tru at kunnskapen om regelen er lite kjent i dei organa som forvaltar kunnskap om barn. Det er viktig å presisere at om ein forelder ber om informasjon om barnet har han eller ho krav på eit skriftleg svar om organet ikkje vil gi dette. Ei slik avgjerd er det høve til å klage på etter reglane i forvaltningslova.

I utgangspunktet har foreldre rett på alle opplysningar om barnet så lenge det ikkje er opplysningar som er omfatta av teieplikt for å beskytte barnet, eller opplysningar om barnet som det kan vere til skade for barnet om forelderen får. Det er viktig å presisere at om det er grunn til å avgjere at ein forelder ikkje bør få informasjon om barnet, er det fylkesmannen som skal avgjere det, ikkje dei offentlege organa. I mange tilfelle vil ein forelder ha rett til informasjon om barnet sjølv om han eller ho ikkje har rett på å møte barnet. Det er og slik at det ut frå kva som har skjedd tidlegare må vurderast konkret kva for informasjon som kan gis. Eit ubetinga nei til å gi informasjon om barnet til ein forelder vil særskilt sjeldan vere lovleg.

Mangel på informasjon frå det offentlige fører ofte til frustrasjon hos borgarane. Særleg om det gjeld informasjon om ditt eige barn som du ikkje får, kan dette føre til at samarbeidsklimaet blir dårlig. Dette fører igjen til klager på dei involverte offentlege organa.

BARNELOVA § 47

Har den eine av foreldra foreldreansvaret aleine, skal denne gje den andre opplysningar om barnet når det blir bede om det. Den andre har også rett til å få opplysningar om barnet frå barnehage, skule, helse- og sosialvesen og politi, om ikkje teieplikta gjeld andsynes foreldra. Slike opplysningar kan nektast gjeve dersom det kan vere til skade for barnet.

Avslag på krav om opplysningar etter første stykket andre punktum kan påklagast til fylkesmannen. Reglane i forvaltningslova kapittel VI gjeld så langt dei høver, jamvel om avslaget er gjeve av private.

I særlege høve kan fylkesmannen avgjere at den som ikkje har foreldreansvaret, skal tape opplysningsretten etter paragrafen her.



Landsomfattande tilsyn med

Tilsyn med psykisk helsevern til barn og unge

Fylkesmennene gjennomfører i 2013 og 2014 tilsyn med spesialisthelsetenesta sitt psykiske helsevern for barn og unge (0- 18 år). Tilsynet er eit ledd i landsomfattande tilsyn gitt i oppdrag frå Statens helsetilsyn, og det er eit ynskje at tilsynet skal ha effekt for alle barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar (BUP) i landet. Hovudmålsetnaden er å undersøkje om helseføretaka sørgjer for forsvarleg gang i utgreiing og behandling av pasientar, at tiltaka er prega av god kvalitet, god framdrift og kontinuitet i tenestene.

Psykisk helsevern for barn og unge er eit relativt ungt fagmiljø i stor utvikling, og ein veit i dag at potensialet for å førebygge seinare psykisk sjukdom er stort dersom ein kjem tidleg til. Svikt i tenestene vil kunne påføre den enkelte pasient og familie unødige lidningar, og få konsekvensar for resten av livsløpet. Derfor er det essensielt at tenestetilbodet fungerer og har god nok kvalitet.

I desse tilsyna har ein nytta ein kombinasjon av fleire metodar og tilsyna blir gjennomført av regionale tilsynsteam. Fylkesmannen i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag har gjennomført 3 systemrevisjonar så langt i vår region og alle barne og ungdomspsykiatriske poliklinikkar har gjennomført eigenvurdering.

God behandling er heilt avhengig av korrekte diagnoser basert på gode tilvisingar og gode utgreiingar. Derfor har dette tilsynet hatt hovudfokus på starten av utgreiings- og behandlingsprosessen. Dette inneber at det under tilsynet vart undersøkt om føretaka sørgjer for at styring og leiing av polikliniske tenester til barn og unge med psykiske lidningar går føre seg på ein måte som gjer at pasienten får utgreiing og behandling innan forsvarleg tid. Vi har sett på korleis føretaka styrer, organiserer og kontrollerer handtering og vurdering av tilvisingar, utgreiing og diagnostisering, vidare behandling, avslutning og oppfølging av behandling. For å kunne bedømme forsvarlege «pasientforløp» vart det av praktiske grunnar valt ut to pasientgrupper:

Barn mellom 7 og 15 år med behov for helsehjelp på grunn av uro og utagerande atferd og mistanke om ADHD

Barn og ungdom over 12 år med behov for helsehjelp



Foto: Åse Hansen

pga tristheit og mistanke om depresjon.

Tilsynet viste at ikkje alle pasientar får utgreiing innan oppsett frist. Det er ikkje lik praksis og system for prosessen rundt inntak. Det er ikkje sikra tilfredsstillande tverrfagleg samarbeid omkring utgreiing og diagnostisering. Det er ikkje eit godt system for å nytte behandlingsplan. Alle poliklinikkane har også ved eigenvurdering avdekt avvik, og desse skal føljust opp og rettast.

Manglande system for å sikre «pasientforløp» i tråd med regelverket fører til at rettstryggleiken til pasienten blir svekka.

Det skal gjennomførast fleire systemrevisjonar innan dette området ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar i Midt Norge våren 2014.

helsetenester til barn og unge

Tilsyn med helsestasjonstenester til barn frå 0 til 6år

Statens helsetilsyn ga i 2013 fylkesmennene i oppdrag å gjennomføre landsomfattande tilsyn med helsestasjonstenester til barn frå 0 – 6 år. Bakgrunnen for dette er at Statens helsetilsyn i 2011 gjorde ei kartlegging av verksemda i helsestasjonar. Føremålet var å skaffe oversikt over korleis norske kommunar sikrar fagleg forsvarlege helsestasjonstenester gjennom prioritering, gjennomføring, korrigering og evaluering av tenestetilbodet til denne gruppa (Helsetilsynets rapportserie 1-2012 «styre for å styrke»).

Kartlegginga fann eit tenesteområde der styringa i hovudsak var overlatt til helsestasjonspersonellet. Frå konklusjonen i rapporten heiter det : «*Statens helsetilsyn ser med bekymring på at kommuner/ bydelar ikke tilbyr barn 0-6 år helsestasjonstjenester i tråd med faglige normer. Det bryter også med et velfungerende og helhetlig styringssystem. Det er særlig bekymringsfullt at kommuner/ bydelar som selv erkjenner svikt i tjenesten ikke har planlagt å iverksette forbedringstiltak.*»

I tillegg hadde ein tidlegare tilsynserfaringar frå området som hadde avdekt betydeleg svikt og risiko for svikt når det gjeld samarbeid med andre tenesteområde.

Helsestasjon er ansvarleg for å gi eit tilbod til ein aldersbestemt populasjon i eit avgrensa område og tilbodet skal bli gitt til alle barn, og deira foreldre, uavhengig av kva teneste dei elles er knytt til i kommunen. Helsestasjonen er den einaste helsetenesta som vurderer barnas helse med standardiserte undersøkingar på faste tidspunkt dei første leveåra. Dette handlar om helseopplysning, rettleiing, helseundersøkingar og vaksinasjonar, målretta oppfølging av spe- og småbarn med spesielle behov, og oppfølging av foreldre med behov for utvida støtte. Slik spelar helsestasjon ei sentral rolle i kommunen sitt planlagde helsefremmande og førebyggjande arbeid for å sikre barn sunn og trygg utvikling og oppvekst. Det er utarbeidd nasjonale retningslinjer for dette arbeidet.

Kommunen skal gjennom systematiske tiltak planlegge og organisere verksemda slik at ein sikrar at undersøkingar, råd og rettleiingsoppgåver som er tillagt helsestasjonen fyller krav i lov og forskrift.

Tilsyna vart gjennomført som systemrevisjon, og i Møre og Romsdal vart det gjennomført tilsyn i 3 kommunar; Sunndal, Norddal og Ulstein.

Tema var retta mot korleis kommunen sikra barna i aldersgruppa 0-6 år forsvarlige helsekontrollar; om dei nasjonale retningslinjene blir følgt og korleis kontrollane blir utført, om ein har tilstrekkeleg kompetent personell, journalføring og personvern, oppfølging av barn med spesielle behov, samhandling med andre etatar, korleis ein tilpassar tenestetilbodet til barn og familiar med annan språkbakgrunn/ bruk av tolk, rettleiing i kosthald for å hindre feilernæring.

Statens helsetilsyn meiner det bryt med krav til det som er fagleg forsvarleg i helselovgivinga at kommunar ikkje sørgjer for at barn 0-6 år får tilbod om helsestasjonsteneste i tråd med gjeldande faglege normer (Rapport 1/2012)

Tilsynet viste at ikkje alle barn får tilbod i tråd med nasjonale føringar/ retningslinjer. Kommunar avvik frå det anbefalte programmet ved at dei lar vere å tilby kontrollar ved 10 og 18 mndr. alder. Ikkje alle med behov for tolketeneste får slik teneste. Samhandling med andre kan vere ei utfordring bl.a fordi det er fleire og ulike journalsystem og ein har ikkje alltid rutiner for å informere kvarandre. Rutiner for journal og journalføring, kontroll og oppfølging har forbedringspotensiale. Kommunen skal etablere ordningar som systematisk avdekkjer, retter opp og førebygg svikt i tenestene, slike avvikssystem var i varierende grad etablert, implementert og i bruk for helsestasjonstenestene.

Rapportar frå det enkelte tilsyn frå tilsyna i Midt-Noreg er tilgjengeleg på www.helsetilsynet.no

Barnevern 2013

Sidan 2011 har Regjeringa satsa på styrking av barnevernet gjennom øyremerka statlege midlar. Kommunane i Møre og Romsdal har fått midlar til fleire stillingar og til kompetansetiltak. Fylkesmannen har fått ansvaret for å fordele desse midlane til kommunane samt ansvar for å arrangere kompetansetiltak for kommunalt tilsette. Som ein del av satsinga er fylkesmannen styrka med ei stilling i 2013.

Barneverntenestene er vesentleg styrka kvantitativt og kvalitativt. Barna sin rettstryggleik er blitt betre og det er registrert færre lovbrøt. Talet på barn som får tiltak er det same som før.

Barneverntenesta i kommunane

Gjennom det nasjonale programmet for å styrke barnevernet, har Møre og Romsdal i tidsrommet 2011 – 2013 fått i alt 36,7 nye stillingar. Fylkesmannen fekk ansvaret for å fordele desse. Interkommunale samarbeid er prioritert ved fordelinga i tråd med sentrale føringar. Fleire og fleire kommunar sluttar seg saman, 20 kommunar har gått inn i samarbeid, og det er no 22 barneverntenester som dekkjer dei 36 kommunane i fylket. Ved siste årsskifte var det totalt 208 stillingar i dei kommunale barneverntenestene.

Ei kjerneoppgåve for barneverntenesta i kommunane er å undersøke saker der det er bekymring for barn. Ut i frå ei konkret vurdering av tilhøva kan barneverntenesta sette inn tiltak. Hjelpetiltak i heimen er mest vanleg, og det skal i desse sakene ligge føre ein tiltaksplan. I alvorlege situasjonar kan barnet takast under omsorg og plasserast utanfor heimen, anten i fosterheim eller i institusjon. Det er fylkesnemnda som tek avgjerd i slike tilfelle.

Kvart år fram til 2013 har det vore ein auke i talet på meldingar og i talet på barn som har fått tiltak. For Møre og Romsdal sin del stagnerte dette i 2013. For heile året kom det 2240 meldingar til barnevernet. 1808 barn fekk hjelpetiltak og 448 var under omsorg av barnevernet ved siste årsskifte.

Fylkesmannen sitt tilsyn med kommunane

Fleire enn før klagar til fylkesmannen på barneverntenesta. Det var 40 klager i 2013 mot 25 i 2012. Til trass for den store auken vart det konkludert med lovbrøt i berre 4 av sakene. Dette er 2 færre enn året før. Klagegjeld ofte misnøye med informasjon frå barneverntenesta til partane eller andre eller misnøye med korleis barneverntenesta si saksbehandling har vore.

Fylkesmannen har gjennomført tilsyn som systemrevisjon i tre kommunar som ein del av Helsetilsynet sitt landsomfattande tilsyn. Tilsynet gjaldt kommunane sitt arbeid med å følge opp barn som bur i fosterheimar. Det vart funne brot på krav som er stilte i lov eller for-

skrift i ein av kommunane og det vart gjeve merknad om tilhøve som bør betrast i ein annan kommune.

Utviklings- og kompetansetiltak

Kommunane har sidan 2011 fått nærare 5 mill. til kompetanse- og samhandlingstiltak. Vidareutdanning av tilsette i barneverntenestene har vorte prioritert og mange medarbeidarar har derfor gjennomført vidareutdanningar dei siste åra. Dei fleste leiarane har m.a. teke vidareutdanning for barnevernleiarar. Mange av kommunane har både hatt opplæring i kartleggingsmetodikk som rettar seg særleg mot små barn og opplæring i tiltaksarbeid i familiar med særlege behov.

I samsvar med oppdrag frå departementet har Fylkesmannen arrangert to fylkesdekkjande samlingar i 2013 for barneverntilsette. Alle nyttilsette i barnevernet har fått opplæring over 3 dagar, og det er gjennomført ein større Barnevernkonferanse i Geiranger. Der vart det m.a. presentert ny nevrobiologisk forskning om kva som skjer med barn som er utsett for vald og omsorgsvikt. Alle barneverntenestene var godt representerte her.

Fylkesmannen skal støtte kommunane i å utvikle barneverntenesta. I 2013 har vi hatt møte med to kommunar for å reflektere over nå-situasjonen deira og drøfte kva slags mål dei bør ha for utvikling av barnverntenesta si på kort og lang sikt.



Foto: Anne Melbø



Foto: Anne Melbø

Har styrkinga gitt resultat?

18 av kommunane heldt lovkravet til fristar i undersøkingssaker siste halvår 2013. Tala viser ei jamn positiv utvikling frå 2011 då berre 4 kommunar heldt fristane. Talet på barn med barneverntiltak som har ein plan for tiltaket har hatt den same positive utviklinga. Barn som bur i fosterheim skal følgjast opp jamnleg. Fleire kommunar ser ut til å ha prioritert dette arbeidet og fleire får no den oppfølgjinga dei har krav på.

Trass i både kvantitativ og kvalitativ styrking av det kommunale barnevernet, er det fortsatt nokre kommunar som har utfordringar i tenesta. Desse kommunane vil bli følgt opp vidare.

Barneverninstitusjonar

Det er 6 barneverninstitusjonar i Møre og Romsdal, der ein er privat og fem er statlege. Fylkesmannen har gjennomført 18 individtilsyn på institusjonane i 2013 og hatt 48 samtalar med ungdomane som bur der. Dei fleste ungdomane gir uttrykk for at dei har det rimeleg greitt på institusjonane og det er få klager til tilsynet. Fylkesmannen har i løpet av året oppretta 2 tilsynssaker mot institusjonen etter klage frå bebuarane. Fylkesmannen fann ikkje lovbrøt i nokon av tilfella. Dei to siste åra har Fylkesmannen merka seg at det er ein tydeleg nedgang i talet på tvangsprotokollar på institusjonane.

Auke i forskrivning av vanedannande legemiddel



Fleire legemiddel som i dag blir nytta av ein stor del av befolkninga er vanedannande. Særleg gjeld dette legemiddelgruppene benzodiazepinar, benzodiazepinliknande legemidler («z-hypnotika») og opioider («morfinholdige legemidler»). Det femte mest selde legemidlet i Norge var i 2012 eit sovemiddel (zopiklon), som vart omsett for 116 millionar kroner¹. Over lengre tid har bruken av vanedannande legemidler auka, men denne bruken har «flata ut» dei siste 2-3 åra². Like fullt speglar bruken av desse legemidlane tendensen vi ser til auka legemiddelbruk i samfunnet elles.

Helsedirektoratet ga i 1990 ut ein rettleiar som omhandla forsvarleg forskrivning av vanedannande legemiddel. Denne vart revidert og gitt ut som «IK-2755 – Vanedannande legemidler, forskrivning og forsvarlighet» av Statens helsetilsyn i 2001. Denne er nå igjen under revisjon, og høringsfrist på utkast gjekk ut 30. september 2013.

Fylkesmannen i Møre og Romsdal har, som Statens helsetilsyn, benyttet IK-2755 som rettesnor for forsvarlighetsvurderinga ved forskrivning av vanedannande legemiddel i tilsynssaker som handlar om enkeltlegar sin forskrivningspraksis.

Av IK-2755 framgår krava Statens helsetilsyn set til forsvarleg forskrivning av legemiddel i gruppe A og B. Rundskrivet inneheld faglege retningslinjer som skal bidra til at forskrivning av vanedannande legemiddel til pasientar ikkje skal føre til eller oppretthalde skadeleg bruk av slike legemiddel. Eit krav til forsvarleg behandling med vanedannande legemiddel er til dømes; klar indikasjon for behandlinga, forutgåande utgreiing, gjennomtenkt

val av legemiddel/dosering (inkl. doseendringar), effektvurdering, behandlingsplan og eventuelt plan for nedtrapping.

Ved ei rekkje tilstander vil det kunne vere nødvendig å bruke vanedannande legemiddel i tilstrekkelig mengde og styrke for å oppnå ønska effekt. Sjølv hos pasientar med tidlegare skadeleg bruk/misbruk, skal ein aldri oversjå nytta av til dømes god smertestillande behandling.

Det er da forventa at legen har oversikt og kontroll over si forskrivning og over pasienten sitt totale bruk av legemiddel. Ukritisk forskrivning kan føre til at pasientar ikkje får noko incitament til å forsøke anna, og sannsynlegvis på lengre sikt, meir nyttig behandling for sine lidningar. Vidare må effekten av behandlinga vurderast fortløpande.

Fylkesmannen i Møre og Romsdal vil understreke at det ofte er vanskelig å skilje mellom plager som fører til, og plager som vert skapt av skadeleg bruk/misbruk av legemiddel, slik at forskrivning av vanedannande legemiddel lett kan få uklår grunngeving. Det er derfor særleg viktig at legar ikkje lar seg presse eller overtale til forskrivning utan tilstrekkelege faglege vurderingar.

Tal frå Reseptregisteret (Folkehelseinsitutet) frå perioden 2009-2011 viser betydelege variasjonar. I understående figurar går det fram kommunevise forskjellar over antall personar som bruker benzodiazepinar og benzodiazepinliknande legemiddel pr. 1000 personar. Som

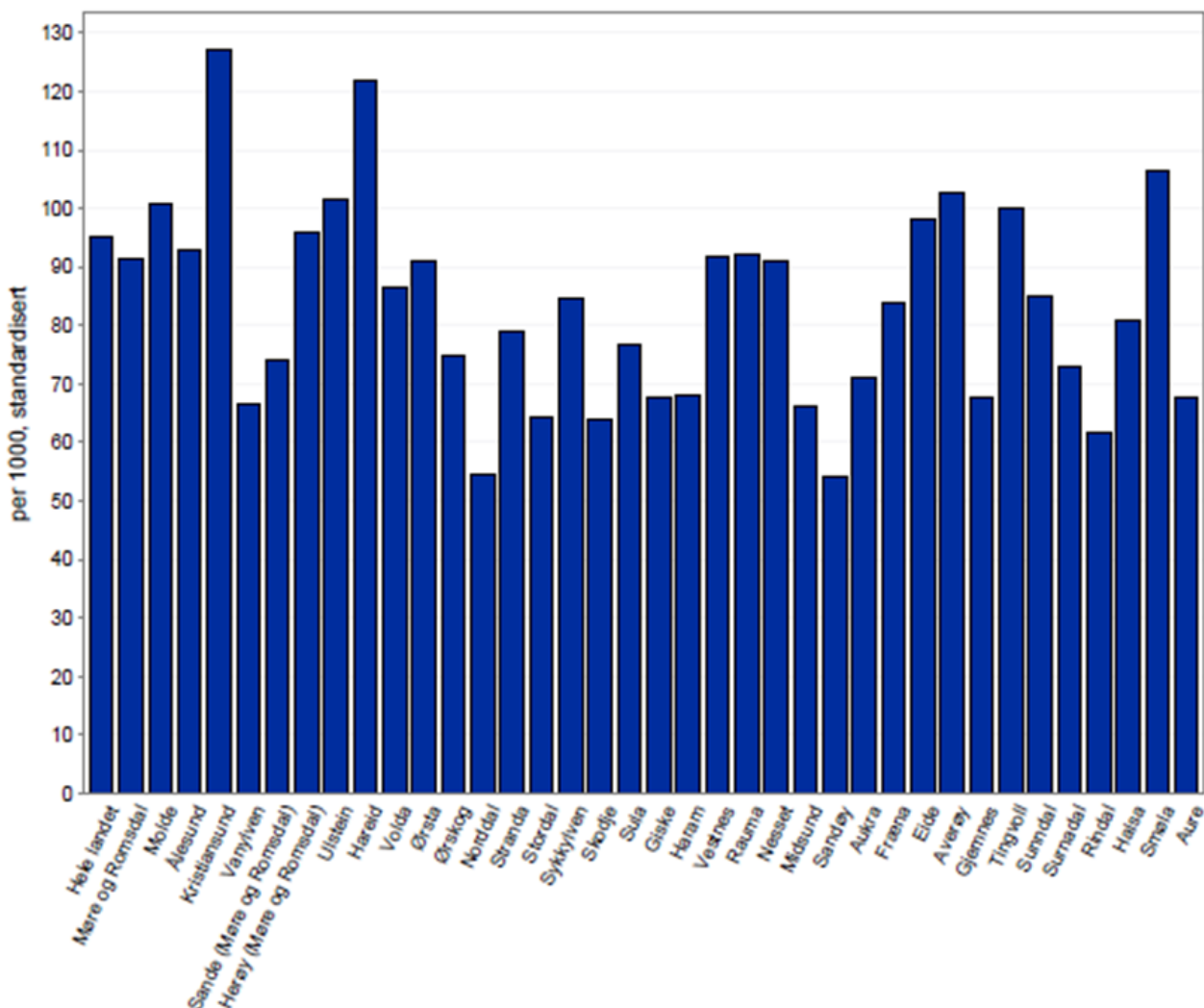
tala viser er det stor variasjon, frå Kristiansund og Har-eid med flest brukarar til Sandøy og Norddal med fær-rast. I den aktuelle tidsperioden vart desse legemidlane nytta av 12-13 % av befolkninga i Kristiansund og Har-eid, mot ca. 5 % i Sandøy og Norddal.

1. Legemiddelforbruket i Norge 2008-2012, Folkehelseinstitutet:

<http://www.fhi.no/dokumenter/a7955d2afb.pdf>

2. Reseptregisteret 2005-2009. Tema: Vanedannande legemidler:

<http://www.fhi.no/dokumenter/9f4576d31a.PDF>



Kjelde: Legemiddelregisteret

Midt-norsk velferds

Erfaringar frå Sunnmøre



Gjennom det midt-norske velferdsteknologi prosjektet har Sunnmøre med kommunane Ålesund, Ørskog, Ulstein, Herøy og Vanylven prøvd ut gps-sporing for personar med demens, og spelteknologi som aktiv omsorg inn mot eldre og personar med psykisk utviklingshemming.

Teknologi inn i ordinær omsorg er forholdsvis nytt i Norge. Dei tre fylkesmennene i Midt-Norge valde i 2011 å samarbeide om det som har blitt ei storstilt utprøving av velferdsteknologi i mange midt-norske kommunar. I utgangen av 2013 er resultatet eit regionalt nettverk med etter kvart høg kompetanse på innovasjonsarbeid og velferdsteknologi.

Sunnmøre valde å vere med inn i prosjektet med spelteknologi fordi det virka både ufarleg og moro å begynne med. X-boks spel inn i omsorg har blitt ein stor suksess! I prosjektet vart det oppretta 6 spelstasjonar, to på dagsenter for psykisk utviklingshemma, to på dagsenter for demente og to som aktivitet på arbeidsstova på to ulike sjukeheimar.

Mange i dei ulike målgruppene har funne stor glede i tilbodet. Dei ulike spelstadane har jobba målretta og systematisk med observasjonar og registreringar, og har opparbeidd seg god kompetanse på kva som må vere på plass for at x-box spelning skal verte ein vellykka aktivitet. Innan eldreomsorga ser ein at bowling er noko som dei fleste likar og mestrar, og som opplevast som sosialt og inkluderande. På dagsenter

for personar med psykisk utviklingshemming er der større variasjon på val av spel, og ikkje så aktuelt med lagspel.



Dansing til X-box spel i Vanylven:

Foto: Helen Berg

teknologiprojekt

Vidare i 2014 vil kommunane på Sunnmøre jobbe med spreieing av kunnskap til andre kommunar, og starte opp spelstasjonar inn mot fleire brukargrupper i eigne kommunar. Det kan for eksempel vere aktuelt å jobbe meir målretta med spel som rehabilitering etter sjukdom og skade. I Drammen kommune har det vore ein suksess å få x-boxspel som ein del av bibliotekenesta for eldre. Eit slikt tilbod kunne vore spanande å få til også her i fylket. Årsrapport frå 2013 vil bli tilgjengelig på Ålesund kommune sine heimesider i innan februar.

Kommune på Sunnmøre valde også å prøve ut gps-sporing for demente, eit prosjekt som er meir komplekst i forhold til lovverk, personvern og etikk. I juni 2013 vart det gjort ei lovdring i pasient- og brukarrettslova kapittel 4, Samtykke til helsehjelp. Lovteksten opna opp for å nytte varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstenester til pasient eller brukar over 18 år som ikkje er samtykkekompetent.

I gps-sporingsprosjektet på Sunnmøre vart det med 16 personar med ulik grad av kognitiv svikt, der tre av disse ikkje var samtykke kompetent. Ein av dei tre motsette seg etter kort tid bruken av gps-sporing og utprøvinga for denne brukaren vart avslutta. Dei to andre nyttar fortsatt gps. Av dei 13 andre brukarane er det berre tre brukarar igjen som fortsatt nyttar gps. Dei andre 11 har avslutta utprøvinga fordi dei opplevde gps-sporing som unyttig i sin fase av sjukdommen og/eller at teknologien ikkje var god nok, eller tilpassa behovet.

Gps-sporing på Sunnmøre valde å bygge vidare på Trygge spor studien som Sintef gjennomførte i 2011/2012. Hensikta med prosjektet er at kommunen skal tilby personar med kognitiv svikt og eller demens ei nyttig gps-sporingsteneste. Tenesta skal vere nyttig på individnivå og den skal vere nyttig på samfunnsnivå. Det er eit mål at gps-sporing ikkje skal vere ei ekstra teneste for kommunen, men ein annan måte å løyse omsorgsutfordringar på, og at gps-sporing skal vere med å gje brukar og pårørande eit betre tilbod enn ein kan gje utan gps-sporing.

Forskingsspørsmål i prosjektet er:

1. kva forventningar har brukarar, pårørande og helsepersonell til bruk av sporingsteknologi?

Kva erfaringar har dei same aktørane etter at sporing har

vorte prøvd ut i 6 mnd.?

Resultatet frå prosjektet syner at mange av dei pårørande og mange av brukarane, som hadde høge forventningar til teknologien vart skuffa. Mange mista motivasjonen til å drive utprøving fordi teknologien vart opplevd som umoden og lite tilpassa på målgruppa. For pårørande med stort behov for avlastning og for nokre brukarar i institusjon med stort behov for å gå tur, var utfordringane med teknologien liten i forhold til den støtta og fridomen gps-sporing kunne gje dei.

I prosjektperioden har problemstillingar omkring tildeling og forvaltning vorte synlege. Det vart tydeleg i løpet av prosjektarbeidet at for å kunne tilby ei nyttig gps-sporingsteneste er det naudsynt å utarbeide ein rettleiar for tildeling av sporings- og varslingssteknologi. Arbeidet med ein slik rettleiar er godt i gang, og den skal testast i det midt-norske nettverket i løpet av våren 2014. Det er eit mål at denne rettleiararen er av ein slik karakter at den kan nyttast på nasjonalt nivå.

Arbeidet vidare med implementering av gps-sporing i kommunane vil, i tillegg til å jobbe med tildelingsmodell og rettleiar for tildeling, vere utprøving av alternativ sporingsteknologi. Det er også naudsynt å vere pådrivar for produkt- og systemutvikling inn mot leverandørar.

Fullstendig årsrapport frå gps-sporing 2013 vert tilgjengelig på Ålesund kommune sine heimesider innan utgangen av januar.



Foto: Vigdis Remøy

Uroa for legevaktstenesta

Fylkesmannen ser med uro på at enkelte kommunar ikkje vil klare å oppretthalde eiga legevaktsordning.

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

§ 7. Ansvarsforhold

Kommunen har ansvar for:

- a) etablering og drift av et fast legevaktnummer som er betjent hele døgnet

Det regionale helseforetaket har ansvar for:

- a) etablering og drift av det til en hver tid gjeldende medisinske nødnummer innen

det regionale helseforetaket regionen.

§ 8. AMK- og LV-sentralene

De regionale helseforetakene og kommunene skal sørge for at helsepersonell i vaktberedskap er umiddelbart tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsetjenesten, jf. § 4. Det gjelder helsepersonell ved AMK-sentraler og LV-sentraler, helsepersonell i vaktberedskap i somatiske og psykiatriske sykehus med akuttfunksjon, og helsepersonell i ekstern vaktberedskap. De skal kunne kommunisere med hverandre og med andre nødetater i et kommunikasjonsnett

seier at kommunane har ansvar for å sikre forsvarleg legevaktsordning, med eit fast legevaksnummer som blir be svart heile døgnet. Legevaktstenesta skal vere bemanna med helsepersonell som har den nødvendige kompetansen til å vurdere alle telefonar, og det skal alltid vere ein lege i vaktberedskap. Legevaktsentralen, ev. ved legevaktslegen, skal gi råd og rettleiing, og om nødvendig også yte medisinsk hjelp som ikkje kan vente for ordinær behandling hos fastlegen.

Kommunane skal organisere legevaktsordninga ut frå lokale behov. Fylkesmannen har gjennom dei siste åra hatt fleire tilsynssaker der pasientar har vorte skadelidande som følge av svikt i legevaktstenesta. Sakene viser utilstrekkeleg kompetanse/erfaring hos den som tek imot telefonane, vikarlegar som ikkje kjenner dei lokale tilhøva og kommunikasjons svikt på grunn av språkproblem. Spesielt dei små legevaktsordningane er i denne samanhengen utsett, særleg som følge av fråvær hos dei «faste legane». Fylkesmannen ser framleis med uro på risiko for svikt i deler av legevaktstenesta i fylket.

I første halvdel av 2014 skal det innførast nytt digitalt nødnett i Møre og Romsdal. Fylkesmannen vil oppmode kommunane i fylket om å vurdere legevaktstenesta si, og om ein skal samarbeide med nabokommunar for å sikre befolkninga tilgang på ei god, forsvarlig og robust legevaktsteneste.

Fylkesmannen i Møre og Romsdal har gjennom klagesaksbehandling og tilsyn med legevaktstenestene i fylket erfart at det gjennomgåande blir ytt gode, forsvarlege tenester til befolkninga. Men framleis ser vi teikn som tyder på at enkelte kommunar ikkje vil klare å oppretthalde eiga legevaktsordning. Grunnen til dette er auke i legar som enten er fritatt for vakt, eller vil bli det dei næraste åra. Legevaktstenesta taper på denne måten legar med mykje erfaring, lokalkunnskap og kompetanse innanfor «legevaktsfaget». Fylkesmannen ser med uro på dei konsekvensar dette vil kunne ha for kvaliteten i legevaktstenesta.

Forskrift om akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus



Kommunar trappar ned rusarbeidet

Opptappingsplanen for rusfeltet vart avslutta ved utgangen av 2012. Planen innebar at tilskot til kommunalt rusarbeid gjekk inn som ein del av rammetilskotet til alle kommunane i landet. Når denne ordninga no er avslutta, står vi i fare for å miste det fokuset vi har hatt på bruk av rusmiddel, både alkohol og narkotika. Nokre kommunar har vidareført arbeidet dei sette i gang i løpet av den perioden dei kunne søke tilskot, medan andre diverre har avvikla eller trappa ned sin aktivitet. Fylkesmannen har ikkje erfart at kommunar som i 2013 fekk eit auka rammetilskot og ikkje hadde hatt tilskot tidlegare, prioriterte kommunalt rusarbeid.

I juni 2012 la regjeringa fram Stortingsmelding 30 «Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk». I stortingsmeldinga er det ei tydeleg føring for eit sterkt folkehelseperspektiv i det vidare rusarbeidet i kommunane.

Eldre og klokare

Kva med alkohol?

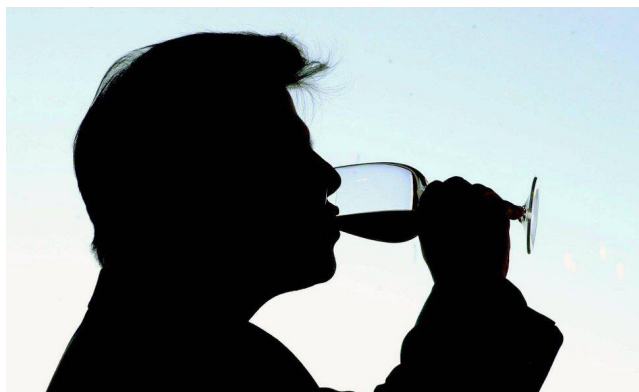
Nordmenn har eit aukande alkoholforbruk. Med eit generelt større forbruk auker og talet på dei som drikk for mykje. Mange har med seg skadelege rusvanar inn i pensjonsalderen og andre utviklar skadelege rusvanar, både alkohol og medikament, når dei som pensjonistar får betre tid.

Statistikkar viser at det er dei eldste aldersgruppene, frå 55 år og oppover, at forbruket auker mest. Eldre og skadelige rusvaner er eit tema det er satt lite fokus på i samfunnet vårt. Det er lite forskning og få publikasjoner på området. Men vi veit at mange har med seg skadelege rusvanar inn i pensjonsalderen og andre utviklar skadelege rusvanar, både alkohol og medikament, når dei som pensjonistar får betre tid.

Ny helse og omsorgslov legg vekt på at kommunane skal utvikle heilskaplege og verdige pasientforløp. Lovendringane styrkar pasientane sine rettar i kommunen og presiserer kommunen sine oppgåver. Samtidig gir lova ein større fleksibilitet i korleis oppgåvene kan organiserast. Arbeidet med eldre med dårlege rusmiddelvanar skal ikkje gjerast til ein særomsorg eller spesialitet i kommunane. Det bør vere ein integrert del av tenestetilbodet. Det er ikkje sikkert at ein treng fleire eller andre tiltak dersom dei som arbeider med eldre i kommunehelsetenesta har kompetanse til å handtere rusproblem hos eldre på ein fagleg forsvarleg måte.

Regjeringa sin strategi inneheld både regulatoriske og pedagogiske verkemiddel som saman skal fremje folkehelsa i lokalsamfunnet. I strategien er det lagt stor vekt på kommunen sitt ansvar for å drive ei ansvarleg alkoholhandtering. Her har politikarane ei viktig rolle.

Opptappingsplanen for rusfeltet var ein del av Samhandlingsreforma, som har tydeleg retning mot meir satsing på helsefremjande og førebyggjande arbeid, jfr Folkehelselova. Kommunalt rusarbeid skal sjåast i lys av dette. Når det gjeld det behandlande perspektivet i Samhandlingsreforma, må ein legge til grunn at ruslidingar gjev like rettar til tenester etter ny helse og omsorgslov som andre lidingar.



På den måten blir rusarbeidet blant eldre ein del av det heilskaplege omsorgstilbodet kommunen skal gi og byggjer opp under ein verdig alderdom og for dei som slit med rusproblem.

Kompetansesenter rus Midt-Norge (KoRus) og Fylkesmannen i Møre og Romsdal har starta eit samarbeid med fokus på eldre og rusbruk.

Hovudmålet med ei slik satsing frå KoRus og Fylkesmannen si side er å sette fokus på temaet, som vi opplever er eit tabu-belagt tema i samfunnet i dag. Det kan bevisstgjere tilsette i kommunen til å kunne gi ein enda betre og heilskapleg teneste i kommunen, i tråd med samhandlingsreforma. KoRus har utvikla ein tverrfagleg arbeidsmetode, som vil bli nytta i dette utviklingsarbeidet. Averøy, Misund og Molde har meldt seg på i 2013/2014. Fræna, Hareid, Haram og Ålesund har jobba med temaet tidlegare.

Satsinga på frisklivssentralar

Status i Møre og Romsdal

15 kommunar har fått tilskot til etablering og utvikling av frisklivssentral frå 2010 til 2013.

Samhandlingsreforma vektlegg auka helsefremmande og førebyggjande innsats og styrking av førebyggjande helseteneste i kommunane. Frisklivssentralar er eit viktig tiltak i det arbeidet. Utviklinga i helsetilstanden heng saman med ei rekke utfordringar i vår livsstil. Frisklivssentralar skal gi tilbod for personar i kommunen med behov for å endre levevanar. Det gjeld blant anna innan områda røyking, kosthald, fysisk aktivitet, overvekt, alkoholvanar og psykisk helse. 13 kommunar er godt i gang med tilbod i frisklivssentral. Det er kom

munane: Surnadal, Volda, Rindal, Giske, Molde, Skodje, Ulstein, Rauma, Eide, Fræna, Kristiansund, Sunndal og Vestnes.

I tillegg har Helsedirektoratet i 2013 gitt tilskot til prosjekt i 4 kommunar i fylket, til utvikling av tilbod til kronikargrupper innan frisklivssentralen. Det gjeld sjukdomar som kols, diabetes, overvekt m.m. Det er kommunane Fræna, Molde, Rauma og Giske som har fått tilskot til kronikargrupper.

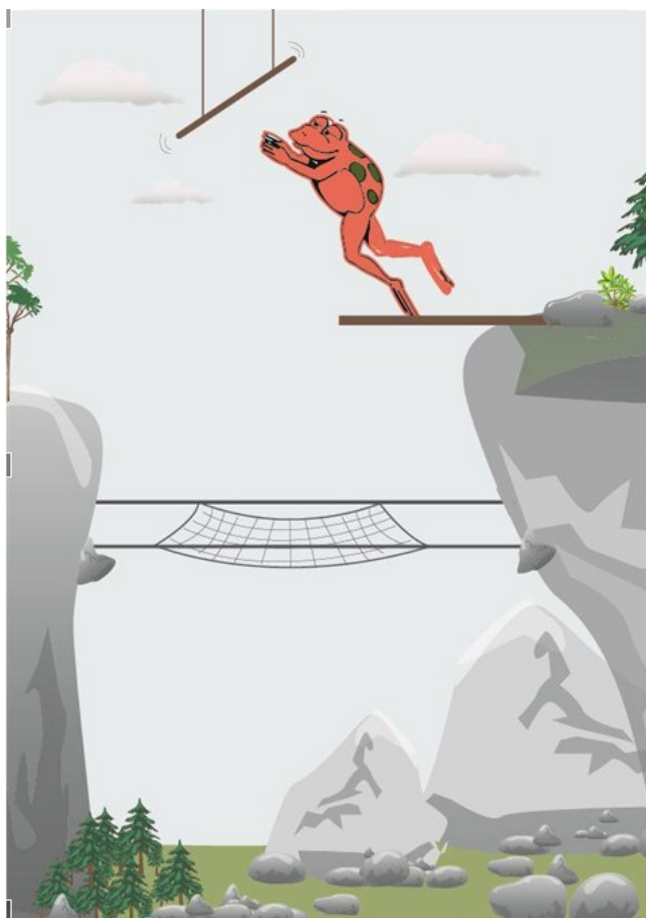


Foto: Åse Hansen

Opplæring i Lov om sosiale tenester i NAV

– det siste sikkerhetsnettet

I 2013 videreførte Fylkesmannen kurs i Lov om sosiale tenester i NAV. Nærare 400 tilsette frå NAV kontor deltok.



Nytt rundskriv til lov om sosiale tenester i NAV vart ferdigstilt i juni 2012 og oppdatert i juni 2013. Fylkesmannsembeta over heile landet fekk i oppdrag å tilby opplæring i lov, forskrift og rundskriv. Det er i utgangspunktet den einssilde kommune som har ansvar for at dei som utfører dei sosiale tenestene i NAV har den nødvendige kompetansen. Bakgrunnen for at Fylkesmannen inviterte til denne opplæringa var at rundskrivet var nytt og at tilsyn i NAV kontor viste at det var behov for ei slik kompetanseheving.

Målgruppa for opplæringa var tilsette i NAV kontor. Arbeids- og velferdsdirektoratet bestemte at opplæringa skulle gjennomførast i 2 trinn. Trinn 1 vart gjennomført i 2012 og var ei generell innføring i lova, forskriftene og rundskrivet:

Generell innføring i lov, forskrifter og rundskriv
Kort gjennomgang av lovens fem tenester:
Korleis identifisere hjelpebehov
Opphaldskommunen sitt ansvar
Sakshandsaming – arbeide med eit case

Trinn 2 som vart gjennomført i 2013 var ei fordjuping i lovas 5 tenester

- A. Kvalifiseringsprogrammet (KVP) med tilhøyrande stønad (§§ 29 – 40)
- B. Lova sitt verkeområde (§ 2) og resten av dei individuelle tenestene i kapittel 4:
 - Opplysning, råd og rettleiing (§ 17)
 - Økonomisk stønad (§§ 18 – 26)
 - Midlertidig bustad (§ 27)
 - Individuell plan (§ 28)

Vi gjennomførte 3 opplæringsdagar fordelt på 4 stader i fylket. Erfaringar frå klagesaker og tilsyn vart brukt inn i opplæringa, samt bruk av gruppearbeid/case som metode. Vi hadde godt samarbeid med NAV Møre og Romsdal både i planlegging og gjennomføring, dette sikrar NAV konteksten inn i kursa.

Kvalifiseringsprogrammet



Kvalifiseringsprogrammet er eit viktig verkemiddel i kampen mot fattigdom. Målet med programmet er å bidra til at fleire kommer i arbeid og aktivitet ved hjelp av tettare og meir forpliktande bistand og oppfølging - også i tilfelle der vegen fram kan være relativt lang og usikker.

Kven kan delta?

Personer i yrkesaktiv alder som har vesentleg nedsett arbeids- og inntektsevne og ingen eller svært lave ytingar til livsopphald kan ha rett til deltaking i programmet, jfr. § 29 i Lov om sosiale tenester i NAV. Det må gjerast ein skjønsmessig vurdering av om vedkommande vil kunne ha nytte av deltaking.

Søklar må ha gjennomgått ein obligatorisk arbeidsevnevurdering. I tillegg er det ein føresetnad at NAV kontoret kan tilby eit tilpassa program, som er hensiktsmessig og nødvendig for å styrke den einkilde sin moglegheit for å delta i arbeidslivet.

Kva inneheld programmet?

Prinsippet om individuell utforming av kvalifiserings-

programmet er grunnleggjande. Det betyr at innhaldet skal tilpassast den einkilde sine behov og føresetnad. Programmet skal innehalde arbeidsretta tiltak og søking på arbeid og kan innehalde tiltak både frå kommunen, fylkeskommunen, Arbeids- og velferdsetaten, andre statlige myndigheiter, frivillige organisasjonar og private bedrifter.

Programmet kan også innehalde andre tiltak som er med på å støtte opp under og førebu overgang til arbeid. Slike tiltak kan være motivasjons- og opplærings-tiltak, mestrings trening og liknande. Det kan også settast av tid til helsehjelp, opptrening og eigenaktivitetar. Programmet kan utformast kreativt der berre fantasien sett grenser.



... Hva deltakere med gjennomførte/planmessig avviklede KVP gikk til (januar - august 2013)



	Arbeid (heltd eller deltid, med eller uten lønns-tilskudd)	Arbeids- markeds- tiltak	Skole- gang/ut- danning	Varig inntekts- sikring (uføre- pensjon)	Midlertidig inntekts- sikring (AAP)	Økonomisk sosialhjelp	Annet/ ukjent	Antall som er oppgitt som gjennomført	Antall som er fordelt på hva de gikk til
Østfold	26 %	27 %	5 %	4 %	14 %	19 %	6 %	85	85
Akershus	38 %	11 %	5 %	0 %	12 %	19 %	15 %	221	221
Oslo	40 %	14 %	2 %	0 %	6 %	24 %	14 %	579	570
Hedmark	40 %	13 %	10 %	1 %	13 %	18 %	5 %	100	104
Oppland	39 %	9 %	5 %	4 %	12 %	23 %	9 %	55	57
Buskerud	24 %	20 %	4 %	0 %	4 %	39 %	9 %	72	70
Vestfold	32 %	6 %	4 %	1 %	18 %	26 %	12 %	97	93
Telemark	38 %	8 %	8 %	1 %	2 %	34 %	9 %	93	90
Aust-Agder	38 %	15 %	6 %	0 %	8 %	19 %	15 %	52	48
Vest-Agder	32 %	13 %	5 %	0 %	11 %	29 %	11 %	54	56
Rogaland	30 %	9 %	4 %	0 %	10 %	31 %	16 %	147	157
Hordaland	34 %	9 %	6 %	0 %	11 %	20 %	19 %	207	215
Sogn og Fjordane	28 %	17 %	3 %	0 %	14 %	21 %	17 %	28	29
Møre og Romsdal	45 %	13 %	6 %	0 %	15 %	16 %	5 %	75	80
Sør-Trøndelag	49 %	3 %	5 %	1 %	15 %	17 %	10 %	123	126
Nord-Trøndelag	37 %	4 %	11 %	4 %	19 %	15 %	11 %	21	27
Nordland	26 %	7 %	13 %	3 %	16 %	28 %	8 %	71	76
Troms	40 %	7 %	5 %	2 %	9 %	27 %	9 %	51	55
Finnmark	46 %	8 %	8 %	0 %	8 %	13 %	17 %	18	24
Landet	37 %	11 %	5 %	0,7 %	10 %	23 %	13 %	2 149	2 183

Kjelde: NAV

NAV-kontoret har ansvar for søknadsprosessen og å følge opp deltakarane og sørge for at programmet følges.

Omfang

Kvalifiseringsprogram skal være heilårig og på full tid, det vil seie 37,5 timer per veke. Kvalifiseringsprogram kan bli gitt for ein periode på inntil eit år. Etter ny vurdering kan det forlengas med eit år til. Forlenging utover to år kan gis etter særskilt vurdering.

Økonomisk støtte

Deltaking i kvalifiseringsprogram gir rett til kvalifiseringsstønning som skal sikre deltakarar ein føreseieleg og stabil økonomi. Stønningen er skattepliktig.

Kva gjekk deltakarane til i 2013 (januar – august)?

Møre og Romsdal er av dei fylka i landet som har best resultat etter endt program. Heile 45 % av dei som gjennomførte kvalifiseringsprogram kom over i arbeid (heltd eller deltid, med eller utan lønnsstilskot). Tar ein med dei som gjekk over i arbeidsmarknadstiltak og skule så stig det til 64 %. Dette er svært gode resultat målgruppa tatt i betraktning.

Opplæring og informasjon

Fylkesmannen hadde i 2013 fleire opplærings og fagda-

gar der KVP var tema og har som mål at alle med rettighet og nytte skal få eit kvalifiseringsprogram



Verdige butilhøve i sjukeheim

Ei utfordring for kommunen si saksbehandling

I 2013 har butilhøva på sjukeheim vore eit tema som media og befolkninga elles har engasjert seg mykje i. For Fylkesmannen er det i hovudsak tre område vi har hatt fokus på. Dette er venteliste/søklarliste ved søknad om sjukeheimplass, omregulering eller endring av tenestetilbodet og fleirsengsrom på sjukeheim. Gjennomgåande for alle områda er at Fylkesmannen finn manglar i saksbehandlinga og vedtaksutforminga hos kommunen.

Fleirmannsrom sjukeheim

Fylkesmannen har i 2013 behandla saker både som gjeld enkeltrom, dobbeltrom og trippelrom på sjukeheim. I all hovudsak gjeld sakene vi har behandla korttidsopphald, men i einiskilde tilhøve har pasientar budd på rom med andre over lengre tid. Desse sakene skaper stort engasjement.

Hovudregelen etter sjukeheimsforskrifta § 4-1 er at sengeromma på sjukeheim skal vere einerom. Samtidig er det ein realitet at det i periodar kan vere så stort behov for sjukeheimplassar at kommunen ikkje klarer å oppfylle dette. Reglane må sjåast i samheng med plikta kommunen har til å yte tenester. For pasientar med kortvarige vedtak om plass på sjukeheim må ein ta omsyn til at talet på personar som har behov for tenester kan variere. Det kan skje ekstraordinære hendingar som gjer at fleire unntaksvis må bu på rom saman. For bebuarar med langtidsvedtak gjer ikkje desse omsyna seg gjeldande. I tillegg er sjukeheimen heimen til dei som bur der på langtidsopphald. Omsynet til at bebuarane skal ha rett til privatliv gjer seg gjeldande i større grad under langtidsopphald. Ein må for desse krevje både at kommunen har som mål at alle skal ha einerom, og at kommunen gjer konkrete tiltak for å søke å sikre at alle får einerom.

Både for korttids- og langtidsopphald er det eit krav at tilbodet pasientane får er verdig.

Venteliste

Fylkesmannen har behandla klager som gjeld at søknad om sjukeheimplass er sendt, og søklar har fått tilbake-melding om at han er plassert på «søklarliste» eller liknande og at søknaden vil bli behandla når det er ledig plass på sjukeheim. Dette må sjåast på som ei omgving av saksbehandlingsreglane i forvaltningslova. Ein som søker om sjukeheimplass har rett på å få søknaden behandla innan rimelig tid. Å sette opp slike lister

fratek søkjaren den rettstryggleiken han har etter forvaltningslova ved at han har klagerett.

Ein søklar har rett på sjukeheimplass om kommunen finn han oppfyller krava i lova. Det er ikkje høve til å gi avslag grunngeve med at det ikkje finns sjukeheimplass i kommunen. Om det ikkje finns plass må kommunen leige plass av andre. Eit avslag skal uansett grunnngis, og det skal bli gitt informasjon om klagerett til fylkesmannen.

Omregulering/endring av tenestetilbod

Fleire kommuner omgjer sjukeheimplassane i kommunen til omsorgsbustader. Det er i utgangspunktet ikkje noko i vegen med dette når sjukeheimplassane er tomme. Når det er nokon som bur på sjukeheimen er det ikkje uproblematisk. Kommunen er i utgangspunktet bunden av sine vedtak om langtidsplass på sjukeheim.

Ei endring av vedtak til ugunst for ein borgar må gjerast etter forvaltningslova § 35. Ei slik endring er alltid eit enkeltvedtak med klagerett.

Ei omgjerung frå sjukeheimplass til omsorgsbustad må reknast som utskrivning frå sjukeheim. Ein bebuar på sjukeheim har i utgangspunktet rett på å få bli buande på sjukeheim, med det tenestetilbodet det inneber, sjølv om kommunen har vedtatt å omgjere sjukeheimen til omsorgsbustad. Det er berre om sterke faglege grunner taler for det at kommunen kan skrive vedkommande ut. Det må krevjast at kommunen før eit slikt vedtak gjer medisinske vurderingar av kvar einskilt bebuar for å vurdere om sterke faglege grunnar taler for at pasienten kan utskrivast. Det må og utformast enkeltvedtak for kvar einskilt bebuar, med opplysning om klagerett til fylkesmannen.

Oppsummering

Saker som gjeld sjukeheims plass er særst viktige for dei det gjeld. Ein må stille strenge krav til kommunen si saksbehandling i slike saker for å sikre pasientane sin rettstryggleik. Kommunane skal følgje saksbehandlingsreglane i forvaltningslova kapittel IV-V samtidig som ein

må ta omsyn til pasient og brukarrettigheitslova kapittel 3. Det vil seie at i slike saker vil ein stille strengare krav til varsling, informasjon og involvering av partane enn det som aleine følgjer av forvaltningslova.



Ei styrking av legetenesta i sjukeheim er nødvendig

Legetenesta i sjukeheim er eit fokusområde for Fylkesmannen. Vi ser at fleire kommunar ikkje når egne måltal på legar i sjukeheimstenesta. Dette kan føre til at kommunen ikkje klarer å yte forsvarlege tenester.

I 2007 blei kommunane bedt om å talfeste kor mange legetimar som kreves for å oppfylle lovkravet om fagleg forsvarlege tenester og egne krav til kvalitet på legetenesta i sjukeheim, basert på risiko- og behovsvurderingar.

I 2012 er det 11 kommunar som ikkje har nådd egne måltal. Det er bekymringsfullt, når forsvarleg legeteneste vil variere etter pasientane sine behov, kva oppgåve sjukeheimen skal dekke og korleis tenestetilbodet i kommunen for øvrig er organisert og dimensjonert. Samstundes veit ein at ei styrking av legetenesta i sjukeheim er nødvendig av fleire årsaker. For det første har bebuarane i sjukeheim ofte fleire og meir komplekse helseproblem. Det er om lag 75- 80 % av bebuarane som har kognitiv svikt eller ein demenssjukdom. Kortare liggetid på sjukehus, auka vektlegging av korttids- og rehabiliteringsopphald og styrking av palliativ behandling stiller òg større krav til medisinsk-fagleg kompetanse i sjukeheim. Etter innføringa av Samhandlingsreforma er utbygging av akutt plassar og lokalmedisinske senter viktige verkemiddel for kommunane.

Det er brei semje om at innsatsen knytt til legeårsværk i sjukeheim er for lav og mange kommunar har ei legedekning som ikkje innfrir dei krava som blir stilt til kvalitet. Det er difor framleis grunn til å ha eit sterkt fokus på utviklinga når det gjeld legetid i sjukeheimar og i pleie- og omsorgstenestene elles.

Det er etablert nettverk for sjukeheimslegar i Møre og Romsdal, eit for Nordmøre og Romsdal og eit for Sunnmøre. Kontaktpersonane er sjukeheimslegane Reidun Sveaas og Stian Endresen. Eit av formåla med nettverket er at sjukeheimslegane har eit forum der dei kan dele erfaringar, diskutere utfordringar og få fagleg påfyll. Fylkesmannen arrangerer ein årleg fagdag for nettverket for sjukeheimslegar.

Kommune	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Legetimer per uke per beboer - lokal norm 2008
Molde	0.18	0.19	0.37	0.37	0.26	0.30	0.28
Ålesund	0.51	0.39	0.41	0.55	0.55	0.53	0.68
Kristiansund	:	0.27	0.40	0.45	0.46	0.45	0.36
Vanylven	0.28	0.22	0.26	0.31	0.31	0.33	0.35
Sande (M. og R.)	0.17	0.16	0.31	0.32	0.34	0.43	0.35
Herøy (M. og R.)	0.22	0.27	0.33	0.26	0.28	0.30	0.35
Ulstein	0.22	0.31	0.52	0.22	0.27	0.66	0.23
Hareid	0.19	0.20	0.20	0.24	0.23	0.37	0.18
Volda	0.17	0.20	0.19	0.20	0.21	0.36	0.31
Ørsta	0.33	0.29	0.27	0.27	0.28	0.25	0.36
Ørskog	0.23	0.18	0.22	0.26	0.26	0.28	0.30
Norddal	0.24	0.24	0.23	0.23	0.39	0.48	0.24
Stranda	0.24	0.20	0.23	0.21	0.18	0.43	0.24
Stordal	0.21	0.38	0.46	0.43	0.67	0.47	0.26
Sykkylven	0.24	0.24	0.24	0.24	0.21	0.40	0.40
Skodje	0.24	0.34	0.27	0.29	0.33	0.26	0.34
Sula	0.24	0.36	0.62	0.54	0.54	0.42	0.32
Giske	0.23	0.24	0.22	0.23	0.27	0.97	0.24
Haram	0.24	0.29	0.25	0.37	0.38	0.41	0.62
Vestnes	0.21	0.23	0.19	0.17	0.21	0.30	0.28
Rauma	0.20	0.21	0.21	0.22	0.21	0.33	0.25
Nesset	0.20	0.20	0.20	0.28	0.21	0.28	0.19
Midsund	0.21	0.38	0.36	0.53	0.53	0.57	0.20
Sandøy	0.29	0.61	0.50	0.52	0.36	0.39	0.46
Aukra	0.17	0.20	0.24	0.20	0.20	0.29	0.26
Fræna	0.32	0.15	0.25	0.35	0.49	0.61	0.44
Eide	0.21	0.21	0.22	0.22	0.21	0.22	0.25
Averøy	0.30	0.30	0.24	0.20	0.00	0.27	0.29
Gjemnes	:	0.75	0.18	0.18	0.21	0.18	0.34
Tingvoll	0.15	0.13	0.15	0.17	0.29	0.44	0.34
Sunnadal	0.21	0.16	0.22	0.19	0.23	0.29	0.25
Surnadal	0.16	0.30	0.30	0.26	0.28	0.27	0.31
Rindal	0.18	0.19	0.19	0.19	0.18	0.18	0.18
Halsa	0.14	0.13	0.13	0.24	0.31	0.25	0.19
Smøla	0.12	0.15	0.14	0.24	0.50	0.32	0.29
Aure	0.44	0.47	0.29	0.31	0.47	0.50	0.49

Oversikt over legetimar per uke per bebuar i sjukeheim 2007-2012 og

Indikatoren viser gjennomsnittleg tal på legetimar pr. veke pr. bebuar i sjukeheim og buform med heildøgns omsorg og pleie. 0.25 timer tilsvarar 15 min. pr beboar.



Foto: Anders S korpen

Demensplan 2015

Status i Møre og Romsdal

Fylkesmannen ser ei positiv utvikling i tenestetilbodet til personar med demens, men fortsatt må kommunane arbeide systematisk for å nå måla i Demensplan 2015.

Fylkesmannen i Møre og Romsdal har utifrå den nasjonale kartlegginga om tenestetilbodet til personar med demens i 2010/2011 og eigeninitiert kartlegging i 2013, danna seg ei viss oversikt over demenstilbodet i fylket. Det var 21 av 36 kommunar (58.6%) som svarte på den siste henvendinga. Dette gir ikkje eit fullstendig bilete, men kan gi ein peikepinn på kva Fylkesmannen bør legge vekt på i arbeidet ut mot kommunane.

Det er fire område som har hovudfokus:

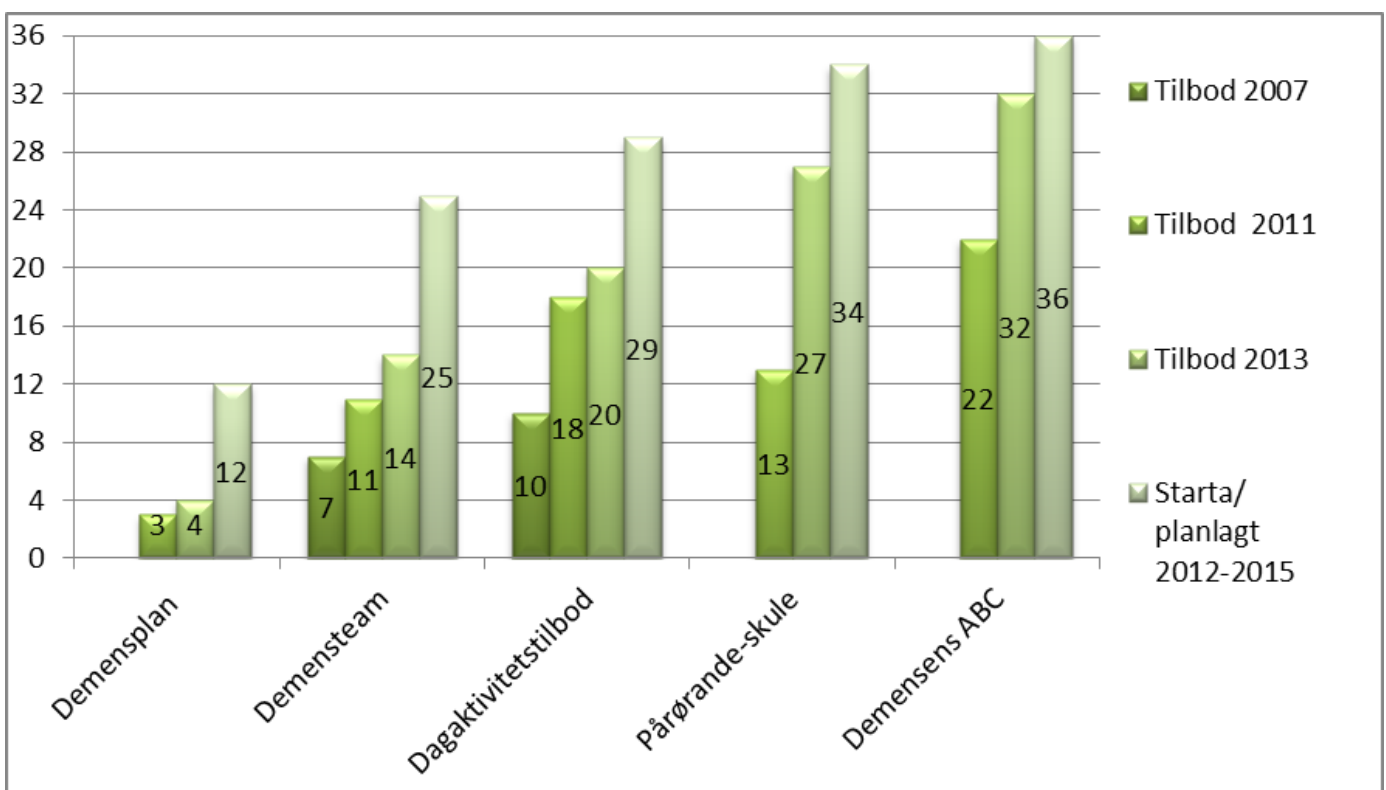
- ✦ Demensplan
- ✦ Demensteam
- ✦ Dagaktivitetstilbod
- ✦ Pårørandesatsing



fokus på tenestetilbodet tilpassa det aukande talet på personar med demens. Det er ein auke i tenestetilbodet i perioden 2007- 2013 når det gjeld talet på demensteam, dagaktivitetstilbod og pårørandesatsing. Alle 36 kommunane i fylket vil ha gjennomført *Demensens ABC* innan 2015, som er ein bedriftsintern tverrfagleg opplæring i studiegrupper.

Fylkesmannen ser ei positiv utvikling i tenestetilbodet til personar med demens, men fortsatt må kommunane arbeide systematisk for å nå måla i Demensplan 2015. Samstundes er det viktig at kommunane informerer innbyggjarane om tenestetilbodet. Kommunane bør bruke eigne nettsider som ein viktig informasjonskanal til innbyggjarane.

Det er få kommunar som har eigen demensplan. Det er ikkje eit krav, men blir anbefalt, då kommunane skal ha



Tabell over talet på kommunar med tilbod til personar med demens 2007-2013

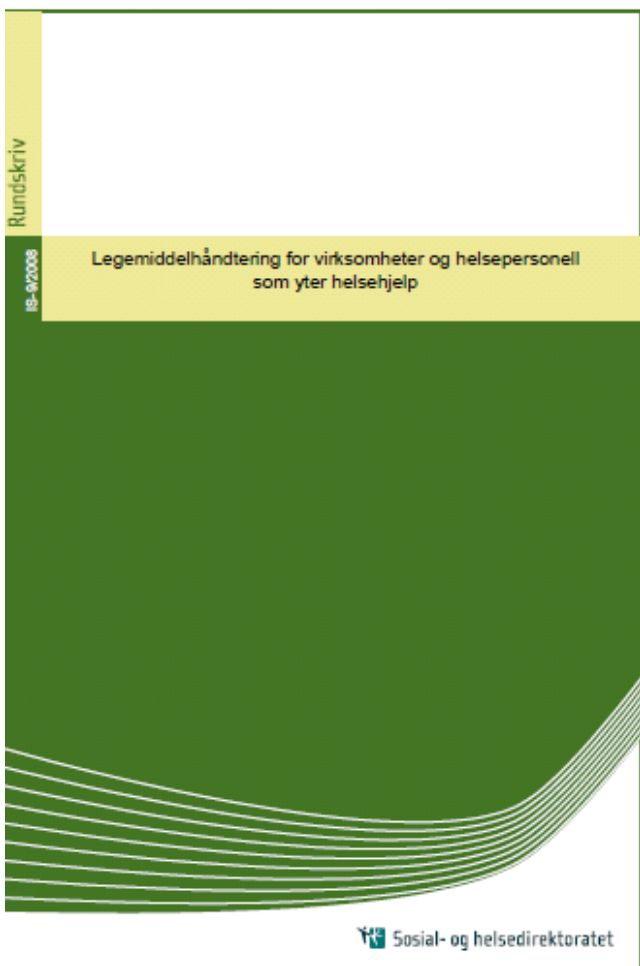
Erfaringar frå sjølvmeldingstilsynet med legemiddelhandtering

Fylkesmannen gjennomførte i 2013 tilsyn med legemiddelhandtering i heimetenesta og ved sjukeheimar i 16 kommunar. Tilsvarande tilsyn var gjennomført i dei andre kommunane i 2010 og 2011, og det var planlagt at tilsynet i dei resterande 16 kommunane skulle gjerast i 2012, men måtte utsetjast til hausten 2013. Tilsyna er pr. medio januar 2014 enno ikkje avslutta i alle kommunane.

Tilsynet vart gjennomført som sjølvmeldingstilsyn, ved at kommunane fekk tilsendt ei liste med spørsmål/utsegn der dei skulle velje svaralternativ som var i samsvar med situasjonen i eiga verksemd. Ut frå ein fasit (som dei òg fekk tilsendt) kunne dei så avgjere om dei-ra eigen praksis var i samsvar med lovkrava, og dersom det var avvik, legge fram plan for retting.

Av dei 16 kommunane var det berre 4 som gav seg sjølv godkjentstempel, i dei øvrige kommunane vart det i varierende grad funne avvik. Desse funna var for ein stor del like med funn frå dei tilsyna som vart gjennomført i dei første kommunane i 2010/2011.

Der det skorta mest, var mangel på faste rutiner for å kontrollere/revidere eigne prosedyrer for legemiddelhandtering, og fleire verksemder hadde prosedyrer som ikkje var oppdaterte. Ein annan tendens var at leiar for verksemda ikkje hadde vurdert risikotilhøve ved legemiddelhandteringa. Det kom og fram nokre døme på manglar ved systema for å handtere avviksmeldingar om legemiddelbehandling. Ved tilsynet såg vi òg at det i same kommune kunne vere skilnader på dette feltet mellom heimeteneste og sjukeheimar, der sjukeheimane gjerne kom betre ut enn heimetenesta.



Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

§ 1. Formål

Formålet med forskriften er å bidra til sikring av riktig og god legemiddelhandtering.

§ 2. Virkeområde

Forskriften gjelder virksomheters og helsepersonells handtering av legemidler når det ytes helsehjelp som definert i lov om helsepersonell § 3 tredje ledd.

Forskriften kommer ikke til anvendelse når pasienten selv har ansvaret for å håndtere legemidler, og pasienten ikke har inngått avtale som omhandler legemiddelhandtering omfattet av først ledd.

Bestemmelsen i § 5 gjelder bare kommunehelsetjenesten

§ 4. Virksomhetsleders ansvar

Virksomhetsleder er ansvarlig for at legemiddelhandtering i virksomheten utføres forsvarlig og i henhold til gjeldende lover og forskrifter.

Pasientsikkerheitskampanjen

Riktig legemiddelbruk i sjukeheim og heimetenesta

«I trygge hender» er ei treårig kampanje som skal redusere pasientskade og betre pasientsikkerheiten i Norge. I trygge hender vert gjennomført i spesialist- og primærhelsetenesta i perioden 2011–2013 på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet. Pasientskader som kan førebyggast, skal redusertast med 20 % innan utgangen av 2013, og med 50 % i løpet av fem år.

Pasientsikkerheitskampanjen har tre hovudmål:

- **redusere pasientskader**
- **bygge varige strukturar for pasientsikkerheit**
- **betre pasientsikkerheitskulturen i helsetenesta**

Spreiingsarbeidet i Møre og Romsdal

Utviklingssentra for sjukeheim gjennomførte læringsnettverket i pasientsikkerheitskampanjen «Riktig legemiddelbruk i sykehjem» i 2013. Det var 15 kommunar med 21 team som gjennomførte heile nettverket. Desse teama fekk tilskot av Kompetanseløftet, på kr. 20 000,-

Utviklingscenter for heimetenesta starta opp læringsnettverket i januar 2014 med deltakarar frå 14 kommunar.

Målsettinga for prosjektet er å spreie kampanjen til team frå heile fylket, og at desse teama får ansvar for vidare spreing.

Teama har gjort målingar, og ei samanfating av desse viser at omlag 60 % av pasientane har hatt ein strukturert legemiddelgjennomgang det siste halve året.

Eit anna mål er at det skal stå indikasjon bak alle medikamenta i medikamentlista – og målingane viser at dette auka frå 16 % til 75 % i løpet av perioden.

Tilbakemeldingar

Det kom tilbakemeldingar om at deltakarane fekk inspirasjon, at dei ser at dette er viktig arbeid for pasi-

entsikkerheita og kvaliteten i tenestene. Ein sa «Prosjektet har ført til varige endringer til bedre å ivareta pasientsikkerheten ved sykehjemmet»

I tillegg til faglege tilbakemeldingar fekk ein tilbakemeldingar om at læringsnettverket var ei god ramme rundt forbetningsarbeid. Dette har gitt inspirasjon til å nytte læringsnettverksmodellen i fleire samanhengar.

Oppfølging og vidare arbeid

Teama frå læringsnettverket «Riktig legemiddelbruk i sykehjem» har no ansvar for å vidareføre tiltaka og fortsette arbeidet med pasientsikkerheit i sin kommune.



Kjelde: Rokilde USH

Helsehjelp med tvang

Pasient- og brukarrettighetslova kapittel 4A gir helsepersonell høve til å yte helsehjelp til pasientar som motset seg hjelpa. Dette reiser utfordrande faglege og etiske dilemma, og stiller store krav til helsepersonellet si vurdering.



Foto: Marie Eide

All behandling/helsehjelp føresett eit informert samtykke frå pasienten, med mindre det er lovheimel om behandling på anna grunnlag. Dette inneber at ein for all helsehjelp må vurdere om pasienten har samtykkekompetanse i høve til den aktuelle helsehjelpa som skal bli ytt. Fylkesmannen ser stadig døme på at samtykkekompetanse ikkje blir vurdert, og at det er manglande kunnskap om desse vurderingane. Dette kan medføre at rettstryggleiken ikkje blir tilstrekkeleg ivaretatt og at pasientar i nokre høve ikkje får naudsynt helsehjelp.

Fylkesmannen i Møre og Romsdal har i 2013 gjennomført seks umeldte tilsyn hos instansar som gir tvungen helsehjelp. Ved tilsyn finn vi døme på at pasientar vert haldne tilbake i form av låst dør i sjukeheim, utan at pasientane sin samtykkekompetanse er vurdert. Det er heller ikkje fatta vedtak slik pasient- og brukarrettighetslova kapittel 4A krev. Det er også funne døme på halding under stell, skjult medisin i mat/drikke og rørslehindrande tiltak, utan at det er fatta vedtak etter pasient- og brukarrettighetslova.

I 2013 har Fylkesmannen teke imot 242 vedtak om bruk av tvang frå kommunar eller sjukehus i Møre og Romsdal. Dette er ei auke frå 2012 (2012:170 vedtak). Det er framleis kommunar vi ikkje har høyrte i frå sidan lova vart vedteken i 2009. Fylkesmannen i Møre og Romsdal har framleis grunn til å tru at området vert underrapportert og at ulovleg tvang vert utført på sjukeheimar i Møre og Romsdal. Dette også på bakgrunn av at vi ved dei fleste tilsyn har avdekket manglande samtykkevurderingar og/eller manglande vedtak.

Pasient- og brukarrettighetslova kapittel 4A

Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.

§ 4A-1. Formål

Formålet med reglene i dette kapitlet er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang.

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

§ 4A-3. Adgang til å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg

Før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitskapende tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette.

Bruk av tvang og makt overfor enkelte personar med ei psykisk utviklingshemming

Helse- og omsorgstenestelova kapittel 9 gir reglar for bruk av tvang og makt overfor enkelte personar med ei psykisk utviklingshemming, der det er naudsynt for å unngå skade og/eller der det ikkje er mogleg å unngå dette

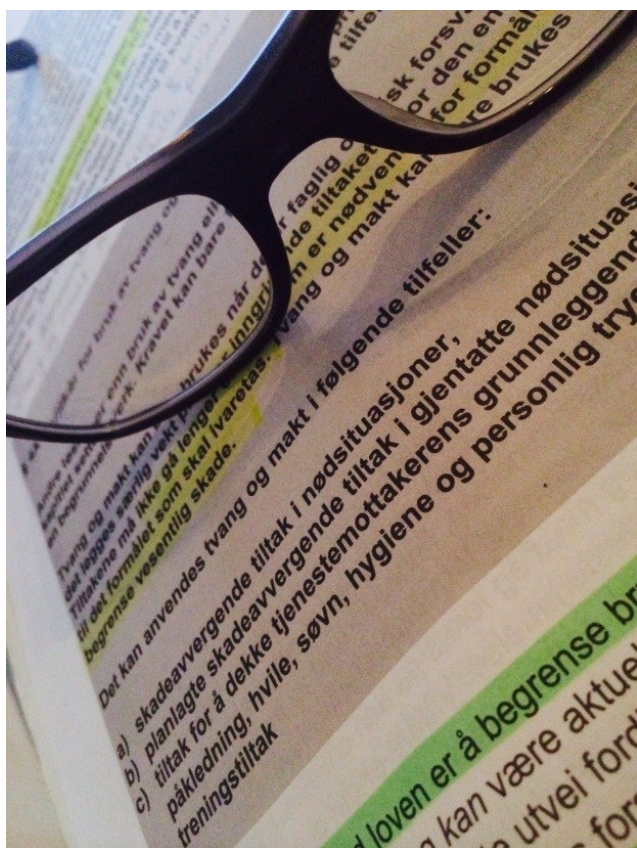


Foto: Linda R. Moe

Fylkesmannen har fleire oppgåver i samband med lovreglane om tvang og makt, og skal mellom anna overprøve kommunale vedtak om bruk av tvang og makt. Slike vedtak kan ikkje setjast i verk før dei er godkjent av fylkesmannen. Fylkesmannen er også tilsynsmynde.

Erfaring frå sakshandsaming og tilsyn på dette området dei siste åra, har vist at manglande opplæring av tilsette i gjeldande lovverk, kan føre til unødig bruk av tvang og makt. Fylkesmannen har difor i 2013 hatt eit særleg fokus på kompetanseheving og korleis kommunane sikrar tilstrekkeleg kompetanse i sine tenester til personar med ei psykisk utviklingshemming. Fleire kommunar har søkt om, og fått tilskot frå Kompetanseløftet til å styrke kunnskapen på dette området, mellom anna gjennom desentralisert Vernepleiarutdanning, e-læringskurset «Mangfold og muligheter» og særlege opplæringstiltak.

Fylkesmannen har i møte med dei overordna fagleg

ansvarlege for desse tenestene tatt opp korleis ein gjennom si styring og leiing kan sikre tilstrekkeleg kompetanse. Fylkesmannen heldt i 2013 fire kurs for kommunalt tilsette om bruk av tvang og makt etter helse- og omsorgstenestelova kapittel 9, i samarbeid med habiliteringstenestene i Helse Møre og Romsdal HF.

Fylkesmannen ser gjennom si sakshandsaming at fleire kommunar dette året har fått auka fokus på kva som etter lova reknast som bruk av tvang og makt. Auka fokus har ført til auka rettstryggleik for dei aktuelle brukarane gjennom at reglane for sakshandsaming og bruk av tvang og makt vert følgt.

I 2014 vil Fylkesmannen framleis ha fokus på området ved å invitere til nytt møte med dei overordna fagleg ansvarlege i kommunane. Det skal også arrangerast kurs om korleis kommunane kan arbeide for å unngå bruk av tvang og makt, samt korleis ein kan sikre at tiltaka er fagleg og etisk forsvarlege der det er naudsynt å nytte slike tiltak.

Tilsynsaktiviteten til fylkesmannen på dette området var i 2013 dobbelt så stor samanlikna med året før. Samstundes viser rapporteringa at det er ei auke både i høve til talet på enkeltmeldingar der det er nytta tvang og makt i ein naudsituasjon, og i høve til talet på personar med ei psykisk utviklingshemming som slike tvangstiltak vert retta mot. I 2013 overprøvde fylkesmannen 69 kommunale vedtak om bruk av tvang og makt overfor personar med ei psykisk utviklingshemming. Det vart rapportert om totalt 72 personar (mot 54 personar året før) som vart utsatt for tvangstiltak heimla i helse- og omsorgstenestelova kapittel 9. Av desse var 7 personar under 18 år.

Behandling av tilsynssaker



Foto: Anders Skorpen

I 2013 hadde Fylkesmannen 209 tilsynssaker etter helsepersonellova. 15 av disse vart sendt Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon.

I helsepersonellova kapittel 11 går det fram at Statens helsetilsyn kan gi administrative reaksjonar til personell som yter helse- og omsorgstenester dersom dei bryt lovpålagde plikter i helselovgivinga med tilhørande forskrifter.

Slike moglege administrative reaksjonar overfor helsepersonell er: skriftleg åtvaring, suspensjon eller tap av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, avgrensing av autorisasjon, og suspensjon eller tap av retten til å rekvirere legemiddel i reseptgruppe A og B. Ein slik administrativ reaksjon er *ikkje* ei straff i straffelova sin forstand. Gjennom administrative reaksjonar skal tilsynet bidra til at helsepersonell yter helse- og omsorgstenester i tråd med helselovgivinga, og slik medverke til god kvalitet og tillit til helsetenesta. Administrative reaksjonar har derfor ikkje straffeformål, men skal nyttast i dei tilfella der det vert vurdert nødvendig for å beskytte noverande og framtidige pasientar ved å korrigere helsepersonellet si yrkesutøving.

I 2013 hadde Fylkesmannen 209 tilsynssaker. Av desse vart 85 sendt til lokal avklaring som inneber at saka blir sendt til involvert helsepersonell, slik at saka kan løysast på minneleg måte. Desse sakene er oftast av mindre alvorleg karakter. I 124 saker vart det gjort ei tilsynsmessig vurdering av dei aktuelle helse- og/eller

omsorgstenestene som var gitt. I over halvparten av sakene vart det ikkje funne noko brot på helselovgivinga og i ca. ein tredjedel vart det gitt rettleiing til involvert helsepersonell.

Som det framgår innleiingsvis er det Statens helsetilsyn som kan ilegge helsepersonell slike administrative reaksjonar. I saker av meir alvorleg karakter, der det har vore lovbrøt, vil Fylkesmannen ofte sende saka til Statens helsetilsyn for vurdering av slik administrativ reaksjon. I 2013 vart 15 saker oversendt Statens helsetilsyn. Saker med legar utgjer hovudmengda av saker som vart oversendt, og dette gjeld særleg legevaktslegar (9 saker).

KORT OM

Klagesaker etter lov om sosiale tjenester i NAV.

Talet på klagesaker held seg stabilt.

Det kom inn 98 klagesaker etter sosialtenestelova i NAV i 2013, og 86 er avslutta i 2013. 83% av sakene er behandla innan 3 månader.

Vedtaket i 72 saker (84%) vart stadfesta og 14 vedtak (16 %) vart endra eller oppheva.

I tillegg har vi hatt nokre tilsynssaker, mellom anna 2 på slutten av året der problemstillinga var stenging av straum. Desse sakene var under behandling ved årsskiftet.

År	2010	2011	2012	2013
Saker				
Mottekne	108	99	85	98
Avslutta	98	117	83	86

Delen av tilsette med helse- og sosialfagleg utdanning aukar

Den samla delen av personell i brukarretta pleie- og omsorgsteneste med relevant utdanning har ein svak auke frå 2007 til 2012, frå 73, 3 prosent til 75 prosent .

Tala for Møre og Romsdal ligg 1,2 prosent over landsgjennomsnittet. Det er store forskjellar kommunane imellom. Tingvoll kommune har 84,9 prosent andel årsverk med relevant utdanning og lågast ligg Sande kommune med 61,9 prosent.

Det er eit mål for Kompetanseløftet 2015 i vårt fylke, at 90 prosent av dei tilsette i brukarretta pleie- og omsorgsteneste skal ha helse- og sosialfagleg utdanning. Det er eit ambisiøst mål, som krev felles initiativ frå både utdanningsinstitusjonar og kommunane

Del av årsverk i brukarretta tenester m/ fagutdanning i prosent

Kommuner	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Molde	80	77	76	71	72	72
Ålesund	72	73	75	75	73	75
Kristiansund	:	76	79	80	79	78
Vanylven	78	80	74	79	80	77
Sande (M. og R.)	69	64	67	64	62	62
Herøy (M. og R.)	70	70	71	73	72	82
Ulstein	63	65	62	62	65	69
Hareid	78	76	83	83	82	80
Volda	77	78	76	75	75	77
Ørsta	77	80	79	79	76	76
Ørskog	73	73	75	78	79	79
Norddal	62	59	65	71	73	79
Stranda	54	55	64	64	63	66
Stordal	72	68	73	71	72	76
Sykkylven	74	74	76	72	74	76
Skodje	64	67	63	64	67	65
Sula	74	74	74	72	73	74
Giske	72	72	72	73	75	78
Haram	70	73	73	73	73	74
Vestnes	67	68	70	69	70	67
Rauma	81	81	81	84	77	75
Neset	76	77	75	81	78	84
Midsund	61	65	63	63	66	69
Sandøy	70	66	73	75	76	76
Aukra	71	72	70	71	67	71
Fræna	70	72	72	74	77	77
Eide	79	81	78	74	75	72
Averøy	75	81	82	83	79	83
Gjemnes	72	75	77	71	69	69
Tingvoll	76	74	82	79	82	84
Sunndal	80	79	78	79	84	81
Surnadal	70	68	72	73	71	70
Rindal	79	82	79	82	80	74
Halsa	79	78	76	76	77	75
Smøla	78	81	80	76	73	78
Aure	78	79	79	81	82	82

Mange seniorar gir behov for nyrekruttering

Kommunane i Møre og Romsdal samla sett har ein større del tilsette over 55 år i pleie – og omsorgstenesta enn gjenomsnittet for landet. Møre og Romsdal har 27,2 prosent over 55 år, ein auke på 0,6 prosent frå 2011. I 2007 var det 22,4 prosent som var 55 år og eldre, altså ein auke på 4,8 prosent. Den store andelen eldre arbeidstakarar inneber eit stort behov for nyrekruttering til yrka. Det viser at kommunane i Møre og Romsdal har ei særstør utfordring i å sikre tilstrekkeleg tilgang på personell med nødvendig kompetanse til oppgåvene i kommunane.

Andel årsverk utført av ansatte, 55 år og eldre	2007	2010	2011	2012
1502 Molde	18,7 %	22,1 %	23,3 %	23,9 %
1504 Ålesund	20,0 %	23,1 %	24,1 %	23,4 %
1505 Kristiansund	18,3 %	24,0 %	25,5 %	27,2 %
1511 Vanylven	27,5 %	36,3 %	38,2 %	34,6 %
1514 Sande	30,0 %	38,0 %	37,3 %	33,9 %
1515 Herøy	22,7 %	22,2 %	24,0 %	24,4 %
1516 Ulstein	19,2 %	20,4 %	23,3 %	28,1 %
1517 Hareid	29,4 %	26,0 %	31,7 %	34,0 %
1519 Volda	20,8 %	21,3 %	21,5 %	19,4 %
1520 Ørsta	21,6 %	24,6 %	25,8 %	28,3 %
1523 Ørskog	38,4 %	41,0 %	44,0 %	45,3 %
1524 Norddal	25,9 %	33,7 %	33,3 %	37,5 %
1525 Stranda	27,5 %	33,3 %	30,6 %	30,8 %
1526 Stordal	23,3 %	23,5 %	27,0 %	25,6 %
1528 Sykkylven	21,2 %	22,0 %	25,8 %	27,3 %
1529 Skodje	21,3 %	22,8 %	24,1 %	27,2 %
1531 Sula	19,8 %	20,0 %	21,3 %	23,3 %
1532 Giske	22,2 %	20,6 %	21,6 %	24,5 %
1534 Haram	23,5 %	31,4 %	30,8 %	32,6 %
1535 Vestnes	28,2 %	34,3 %	35,5 %	31,8 %
1539 Rauma	22,0 %	24,7 %	27,9 %	27,6 %
1543 Nesset	29,6 %	29,4 %	27,6 %	28,1 %
1545 Midsund	23,0 %	27,8 %	31,2 %	30,6 %
1546 Sandøy	21,4 %	32,7 %	33,3 %	34,8 %
1547 Aukra	25,0 %	33,3 %	33,0 %	32,9 %
1548 Fræna	25,0 %	28,0 %	30,0 %	30,0 %
1551 Eide	22,4 %	33,0 %	30,8 %	31,5 %
1554 Averøy	21,8 %	23,7 %	27,7 %	28,3 %
1557 Gjemnes	31,0 %	31,6 %	33,7 %	39,5 %
1560 Tingvoll	27,1 %	27,5 %	29,2 %	30,7 %
1563 Sunndal	19,9 %	19,9 %	20,8 %	21,6 %
1566 Surnadal	22,7 %	22,3 %	21,6 %	24,3 %
1567 Rindal	25,9 %	24,1 %	23,9 %	22,3 %
1571 Halså	17,9 %	23,2 %	23,7 %	28,3 %
1573 Smøla	24,1 %	30,3 %	34,6 %	31,7 %
1576 Aure	25,0 %	31,4 %	30,6 %	36,3 %
Samlet Møre og Romsdal	22,4 %	25,4 %	26,6 %	27,2 %
SAMLET LANDET	20,0 %	22,1 %	22,9 %	23,2 %

Separasjon og skilsmisse

År	Separasjon	Skilsmisse	Ekteskap inng. (Mannens bostedsadr)
2013	573	427	Tala er ikkje tilgjengelege
2012	520	455	1104
2011	476	438	1045
2010	573	448	1077

Fylkesmannen i Møre og Romsdal behandlar separasjon- og skilsmisселøyve etter ekteskapslova:

Tal på løyve for åra 2010-2013:

Arbeidsgruppe for årsmeldinga:

Guro S. Hollingsholm

Greta Irene Hanset

Kjell Iversen

Marie Eide

Anders Skorpen

Fylkesmannen i Møre og Romsdal

Fylkeshuset

6404 Molde

71 25 84 43

fmmrpostmottak@fylkesmannen.no