

IS-1/2008
NASJONALE MÅL, HOVEDPRIORITERINGER
OG TILSKUDD FOR 2008

FELLESRUNDSKRIV TIL
KOMMUNENE, FYLKESMENNENE,
DE REGIONALE HELSEFORETAK OG FYLKESKOMMUNENE
FRA SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATET

NASJONALE MÅL, HOVEDPRIORITERINGER OG TILSKUDD 2008..... 5

1. Innledning	5
1.1 Kommunene	5
1.2 Fylkesmannen	6
1.3 Regionale helseforetak	6
1.4 Fylkeskommunene	6
1.5 Direktoratets ansvar, roller og forventninger	7
1.6 Visjon og hovedfokus	8
1.7 Overordnede prioriteringer for 2008.....	8
2. Mål og prioriteringer etter virksomhetsområde	11
2.1 Folkehelse	11
2.2 Levekår	14
2.3 Sosiale tjenester	15
2.4 Primærhelsetjenester	18
2.5 Spesialisthelsetjenester	22
2.6 Rus	25
2.7 Psykisk helse	28
2.8 Omsorgstjenesten	32
2.9 Habilitering og rehabilitering.....	36
3. Tverrgående satsninger	38
3.1 Kvalitet og prioritering	38
3.2 Samhandling	39
3.3 Helse- og sosialberedskap	41
3.4 Finansieringsordninger	42
3.5 Personell og kompetanse	42
3.6 Pasientsikkerhet	43
3.7 InnoMed	44
3.8 Pasientrettighetslovens § 4 A	44
3.9 Minoriteter	44
4. Økonomiske rammer.....	45
4.1 Tilskudd til Fylkesmannen i 2008.....	45
4.2 Tilskudd til kommunene i 2008	45
4.3 Tilskudd til fylkeskommunene i 2008	48
5. Administrative prioriteringer	50
6. Samhandlingsdialog	50
6.1 Kommuner.....	50
6.2 Fylkesmannen.....	50
6.3 Regionale helseforetak	50
6.4 Fylkeskommuner	50

NASJONALE MÅL, HOVEDPRIORITERINGER OG TILSKUDD 2008

Rundskriv fra Sosial- og helsedirektoratet til kommunene, fylkesmennene, regionale helseforetak, og fylkeskommunene

1. Innledning

Rundskrivet er utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Fellesrundskrivet er forutsatt å erstatte følgende tidligere rundskriv fra Sosial- og helsedirektoratet:

- Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2007 til kommunene (IS-1/2007)
- Nasjonal myndighetsstyring, mål, faglige rammer, forventninger og tilskudd/vilkår for tilskudd til de regionale helseforetakene (IS-2/2007)
- Nasjonale mål og tilskudd til fylkeskommunene (IS-3/2007)
- Deler av fullmaktsbrevet. Eget fullmaktsbrev med tilskuddsmidler vil bli sendt straks formell godkjenning foreligger.

Direktoratet ønsker å videreformidle på en tydeligere måte hovedprioriteringer i Regjeringens satsingsområder (St.prp. nr 1 2007-2008), departementenes tildelingsbrev for 2008 til Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonal helseplan (2007-2010).

Fellesrundskrivet er ment å ivareta Statens økonomiregelverk og Riksrevisjonens merknader når det gjelder sporbarhet mellom vedtak i Stortinget og sluttbruker.

Tidligere har ovennevnte fire rundskriv hatt en hovedmottaker, mens de andre målgruppene har vært kopister. I fellesrundskrivet er alle målgruppene hovedmottaker, og mottakerne vil være fullt informert om direktoratets informasjon til de øvrige.

1.1 Kommunene

Kommunehelsetjenestelovens § 1-1 og Sosialtjenesteloven § 1-1 angir kommunenes ansvar på henholdsvis helse- og sosialområdet. Kommunen skal sikre innbyggerne nødvendig helse- og sosialhjelp, være pådriver overfor andre sektorer og medvirke til helsefremmende og forebyggende arbeid. Videre skal kommunen fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd, likestilling og forebygge sosiale problemer. Et overordnet mål for kommunene er å iverksette tiltak som kan bidra til en bedre målretting av velferdsordningene.

Gjennom pleie- og omsorgstjenesten skal kommunene sikre at alle som har behov for pleie og omsorg gis trygghet for nødvendige og individuelle tilpassede tjenester. Det er et mål at utbygging av tjenestene ivaretar hensyn til både kapasitet og kvalitet. De kommunale tjenestene er utgangspunktet og grunnlaget for den samlede helse- og sosialtjenesten. Lokaldemokrati, nærhet og lokalkunnskap gir de beste mulighetene for å få et individuelt tilpasset tjenestetilbud og sterk brukerinnflytelse. Lokal forankring legger også et bedre

grunnlag for forebyggende tiltak og et tett samspill med familie og pårørende, der tjenestetilbudet ses i nær sammenheng med utviklingen av et levende lokalsamfunn.

Departementene forutsetter at kommunene planlegger sine helse- og sosialtjenester etter kommuneplanbestemmelsene i plan- og bygningsloven og etter bestemmelsene om økonomiplan og årsbudsjett i kommuneloven. Fellesrundskrivet er departementenes og direktoratets formelle rundskriv til kommunene for 2008.

Dette fellesrundskrivet er ikke uttømmende, og det vises til tidligere års rundskriv til kommunene (Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd – IS-1/200X) som beskriver tidligere vedtatte ordninger. Videre vises det til aktuelle dokumenter som kan bidra med ytterligere opplysninger om Stortingets vedtatte ordninger og meldinger.

I fellesrundskrivet omtales kun tilskudd som kommunene og fylkeskommunene kan søke direktoratet direkte om. Når det gjelder andre tilskudd som Fylkesmannen disponerer på vegne av Sosial- og helsedirektoratet, er det Fylkesmannen som gir informasjon på oppdrag fra direktoratet.

1.2 Fylkesmannen

Fylkesmannen representerer direktoratet på sosial- og helseområdet. For kommunene vil fylkesmannen være den naturlige samarbeidspartneren i arbeidet med å iverksette nasjonal politikk. Direktoratet vil gjennom Fylkesmannen få tilbakemeldinger fra kommunene om viktige områder innen helse- og sosialfeltet. Tilbakemeldingene vil direktoratet bringe videre til Stortinget gjennom de departement direktoratet har nasjonale oppgaver for.

I det årlige embetsoppdraget fra Fornyings- og administrasjonsdepartementet er arbeidsoppgavene for 2008 fra Sosial- og helsedirektoratet spesifisert. Fellesrundskrivet er et supplement til direktoratets fullmaktsbrev og embetsoppdrag.

1.3 Regionale helseforetak

Dette rundskrivet supplerer Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) oppdragsdokument.

1.4 Fylkeskommunene

Fellesrundskrivet er departementenes og direktoratets formelle rundskriv til fylkeskommunene for 2008.

Vi viser for øvrig til fellesrundskrivets kapittel 1.5 - Direktoratets ansvar, forventninger og roller når det gjelder de ulike målgruppene.

1.5 Direktoratets ansvar, roller og forventninger

1.5.1 Kommunene

Direktoratet understøtter fylkesmannens forvaltnings- og veiledningsarbeid overfor kommunene.

Kommunene forventes å fokusere på Regjeringens viktigste satsingsområder innen sosial- og helseområdet slik disse er omtalt i fellesrundskrivet. Beskrivelsene bygger på statsbudsjettet for 2008 og på Nasjonal helseplan 2007-2010. Kommunene bør særlig arbeide for bedre kvalitet i tjenestene, reduserte forskjeller i helse og levekår, bedre sosial inkludering og fremme faktorer som gir god helse i befolkningen.

Det vises for øvrig til ulike samarbeidsavtaler som er inngått mellom KS- (kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon) og Regjeringen.

1.5.2 Fylkesmannen

Direktoratet har ansvar for å legge til rette for og understøtte regional stats forvaltning. Videre skal direktoratet holde departementene godt orientert om fylkesmannens arbeid og utvikling i kommunene.

Fylkesmannen skal på vegne av direktoratet drive rådgivning og oppfølging av nasjonale satsninger mot kommunene, fylkeskommunene, helseforetakene, frivillige organisasjoner og befolkningen for øvrig. Videre har fylkesmannen et "følge-med" ansvar.

1.5.3 Regionale helseforetak

De regionale helseforetak (RHF) skal bidra til måloppnåelse av nasjonal politikk på de områder Sosial- og helsedirektoratet er delegert nasjonalt ansvar for.

Forventninger til de regionale helseforetakene varierer i forhold til de ulike roller direktoratet har. Som fagdirektorat er det behov for bistand i arbeidet med å følge med i helsemessige forhold og i arbeidet med å samle kunnskap og erfaringer for å kunne opptre nasjonalt normerende i faglige spørsmål. I rollen som iverksetter av helsepolitikken forventer direktoratet at de regionale helseforetakene sørger for implementering av vedtatte tiltak, retningslinjer og handlingsplaner.

1.5.4 Fylkeskommunene

Fylkeskommunene skal bidra til måloppnåelse av nasjonal politikk på de områder Sosial- og helsedirektoratet er delegert nasjonalt ansvar for. Dette gjelder oppgaver knyttet til utdanning av sosial- og helsepersonell, tannhelsetjenesten, universell utforming og lokalt folkehelsearbeid.

1.6 Visjon og hovedfokus

Sosial- og helsedirektoratets visjon er: "Sosial trygghet og god helse for hele befolkningen".

Direktoratet skal ha følgende hovedfokus i arbeidet:

Bedre kvalitet i sosial- og helsetjenesten

Dette betyr systematisk arbeid for at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukere og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte, og ta i bruk den best tilgjengelige kunnskapen. Riktig prioritering av tjenester, pasienter og brukere er en grunnleggende forutsetning for god samlet sosial- og helsetjeneste. Helse- og sosialtjenestene skal være tilpasset mangfoldet i befolkningen når det gjelder kjønn, språk, etnisitet, kultur, funksjonsevne, religion m.v. God og målrettet informasjon og rettigheter og plikter er nødvendig for å sikre at alle får muligheter til å motta likeverdige tjenester. Bruk av tolk og tilrettelagt informasjonsmateriale er en forutsetning for å kunne yte gode tjenester.

Redusere forskjellene i helse og levekår

Dette betyr systematisk arbeid for å bidra til bedre fordeling av helse og levekår i befolkningen. Spesiell oppmerksomhet rettes mot sosial ulikhet, situasjonen til personer med funksjonsnedsettelse og geografiske forskjeller. Dette innebærer også å arbeide for at tjenestene skal være tilgjengelige for alle og rettferdig fordelt.

Fremme faktorer som gir god helse i befolkningen

Folkehelsearbeidet handler om å påvirke og bidra til jevnere sosial fordeling av de faktorene som har betydning for befolkningens helse, jf. St.prp. nr. 1 (2007 – 2008).

Bedre grunnlaget for sosial inkludering for alle

Dette betyr systematisk arbeid for å fremme likestilling, tilgjengelighet og deltakelse for alle i samfunnet, og oppnås gjennom universell utforming, nødvendig inntektssikring og rehabilitering for mestring av dagliglivets aktiviteter, deltakelse i utdanning, arbeid, kultur og samfunnsliv.

1.7 Overordnede prioriteringer for 2008

1.7.1 Nasjonal helseplan 2007 – 2010

Sosial- og helsedirektoratet skal prioritere mål og innretning slik det er skissert i nasjonal helseplan. Det vises for øvrig til Sosial- og helsedirektoratets rapport "Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren for 2007" og utviklingstrekkrapporten for 2008 som legges frem i mai.

Gjennom Nasjonal helseplan (2007-2010) er det fastsatt seks bærebjelker eller kjennetegn for hele helsetjenestene framover. Disse er helhet og samhandling, nærhet og trygghet, styrket brukerrolle, demokrati og legitimitet, faglighet og kvalitet, arbeid og helse. Nasjonal helseplan trekker opp strategiske hovedlinjer for utviklingsarbeidet på disse områdene og angir også viktige tiltak som skal gjennomføres i planperioden. Det forutsettes at dette legges til grunn i arbeidet.

1.7.2 Regjeringens viktigste budsjettmessige satsninger for 2008 innen Sosial- og helsedirektoratets ansvarsområder

Helse og omsorgsdepartementets område

- Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)
- Omsorgsplan 2015
- Opptrappingsplan for rusfeltet
- Kompetanse i tannhelsetjenesten, jfr. St.meld. nr. 35 (2006–2007) om framtidens tannhelsetjeneste

Arbeids- og inkluderingsdepartementets område

- Ny arbeids- og velferdsforvaltning
- Handlingsplan mot fattigdom
- Kvalifiseringsprogrammet og – kvalifiseringsstøtten, jf kap 5A i Lov om sosiale tjenester trådt i kraft 01.11. 2007
- Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen

Barne- og likestillingsdepartementets område

- Tiltak for personer med nedsatt funksjonsevne

Kommunal- og regionaldepartementets område

- Tilskudd til ressurskrevende tjenester

For mer informasjon vises det til St.prp. nr. 1 (2007-2008) fra ovennevnte departement.

1.7.3 Departementenes overordnede prioriteringer for direktoratet for 2008

1.7.3.1 Som fagorgan

- Direktoratet skal sikre at faglige råd er understøttet av tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon og at det i utarbeidelse av faglige råd er gjennomført gode prosesser inn mot sentrale aktører (brukere, fag- og forskningsmiljøer m.fl.)
- Direktoratet skal utvikle gode modeller for brukermedvirkning i faglige prosesser
- Direktoratet skal utvikle en helhetlig tenkning rundt sin rolle som faglig normerende organ innenfor rettslige rammer
- Direktoratet skal utvikle en helhetlig tenkning som understøtter rollen som nasjonal koordinator mellom ulike ansvarsbærende aktører på utvalgte områder (kreft, diabetes og kols).
- Direktoratet skal bidra aktivt i internasjonalt arbeid på sosial- og helseområdet. Arbeidet for direktoratets visjon om Sosial trygghet og god helse for hele befolkningen krever at en ser utover landegrensene og ser sosial trygghet og helse i globalt perspektiv

1.7.3.2 Som forvaltningsorgan

- Direktoratet skal arbeide for å effektivisere og forbedre egen saksbehandling
- Direktoratet skal i samarbeid med departementet arbeide for å utforme tilskuddsordninger slik at disse i større grad bidrar til å oppfylle overordnede prioriteringer og mål
- Direktoratet skal videreutvikle sitt interne styrings- og kontrollsystem
- Direktoratet skal styrke sin rolle som kompetanseorgan innen helse- og sosiallovgivningen overfor departement, fylkesmenn m.fl.
-

1.7.3.3 Som iverksetter av politikk

- Direktoratet skal særlig prioritere arbeidet med sosial ulikhet i helse
- Direktoratet skal prioritere arbeid med sikte på økt bruk og utbytte av individuell plan som verktøy
- Direktoratet skal prioritere arbeidet med å understøtte implementering av kvalitetsstrategien i helse- og sosialtjenesten
- Direktoratet skal prioritere arbeidet med implementering og gjennomføring av Omsorgsplan 2015 i helse- og sosialtjenesten
- Direktoratet skal styrke samarbeidet med Arbeids- og velferdsdirektoratet for å sikre at NAV-reformen og helserefusjonsprosjektet blir en suksess, herunder forberede og klargjøre overføringen av forvaltningsområdet helserefusjon til Sosial- og helsedirektoratet gjennom et mottaksprosjekt. Direktoratet bør også videreutvikle sin bestiller- og brukerrolle når det gjelder IKT-systemene i Arbeids- og velferdsetaten som benyttes på helserefusjonsområdet
- Direktoratet skal prioritere arbeidet med gjennomføring av kvalifiseringsprogrammet for utsatte grupper.
- Direktoratet skal prioritere arbeidet med innføring av elektroniske resepter og et nasjonalt meldingsløft for å realisere elektronisk samhandling
- Direktoratet skal intensivere arbeidet med finansieringsordningene med spesiell fokus på helserefusjonsområdet

2. Mål og prioriteringer etter virksomhetsområde

2.1 Folkehelse

Folkehelsearbeidet er den samlede innsatsen for å påvirke det som fremmer og vedlikeholder befolkningens helse. Målet er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet og reduserte helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. Hovedstrategien for det lokale folkehelsearbeidet er å oppnå god forankring i kommune- og fylkesplan, godt kunnskapsgrunnlag og bred mobilisering. Viktige nasjonale virkemidler er Helse i plan, Kommunehelseprofiler og partnerskap for folkehelse. Realiseringen av denne strategien krever et nært samarbeid mellom fylkesmann, fylkeskommune, regionale helseforetak og kommunene.

Det vises generelt til Stortingsmelding nr 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å redusere sosiale ulikheter i helse. Det vises også til nasjonale strategi-/handlings- og opptrappingsplaner blant annet innen fysisk aktivitet, kosthold/ernæring, tobakk, rus, psykisk helse, skader og ulykker, astma, allergi og overfølsomhetssykdommer, uønsket svangerskap og abort og HIV og seksuelt overførbare sykdommer.

2.1.1 Informasjon til kommunene

St. meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale forskjeller viderefører Folkehelsemeldingens, jf. St. meld. nr. 16 (2002-2003), føringer for at arbeidet skal utvikles innenfor rammen av plan- og bygningsloven. Der er det kommunale plansystemet verktøy for tverrsektorielt samarbeid og for samordning av innsats.

- Kommunene bes bidra i arbeidet for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helse, bl.a. gjennom kommunal planlegging og i utvikling av kommunesamfunnet
- Den tverrfaglige og nivåovergripende fylkes- og kommuneplanleggingen er et velegnet redskap til å ta opp folkehelsespørsmål som krever bred tilnærming
- Direktoratet ser det som viktig at kommunene etablerer lokale partnerskap og gjennom dette etablerer brede samarbeidsarena for tverrsektorielt folkehelsearbeid der også frivillig sektor involveres
- I arbeidet mot barn og unge er det særlig viktig å se tiltakene som en integrert del av barnehagenes og skolenes virksomhet
- Kommunene ved sin helsetjeneste forventes å ha oversikt over helsetilstand og faktorer som virker inn på denne, og å være pådriver i et tverrsektorielt innrettet arbeid.
- Direktoratet anbefaler at lavterskeltilbud knyttet til hjelp til røykeslutt, FYSAK, grønn resept, treningskontakter og aktiv på dagtid bør være en integrert del av kommunenes tilbud innen forebygging, behandling og rehabilitering. Det kan ses i sammenheng med utvikling av NAV og kommunale lærings- og mestringstilbud
- Direktoratet ser det som viktig at kommunene følger opp ordninger for å fremme økt frukt og grønt i skolen

- Helsestasjon- og skolehelsetjenesten oppfordres til å opprette ungdomsgrupper og foreldregrupper mv i berørte miljøer hvor kjønnslemlestelse praktiseres, jf handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008 – 2011, tiltak 23.
- Direktoratet anmoder kommunene om bistand til at målene i de nasjonale strategiene innenfor kreft, diabetes og KOLS-området oppfylles

Det vises til anbefalingene og prinsippene for kvalitetsforbedringsarbeid som er nedfelt i kvalitetsstrategien i alt folkehelsearbeid.

2.1.2 Informasjon til fylkesmannen

Fylkesmannen skal arbeide på en systematisk og dokumenterbar måte med å styrke kunnskapsgrunnlaget regionalt og lokalt om sosiale helseforskjeller og integrere denne kunnskapen i sin rådgivning mot kommuner, fylkeskommuner, helseforetak, frivillige organisasjoner og NAV. Fylkesmannen skal i vurdering av planer mv. vurdere om helsemessige forhold er tilfredsstillende ivaretatt. Helsefremmende tiltak knyttet til levevaner skal integreres i kompetanseplanen for NAV.

Fylkesmannen skal veilede kommunene i implementering av tiltak som fremmer gode levevaner i befolkningen med utgangspunkt i nasjonal strategi for tobakkforebyggende arbeid og handlingsplanene for fysisk aktivitet og bedre kosthold, og forebygging av uønskede svangerskap og abort. Fylkesmannen skal videre bistå i oppfølgingen av satsinger på miljø og helseområdet, blant annet relatert til gjennomgangen av miljørettet helsevern.

Fylkesmannen skal delta i regionale partnerskap for folkehelse i samarbeid med fylkeskommunen, utdannings- og forskningsinstitusjoner, frivillige organisasjoner, m.fl.. Fylkesmannen har et særlig ansvar for å formidle statlig politikk og samordne politikk med innvirkning på folkehelsen, bidra med kunnskap om helsetilstand, påvirkningsfaktorer og effektive tiltak for å fremme både den psykiske og fysiske helsen.

Fylkesmennene skal gjennomføre kurs og seminarer for kompetanseheving av helsepersonell, og stimulere til tiltak i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten for å forebygge kjønnslemlestelse, jf handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011, tiltak 16 og tiltak 23.

2.1.3 Informasjon til regionale helseforetak

Veiledning blant annet om fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt er en viktig del av spesialisthelsetjenestens individrettede sekundærforebygging. Slik informasjon må også være integrert i opplæringstilbudene til lærings- og mestringssentrene. Opplærings- og aktivitetstilbud bør også knyttes til lokale tiltak i kommunene.

Veiledningsplikten som spesialisthelsetjenesten er pålagt overfor kommunehelsetjenesten, skal ta utgangspunkt i kommunehelsetjenestens behov. Men spesialisthelsetjenesten, inkludert spesialisert tverrfaglig behandling, skal også på eget initiativ gi veiledning og råd om spesielle forhold det er nødvendig å formidle informasjon, råd og veilede om.

Det vises til initiativ fra fylkeskommunene om å inngå et forpliktende samarbeid om partnerskap for folkehelse.

De regionale helseforetakene skal bidra til samhandlingsrutiner mellom helsetjenestenivåene for å sikre best mulig helsehjelp før og etter fødsel samt bidra til at sykehus og poliklinikker skal drive aktiv informasjon overfor foreldre om helsemessige konsekvenser ved og forbud mot kjønnslemlestelse, samt søke å avverge at jenter blir utsatt for kjønnslemlestelse.

2.1.4 Informasjon til fylkeskommunene

Fylkeskommunenes oppgave er som regional utviklingsaktør å være pådriver i folkehelsearbeidet og å påta seg en lederrolle i partnerskap for folkehelse i samarbeid med regionale statsetater, NAV, regionale helseforetak, høyskoler, universiteter, næringsliv og frivillige organisasjoner. Fylkeskommunene skal også være pådriver for kommunal planforankring av folkehelsearbeidet og inngåelse av partnerskap med kommuner.

Med dette som utgangspunkt ber Sosial- og helsedirektoratet om at fylkeskommunen

- bidrar i arbeidet for en jevnere sosiale fordeling av de faktorer som påvirker helse, bl.a. i regional utvikling og planlegging samt i veiledning overfor kommunene
- understøtter arbeidet i kommunen, med sikte på
 - etablering og arbeid i lokale partnerskap
 - etablere flere partnerskap mellom fylkeskommune og kommune
 - planforankring av folkehelsearbeidet
- utnytter og videreutvikler tannhelsetjenestens rolle i det generelle folkehelsearbeidet, og integrerer tannhelsetjenesten i partnerskap for folkehelse i fylker og kommuner
- tar i bruk fylkeskommunens egen organisasjon som en folkehelsearena, herunder den videregående skolen, og innfører tobakksfri skole, oppfølging av retningslinjer for skolemåltidet og tilrettelegging for en time fysisk aktivitet daglig.

2.1.5 Henvisninger til aktuelle dokumenter

- St. meld nr 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge
- St. meld nr 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

- Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. Sammen for fysisk aktivitet.
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011. Oppskrift for et sunnere kosthold.
- IS-1484 Retningslinjer for mat og måltider i barnehagen, Sosial- og helsedirektoratet
- Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010
- St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgstjenester
- St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester
- Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011
- Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009)
- Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006 -2010
- www.ogbedreskaldetbli.no
- Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen – styrket innsats 2008. Vedlegg til St.prp. nr. 1 (2007-2008) – statsbudsjettet 2008
- www.shdir.no/kommunehelseprofiler
- Handlingsplan for forebygging av uønskete svangerskap og abort 2004 - 2008
- Handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008 – 2011
- Barnas framtid – Nasjonal strategi for barn og unges miljø og helse 2007-2016

2.2 Levekår

Levekårsarbeid skal bidra til bedre fordeling av levekår og legge til rette for sosial trygghet og gode levekår for utsatte og svakstilte grupper. Levekårsarbeidet skal videre bidra til å motvirke sosiale forskjeller og til full deltagelse for personer med nedsatt funksjonsevne. Strategien universell utforming skal bidra til å nedbygge funksjonshemmende barrierer og hindre at nye oppstår.

2.2.1 Informasjon til kommunene

Kommunene oppfordres til å benytte strategien universell utforming for å sikre tilgjengelighet for alle til fysiske omgivelser, informasjon og tjenester.

Kommunene oppfordres også til å bidra til å motvirke sosiale forskjeller med vekt på å forebygge, hjelpe personer ut av fattigdom og sosial eksklusjon og ha gode rutiner for brukervedvirkning.

2.2.2 Informasjon til Fylkesmannen

Direktoratet retter oppmerksomhet mot Plan- og bygningsloven som et viktig verktøy i det praktisk arbeidet for å implementere universell utforming.

Fylkesmannens forvaltnings- og rådgivningsarbeid på området er et viktig bidrag til å forebygge sosiale forskjeller og hjelpe personer ut av fattigdom og sosial eksklusjon.

2.2.3 Informasjon til regionale helseforetak

De regionale helseforetakene bes benytte strategien universell utforming for å sikre tilgjengelighet for alle, til bygninger, uteområder og tjenester. De regionale helseforetak har mye nettbasert informasjon overfor allmennheten, pasienter og pårørende. Det er viktig at denne informasjonen kan benyttes og forstås av alle. Gjennom innkjøpspolitikken kan en også bidra til at produkter og omgivelser blir mer tilgjengelige for flere.

Videre bes de regionale helseforetakene bidra til å motvirke sosiale forskjeller ved å sikre likebehandling og ha gode rutiner for brukermedvirkning.

2.2.4 Informasjon til fylkeskommunene

Fylkeskommunene oppfordres til å benytte strategien universell utforming for å sikre tilgjengelighet for alle til fysiske omgivelser, informasjon og tjenester.

Videre bes fylkeskommunene bidra til å forebygge sosiale forskjeller, bl.a. som ledd i regional utvikling og planlegging, bidra til å hjelpe personer ut av fattigdom og sosial eksklusjon, og ha gode rutiner for brukermedvirkning.

2.2.4 Henvisninger til aktuelle dokumenter

- Plan og bygningsloven
- Lov om offentlig anskaffelse
- Forskrift om konsekvensutredning
- Rundskriv om kommunale råd for funksjonshemmede
- Forslag til antidiskriminerings- og tilgjengelighetslov
- Handlingsplan mot fattigdom. Vedlegg til St.prp. nr. 1 (2006-2007) – Statsbudsjettet 2007
- Rundskriv T 5/99 Tilgjengelighet for alle
- Regjeringens Handlingsplan for økt tilgjengelighet 2004-2009
- Rikspolitiske retningslinjer for universell utforming (høringsutkast)

2.3 Sosiale tjenester

Arbeidet på området sosiale tjenester skal bidra til økonomisk og sosial trygghet for enkeltmennesket. Det skal legges vekt på å styrke muligheten for mennesker i en vanskelig livssituasjon og legge til rette for deltakelse for alle. Arbeidet retter seg mot innbyggere med behov for rehabilitering og sosiale tjenester, innbyggere med funksjonsnedsettelse og sjeldne tilstander i alle aldersgrupper.

2.3.1 Informasjon til kommunene

Kommunene må sørge for at alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester og som ønsker det, får utarbeidet en individuell plan.

Fra og med 1. november 2007 innførte regjeringen et kvalifiseringsprogram med tilhørende stønad overfor personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og som har ingen eller svært begrensede ytelser i folketrygden.

Kvalifiseringsprogrammet hjemles i et nytt kapittel 5A i sosialtjenesteloven og trer i kraft i kommuner som har etablert et lokalt NAV-kontor sammen med den lokale arbeids- og velferdsetaten. Formålet med kvalifiseringsprogrammet er å forsterke innsatsen overfor personer som i dag blir avhengige av sosialstønad over lengre tid. Deltakelse i programmet skal bidra til at flere i målgruppen kommer i arbeid gjennom tettere og mer forpliktende bistand og oppfølging fra det lokale NAV-kontoret. Dette må sees i sammenheng med annet sosialfaglig arbeid, som barnefattigdom, økonomi- og gjeldsrådgivning, boligsosialt arbeid og kommunalt rusfaglig arbeid.

Kvalifiseringsprogram kan bestå av tiltak både fra kommunen, fylkeskommunen, Arbeids- og velferdsetaten, andre statlige myndigheter, frivillige organisasjoner og private bedrifter mv. Arbeidsrettede tiltak og arbeidssøking skal inngå i programmet, men kan innholde andre tiltak som opplæring, motivasjons- og mestringstiltak, helsehjelp m.v. Kommunen får et hovedansvar for å følge opp deltakerne og påse at programmet følges opp. Kvalifiseringsprogram skal være helårig og på full tid, det vil si 37,5 timer pr. uke. Selv om programmet er foreslått som fulltids aktivitet, gir det stor frihet til å utforme et individuelt opplegg med innlagte pauser ut fra den enkelte deltakers forutsetninger og funksjonsnivå.

Direktoratet har det nasjonale forvaltningsansvaret for kvalifiseringsprogrammet og vil i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utvikle et kompetanseutviklingsprogram for å bistå de lokale NAV-kontorene med å iverksette og videreutvikle ordningen. Fylkesmannen og kommunale veilederressurser vil sammen med NAV fylke tilrettelegge og utvikle lokale kompetanseutviklingstiltak som bistår lokal implementering. Direktoratet ber kommuner som har etablert NAV-kontor om raskt å ta i bruk kvalifiseringsprogrammet.

2.3.2 Informasjon til Fylkesmannen

Fylkesmannens innsats er viktig når det gjelder oppfølging i bruk av individuell plan i kommunene.

Fylkesmannen skal fortsatt ha en sentral rolle i lokal implementering av NAV-reformen med vektlegging på samordning og utvikling av helhetlige kompetanseutviklingstiltak overfor ansatte i NAV-kontorene.

Fylkesmannen skal i 2008 legge stor vekt på å bistå kommunene og NAV fylke med å sikre at NAV-reformen lykkes.

Fra og med 1. november 2007 innførte regjeringen et kvalifiseringsprogram med tilhørende stønad overfor personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og som har ingen eller svært begrensede ytelser i folketrygden. Kvalifiseringsprogrammet hjemles i et nytt kapittel 5A i sosialtjenesteloven og trer i kraft i alle kommunene som har etablert et lokalt NAV-kontor sammen med den lokale arbeids- og velferdsetaten.

Direktoratet har det nasjonale forvaltningsansvaret for kvalifiseringsprogrammet og vil i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utvikle et kompetanseutviklingsprogram for å bistå de lokale NAV-kontorene med å iverksette og videreutvikle ordningen. Fylkesmannen får ansvaret for lokal tilrettelegging og utvikling av kompetanseutviklingstiltak, samt koordinere og samordne aktivitetene med NAV fylke. I arbeidet overfor kommunene skal fylkesmannen opprette kommunale veilederressurser som skal bistå implementerings- og oppfølgingsarbeidet.

2.3.3 Informasjon til regionale helseforetak

Direktoratet oppfordrer foretakene til å bidra til bruk av individuell plan for å bedre tjenestetilbudet for de med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

RHFene skal rapportere på egne fastsatte skjema om de "Nasjonale kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger, deres bruk av tildelte midler, utvikling i antall registrerte brukere med de diagnoser sentrene har kompetanseansvar for, antall publikasjoner m.m.

2.3.4 Henvisninger til aktuelle dokumenter

- Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven
- Veileder til forskrift om individuell plan, IS-1253
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011(kap. 9 i St prp nr 1(2007-2008))
St.meld nr. 9 (2006/2007): Arbeid, velferd og inkludering
- Ot.prop nr. 70 (2006/2007)
- Informasjonsbrev til kommunene om kvalifiseringsprogrammet av 1. november 2007 om kvalifiseringsprogrammet på direktoratets hjemmesider.

2.4 Primærhelsetjenester

Primærhelsetjenesten er grunnmuren i helsetjenesten og skal sikre alle med behov for helse- og omsorgstjenester, nære og gode tilbud. Tjenestene skal være av god kvalitet, og virkningsfulle, trygge, godt samordnet og involvere brukerne i beslutningsprosessene. Pasienter og brukere skal uavhengig av bosted, skal ha likeverdig tilgang til helse- og sosialtjenester med tilstrekkelig og rett kvalifisert personell.

2.4.1 Informasjon til kommunene

Direktoratet ber kommunene vurdere om legevaktjenesten i større grad kan bemannes med lokale allmennleger og anbefaler at dette gjøres i samarbeid med lokalt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (LSU).

Tilskuddsordningen for kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester ("Raskere tilbake") er en tilskuddsordning for sykemeldte som har behov for spesialisthelsetjenester. Sykemeldte kan bli henvist i egne skjermede behandlingsløp der formålet er at raskere diagnostikk og behandling fører vedkommende raskere tilbake i ordinært arbeid. Henvisningene skjer via fastlegene og andre sykemeldende behandlere. "Raskere tilbake" er en del av avtalen om et inkluderende arbeidsliv. Kommunen bør være oppmerksom på ordningen både som arbeidsgiver og i sammenheng med kommunalt rehabiliteringsarbeid.

Direktoratet ber kommunene øke legeressursene til offentlig legearbeid i sykehjem og andre institusjoner, slik at de lokale målsettingene om økning i legeårsverk nås. Kommunene må også sikre tilstrekkelig listekapasitet hos fastlegene og god tilgjengelighet til fastlege.

Direktoratet ber om at kommunene sørger for at forebyggende helsetjenester er tilstrekkelig dimensjonert, spesielt skolehelsetjenesten.

Direktoratet ber om at kommunene spesielt tar hensyn tilgjengelighet og til behov hos eldre personer, personer med sammensatte lidelser og med psykiske lidelser.

Kommunene må sikre at den samiske befolkningens rett og behov for tilrettelagte tjenester etterspørres og synliggjøres i planlegging, utredning og når beslutninger tas.

Kommunene bes sikre tilstrekkelig kapasitet i jordmortjenesten til å ivareta de gravide og de som skal føde sine behov. Sistnevnte gjennom nødvendig beredskap for følgetjeneste.

Kommuner som ikke har etablert interkommunale legevaktsamarbeid oppfordres til å gjøre det der det er hensiktsmessig. Kommuner som inngår samarbeid, kan søke om tilskudd til etablering av interkommunalt legevaktsamarbeid i 2008. Videre bes kommunene gå gjennom sine rutiner og planer for opplæring, kompetanse, øvelser og oppfølging blant legevaktpersonale.

Kommunene skal på bakgrunn av smittevernplan og risiko- og sårbarhetsanalyser ha en helhetlig plan for helsemessig og sosialberedskap. Direktoratet understreker behovet for jevnlig oppdatering av eksisterende planverk. I krisesituasjoner har kommunene en plikt til å varsle Sosial- og helsedirektoratet via Fylkesmannen iht. egen mal fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Plan for helsemessig og sosial beredskap skal samordnes og koordineres med tilsvarende beredskapsplaner i andre kommuner, helseforetak, fylkesmenn og aktører i andre sektorer. Forsyningssikkerhet av legemidler og materiell skal tillegges særskilt vekt i 2008.

Kommunene oppfordres til å øve jevnlig minst en gang per år på relevante scenario hentet fra ROS-analysen. Tiltak for å redusere sårbarhet og svake punkter avdekket i øvelsene må følges opp i budsjett og investeringsprogram. Kommunene bes planlegge for drift av kommunale virksomheter under en pandemi.

2.4.2 Informasjon til Fylkesmannen

Fylkesmannen skal bidra med implementering av Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 31. januar 2007, i kommunene og utvikle samhandling mellom aktører i sektoren. I krisesituasjoner har fylkesmannen en plikt til å varsle Sosial- og helsedirektoratet iht. egen mal fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Fylkesmannen skal på bakgrunn av risiko- og sårbarhetsanalyser samordne og koordinere helse- og sosialberedskapsplaner internt i sektoren og mot andre aktører og sektorer i fylket og arbeide for at disse øves og oppdateres jevnlig. Direktoratet understreker behovet for at kommunale helse- og sosialberedskapsplaner samordnes med helseforetak og regionale helseforetak og på tvers av fylkesgrenser.

Fylkesmannen skal bidra i arbeidet med implementering av de nasjonale strategiene innen kreft, KOLS og diabetes.

Fylkesmannen skal følge opp satsning på helsestasjons- og skolehelsetjenesten som verktøy for utjevning av sosiale ulikheter i helse, jf. St. meld. nr. 20 (2006 – 2007) og bidra til at kommunene styrker helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som en sentral aktør i folkehelsearbeidet.

Det vil i 2008 bli tilbudt et etterutdanningsprogram i psykisk helsearbeid for helsesøstere ansatt i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Fylkesmannen bes oppfordre kommunene til å sørge for at ansatte i tjenesten tar denne etterutdanningen.

Familiesentermodellen, hvor blant annet helsestasjon er en inkludert tjeneste, er evaluert og organisasjonsmodellen anbefales til kommunene.

2.4.2 Informasjon til regionale helseforetak

Helseforetakene oppfordres til å legge vekt på veiledningsplikten overfor kommunene, spesielt i forhold til pasienter med kroniske sykdommer og pasienter med sammensatte tilstander eller sjeldne diagnoser.

Regionale helseforetak bes bidra med implementering av Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan hos helseforetakene og utvikle samhandling mellom aktører i sektoren og på tvers av sektorer. I krisesituasjoner har regionale helseforetak en plikt til å varsle Sosial- og helsedirektoratet iht. egen mal fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Regionale helseforetak bes arbeide for at beredskapsplanverket i spesialisthelsetjenesten samordnes internt, samt med tilsvarende planverk i primærhelsetjenesten. Direktoratet vil understreke viktigheten av at beredskapsplaner øves og oppdateres minst en gang per år. Forsyningssikkerhet av legemidler og materiell skal tillegges særskilt vekt i 2008.

RHFene anmodes om i alt kvalitetsarbeid, forbedringsprosjekter, nasjonale retningslinjer, medisinske kvalitetsregister, og kvalitetsindikatorer, å vektlegge samhandling med primærhelsetjenesten.

2.4.4 Informasjon til fylkeskommunene

Direktoratet ber fylkeskommunene utarbeide beredskapsplaner for tannhelsetjenesten i fylket. Videre skal det foreligge en plan for drift av fylkeskommunenes virksomheter under en pandemi. Direktoratet vil oversende planforutsetninger.

Direktoratet oppfordrer fylkeskommunene til å samarbeide med de regionale ressursentrene for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, for å sikre at personellet i tannhelsetjenesten har nødvendig kompetanse til å kunne avdekke vold og overgrep mot barn.

Videre bør fylkeskommunen sørge for at det er etablert et godt samarbeid med aktuelle miljøer, eks. helsestasjon, skolehelsetjeneste, barneverntjeneste, sosialtjeneste, politi, slik at utsatte barn blir fulgt opp og får hjelp.

Som en del av direktoratets "følge-med" ansvar kan direktoratet komme tilbake med oppfølging av dette i eget brev i løpet av året.

Direktoratet ber fylkeskommunen vurdere tiltak for å styrke samarbeidet med privat tannhelsetjeneste, der dette er mulig, for å løse offentlige oppgaver. (St. prp. nr. 1 (2007-2008) s. 80)

Direktoratet anmoder fylkeskommunene å bidra til at nasjonale retningslinjer som omhandler kommunehelsetjenestens

ansvarsområde, inngår som en del av undervisningen for helse- og sosialpersonell.

2.4.5 Henvisninger til aktuelle dokumenter

- Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan
<http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Vedlegg/beredskapsplan.pdf>
- Lov om helsemessig og sosialberedskap (2000-06-23, nr.56)
- <http://www.lovdatab.no/all/hl-20000623-056.html>
- Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap (2001-07-23, nr. 881)
- <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20010723-0881.html>
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999-07-02, nr. 61)
- <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-061.html>
- Kommunehelsetjenesteloven (1982-11-19, nr. 66)
- <http://www.lovdatab.no/all/hl-19821119-066.html>
- Tannhelsetjenesteloven (1983-06-03, nr. 54)
- <http://www.lovdatab.no/all/nl-19830603-054.html>
- Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Sosialtjenesteloven (1991-12-13, nr. 81)
- <http://www.lovdatab.no/all/hl-19911213-081.html>
- Smittevernloven (1994-08-05, nr. 55)
- <http://www.lovdatab.no/all/hl-19940805-055.html>
- Strålevernloven (2000-05-12, nr. 36)
- <http://www.lovdatab.no/all/hl-20000512-036.html>
- Rundskriv I-4/2007 Nasjonal standard for legetjenesten i sykehjem Veileder IS-1436/2007 Legetjenester i sykehjem en veileder for kommunen
- Stortingsmelding 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, Framtidas tannhelsetjenester.
- IS-1332 Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (veileder)
- IS-1405 Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (veileder)
- Helse- og omsorgsdepartementet, Nasjonal helseplan (2007 - 2010)
- Rundskriv Q-16/2007, Forebyggende innsatser til barn og unge
- Helse- og omsorgsdepartementet. St. meld. nr. 20 (2006 – 2007), Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
- Retningslinjer for svangerskapsomsorgen (2005)
- Kunnskapsdepartementet. St.meld.nr.16 (2006-2007) Og ingen sto igjen...
- Sosial- og helsedirektoratet, Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2007, IS-1443
- [Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006- 2010.](#)
- [Nasjonal strategi for KOLS- området 2006- 2011.](#)
- [Nasjonal strategi for kreftområdet 2006- 2009](#)

2.5 Spesialisthelsetjenester

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager. Tjenesten skal også gi veiledning til pasienter og kommunalt helsepersonell, drive undervisning og medisinsk forskning. Spesialisthelsetjenesten løser de oppgaver i helsetjenesten som krever kompetanse og ressurser utover det som kommunehelsetjenesten er satt opp med.

Direktoratet skal gi faglige råd og veiledning til helsetjenesten og befolkningen. Direktoratet skal være en aktiv deltaker i arbeidet med å utforme, iverksette og følge opp nasjonal helsepolitikk innenfor spesialisthelsetjenestens områder. Likeledes skal direktoratet understøtte fagutvikling, kvalitetsforbedring og samhandling både internt i tjenesten og med andre aktører i sektoren. Direktoratet forvalter lover og forskrifter innenfor helselovgivningen og koordinerer arbeidet på legemiddelområdet.

2.5.1 Informasjon til kommunene

Nasjonal helseplan slår fast at det er behov for en styrking av spesialisthelsetjenester til eldre. Dette inngår også som en del av Omsorgsplan 2015. Direktoratet har gjennom rapporten "Respekt og kvalitet" foreslått nasjonal strategi for styrking av spesialisthelsetjenester til eldre.

Stortinget vedtok i desember 2004 å bygge et felles digitalt nødnett. Første område skal være utbygget innen utgangen av 2008. Planen er et landsdekkende nødnett innen 2009.

Nytt nødnett skal sikre en rasjonell og koordinert kommunikasjon mellom de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden, sørge for at disse tjenestene kan samordnes internt samt med de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter når dette kreves.

2.5.2 Informasjon til Fylkesmannen

Direktoratet har utarbeidet faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. For tidlig fødte barn har en betydelig økt risiko for å utvikle vansker enn barn født til rett tid. Det er behov for bedre kunnskap på området hos helsepersonell og pedagogisk personell, og for en mer systematisk og målrettet oppfølging av for tidlig fødte barn og deres familier.

2.5.3 Informasjon til regionale helseforetak

eResept

Mot slutten av 2008 forberedes Ahus som pilotsykehus i eResept. Det er nødvendig at det arbeides mot EPJ-leverandørene, i første omgang DIPS for å sikre pilotens gjennomføring. Foretakene oppfordres til å gjennomføre nødvendige tiltak vedr. bl.a. teknologisk infrastruktur, sikkerhet og grenseoppgang mot intern rekvirering i sykehus for å forberede mottak av eReseptløsningen. Dette for å bidra til å legge til

rette for å nå målet om at 80 % av reseptene skal være elektroniske i løpet av 2011. Gjennom eResept blir Statens legemiddelverk den sentrale leverandør og forvalter av grunnlagsdata overfor rekvirenters forskrivning av legemidler og medisinsk utstyr (forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (FEST)). Helseforetakene bør utvikle standardiserte løsninger (kommunikasjonsformat og kodeverk) mot eResept og overfor intern rekvirering i sykehus som bygger på FEST.

Nasjonal strategi for styrking av spesialisthelsetjenester for eldre
Direktoratet har gjennom rapporten "Respekt og kvalitet" foreslått en nasjonal strategi for styrking av spesialisthelsetjenester til eldre. Direktoratet vil i samarbeid med de regionale helseforetakene bidra til implementering av strategien.

Nødnett

En velfungerende beredskapskjede basert på lokal legevakt sammen med lokalt stasjonert ambulanse, lokalsykehusenes akuttfunksjoner og de spesialiserte og kompetente sentra skal gi befolkningen trygghet for riktig behandling ved akutt skade eller sykdom. Nytt digitalt nødnett skal sikre en rasjonell og koordinert kommunikasjon mellom de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden, sørge for at disse tjenestene kan samordnes internt samt med de øvrige nødetatene,

Nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling

Gjennom arbeidet med nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling skal alle kreftpasienter i Norge sikres likeverdig behandling av god kvalitet uavhengig av bosted. Det blir laget nasjonale handlingsprogrammer og behandlingsstandarder for de fleste kreftformene. Prosjektets endemål er å oppnå nasjonale handlingsprogrammer som er under jevnlig oppdatering og forbedring av fagmiljøene i samarbeid med sentrale myndigheter.

På følgende områder vil det ved årsskiftet 2007/2008 bli ferdigstilt retningslinjer. De seks første retningslinjene ble utgitt 21.12.07: brystkreft, nyrecellekreft, øsofaguskreft, ventrikkelkreft, tynntarmskreft og palliasjonsbehandling. Det er startet opp eller vil startes opp i løpet av årsskiftet arbeid med retningslinjer på følgende områder: lungekreft, gynekologisk kreft, prostatakreft, blærekreft, lymfom og arvelig kreft. I tillegg planlegges det i løpet av 2008 å starte arbeid med kolorektalkreft, pancreas- og lever- og gallekreft og testiskreft og peniskreft. For de gjenstående kreftområdene vil det være en målsetning å starte opp enten i 2008 eller i løpet av 2009.

Nasjonale veiledere om prioriteringer i spesialisthelsetjenesten

Direktoratet samarbeider med RHF i prosjektet "Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten". Prosjektet har som mål å sikre at pasienter blir vurdert på lik måte i forhold til disse normene uansett hvilket HF de skal behandles i. De første veilederne forventes å være ferdig i løpet av høsten 2008. RHF anmodes om å sørge for at veilederne tas i bruk ved vurdering av rettighetsstatus og frist for start helsehjelp for alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten.

Norsk pasientregister

Det nye personentydige pasientregisteret ble vedtatt av Stortinget 1.2.2007. Forskriften for det nye NPR ble vedtatt i desember 2007, og

vil trå i kraft i løpet av 2008. Dette vil blant annet bidra til at vi får mer kunnskap om helheten i pasientforløpene som grunnlag for en videre utvikling av helsetjenestene. For å lykkes med de høye ambisjonene for NPR er det avgjørende at de regionale helseforetak gir høy prioritet til arbeid for å heve kvalitet og kompletthet i innrapporteringer til pasientregisteret.

Det nye NPR vil blant annet gi bedre forutsetninger for å lage nye og forbedrede kvalitetsindikatorer.

Sosial- og helsedirektoratet skal gjennomføre tiltak for å sikre at forskriftens krav stilt til kryptering, sikring, behandling og utlevering av opplysninger i Norsk pasientregister blir ivaretatt. I 2008 skal det legges til rette for et utvidet register med data om aktivitet innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og data om personskader og ulykker (fra akuttmottak og legevakter)

Direktoratet oppfordrer RHFene til å følge opp sine systemleverandører og de enkelte helseforetak, slik at implementering av registreringsrutiner og andre nødvendige rutiner ved sykehusene blir gjennomført.

Medisinske kvalitetsregistre

RHFene har ansvar for nasjonale kvalitetsregistre og skal videreutvikle disse. Det vises til oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Personell

RHFene skal sammen med direktoratet analysere behovet for personell i spesialisthelsetjenesten for årene 2008 – 2030

RHFene skal sammen med direktoratet legge om, modernisere og videreutvikle databasen for legestillinger i spesialisthelsetjenesten (NR-databasen).

2.5.4 Informasjon til fylkeskommunene

Elektronisk samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene skal realiseres gjennom et nasjonalt meldingsløft samt videreføring av satsningen på et eget kommuneprogram. Det er nødvendig at helsepersonell har nødvendig kompetanse for å kunne bruk elektroniske verktøy. Fylkeskommunene oppfordres til å bidra til at helsepersonell får den nødvendige opplæringen.

Direktoratet anmoder fylkeskommunene om å bidra til at nasjonale retningslinjer inngår som en del av undervisningen for helse- og sosialpersonell.

Fylkeskommunene bes styrke samarbeidet med privatpraktiserende odontologiske spesialister i fylket for å sikre befolkningens tilgjengelighet til spesialiserte odontologiske tjenester.

2.5.5 Henvisninger til aktuelle dokumenter

- Samspill 2.0. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren.
- IS-1498/2007: Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre.
- IS-1520/2008 – Innsatsstyrt finansiering 2008

2.6 Rus

Regjeringen har lagt fram en opptrappingsplan for rusfeltet. Planen omfatter hele rusfeltet og inneholder tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging. Opptrappingsplanen varer ut 2010 og vil legge føringer for arbeidet på rusfeltet i denne perioden.

Regjeringen har i 2008 lagt opp til en særlig satsing på risikoutsatte barn og unge og på økt kvalitet og kompetanse både i forebygging og i tjenestene for rusmiddelavhengige.

Rusmiddelarbeidet er nært knyttet til området psykisk helse, spesielt gjennom rusreformen og et tettere samarbeid på tjenestenivå. Sentrale oppgaver er rusforebyggende arbeid, forvaltning av alkoholloven, forvaltning av tilskuddsordninger samt å bidra til kvalitetsutvikling i behandlings- og tjenestetilbudet. Tjenestene skal ha et spesielt fokus på situasjonen til barn av pårørende til rusmiddelavhengige.

2.6.1 Informasjon til kommunene

Det er viktig at kommunene ser forvaltningen av alkoholloven i sammenheng med det øvrige rusforebyggende arbeidet. Alkoholovens bestemmelser om salgs- og skjenkebevillinger er sentrale virkemidler for å forebygge skader av alkoholbruk. Kommunene oppfordres til å styrke kvaliteten av kontrollen med skjenkebevillinger.

Kommunenes arbeid på rusområdet bør forankres i helhetlige rusmiddelpolitiske planer i tråd med veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan, og sees som en integrert del av det generelle folkehelsearbeidet. Til hjelp i planarbeidet er det opprettet en nettbasert tjeneste www.kommunetorget.no. Kommunene kan i tillegg få bistand fra de regionale kompetansesentrene for russpørsmål.

Direktoratet oppfordrer kommunene til å sette i verk tiltak for å utvikle kompetansen når det gjelder arbeidet med rusmiddelproblemer. Opplæringstilbudet til ufaglært personell som arbeider med oppfølgings- og omsorgstiltak for rusmiddelmisbrukere bør styrkes.

Kommunene oppfordres til å legge til rette for at ansatte kan ta videreutdanning i rusproblematikk og andre videreutdanninger som er

relevante for arbeidet i rusfeltet. Det bør legges vekt på et helhetlig tjenesteforløp i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

I arbeidet med personer med rusmiddelproblemer bør kommunene identifisere eventuelle barn og pårørende, og at det blir vurdert om disse har hjelpebehov og bidra til at de mottar tilpasset oppfølging. Kommunene bør ha et tjenesteapparat som er tilgjengelig for barn og unge som har særlig risiko for å utvikle rusmiddelproblemer.

Opptappingsplan for rusfeltet

Regjeringen vil fra og med 2008 styrke det kommunale rusmiddelarbeidet ved å vektlegge individuell oppfølging og en bedre helhet i hjelpe- og behandlingsskjeden. Særlig viktig er den kommunale innsatsen etter institusjons- og fengselsopphold. Arbeidet skal sees i lys av Opptappingsplanen for psykisk helse, Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering og Regjeringens innsats for å redusere fattigdom og ny organisering av arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV).

Det skal innføres en forsøksordning med koordinerende tillitspersoner i kommunene. Disse skal gi rusmiddelavhengige tett oppfølging og veiledning gjennom hjelpeapparatet, bidra til at de mottar tjenester de har behov for, utarbeidelse av individuelle planer og at de deltar i aktiviteter, eksempelvis kvalifiseringsprogrammet i sosialtjenestelovens kapittel 5A.

Et av målene er at flere får individuell plan med helhetlig oppfølging både før, under og etter institusjonsopphold eller fengsel. Sosial inkludering og reduksjon i tilbakefall er også et viktig mål. LAR-brukere og unge i risikozonen omfattes også av ordningen. Fylkesmannen tilføres ressurser for å følge opp ordningen. Kommunen kan samarbeide med frivillige og interesseorganisasjoner i et partnerskap, men tilbudet skal være forankret i sosialtjenesteloven og ivareta saksbehandlingsregler og rettsikkerhet.

2.6.2 Informasjon til Fylkesmannen

Fylkesmannen skal samarbeide med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål om kompetanseutviklingstiltak i kommunene og bidra til at kommunene utarbeider rusmiddelpolitiske handlingsplaner.

Opptappingsplan for rusfeltet

Regjeringens opptappingsplan for rusfeltet medfører en styrket kommunal innsats gjennom systematisk å satse på å fremme metode og kompetanseutvikling. Det skal også opprettes en forsøksordning med koordinerende tillitspersoner for rusmiddelavhengige i kommunene. Fylkesmennene vil sammen med kommunene, brukere og deres organisasjoner, samt andre aktører i feltet, ha en sentral rolle i både utformingen og oppfølgingen av ordningen. Som et ledd i arbeidet med å iverksette opptappingsplanen ute i kommunene, er det avsatt egne midler til Fylkesmannsembetet for å ansette en egen rusrådgiver.

Fylkesmannen vil fortsatt ha en sentral rolle i arbeidet med å forbedre kvaliteten og kompetansen i kommunene, det er bl.a. avsatt midler til videre- og etterutdanning for rusfeltet. Fylkesmannen skal bistå kommunene i deres tjenesteutvikling på hele førstelinjens arbeidsområde ved å bidra til øket bruk av individuell plan, bedring av saksbehandling og tilrettelegning av kartleggingsverktøy, styrking av individuell oppfølging i bolig, økonomisk rådgiving samt deltagelse i kvalifiseringsprogrammet i NAV. Fylkesmannen skal bidra til å se rusarbeidet i sammenheng med psykisk helsearbeid og folkehelsearbeid i kommunene.

Fylkesmannen skal bidra til at kommunene ivaretar behovene til barn av og pårørende til personer med rusmiddelavhengighet og/eller psykiske vansker.

2.6.3 Informasjon til regionale helseforetak

De regionale helseforetakene bør prioritere rusbehandling som fagområde og medvirke til å heve kvaliteten og kompetansen på tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er særlig behov for å styrke kunnskap om organisering og forbruk av helsetjenester og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

RHFene bør bidra til implementering av veileder for vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling, og øke rekruttering av personell innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere. Videre oppfordres RHFene til å legge til rette for forskning kombinert med klinisk tjeneste og forskningspermisjon for leger og psykologer innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere, samt sikre gode utskrivningsrutiner i samarbeid med kommunene.

RHFene skal sørge for at barn som har foreldre med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet skal identifiseres og blir vurdert i forhold til eventuelle hjelpebehov samt motta tilpasset oppfølging.

2.6.4 Informasjon til fylkeskommunene

Fylkeskommunene oppfordres til å bistå de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål i utvikling av det lokale rusforebyggende arbeidet og følge opp det utvidede fylkeskommunale tannhelsetilbudet rettet mot personer med rusmiddelproblemer.

2.6.5 Henvisninger til aktuelle dokumenter

- Opptappingsplan for rusfeltet, St.prp.nr.1 (2007-2008).
- Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk plan (IS-1362).

2.7 Psykisk helse

Opptrappingsplan for psykisk helse vil i 2008 være inne i sitt tiende og siste år. For det siste året av opptrappingsplanen er det nødvendig å legge sterk vekt på det kvalitative innholdet i tjenesten, og gjennom dette sikre at tjenesten har tillit og legitimitet.

Det er fortsatt behov for intensivert satsning i den kommunale tjenesten, i de distriktpspsykiatriske sentrene og i det akuttpsykiatriske tilbudet. Det er nødvendig med en sterk satsning på forebyggende psykososialt arbeid for voksne, barn og unge, for tidlig å avdekke behov for tiltak. Tjenestene skal ha et spesielt fokus på situasjonen til barn av og pårørende til psykisk syke.

2.7.1 Informasjon til kommunene

Direktoratet viser til rundskriv IS-1/2007, kapittel 7, og til statsbudsjettet for 2008 (St. prp. nr 1 Helse- og omsorgsdepartementet (2007-2008)).

Ordningen med øremerkede tilskudd videreføres i 2008. Vilkårene for utbetaling av midlene i 2007 gjelder også for 2008. Vi trekker her fram særskilt vilkår 8 (noe justert ift 2007-formuleringen):

Disponeringen av det samlede statlige tilskuddet for 2008 må framgå av årsbudsjettet

Det skal være en aktivitetsøkning i 2008 som minst svarer til økningen av tilskuddet. Kommunen skal sende Fylkesmannen en oversikt over hvordan det statlige tilskuddet for 2008 er besluttet disponert, før vurderingen i forhold til utbetaling av 2. termin kan skje. Oversikten skal omfatte det samlede tilskuddet for 2008, jf oversikten i vedlegget. Grunnlaget for kompensasjon for prisstigning er satt til 3,5 % fra 2007 til 2008.

Presiseringer for 2008 er:

- Kommunene bør legge økt vekt på kvalitet, innhold, kompetanse og organisasjon i utviklingen av det psykiske helsearbeidet
- Kommunene bør legge vekt på tilbudene til mennesker med særlig omfattende og langvarige tjenestebehov og tilbud til barn og unge
- Kommunene bør legge vekt på identifisering av barn av og pårørende til psykisk syke, vurdere om disse har hjelpebehov og bidra til at disse mottar tilpasset oppfølging.
- Kommunene bør vektlegge rekruttering til helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Kommunene bør vektlegge sammenhengen mellom det psykiske helsearbeidet og innsatsen på rus- og folkehelsearbeidet, bl.a. gjennom lokale partnerskap for folkehelse
- Kommunene må legge økt vekt på reell brukermedvirkning, herunder styrket samarbeid med brukerorganisasjonene, jf vilkår for utbetaling av øremerket tilskudd
- Kommunene til å sørge for god informasjon til befolkningen om tilbudet på psykisk helsefeltet. Direktoratet vil bidra med veiledning.

- For å støtte opp under og lede til mer arbeidsrettede løp for de enkelte, bør kommunene videreutvikle lavterskel motivasjons- og mestringsstyrkende tilbud med stor grad av brukermedvirkning

Som en del av kvalitetsavtalen mellom Regjeringen ved Helse- og omsorgsdepartementet og KS, har direktoratet og KS innledet et samarbeid for å legge til rette for ledelsesprosjekter i kommunene med fokus på tverrfaglig samarbeid innen psykisk helse og rus. Hovedmålsetningen med prosjektet "Flink med folk i første rekke" er å fremme bedre ledelse av tverrfaglig samarbeid gjennom å støtte kommuner som systematisk satser på å utvikle lederkompetanse. KS står for den praktiske gjennomføringen av prosjektet. Kommunene kan søke KS om prosjektmidler.

Direktoratet har gitt tilskudd til et samarbeidsprosjekt mellom Norsk Psykologforening og den norske legeforening. Prosjektet skal kartlegge bl.a. samhandlingen i kommunehelsetjenesten mellom ulike fagutøvere der kunnskap om roller, ansvarsfordeling og beskrivelse av samordnende henvisnings- og behandlingsløp vil være sentrale elementer. I sammenheng med prosjektet vil relasjonen til skolehelsetjenesten, helsestasjonstjenesten og psykisk helsearbeid for øvrig i kommunen bli drøftet (samhandlings- og relasjonskompetanse).

Direktoratet har for 2008 inngått en avtale med legeforeningen om å styrke Praksiskonsulentordningen (PKO) ved landets DPSer og BUPer, jfr. 2.7.3.

2.7.2 Informasjon til Fylkesmannen

Direktoratet viser til embetsoppdragets omtale av Opptappingsplanen for psykisk helse, det særskilte oppdragsbrevet for fylkesmannens arbeid med denne planen datert 28.10.2005, og til fullmaktsbrevet for 2007 datert 18.4.2007, avsnitt 13. Videre viser vi rundskriv IS-1/2007, kapittel 7.

Opptappingsplanen for psykisk helse er i 2008 inne i sitt siste år. I 2008 vil direktoratet legge særlig vekt på følgende hovedfunksjoner i Fylkesmannens oppdrag:

- Fylkesmannen skal forsikre seg om at kommunene når målene i Opptappingsplanen
- Rådgivning og veiledning til og oppfølging av kommunene; Intensivere oppfølging til kommuner som er kommet kort i arbeidet med å gjennomføre intensjonene i Opptappingsplanen. Bidra til å styrke fagmiljø, ledelse og kompetanse i psykisk helsearbeid, og økt brukermedvirkning i tjenestene. Gjennomføring av samlinger med kommunene i fylket der også spesialisttjenesten inviteres. Ha særlig fokus på å styrke psykisk helsetilbudet til barn og unge i kommunene
- Bidra til at kommunene ivaretar behovene til barn av og pårørende til personer med rusmiddelavhengighet og/eller psykiske vansker
- Vurdering av kommunene for utbetaling av øremerkede tilskudd, og tilskudd til tverrfaglige videreutdanninger i

henholdsvis psykisk helsearbeid for voksne og psykososialt arbeid for barn og unge.

- Bistå sentrale myndigheter med oversikter på tjenester, behov og måloppnåelse. Inneha nødvendig kunnskap og oversikt over status på feltet psykisk helsearbeid for den enkelte kommune innen fylket.
- Formidle statlig politikk og nasjonale prioriteringer innen psykisk helsearbeid, herunder Regjeringens satsing på videreutvikling og styrking av skolehelsetjenesten. Bidra til at kommunene oppfyller måltallet på 800 flere årsverk fordelt på ulike faggrupper til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenestens psykiske helsearbeid.
- Direktoratet viser til ny nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012). Fylkesmannen skal bistå med gjennomføring og samarbeid. NAV fylke er en viktig samarbeidspartner i den sammenheng.
- Bidra til å se arbeidet med psykisk helsearbeid i sammenheng med rusarbeidet og folkehelsearbeidet i kommunene.

2.7.3 Informasjon til regionale helseforetak

Økt faglighet og kvalitet i tjenestene - bruk av nasjonale retningslinjer og veiledere

Direktoratet utgir i 2008 kliniske retningslinjer for forebygging av selvmord og en veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. Det er utgitt en veileder i diagnostikk og behandling av AD/HD, og et rundskriv om bruk av standardiserte kliniske verktøy ved vurdering av risiko for voldelig atferd. RHFene bør bidra til utvikling av god faglig praksis i psykisk helsevern ved å bidra til at tjenesteapparatet og beslutningstakere aktivt benytter nasjonale kliniske retningslinjer og faglige veiledere som grunnlag for sitt arbeid

Økt tilgjengelighet – innføring av ventetidsgaranti i BUP

Direktoratet kan bli tillagt særskilte oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med innføringen av en ventetidsgaranti for barn og unge. Dette krever samarbeid med RHFene. Direktoratet vil komme tilbake til dette særskilt. Direktoratet gir i 2008 ut en praksisveileder for BUP som en del av Strategiplanen for barn og unges psykiske helse. Veilederen skal bidra til en mer enhetlig praksis på BUP-feltet innenfor en rekke områder.

God ressursutnyttelse og rettferdig fordeling – utvikling av gode styringsdata for psykisk helsevern

De regionale helseforetakene bes legge til rette for komplett rapportering av data fra psykisk helsevern til Norsk Pasientregister (NPR). Direktoratet utgir i januar 2008 en veileder for registrering av pasientdata i psykisk helsevern, og våren 2008 utgis det en prosessveileder som tilrettelegger for lokale kontrollrutiner og uttak av relevante rapporter gjennom NPR. De regionale helseforetakene oppfordres til å implementere disse veilederne.

I 2008 vil direktoratet tilby en lokal database fra Norsk Pasientregister som vil gjøre det mulig for klinikere og andre å hente ut data om sin virksomhet som kan benyttes i planlegging og kvalitetsutvikling.

I 2008 er direktoratet og de regionale helseforetakene gitt i oppdrag å gjennomføre en kartlegging av ressursbruk, faglig innhold og organisering ved de distriktpsikiatriske sentrene. Direktoratet har hovedansvaret for planlegging og gjennomføring av en slik kartlegging, men vil samarbeide aktivt med RHFene om utforming og gjennomføring.

Direktoratet har fått i oppgave å utforme *Mål og indikatorer for psykisk helse*. Systemet skal etter planen tas i bruk fra 2009. Det legges opp til å utvikle allerede eksisterende rapporteringssystemer. Direktoratet ønsker å samarbeide med RHFene om denne oppgaven.

Tjenestene er samordnet og preget av kontinuitet - økt samhandling og koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Som en del av arbeidet med å styrke allmennlegetjenestens arbeid i relasjon til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i kommunene, ønsker direktoratet å stimulere bruken av praksiskonsulentordningen (PKO) i distriktpsikiatriske sentra (DPS), barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det gis mulighet for oppstart med inntil 20 enheter. PKO skal styrke samhandlingen mellom psykisk helsevern og kommunene jf. rammeavtalen mellom de regionale helseforetakene og den norske legeforening (2005). Direktoratet ønsker at stimuleringsstilskuddet skal understøtte de regionale helseforetakene arbeid med å etablere PKO ved alle landets DPSer og BUPer. Direktoratet anbefaler RHFene å utnytte det potensialet som ligger i avtalen.

Trygge og virkningsfulle tjenester – redusert og kvalitetssikret bruk av tvang

Som et ledd i oppfølgingen av Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang ([IS-1370](#)) arbeider direktoratet med å etablere et nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om tvang i psykisk helsevern. Direktoratet vil oppfordre RHFene til bidra til økt kunnskapsutvikling på dette området. Flere av tiltakene i planen vil kreve et aktivt samarbeid med RHFene. Direktoratet vil komme tilbake til dette særskilt.

Forvaltning av psykisk helsevernloven

Direktoratet utgir i 2008 et dokument med standarder for registrering av vedtak etter psykisk helsevernloven i elektronisk pasientjournal, herunder maler for utskrift av vedtaksskjema. Direktoratet ber om at disse tas i bruk og at RHFene tilrettelegger for en overgang til elektroniske tvangsprotokoller for kontrollkommisjonene.

2.7.4 Eventuell særskilt rapportering

Krav til særskilt rapportering fra kommunene på psykisk helsefeltet framgår av rundskriv [IS-24/2007](#). Kommunen skal bidra til fylkesmennenes vurderinger av det kvalitative innholdet i kommunenes tilbud til mennesker med psykiske lidelser, jf. første kulepunkt i avsnitt 2.7.3.

2.7.5 Henvisninger til aktuelle dokumenter

- Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse ([IS-1315](#))
- Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser ([IS-1349](#))
- [Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse \(2007-2012\)](#)
- Psykisk helsearbeid
- Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene ([IS-1405](#))
- Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene ([IS-1332](#))
- Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen ([IS-1388](#))
- ”Du er kommet til rett sted...” Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre ([IS-1358](#))
- Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern ([IS-1370](#))
- Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid (rundskriv [IS-15/2006](#))
- Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av standardiserte kliniske verktøy (rundskriv [IS-9/2007](#))

2.8 Omsorgstjenesten

Omsorgstjenesten er av avgjørende betydning for mennesker med sykdom og/eller funksjonsnedsettelse. Omsorgstjenesten må organiseres slik at brukerne så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfullt tilværelse i felleskap med andre. Tjenestetilbudet skal utformes i samråd med brukerne slik lovgivningen forutsetter.

Det skal legges vekt på å løfte fram de kommunale omsorgstjenestene og bidra til at omsorgstjenestens omdømme og status heves gjennom positivt fokus og kvalitetsutviklingsarbeid. Videre skal det sikres at omsorgstjenesten får den oppfølging og prioritet som står i forhold til disse tjenestenes utfordringer og størrelse, i tråd med strategiene i Omsorgsplan 2015:

Langsiktige mål:

- Et helhetlig, og velfungerende omsorgstilbud med en aktiv omsorgsprofil, som er forberedt på å møte framtidens utfordringer
- En omsorgstjeneste som er til for alle uavhengig av alder, diagnose, problem, funksjonshemming
- En omsorgstjeneste som er tilrettelagt for mennesker med demens
- God kvalitet som sikrer forsvarlig behandling og ivaretagelse av grunnleggende rettsikkerhet
- Et godt utbygd hjemmetjenestetilbud og tilstrekkelig og godt tilrettelagte sykehjem og omsorgsboliger
- Tilstrekkelig og godt kvalifisert personell i omsorgstjenesten med større faglig bredde

2.8.1 Informasjon til kommunene

St.meld. nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening" trekker opp 5 langsiktige strategier for å møte framtidens omsorgsutfordringer. Kommunene forutsettes å legge disse til grunn i sitt videre arbeid på omsorgsfeltet.

I Omsorgsplan 2015 er det skissert en rekke tiltak og delplaner, herunder:

- Investeringsordning for sykehjem og omsorgsboliger
- Demensplan 2015
- Kompetanseløftet 2015
- Flere årsverk med økt kompetanse
- Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem

Omsorgsplanfokus i 2008 vil spesielt være å sette framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunal planlegging. Dette vil ikke være en sak for helse- og sosialtjenesten alene, men må involvere hele lokalsamfunnet og de fleste av samfunnets sektorer.

Nytt investeringstilskudd for sykehjem og omsorgsboliger trådte i kraft 01.01. 2008. Tilskuddet skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og sosialtjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming. Det skal gis investeringstilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden 2008- 2015. Ordningen skal forvaltes av Husbanken. Retningslinjer for tilskuddet vil bli sendt kommunene i eget brev.

Demensplan 2015 løfter fram tre hovedsaker; bedre tilpassede botilbud, dagaktivitetstilbud og økt kunnskap og kompetanse. Planen peker på dagaktivitetstilbud som det manglende mellomledd i den kommunale omsorgskjeden. Direktoratet forventer derfor at kommunene tar et særskilt grep i forhold til utbygging av dagtilbud i tråd med Omsorgsplanens strategi om "Aktiv omsorg".

Direktoratet forventer at kommunene i samarbeid med fylkesmannen legger planer for rekruttering og opplæring, og bidrar til at målene i Kompetanseløftet 2015 nås. Fylkesmannen skal behandle søknader om statlig tilskudd og gir nærmere informasjon om søknad og søknadsfrister for 2008.

Kommunene har i 2007 vurdert sitt behov og fastsatt sin lokale norm for legetjenester i sykehjem, og må sikre at deres lokale normtall oppnås. Økningen av antall legeårsverk finansieres innenfor veksten i kommunenes inntekter som en del av målsettingen om 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten innen 2009.

De nye årsverkene som kommunene allerede har sikret kan benyttes både til å utvide kapasiteten i hjemmetjenesten og sykehjemmene, bygge ut dagtilbud og eldresentra og sikre større faglig bredde og økt kompetanse i tjenestene. Det er for perioden 2008- 2015 anslått et behov for ytterligere 12 000 årsverk i omsorgstjenesten.

Kommunene oppfordres til å utnytte ubrukt reserve ved å aktivt øke antall hele stillinger i omsorgstjenesten.

Kommunene oppfordres til å styrke den tverrfaglige og tverrsektorielle samhandling spesielt i forhold til omsorgstjenestens brukere. Det må legges vekt på samhandling innad i kommunen, og mellom de ulike nivåene i helse- og sosialtjenestene, herunder også tannhelsetjenesten, for å sikre et helhetlig og koordinert tilbud. I møte med framtidens store omsorgsutfordringer, bør tjenestene også organiseres slik at de ivaretar og videreutvikler samspillet med familie og lokalsamfunn.

IPLOS

IPLOS skal være innført som en del av saksbehandlingen og dokumentasjonen i omsorgstjenesten, og dataene være oppdaterte og fullstendige ved innsendingen i februar 2008. Alle som søker/mottar omsorgstjenester skal informeres om IPLOS, jf. brosjyre IS-1441. Kommunen oppfordres til å sette fokus på brukermedvirkning i utforming av tjenestetilbudet og medbestemmelse.

Ressurskrevende tjenester

Formålet med tilskuddsordningen er å sikre at brukere som krever stor ressursinnsats fra det kommunale tjenesteapparatet får et best mulig tilbud uavhengig av kommunens økonomiske situasjon. Kompensasjonsgraden endres til 85 prosent. Dette betyr en halvering av kommunenes utgifter utover innslagspunktet, som i dag er på 800 000¹ kroner per bruker. Modellen for beregning av egenandeler endres slik at den enkelte kommune får kompensert en fast andel utgifter utover innslagspunktet. Ansvarlig departement er Kommunal- og regionaldepartementet. Sosial og helsedirektoratet vil fortsatt administrere ordningen

Brukerstyrt personlig assistent

Tjenestetilbudet brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ organisering av tjenesten "praktisk bistand og opplæring" i sosialtjenesteloven og omfatter bistand både i og utenfor hjemmet. BPA er i første rekke en ordning til personer med omfattende funksjonsnedsettelse, og innebærer at tjenestemottakeren har egne faste assistenter som vedkommende har arbeidslederansvaret for.

Det er i årets statsbudsjett bevilget 77,842 mill. kroner over kapittel 761 post 66 til BPA-ordningen. Formålet med bevilgningen er å gi stimuleringstilskudd til kommuner for å ta i bruk denne ordningen for bestemte brukere. Midler blir fordelt etter søknad fra kommunene.

RO sender hvert år ut orientering til kommunene om søknadsopplegg, tidsfrister og lignende. Søknadsfrist er 1. mars.

¹ Summen rettet etter utsendt elektronisk eksemplar dat. 13.02.08.

2.8.2 Informasjon til Fylkesmannen

Plan for embetets arbeid med oppfølging av Omsorgsplan 2015

Direktoratet ber om at embetenes oppfølging av Omsorgsplan 2015 med alle tiltak og delplaner blir organisert slik at den framstår som en helhetlig plan. Det forutsettes at både plan- og økonomifaglig, utdannings-, helse- og sosialfaglig kompetanse er representert i dette arbeidet.

Fylkesmannen skal følge opp kommunenes arbeid med Omsorgsplan 2015 i henhold til de langsiktige strategiene for å møte fremtidens omsorgsutfordringer (St. meld. Nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening").

Fylkesmannen skal videre følge opp kommunenes kvalitetsarbeid og forvaltningspraksis.

Investeringsstilskuddet

Husbanken skal forvalte det nye tilskuddet på samme måte som under Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplan for psykisk helse i samarbeid med Fylkesmannen. Fylkesmannen skal bistå Husbanken med å vurdere søknadene fra kommunene og gi sin innstilling i forhold til behov og prioritering og om prosjektet det søkes om kommer inn under formålet for ordningen. Det vil bli gitt nærmere orientering i eget brev om dette oppdraget.

Rekrutterings- og kompetanseplanen

Kompetanseløftet 2015 har et rullerende 4-årig handlingsprogram som oppdateres jevnlig. Fylkesmannen er en sentral aktør i iverksetting av planen både overfor kommunene og utdanningssektoren.

Målene i Kompetanseløftet 2015 skal være styrende for fylkesmannens arbeid med planen.

Når det gjelder detaljert beskrivelse av oppdrag knyttet til Omsorgsplan 2015 vises det for øvrig til embetsoppdraget for 2008.

2.8.3 Informasjon til regionale helseforetak

RHFene skal ha omfattende samhandling med de kommunale omsorgstjenestene.

Pasienter/brukere skal oppleve trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helse- og sosialtjenesten. Dette fordrer systematisk og løpende samarbeid, som omfatter samarbeidsavtaler, gjensidig kompetanseoverføring, ambulante team, veiledning og etablering av felles prosedyrer. God samhandling er spesielt viktig ved utskrivning fra sykehus der det kreves at personen får tjenester i kommunen og tettere medisinsk og tverrfaglig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

RHFene oppfordres til å opprette tilstrekkelig antall læreplasser i foretakene i samarbeid med øvrige aktører på utdanningsområdet og den kommunale helse- og sosialtjenesten. RHFene skal videre bidra til å styrke forskningen på omsorgstjenesten og deres brukergrupper.

2.8.4 Informasjon til fylkeskommunene

Fylkeskommunen bes bidra til at det etableres et systematisk samarbeid med omsorgstjenesten om nødvendig opplæring i munnstell for personell i omsorgstjenesten. Som en del av vårt følge-med ansvar vil direktoratet følge opp dette i eget brev til fylkeskommunene i løpet av året.

Direktoratet ber fylkeskommunene bidra til en riktig dimensjonering av utdanningstilbudet innen det helse- og sosialfaglige området når det gjelder framtidige behov for personell, særlig innen helsearbeiderfaget og innenfor fagskoleutdanning.

Videre bes fylkeskommunen om å bidra til at voksne som ønsker helsefagarbeiderutdanning får tilbud om tilpasset opplæring. Tilbudet bør gjelde voksne både med og uten relevant arbeidserfaring og praksis.

2.8.5 Henvisninger til aktuelle dokumenter

- St.meld.nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening
- IS-1201 Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Kvalitetsavtalen mellom staten og KS
- St.meld.nr.35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester.
- Demensplan – "Den gode dagen"
- Veileder IS-1040 – I saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenesten (revidert utgave fra 2005)
- IS – 1183 Internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- IS - 1441 Informasjon til deg som trenger pleie- og omsorgstjenester
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)

2.9 Habilitering og rehabilitering

Regjeringen la fram Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering i St.prp. nr 1 (2007-2008) for Helse- og omsorgsdepartementet. Habilitering og rehabilitering skal få økt posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenestene. Tjenestene skal utvikles i samarbeid med brukerne og bidra til selvstendighet og deltagelse i samfunnet. Det skal settes fokus på kvalitet for å bidra til bedre tjenester. Samhandling er sentralt innenfor habilitering og rehabilitering, der brukerne ofte er avhengig av tjenester fra mange aktører og sektorer. Kvalitet i tjenesten er derfor avhengig av at det legges til rette for god samhandling, og at aktørene utvikler en samarbeidskultur.

Tjenestetilbudet skal være helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset, uavhengig av alder, kjønn, etnisitet, diagnose, samfunnsmessig lønnsomhet eller hvor man bor i landet.

2.9.1 Informasjon til kommunene

Kommunene skal sørge for at det finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten som er synlig, tilgjengelig og kompetent for tjenestemottakere og samarbeidspartnere.

Videre skal det etableres samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak for å sikre helhet og sammenheng i tjenestene.

Brukermedvirkning skal stå sentralt i de individuelle habiliterings- og rehabiliteringsforløpene. Likemannsarbeid skal fremstå som en ressurs i kunnskaps- og erfaringsoverføring både til brukere og på systemnivå.

2.9.2 Informasjon til Fylkesmannen

Fylkesmannen skal på vegne av direktoratet følge opp nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering overfor kommunene.

2.9.3 Informasjon til regionale helseforetak

RHFene bør ha oversikt over koordinerende enheter for habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen.

Brukermedvirkning skal stå sentralt i de individuelle rehabiliteringsforløp. Likemannsarbeid skal fremstå som en ressurs i kunnskaps- og erfaringsoverføring både til brukere og på systemnivå.

RHFene er viktige samarbeidspartnere for gjennomføring av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.

2.9.4 Henvisninger til aktuelle dokumenter

- Forskrift om habilitering og rehabilitering
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 (Kap 9 i St prp nr 1 (2007-2008))
- Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet inngått mellom HOD og KS
- Veileder for inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak
- Sosialtjenesteloven
- Pasientrettighetsloven
- Forskrift om individuell plan
- Strategiplan – habilitering av barn

3. Tverrgående satsninger

3.1 Kvalitet og prioritering

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) og praksisfeltets anbefalinger

Nasjonal helseplan trekker frem direktoratets strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenestene som førende for kvalitetsarbeidet i tjenesten. "Og bedre skal det bli!" Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015), veileder IS-1162 er et overordnet rammeverk som gir et felles tankegods, vokabular, mål og innsatsområder for å arbeide med kvalitetsforbedring innenfor alle virksomhetsområder i sosial- og helsetjenestene på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Målene er at vi skal ha helse- og sosialtjenester av god kvalitet og som er kjennetegnet ved at de:

- er virkningsfulle
- er sikre og trygge
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Kvalitetsstrategien trekker frem fem innsatsområder for arbeidet i årene som kommer. Det er nå utarbeidet konkrete anbefalinger innefor hvert av disse områdene. Disse anbefalingene er utarbeidet av folk fra praksis og er samlet i et dokument som er kalt "Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten", utgitt av Sosial- og helsedirektoratet, veileder IS-1502.

Det er en forventning om at anbefalingene og prinsippene for kvalitetsforbedringsarbeid som er nedfelt i strategien blir integrert i alt arbeid som gjøres for å forbedre tjenestene framover.

For å støtte, inspirere og ha dialog om kvalitetsarbeidet med tjenestene, gjennomfører Sosial- og helsedirektoratet den nasjonale "...og bedre skal det bli!" konferansen. For å legge til rette for at innholdet kan nå ut til mange i tjenestene og brukes i forbedringsarbeid i etterkant, blir alle foredrag, presentasjoner og videoinnslag lagt på nettsiden www.ogbedreskaldetbli.no. Der ligger det også en verktøykasse for kvalitetsforbedring som er utviklet for å støtte forbedringsarbeidet ute i tjenestene.

Kvalitetsindikatorer og medisinske kvalitetsregistre

Det er et helsepolitisk mål at kvaliteten av helsetjenestene skal være høy. Siden kvalitet i helsetjenesten vanskelig kan måles direkte, benyttes indikatorer. En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet. De nasjonale kvalitetsindikatorene skal belyse ett eller flere av kvalitetsstrategiens kjennetegn på kvalitet.

Det er i dag få tilgjengelige data på nasjonalt nivå om resultat av ulike behandlinger, tjenester og tiltak. Det er et mål å forbedre datagrunnlaget for gode nøkkeltall innen direktoratets fagområder. Automatisert datafangst, gode

rutiner for rapportering og publisering av kvalitetsinformasjon er avgjørende suksesskriterier. Direktoratet deltar i nasjonalt, nordisk og internasjonalt indikatorarbeid for å sikre utvikling og harmonisering. Vi forventer et nært og aktivt samarbeid med og mellom de ulike aktørene for å utvikle datagrunnlag, nøkkeltall og rapporteringsrutiner.

Nasjonale retningslinjer

Nasjonale retningslinjer fra Sosial- og helsedirektoratet er å betrakte som anbefalinger og råd, basert på oppdatert faglig kunnskap som er fremskaffet på en systematisk, kunnskapsbasert måte. De nasjonale retningslinjene gir uttrykk for hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet og er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger tjenesteyterne må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten.

Utarbeidelse av nasjonale retningslinjer skjer i nært samarbeid mellom Shdir, fagfolk, brukere og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. RHFene og kommunene bør tilrettelegge virksomheten slik at de nasjonale retningslinjene kan implementeres og følges. Retningslinjer utarbeidet lokalt bør gjøres tilgjengelig f.eks på internett.

Oppfølging av avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten mellom Regjeringen og KS

Regjeringen inngikk i september 2006 en ny avtale med KS om kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Siktemålet med avtalen er at staten og KS i fellesskap skal bidra til å forbedre kvaliteten og etablere ordninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Partene er enige om at utfordringene må møtes ut fra lokale variasjoner og behov, og legger til grunn de fem hovedstrategiene for framtidens omsorgstjeneste.

Målsettingene i avtalen er i 2007 blant annet blitt fulgt opp gjennom den nye ledelsessatsingen Flink med folk i første rekke, rekrutteringssatsingen Aksjon helsefagarbeider, en satsing på etisk kompetanseheving i samarbeid med yrkesorganisasjonene og satsingen på legetjenester i sykehjem. Nye tiltak som skal bidra til måloppnåelsen av avtalen, er under vurdering.

Henvisning til aktuelle dokumenter

- Nasjonal helseplan 2007 – 2010
- "Og bedre skal det bli!" Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)
- "Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten", utgitt av Sosial- og helsedirektoratet, veileder IS-1502
- Kvalitetsavtalen mellom Staten og KS

3.2 Samhandling

Det er et helsepolitisk mål å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet, særlig for brukere og pasienter med langvarige og sammensatte behov. Dette må skje gjennom satsninger både på tiltak som er forankret i praksisfeltet og som er av overordnet organisatorisk karakter. Det er spesielt viktig at ledere får kunnskap om hvordan bruk av teknologi kan bidra til å heve kvaliteten på pasientbehandlingen. Nasjonal rammeavtale mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet om samhandling på helse- og omsorgsområdet er en

treårig avtale inngått i juni 2007. Arbeidet skal sees i sammenheng med oppfølging av Avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten. Partene forplikter seg i samhandlingsavtalen blant annet til å bidra til bedre samhandling på IKT-området gjennom strategiutvikling, standardisering og kompetanseutvikling. Direktoratet har fra 2008 sekretariatsfunksjonen for å understøtte avtalepartenes oppfølging av rammeavtalen.

3.2.1 Informasjon til kommunene

Kommunene oppfordres til å samhandle på tvers av tjenester på kommunalt nivå og med øvrige nivå i helsetjenestene. Kommunene bør inngå samhandlingsavtaler med helseforetakene, jf avtalen mellom HOD og KS.

Elektronisk samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene skal realiseres gjennom et nasjonalt meldingsløft, som omfatter en rekke regionale prosjekter, samt videreføring av satsningen på et eget kommuneprogram. Sosial- og helsedirektoratet skal lede et sekretariat som skal koordinere satsningen samt følge opp og understøtte gjennomføringen av disse prosjektene. For å gjøre nødvendige forberedelser for elektronisk samhandling oppfordres kommunene til å ta i bruk elektroniske pasientjournalssystemer innen pleie- og omsorgstjenestene, sikre gode rutiner for dokumentasjon av helsehjelp og sørge for god opplæring og kompetanseutvikling.

Gjennom eResept-programmet arbeides det med å innføre elektroniske resepter. I 2008 vil løsningen bli pilotert i utvalgte kommuner. Dette organiseres fra direktoratet, men det legges til grunn at de kommunene som deltar i piloten bistår arbeidet innad mot relevante yrkesgrupper og enheter i tjenesten. Samtidig vil det være av betydning at de erfaringer som pilotkommunene genererer blir gjort tilgjengelig for øvrige kommuner i forbindelse med at elektroniske resepter iverksettes som en nasjonal løsning i 2009.

3.2.2 Informasjon til Fylkesmannen

Elektronisk samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene skal realiseres gjennom et nasjonalt meldingsløft samt videreføring av satsningen på et eget kommuneprogram. Lokale samhandlingsavtaler mellom kommuner og helseforetak skal inngås. Fylkesmannen oppfordres til å understøtte arbeidet lokalt og regionalt for å bidra til effektiv, godt fungerende og forsvarlig samhandling rundt pasientene.

3.2.3 Informasjon til helseforetakene

Helseforetakene skal inngå samhandlingsavtaler med kommunene, jf avtalen mellom HOD og KS.

Systemet med kvalitetsindikatorer innenfor somatiske spesialisthelsetjenester og psykisk helsevern skal utvikles til å omfatte habilitering og rehabilitering og tjenestetilbudet til rusmisbrukere.

Det skal gjennomføres et "nasjonalt meldingsløft" som skal sikre at basiskommunikasjonen mellom helseforetak og fastlegene skal sendes elektronisk. De regionale helseforetakene skal legge til rette for at fastleger og kommunale pleie- og omsorgstjenester får mulighet til å utveksle basismeldinger som epikriser, henvisninger, rekvisisjoner, laboratoriesvar, pleie- og omsorgsmeldinger og resepter med alle helseforetak i regionen. Meldingene skal overføres elektronisk over helsenettet. Kommunikasjonen skal være standardisert i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur. Sosial- og helsedirektoratet skal koordinere satsningen samt følge opp og understøtte gjennomføringen.

3.2.4 Henvisning til aktuelle dokumenter:

- Nasjonal rammeavtale mellom KS og HOD om samhandling på helse- og omsorgsområdet
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/RAMmeavtale.pdf>
- Veileder
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/veileder.pdf>

3.3 Helse- og sosialberedskap

Beredskapen skal utvikles i tråd med statsbudsjettet 2008, Nasjonal helseplan og Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan.

3.3.1 Informasjon til Regionale helseforetak og kommunesektoren

Regionale helseforetak, helseforetak, landets kommuner og vannverk skal ha robuste systemer og oppdaterte, øvede og koordinerte beredskapsplaner med rutiner for varsling, ressursdisponering og samhandling ved kriser, bl.a. innenfor atomberedskapsområdet, pandemisk influensa, utbrudd av smittsomme sykdommer og matbårne sykdommer, samt kjemiske hendelser.

3.3.2 Informasjon til fylkesmannen

Direktoratet oppfordrer fylkesmannen til å videreutvikle og øve eget apparat for å ivareta rollen sin ved kriser innenfor helse- og sosialberedskapsområdet i tråd med Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan.

Fylkesmannen skal medvirke til at kommuner, helseforetak og vannverk videreutvikler sine beredskapsplaner, utvikler prosedyrer for samhandling i sektoren ved kriser, og gjennomfører øvelser og andre kompetansetiltak.

3.3.3 Henvisning til aktuelle dokumenter

- Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan (fastsatt 31.1.2007)
- Lov av 23. juni 2000 nr 56 om helsemessig og sosial beredskap
- Lov av 2.7. 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene
- Lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m. v.
- Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer
- Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, versjon 3.0
- Lov av 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling
- Kgl. res. av 17.2.2006 Atomberedskap - sentral og regional organisering Lov av 19.12. 2003 nr. 124 om matproduksjon og mattrygghet mv.
- St.prp. nr. 1 (2007-2008) Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 1 (2007-2008) Fornyings- og administrasjonsdepartementet St.prp. nr. 1 (2007-2008) Justis- og politidepartementet
- Nasjonal helseplan 2007 - 2010, St.prp. nr. 1 (2006-2007)

3.4 Finansieringsordninger

Innsatsstyrt finansiering 2008

Det vises til regelverk for innsatsstyrt finansiering (ISF) i 2008. Regelverket er gjeldende fra 1.1.2008.

Det skilles mellom regelverk for døgn- og dagbehandling (del I) og regelverk for somatisk poliklinikk (del II). Det presiseres at omleggingen av aktivitetsbasert finansiering av somatisk poliklinisk virksomhet ikke medfører utvidelser av hvilken helsehjelp og virksomheter som er omfattet. Dokumentet inneholder i tillegg en liste over institusjoner som omfattes av ISF-ordningen, samt oversikt over gjeldende DRG-er og takstkoder.

De regionale helseforetakene har ansvar for at regelverket blir kjent og følges opp av underliggende virksomheter eller tjenesteytere som driver etter avtale. Regelverket beskriver de vilkår som skal være oppfylt for at midlene skal bli utbetalt.

3.5 Personell og kompetanse

Pasienter og brukere har, uavhengig av bosted, rett til likeverdig tilgang til helse- og sosialtjenester med tilstrekkelig og rett kvalifisert personell. Tjenesten skal være likeverdig og gi godt tilbud til alle, uavhengig av diagnose, bosted, alder, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon.

Alle samarbeidspartnere; kommune, fylkeskommune, RHF og fylkesmenn, skal bidra til å dekke behovet for undervisning og opplæring innen grunn-, spesialist-, videre- og etterutdanning av helsefaglige elever, lærlinger, studenter og turnuskandidater. Det må legges vekt på etisk kompetanseutvikling hos helse- og sosialpersonell.

Kommunene, fylkeskommunene og helseforetakene bes sørge for at regelverk, rundskriv m.m. finnes lett tilgjengelig for helsepersonell og at helsepersonell gjøres oppmerksom på sin plikt til å gjøre seg kjent med og holde seg oppdatert på gjeldende rett. Taushetsplikt, opplysningsplikt, meldeplikt og dokumentasjonsplikt er sentrale temaer helsepersonell må være kjent med.

Det er arbeidsgiver som har ansvar for at helsepersonell som tilsettes eller som det inngås avtale med, har nødvendige språkkunnskaper. De har likeledes ansvar for å påse at eventuelt autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning kan dokumenteres og at helse- og sosialpersonell som skal yte tjenester til barn og utviklingshemmede, kan legge fram politiattest.

Kompetansemålene i den nye helsefagarbeiderutdanningen forutsetter at lærlingen skal ha læretid både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Departementet har i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene stilt krav til samarbeid med fylkeskommunene for å bidra til at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser, særlig innen helsefagarbeiderutdanningen og ambulansearbeiderutdanningen.

Det vises forøvrig til omtalen av kompetanse- og rekrutteringsplanen Kompetanseløftet 2015 under punkt 2.8.1.

De regionale helseforetakene har ansvar for å opprette tildelt antall turnusplasser for leger i sykehus og DPS innen helseregionen.

Kommunene har ansvar for at det opprettes veiledningsavtale for allmennleger i veiledet tjeneste i hht behovet for rekruttering av fastleger i kommunene.

Henvising til aktuelle dokumenter

- Rundskriv IS-9/2005, Turnustjenesten for leger.
- Rundskriv IS-14/2004, Tilskudd til turnustjeneste for leger i kommunehelsetjenesten.
- Rundskriv IS-13/2004, Tilskudd til turnustjeneste i sykehus og opptreningsinstitusjoner
- Rundskriv IS-11/2005, turnustjenesten for fysioterapeuter
- Rundskriv I-21/99 for nærmere informasjon om søknadsprosedyrer og kriterier for fordeling av legestillinger/-hjemler til kommunehelsetjenesten frem til 2001.
- Søknadsskjema for nye legestillinger
- Rundskriv IS-18/2005 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon
- Avtaleskjema og attest for veiledet tjeneste

3.6 Pasientsikkerhet

Nasjonalt enhet for pasientsikkerhet ble opprettet i april 2007 som en del av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Enheten har som formål å samle kunnskap og skape anvendbar læringsinformasjon til helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan gjøres for bedre pasientsikkerhet.

For å sikre tryggere tjenester for brukerne ber direktoratet fylkesmannen, de regionale helseforetak, fylkeskommunene og kommunene samarbeide med Nasjonal enhet for pasientsikkerhet om å rette økt fokus på pasientsikkerhet.

3.7 InnoMed

Direktoratet vil rette oppmerksomheten mot Nasjonalt nettverk for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren, InnoMed.

InnoMed www.innomed.no, er etablert for å fasilitere behovsdrevet innovasjon i helsesektoren innenfor store behovsområder (slag, demens, kols, diabetes, lårbeinsbrudd, medikamenthåndtering, fremtidens lokalsykehus, fremtidens eldrebolig) og har som mål å bidra til kvalitet og effektivitet i helsetjenesten gjennom utvikling av løsninger forankret i nasjonale behov og standarder. InnoMed skal bidra til nasjonal innretning og god forankring av prosjekter i helsesektoren. InnoMed har et spesielt ansvar for innovasjonsstimulering gjennom etablering av møteplasser mellom helsepersonell og mellom helsepersonell, bedrifter, FoU og virkemiddelapparatet.

En fem-årig satsing mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren ble lansert i statsbudsjettet for 2007 og Nasjonal Helseplan (2007-2011). Satsingen har fokus på IKT og medisinsk teknisk utstyr. Viktige samarbeidspartnere i satsingen ble utpekt til å være de regionale helseforetakene, Forskningsrådet, Innovasjon Norge og InnoMed. Direktoratet v/InnoMed er gitt et særskilt ansvar for å sikre helhetlig oppfølging og koordinering av satsingen til aktørene. En samarbeidsavtale om satsingen mellom aktørene er under etablering og det arbeides for at KS kan knytte seg til avtalen.

3.8 Pasientrettighetslovens § 4 A

Nytt kapittel 4A i pasientrettighetsloven trer i kraft 1. januar 2009, og kommunehelsetjenesten, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil i løpet av 2008/2009 motta opplæring fra Helsetilsynet i fylket i anvendelse av nytt regelverk. Kapitlet gir hjemmel for å yte helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Hittil har det kun vært hjemmel for å yte slik helsehjelp i akutsituasjoner, jf. helsepersonelloven § 7, og overfor enkelte grupper i visse situasjoner etter psykisk helsevern loven og kommunehelsetjenesteloven. Det nye regelverket har som formål å øke pasientens rettsikkerhet, så vel som å redusere bruken av tvang. Regelverket byr på krevende vurderinger og nye saksbehandlingsrutiner, og omfatter store grupper av helsepersonell på ulike nivå innen ulike tjenestetilbud. Det er nødvendig med en grundig og omfattende opplæringsinnsats, og det er derfor viktig at alle forvaltningsnivåer setter av nødvendig tid og ressurser til å motta opplæringen og implementere gode saksbehandlingsrutiner i egen virksomhet.

3.9 Minoriteter

Tjenestetilbud til den samiske befolkning:

I mange kommuner er den samiske befolkning i mindre grad enn befolkningen for øvrig aktiv i organisasjoner og deltar i mindre grad på møteplasser som har størst betydning i lokalsamfunnet. Den samiske befolknings behov for mer tilgjengelige helse- og sosialtjenester kan derfor få liten oppmerksomhet.

Kommunene må legge til rette for at den samiske befolkning har likeverdig helse- og sosialtjenester som befolkningen for øvrig.

4. Økonomiske rammer

4.1 Tilskudd til Fylkesmannen i 2008

Oversikt over tilskuddsmidler og belastningsfullmakter til Fylkesmannen følger i eget brev.

4.2 Tilskudd til kommunene i 2008

Tilskudd til oppfølgingstjenester i bolig

På vei til egen bolig (2005-2007) er regjeringens strategi for å forebygge og bekjempe bostedsløshet. Strategien bygger på St.meld. nr. 23 (2003-2004) Om boligpolitikken og viderefører målsettinger fra Tiltaksplan mot fattigdom. Regjeringen opprettholder arbeidet med å bekjempe bostedsløshet i 2008. Tilskuddsordningen for å styrke de ordinære oppfølgingstjenestene til vanskeligstilte på boligmarkedet videreføres. I fjor omfattet tilskuddsordningen 100 kommuner og bydeler. I 2007 ble det startet opp forsøksprosjekter i de fire store byene og utvalgte kommuner for å utvikle rutiner og metoder for å sikre personer varige boliger framfor midlertidig botilbud. Satsningen er administrert av Sosial- og helsedirektoratet i nært samarbeid med Fylkesmannen og Husbanken. Sosial- og helsedirektoratet har overordnet ansvar for fagutvikling og kunnskapsinnhenting på det boligsosiale området. I dette ligger et ansvar for utvikling av tjenester til bostedsløse og vanskeligstilte på boligmarkedet. En større evaluering ble avsluttet ved utgangen av 2007.

Fylkesmannen vil i samarbeid med Husbankens regionkontor invitere kommunene til seminarer om boligsosialt arbeid i 2008. Seminarene vil ha fokus på resultatmålene i den nasjonale strategien og oppfølgingstjenester i bolig

Vilkår for tildeling av midler for 2008

Sosial- og helsedirektoratet inviterer kommuner og bydeler til å søke om tilskudd over Kap. 621, post 63 til styrking og utvikling av oppfølgingstjenester til bostedsløse. Søknader med fokus på utviklings- og forsøksvirksomhet i tilknytning til resultatmålene i nasjonal strategi vil bli prioritert. Tilskuddet skal stimulere til nytenkning, styrking av samarbeid på tvers av kommuner, tjenester og etater og samarbeid med frivillige organisasjoner. Framskaffelse av varige botilbud, brukermedvirkning, bruk av individuell plan og vedtak på tjenester til oppfølging vil bli vektlagt. Søknader vil bli behandlet sammen med søknader om midler til kommunalt rusarbeid

Søknadsfristen er 20. februar 2008. Mer informasjon om søknadskriterier og prosedyrer kan lastes ned fra <http://www.shdir.no/sosialetjenester>.

Kommunalt arbeid overfor rusmiddelmissbrukere, herunder legemiddelassistert rehabilitering og lavterskel helsetiltak

Direktoratet forvalter i hovedsak fire kommunale tilskuddsordninger på området. Søknad om midler vil bli behandlet sammen med søknader om midler til boligsosialt arbeid.

1. Styrking av personlig veiledning og individuell oppfølging

Gjennom Opptrappingsplanen for rusfeltet er det satt av 23 mill. kroner til utprøving av en ordning med koordinerende "tillitspersoner" i kommunene. De skal gi rusmiddelavhengige veiledning gjennom hjelpeapparatet, bidra til at de mottar tjenester de har behov for, og bidra til at de deltar i aktiviteter og i kvalifiseringsprogrammet i NAV etc. Oppfølging av LAR-brukere omfattes av ordningen. Målet er at flere får individuell plan med helhetlig oppfølging og at tilbakefall etter institusjons- og fengselsopphold reduseres.

Det er lagt opp til en delfinansiering mellom kommune og stat, med et statlig tilskudd over tre år for å forankre tilbudet lokalt.

Sosial- og helsedirektoratet vil utarbeide nærmere retningslinjer for ordningen.

2. Oppfølgingstjenester til pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Formålet med ordningen er å sikre nødvendige oppfølgingstjenester til pasienter i LAR. Målet med LAR er rehabilitering, forstått slik at pasienten sammen med den medikamentelle behandlingen skal få nødvendig hjelp til å oppnå sitt optimale funksjonsnivå. I likhet med all annen rehabilitering skal arbeid være det primære målet. Et sentralt verktøy i LAR vil være kvalifiseringsprogrammet med tilhørende kvalifiseringsstønad som følger av etableringen av NAV i kommunene.

Tilskuddet til kommunenes oppfølgings- og rehabiliteringstjenester for pasienter i LAR videreføres i 2008. Tilskuddene skal videreutvikles i tråd med opptrappingsplanen for rusfeltet og innrettes ytterligere som stimuleringsmiddel for utvikling av kommunalt rusarbeid og utprøving av en ordning med koordinerende "tillitspersoner".

3. Styrking av helhetlige oppfølgingstjenester til rusmisbrukere

Tilskuddet videreføres i 2008. Det skal bidra til forsøk og metodeutvikling i kommunalt rusarbeid for å styrke individuell oppfølging og utvikle tilgjengelige og fleksible tjenester før, under og etter rehabilitering, institusjons- og fengselsopphold. Ordningen har et spesielt fokus på samordnende og tverretatlige tjenester, herunder bruk av individuell plan. Det satses særlig på tilgjengelige tjenester til ungdom som kan risikere å utvikle rusmiddelproblemer, og mennesker med rusmiddelproblemer som deltar i kvalifiseringsprogrammet. Bevilgningen ytes særlig for å styrke sosialtjenestens oppgaver og ansvar på rusområdet.

4. Lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige, herunder tannhelsetjenester

I 2007 ble det bevilget 47, 85 mill kroner til lavterskel helsetiltak i 36 kommuner, inkludert 5 mill. til tannhelsetiltak. Formålet med ordningen er å bedre livssituasjonen til rusmiddelavhengige med omfattende og sammensatte problemer og dårlig helsetilstand. Gjennom lavterskel helsetiltak skal de som har problemer med å benytte ordinære helse- og sosialtjenester få et tilgjengelig og tilpasset helsetilbud som kan bidra til å bedre deres helse, livssituasjon og redusere faren for overdoser. Tiltakene

skal fungere som koordinerende ledd for helse- og sosialtjenesten i kommunene og bidra til at brukerne mottar tjenester de har behov for. Individuell plan skal ivareta samordning av tjenester og brukermedvirking og vil derfor være et viktig verktøy i dette arbeidet. Det er et mål at de brukerne som ønsker det skal få individuell plan. De øremerkede midlene til tannhelsetjenester ses i sammenheng med fylkeskommunens tilbud til målgruppen

Ordnningen er under evaluering og funnene i denne vil være en del av grunnlaget for å vurdere videreutvikling av tjenestetilbudet til målgruppen. Søkere som allerede er inne i ordningen vil for 2008 få tildelt ekstra midler til kompetanseutviklingstiltak. Midlene skal benyttes til å videreutvikle kvaliteten i tiltaket i tråd med målene for ordningen og utfordringer som fremkommer i evalueringen. Videre skal tiltaket spre sine erfaringer med lavterskel helsetiltak (praksis og metode) til andre tjenester i kommunen. Fylkesmannen vil få en sentral rolle i å forvalte tilskuddene i samarbeid med kommunene.

Søknadsfristen er 20. februar 2008. Søknader vil bli behandlet sammen med søknader om midler til boligsosialt arbeid. Mer informasjon omsøknadskriterier og prosedyrer kan lastes ned fra <http://www.shdir.no/sosialetjenester>

Barnefattigdom

Regjeringen har i 2008 avsatt 24 mill. kroner til kompetanse- og utviklingstiltak for å forebygge og redusere fattigdom blant barn, unge og barnefamilier som mottar bistand fra sosialtjenesten. Tiltaket startet opp høsten 2005 og er knyttet opp til en tilsvarende satsing innenfor barne- og ungdomsvernet som Barne- og likestillingsdepartementet er ansvarlig for. Til sammen deltar 48 kommuner i satsingen. Midlene fra direktoratet kan anvendes til tiltak overfor (1) det enkelte barn, evt. ungdom i alderen 18-24 år, (2) direkte overfor familien eller til (3) generelle tiltak som involverer barn i målgruppen. Midlene kan ikke erstatte kommunale stillinger eller allerede eksisterende tjenester i kommunen. Direktoratet følger opp tiltaket i et nært samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Vilkår for tildelingen av midler for 2008:

Det må fremgå av søknaden at målgruppen er i samsvar med en eller flere av satsingens målgruppe. Bedre samordning av lokale tiltak overfor målgruppen vil bli vektlagt (mellom barnevernstjenesten, sosialtjenesten/NAV, skole, helsetjenester, barnehager, frivillige og evt. andre).

Satsingen er styrket med 10 millioner inneværende år og skal omfatte flere kommuner. Nye kommuner, som har utfordringer med fattigdom blant barn, kan søke om tilskudd.

Søknadsfrist er 20. februar 2008. Alle søknader sendes til Sosial- og helsedirektoratet med kopi til respektive fylkesmannsembete.

4.3 Tilskudd til fylkeskommunene i 2008

Kommunetilskudd – infrastruktur for lokalt folkehelsearbeid (partnerskap)

I statsbudsjettet for 2008 er det på kap. 719.60 Kommunetilskudd bevilget totalt 52,6 mill kr. Av disse vil inntil 30,4 mill kr bli gjort tilgjengelig for fylkeskommunene for å styrke folkehelsearbeidet gjennom en organisering basert på partnerskap regionalt og lokalt. Det er fra Stortingets side forutsatt at midlene skal gå til å styrke og støtte opp om et systematisk og helhetlig folkehelsearbeid i kommunene. Koordinatorstillinger for folkehelsepartnerskapene regionalt og i kommunene er viktig.

Regionale partnerskap for folkehelse ved fylkeskommunen som har mottatt midler tidligere vil normalt også motta midler for 2008. Fordelingen vil bli foretatt med utgangspunkt i tidligere års tildeling. I tillegg vil det vurderes en differensiering i forhold til bl.a. fylkeskommunenes egen ressursinnsats. Partnerskapsmidler deles i år ut for 5. gang for noen av fylkene. I forkant av årets tildeling av midler vil Sosial- og helsedirektoratet ta kontakt med fylker for nærmere dialog om partnerskaps- og planforankringsstatus i regionen. Hovedhensikten er å skaffe oversikt over regionale utfordringer og oppgaver på folkehelseområdet og hvordan disse blir løst regionalt og lokalt.

Følgende generelle føringer legges til grunn for bruken av midlene i utviklingen av det regionale og lokale folkehelsearbeidet:

- A. Det lokale folkehelsearbeidet bør ta utgangspunkt i helsesituasjonen lokalt og i lokale målsetninger for folkehelsearbeidet. Direktoratet vil generelt peke på betydningen av kunnskapsbaserte strategier og tiltak med dokumentert effekt.
- B. For å oppnå et langsiktig og helhetlig folkehelsearbeid er det viktig at det lokale og regionale arbeidet er godt forankret i politiske organer og i planer. Det forutsettes forpliktende politiske vedtak i fylkesting og kommunestyre, og en forankring av folkehelsearbeidet i fylkesplan og kommuneplan. Arbeidet forutsettes videre innarbeidet i kommunale handlingsprogrammer og årlige økonomiplaner. Utprøvningsprosjektet Helse i plan vil kunne gi viktig kunnskap om hvordan dette forankringsarbeidet kan gjennomføres.
- C. De statlige stimuleringsmidlene er ment å stimulere det lokale arbeidet. Det forutsettes at fylker og kommuner også bidrar med ressurser inn i det lokale folkehelsearbeidet. Det forutsettes at fylkeskommunene stiller med minst tilsvarende beløp som tildeles fra Sosial- og helsedirektoratet. Tilsvarende forventes det at kommunene stiller med minst tilsvarende beløp som det de tildeles fra de regionale partnerskapene.
- D. Det gis i utgangspunktet ikke føringer på bruken av midlene, men at midlene i all hovedsak nyttes i kommunene.
- E. Etablering og drift av regionale og lokale partnerskap for folkehelse er viktig for å oppnå en tverrfaglig og sektorovergripende tilnærming. Arbeidet forutsetter allianser med et bredt spekter av aktører, med et samarbeid basert på gjensidig forpliktende avtaler. Det er dessuten viktig at frivillige organisasjoner gis en rolle både regionalt og lokalt.

Det bes om en skriftlig bekreftelse fra alle regionale partnerskap om at partnerskapsatsingen videreføres. Det bes om bekreftelse **innen 20.02.08**, til Sosial- og helsedirektoratet, Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 OSLO. Det er ønskelig at bekreftelsen gis i forbindelse med rapporteringen for 2007, og fristen for rapportering for 2007 utsettes tilsvarende. Bekreftelsen skal inneholde organisasjonsnummer, kontonummer og eventuelle referansenumre. Kontaktperson i Sosial- og helsedirektoratet er Finn Martinsen, tlf 2416 34 99 (e-post: fma@shdir.no).

Tilskudd til lavterskel fysisk aktivitet i regi av frivillige organisasjoner

Ved Stortingets behandling av Budsjettinnst. S. nr. 11 (2003-2004) ble det etablert en tilskuddsordning til frivillige organisasjoner for forebyggende helsearbeid gjennom økt fysisk aktivitet. Tilskuddsordningen er et ledd i oppfølgingen av Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009 – Sammen for fysisk aktivitet og retter seg mot den inaktive delen av befolkningen, med særlig vekt på barn og unge.

- Tilskuddsordningen skal initiere eller videreutvikle samarbeid om lavterskelaktiviteter i lokalmiljøet. Midlene skal fordeles til aktivitetstiltak som retter seg til målgrupper som faller utenfor eksisterende aktivitetstilbud og som kan bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Det er ikke hensiktsmessig å tildele midler til andre målgrupper. Midlene skal ta siktemål å stimulere utvikling og etablering av varige aktivitetstilbud, samtidig bør midlene sees i sammenheng med satsinger forankret i det kommunale plansystemet. Det er forutsatt at det ikke skal gis tilskudd til anlegg og større anskaffelser av utstyr.
- Det oppfordres at det i forbindelse med aktivitetene, beroende på målgruppe, informeres om anbefalingene om daglig fysisk aktivitet, minst 60 minutter for barn og unge og minst 30 minutter for voksne og eldre. Informasjonstekster om dette finnes på www.1-2-30.no. Videre er det ønskelig med erfaringsutveksling og at de lokale organisasjonene rapporterer in vellykkede aktiviteter til aktivitetsbanken på samme nettside.

Det forutsettes at de regionale partnerskapene forvalter tilskuddsordningen. Det er for 2008 totalt 9.5 mill kr til fordeling. Summen vil bli fordelt likt på landets fylker, kr 500.000 pr. fylke. Kriterier for midlene er nærmere beskrevet i regelverk for tilskuddsordningen, utsendt som vedlegg til tildelingen for 2006. Frist for rapportering 31. januar 2009. Kontaktperson i Sosial- og helsedirektoratet er Olov Belander (olb@shdir.no), tlf 24 16 34 78.

Lavterskel tilbud til ernæring og fysisk aktivitet

Kap. 719 post 60

Gjennom Stortingets behandling av Budsjettinnst nr 11 (2007-2008) fra helse- og omsorgskomiteen er det bevilget 7 mill kr til lavterskeltilbud innen fysisk aktivitet og kosthold i forhold til sosial ulikhet, samt tilbud til etniske minoriteter og personer som har falt utenfor arbeidslivet. Midlene vil bli tildelt 7 fylker der utfordringene er størst. Midlene vil bli tildelt fylkeskommunene, og kanaliseres gjennom de regionale partnerskapene. Kommuner som ikke har etablert lavterskeltilbud bør prioriteres. Ordningen vil bli presisert gjennom et eget brev.

5. Administrative prioriteringer

Likestilling og kjønnsperspektiv skal ivaretas og synliggjøres på helse- og velferdsfeltet.

Anvendelse av kjønns- og likestillingsperspektiv er sentralt for å nå målet om et best mulig tilbud til alle. Dette innebærer at det skal tas hensyn til kvinners og menns ulike liv, vilkår, ønsker og behov i utviklingen i helsetjenestetilbudet, i sykdomsbehandling og i forsknings- og utviklingsarbeid. Et kjønnsperspektiv innebærer bl.a. å ta i bruk kjønnsspesifikk kunnskap der den finnes, og etterspørre eller fremskaffe den der den ikke finnes.

6. Samhandlingsdialog

6.1 Kommuner

Dialog med landets kommuner skjer gjennom Fylkesmannen og gjennom samarbeidsavtaler og i dialog med KS og helseforetakene. For kommunene vil Fylkesmannen være en naturlig samarbeidspartner i arbeidet med å iverksette nasjonal politikk.

6.2 Fylkesmannen

Direktoratet avholder ett til to møter i samarbeid med Helsetilsynet. Målgruppe er Fylkesmannen, leder av helseavdelingen samt ledere av sosialtjenesten i embetet. I tillegg skjer styringsdialogen bl.a. ved besøk i embetene og samlinger på avgrensede områder, jf tidligere praksis.

6.3 Regionale helseforetak

Direktoratet har regelmessige møter med de regionale helseforetakene. Helseforetakene er også en naturlig samarbeidspartner for kommunene, spesielt i forbindelse med rusreformen.

6.4 Fylkeskommuner

Direktoratet har årlige samlinger for landets fylkeskommuner. Dialog med landets fylkeskommuner skjer også gjennom Fylkesmannen og gjennom avtaler og i dialog med KS.