



Oslo kommune
Bydel St. Hanshaugen

38/9

Næringssetaten
Tollbugata 27
0157 OSLO

Dato: 03.04.2009

Deres ref:
53751-01/0002

Vår ref (saksnr):
200900676-2

Saksbeh:
Milla Dokka,

Arkivkode:
944.4

EGERSTUEN, ØVRE SLOTTSGATE 29: HØRINGSUTTALELSE TIL SØKNAD OM BEVILLING FOR SKJENKING AV ALKOHOL UTE

Bydel St, Hanshaugen viser til søknad fra *organisasjonsnummer 992 694 2466: Egerstuen AS* som, på vegne av *Egerstuen, Øvre Slottsgate 29, 0157 Oslo*, søker om bevilling for skjenking av alkohol ute med åpningstid til kl 24:00 og skjenketid ute til kl 23:30.

Egerstuen har bevilling for skjenking av alkohol inne med åpningstid til kl 03:30, skjenketid inne til kl 03:00.

Egerstuen, Øvre Slottsgate 29 ligger i området definert som "indre del av sentrum".

Søknaden holder seg til bestemmelsene i FOR 2006-05-03 nr 490: Forskrift om serverings-, salgs- og skjenkebevillinger, Oslo kommune, Oslo, § 1 a og kan derfor behandles administrativt etter bydelsutvalgets delegasjon av myndighet.

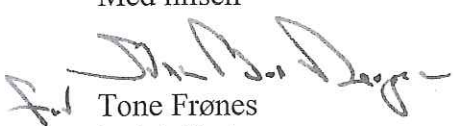
Høringsuttalelse:


Bydel St. Hanshaugens vurdering er at bevilling for skjenking av alkohol ute ikke vil bidra til å forsterke sosiale eller miljømessige problemer i dette området. Det anbefales at *Egerstuen, Øvre Slottsgate 29, 0157 Oslo* får bevilling for skjenking av alkohol ute med åpningstid til kl 24:00 og skjenketid ute til kl 23:30. Det forutsettes at bevillingen utøves etter gjeldende lover, forskrifter og regelverk, og for øvrig på en forsvarlig måte.

NB! Det gjøres oppmerksom på at bevillingshaver må ha grunneiers tillatelse før kommunalt areal benyttes til uteservering. Det er EBY som forvalter utleie av kommunens grunn i *Øvre Slottsgate*.

Vedtaket er fattet av bydelsdirektøren etter delegert myndighet (BU-sak 166/07 av 30.10.2007).

Med hilsen


Tone Frønes
bydelsdirektør


Kjersti Halvorsen
avdelingssjef



Bydel St. Hanshaugen

Postadresse:
Postboks 6999 St.Olavs
plass
0130 Oslo

02 180
23 47 52 70

Bankgiro: 6004 06 03088
Org.nr: 971 179 686

Besøksadresse:
Akersbakken 27

Epost: postmottak@bsh.oslo.kommune.no
Internett: www.bsh.oslo.kommune.no

Vedr. Beboerparkering

Fra: Marit Sylou-Creutz [syloucreutz@yahoo.no]
Dato: 02/04/2009 10:13
Til: <postmottak@bsh.oslo.kommune.no>, <postmottak@tet.oslo.kommune.no>
Kopi:
Emne: Vedr. Beboerparkering

45/09

Bydel St. Hanshaugen Side 1 av 1	
Sentralarkivet	
Uoff. s	(Avskv.)
6 APR 2009	
Sak: 05/1204	Dok. 67
Arkivkode	615.0

Til politikere i Bydelsutvalget St.Hanshaugen og til Trafikksjefens etat
Jeg sendte en mail til politikere i Bydelsutvalget St. Hanshaugen den 20. mars 2009 hvor jeg kritiserte beboerparkeringen. Jeg viste også til en tilleggsavgift vi fikk, som forsåvidt, etter reglene, var berettiget. Mandag de 30.3. om kvelden parkerte vi på nytt i Anton Schjødts gate, vi la på penger på automaten til kl. 1037 den 31.1. Da min mann gikk ut for å flytte bilen var kl. 1035 - da sto parkometervaktene og ventent på at klokken skulle bli 1037! Men det ble ingen fangst på dem denne gangen. Jeg synes det er både motbydelig og uhørt. Min mann fortalte at en annen bil hadde fått tilleggsavgift. At Trafikksjefens etat kjører rundt og sjekker er jo jobben deres, men at de stiller seg opp for å vente for å få satt på en tilleggsavgift sier mye om både etaten og de som er ansatt der.

Med hilsen
Marit Sylou-Creutz

Alt i ett. Få Yahoo! Mail med adressekartotek, kalender og notisblokk.

Lukk vindu



47/09

Næringsetaten
Tollbugata 27
0157 OSLO

Dato: 21.04.2009

Deres ref:
52812-03/0010

Vår ref (saksnr):
200900662-2

Saksbeh:
Milla Dokka, 23475204

Arkivkode:
944.4

COSMO, RUSELØKKVEIEN 14: HØRINGSUTTALELSE TIL SØKNAD OM UTVIDET ÅPNINGS- OG SKJENKETID UTE MOT RUSELØKKVEIEN

Bydel St, Hanshaugen viser til søknad fra *organisasjonsnummer 986 971 149: Cosmo AS* som, på vegne av *Cosmo, Ruseløkkveien 14, 251 Oslo*, søker om bevilling for skjenking av alkohol ute mot *Munkedamsveien* med åpningstid til kl 03:30 og skjenketid ute til kl 03:00.

Cosmo har bevilling for skjenking av alkohol inne med åpningstid til kl 03:30, skjenketid inne til kl 03:00, ute mot *Ruseløkkveien* med åpningstid til kl 03:30 og skjenketid ute til kl 03:00.

Cosmo, Ruseløkkveien 14 ligger i sentrum, i området definert som "indre del av sentrum".

Søknaden holder seg til bestemmelsene i FOR 2006-05-03 nr 490: Forskrift om serverings-, salgs- og skjenkebevillinger, Oslo kommune, Oslo, § 1a og kan derfor behandles administrativt etter bydelsutvalgets delegasjon av myndighet.

Høringsuttalelse:

Bydel St. Hanshaugens vurdering er at bevilling for skjenking av alkohol ute mot *Munkedamsveien* ikke vil bidra til å forsterke sosiale eller miljømessige problemer i området. Det anbefales at *Cosmo, Ruseløkkveien 14, 251 Oslo* får bevilling for skjenking av alkohol ute mot *Munkedamsveien* med åpningstid til kl 03:30 og skjenketid ute til kl 03:00. Det forutsettes at bevillingen utøves etter gjeldende lover, forskrifter og regelverk, og for øvrig på en forsvarlig måte.

NB!

Det gjøres oppmerksom på at bevillingshaver må ha grunneiers tillatelse før fortausarealet benyttes til serveringsareal. Det er *EBY* som forvalter utleie av kommunens grunn i *Munkedamsveien*.

Vedtaket er fattet av bydelsdirektøren etter delegert myndighet (BU-sak 166/07 av 30.10.2007).

Med hilsen


Tone Frønes
bydelsdirektør


for Kjersti Halvorsen
avdelingssjef



Bydel St. Hanshaugen
Nærmiljøseksjonen

Besøksadresse:
Akersbakken 27

Postadresse:
Postboks 6999 St.Olavs
plass
0130 Oslo

02 180
23 47 52 70

Epost: postmottak@bsh.oslo.kommune.no
Internett: www.bsh.oslo.kommune.no

Bankgiro: 6004 06 03088
Org.nr: 971 179 686



Oslo kommune
Bydel St. Hanshaugen

48/09

Næringssetaten
Tollbugata 27
0157 OSLO

Dato: 21.04.2009

Deres ref:
52848-01/0011

Vår ref (saksnr):
200900817-2

Saksbeh:
Milla Dokka, 23475204

Arkivkode:
944.4

BARE JAZZ, GRENSEN 8: HØRINGSUTTALELSE TIL SØKNAD OM BEVILLING FOR SKJENKING AV ALKOHOL UTE - UTVIDELSE AV AREAL I BAKGÅRD

Bydel St, Hanshaugen viser til søknad fra *organisasjonsnummer 981 204 034: Bare Jazz AS* som, på vegne av *Bare Jazz, Grensen 8, 0159 Oslo*, søker om bevilling for skjenking av alkohol til kl 03:00 i forbindelse med utvidelse av areal ute i bakgården.

Bare Jazz har bevilling for skjenking av alkohol inne med åpningstid til kl 03:30, skjenketid inne til kl 03:00, åpningstid ute til kl 03:30 og skjenketid ute til kl 03:00. Dette gjelder også for eksisterende skjenkeareal i bakgården.

Bare Jazz, Grensen 8, 0159 Oslo ligger i sentrum, området definert som "indre del av sentrum".


Søknaden holder seg til bestemmelsene i FOR 2006-05-03 nr 490: Forskrift om serverings-, salgs- og skjenkebevillinger, Oslo kommune, Oslo, § 1 og kan derfor behandles administrativt etter bydelsutvalgets delegasjon av myndighet.

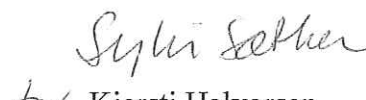
Høringsuttalelse:

Bydel St. Hanshaugens vurdering er at bevilling for skjenking av alkohol ute på det utvidete arealet i bakgården ikke vil bidra til å forsterke sosiale eller miljømessige problemer. Det anbefales at *Bare Jazz, Grensen 8, 0159 Oslo* får bevilling for skjenking av alkohol, gjeldende for eksisterende – og utvidet areal ute i bakgården, med åpningstid til kl 03:30 og skjenketid ute til kl 03:00. Det forutsettes at bevillingen utøves etter gjeldende lover, forskrifter og regelverk, og for øvrig på en forsvarlig måte.

Vedtaket er fattet av bydelsdirektøren etter delegert myndighet (BU-sak 166/07 av 30.10.2007).

Med hilsen


Tone Frønes
bydelsdirektør


for Kjersti Halvorsen
avdelingssjef



Bydel St. Hanshaugen

Besøksadresse:
Akersbakken 27

Postadresse:
Postboks 6999 St.Olavs
plass
0130 Oslo

02 180
23 47 52 70

Bankgiro: 6004 06 03088
Org.nr: 971 179 686

Epost: postmottak@bsh.oslo.kommune.no
Internett: www.bsh.oslo.kommune.no



Oslo kommune
Bydel St. Hanshaugen

49/09

Næringsetaten
Tollbugata 27
0157 OSLO

Dato: 21.04.2009

Deres ref:
53712-01/0005

Vår ref (saksnr):
200900799-2

Saksbeh:
Milla Dokka, 23475204

Arkivkode:
944.4

**FOUR SEASONS, RUSELØKKVEIEN 3-5: HØRINGSUTTALELSE TIL SØKNAD OM
UTVIDET ÅPNINGS- OG SKJENKETID INNE OG UTE**

Bydel St, Hanshaugen viser til søknad fra *organisasjonsnummer 990 139 202: Four Seasons AS* som, på vegne av *Four Seasons, Ruseløkkveien 3 – 5, 0251 Oslo*, søker om bevilling, med utvidet åpnings- og skjenketid, for servering av alkohol inne og ute med åpningstid til kl 03:30 og skjenketid til kl 03:00.

Virksomheten har skjenkebevilling fra før, med åpningstid inne til kl 01:00, skjenketid inne til kl 00:30, åpningstid ute til kl 24:00 og skjenketid ute til kl 23:30.

Four Seasons, Ruseløkkveien 3 – 5 ligger i sentrum området definert som ”indre del av sentrum”.

Søknaden holder seg innenfor bestemmelsene i FOR 2006-05-03 nr 490: Forskrift om serverings-, salgs- og skjenkebevillinger, Oslo kommune, Oslo § 1 a) og kan derfor behandles administrativt etter bydelsutvalgets delegasjon av myndighet.

Høringsuttalelse:

Bydel St. Hanshaugens vurdering er at denne skjenkebevillingen ikke vil bidra til å forsterke sosiale eller miljømessige problemer i området. Det anbefales at *Four Seasons, Ruseløkkveien 3 – 5, 0251 Oslo* får bevilling for skjenking av alkohol inne og ute med åpningstid til kl 03:30, og skjenketid til kl 03:00. Det forutsettes at bevillingen utøves etter gjeldende lover, forskrifter og regelverk, og for øvrig på en forsvarlig måte.

Vedtaket er fattet av bydelsdirektøren etter delegert myndighet (BU-sak 166/07 av 30.10.2007).

Med hilsen


Tone Frønes
bydelsdirektør


for Kjersti Halvorsen
avdelingssjef



Bydel St. Hanshaugen

Postadresse:
Postboks 6999 St.Olavs
plass
0130 Oslo

02 180
23 47 52 70

Bankgiro: 6004 06 03088
Org.nr: 971 179 686

Besøksadresse:
Akersbakken 27

Epost: postmottak@bsh.oslo.kommune.no
Internett: www.bsh.oslo.kommune.no



Oslo kommune
Plan- og bygningssetaten

Bydel sentrum
c/o Bydel St. Hanshaugen
Akersbakken 27
0130 Oslo
INTERNPOST

50/09

Bydel St. Hanshaugen	
Sentrallarkivet	
Uoff. §	23 APR 2009
Sak: 06/329	Dom. 13
Arkivkode	512.1

Deres ref:

Vår ref (saksnr): 200601287-83 Saksbeh: Mai-Lin Rue
Oppgis alltid ved henvendelse

Dato: 16.04.2009

Arkivkode: 512.1

**SYKKELRUTE SØRKEDALSVEIEN,
PARSELL PARKVEIEN – FREDERIKS GATE
UNDERRETNING OM VEDTATT REGULERINGSPLAN**

Oslo Bystyre vedtok 04.03.2009 reguleringsplan for sykkelrute Rv 168 Sørkedalsveien, parsell Parkveien – Frederiks gate.

Vedtaket lyder slik:

Oslo bystyre vedtar med hjemmel i plan- og bygningslovens § 28-1 nr. 1, jf. § 27-2 nr. 1, reguleringsplan med reguleringsbestemmelser for hovedsykkelveinettet, parsell Parkveien – Frederiks gate, som reguleres til:

- offentlig trafikkområde: kjørevei, fortau, sykkelfelt
- friområde: park

som vist på kart merket BIS-200601287 datert 15.02.2007, revidert 14.08.2007.

Vedtatt plankart og reguleringsbestemmelser kan ses ved henvendelse til Plan- og bygningssetatens kundesenter.

Orientering om reglene for klageadgang, erstatning og innløsning er vedlagt dette brev.

Eventuell klage over vedtaket må sendes Plan- og bygningssetaten **senest 11.05.2009**.

PLAN- OG BYGNINGSETATEN
Kundesenteret

Ragnhild Sigvartsen (sign)
Kundekonsulent

Vedlegg



Plan- og bygningssetaten

Besøksadresse:
Vahls gate 1, 0187 Oslo

Sentraltbord: 02 180
Kundesenteret: 23 49 10 00

Bankgiro: 6003.05.58920
Org.nr.: 971 040 823 MVA



ORIENTERING OM

KLAGEREGLER, ERSTATNING OG INNLØSING

KLAGEORGAN

Vedtaket kan påklages til Miljøverndepartementet, jfr. plan- og bygningslovens § 15.

Departementet har i medhold av samme bestemmelse overført sin myndighet til Fylkesmannen i Oslo og Akershus til å avgjøre saker om klage over vedtak fattet av direktøren for Plan- og bygningsetaten-/byutviklingskomiteen/bystyret.

KLAGEADRESSAT

Klagen skal sendes til:

Plan- og bygningsetaten, boks 364 Sentrum, 0102 Oslo.

Plan- og bygningsetaten forbereder klagesak og sender klagen til Fylkesmannen i Oslo og Akershus.

KLAGEFRIST

Dersom det ikke er angitt en bestemt klagefrist i kunngjøringen av planvedtaket, vil klagefristen være 3 uker fra den dag dette brevet kom frem. Det er tilstrekkelig at klagen er postlagt innen fristens utløp.

Dersom De klager for sent, kan vi se bort fra klagen. De kan søke om å få forlenget fristen, men da må De oppgi årsaken til at De ønsker det.

KLAGENS INNHOLD

De må presisere:

- hvilket vedtak De klager over
- årsaken til at De klager
- den eller de endringer som De ønsker
- eventuelle andre opplysninger som kan ha betydning for vurderingen av klagen

Klagen må undertegnes.

UTSETTING AV GJENNOMFØRINGEN AV VEDTAKET

Selv om De har klagerett, vil planen tre i kraft straks den er vedtatt og søknad om tiltak i samsvar med planen vil kunne godkjennes. De kan imidlertid søke om å få utsatt iverksettelsen av vedtaket til klagefristen er ute eller til klagen er avgjort (søke oppsettende virkning). Slik søknad sendes Plan- og bygningsetaten og begrunnes. Plan- og bygningsetatens avgjørelse om oppsettende virkning kan ikke påklages, men De kan selv bringe spørsmålet om oppsettende virkning direkte inn for Fylkesmannen til ny vurdering.

RETT TIL Å SE SAKSDOKUMENTENE OG TIL Å KREVE VEILEDNING

Med visse begrensninger har De rett til å se dokumentene i saken. Reglene om dette finnes i forvaltningsloven §§ 18 og 19. De må i tilfelle ta kontakt med Plan- og bygningsetaten. De vil da få nærmere veiledning om adgangen til å klage, om fremgangsmåten og om reglene for saksbehandlingen.



Plan- og bygningsetaten
Kundesenteret

Internett:
www.pbe.oslo.kommune.no

Besøksadresse:
Vahfs gate 1, 0187 Oslo
Postadresse:
Boks 364 Sentrum,
0102 Oslo

Telefon: 23 49 10 00
Telefaks: 23 49 10 01
E-post: postmottak@pbe.oslo.kommune.no

Bankgiro:
6003.05.58920
Organisasjonsnummer:
971 040 823 MVA

5/09



Oslo kommune
Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester

Bydel St. Hanshaugen Sentralarkivet		
Uoff. §	29 APR 2009	Avskv.
Sak: 09/922	Dok. 1	
Arkivkode	202	
		Date: 27.04.2009

Bydelene 1-15, Helse- og velferdsetaten, Legevakten,

Deres ref:

Vår ref (saksnr):
200901198-2

Saksbeh:
Martin Fjordholm, 23461126

Arkivkode:
202

NASJONALE MÅL OG HOVEDPRIORITERINGER FOR 2009 - RUNDSKRIV IS-1/2009 FRA HELSEDIREKTORATET

Vedlagt følger *Nasjonale mål og hovedprioriteringer, Rundskriv 1/2009*, fra Helsedirektoratet. Rundskrivet inneholder viktige føringer og forventninger fra Staten. Den enkelte virksomhet bes sette seg grundig inn i dokumentets innhold og iverksette nødvendige tiltak.

Med hilsen

Björg Månum Andersson
kommunaldirektør

Åse Snåre
helse- og omsorgssjef

Godkjent og ekspedert elektronisk

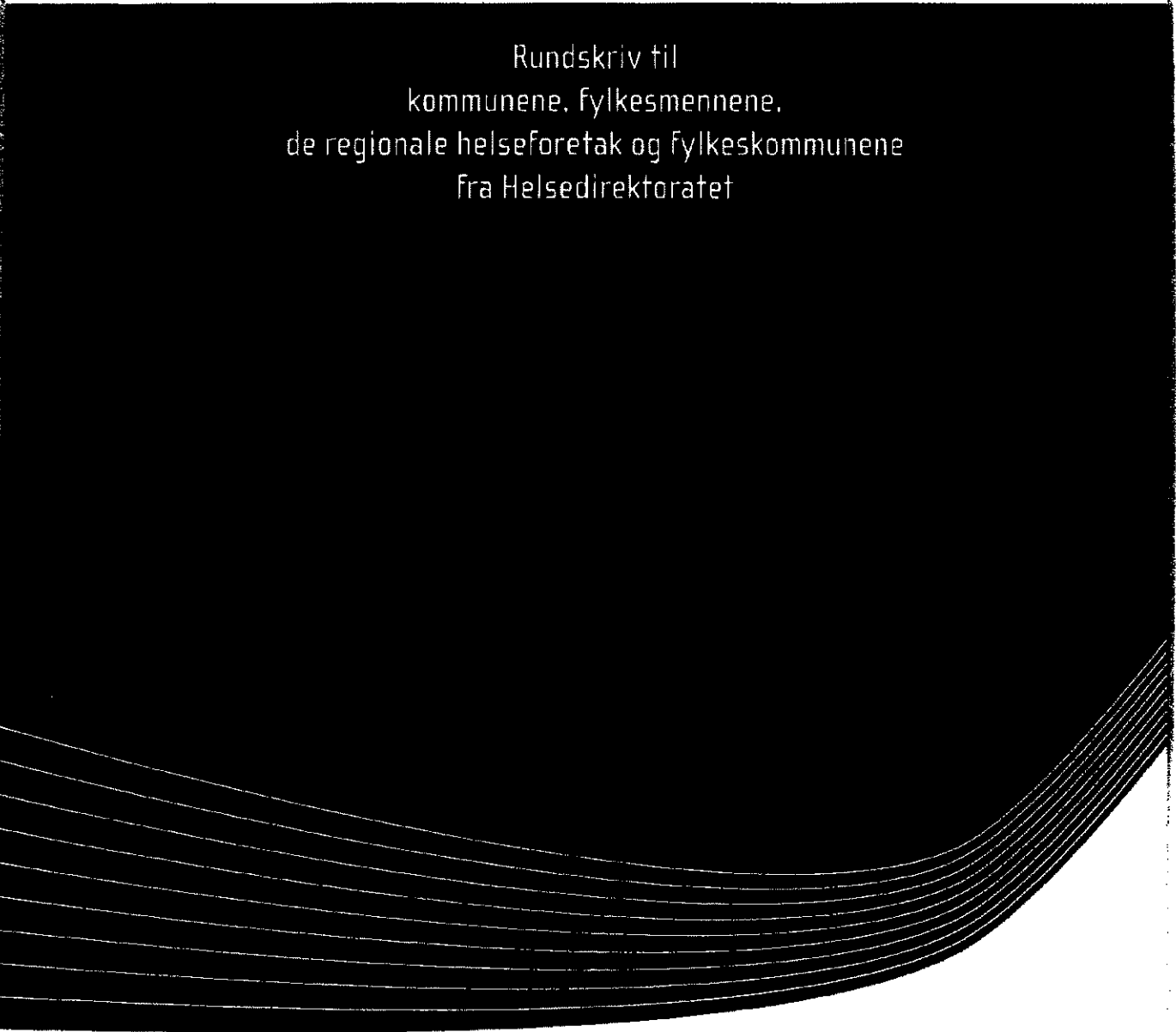
Vedlegg: Rundskriv IS-1/2009





Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2009

Rundskriv til
kommunene, fylkesmennene,
de regionale helseforetak og fylkeskommunene
fra Helsedirektoratet



Hefkets tittel: Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2009.

Utgitt: Februar 2009

Bestillingsnummer: IS-1/2009

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling plan og økonomi
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling. Oppgi bestillingsnummer: IS-1/2009

Trykk: Oslo Forlagstrykkeri

Opplag: 1.200

Produsert på miljøvennlig papir. Miljøstd. EMAS-ISO 14001

Landets kommuner
Fylkesmennene
Regionale helseforetak
Landets fylkeskommuner

Deres ref:
Saksbehandler: gtg
Vår ref: 08/8814
Dato: 10.02.2009

Rundskriv IS-1/2009 – Nasjonale mål og hovedprioriteringer

Vedlagt følger rundskriv Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2009. I 2008 ble det for første gang sendt ut ett rundskriv som var felles for ovennevnte mottakere.

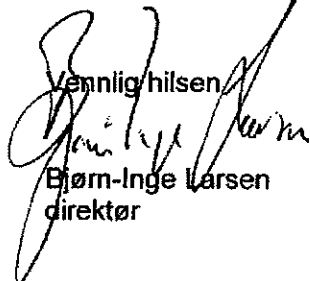
Forutsetningen for rundskrivet er å gi målgruppene en samlet felles informasjon om nasjonale mål og Regjeringens satsningsområder på de områder helsedirektoratet er delegert nasjonalt ansvar for.

Målgruppe for rundskrivet er administrativ og politisk ledelse i kommunene, fylkeskommunen, samt ledelse i de regionale helseforetak og hos fylkesmannen. Rundskrivet er utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet.

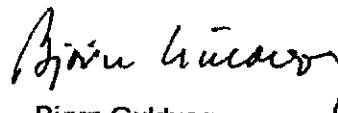
Direktoratet anbefaler mottakerne til å legge en link på sine hjemmesider for å gjøre det tilgjengelig for ansatte, brukere og innbyggere (www.helsedir.no).

Vi vil gjerne ha tilbakemelding på rundskrivet, og vi ber om eventuelle kommentarer sendes til direktoratets adresse som er oppgitt i brevet.

Vennlig hilsen



Bjørn-Inge Larsen
direktør



Bjørn Guldvog
ass.direktør

Helsedirektoratet • Divisjon administrasjon
Avdeling plan og økonomi

Gerl Tove Grubstad, tlf 24 16 33 30/Eivor Bjerkestrand, Benedicte H. Ljøgdø
Postboks 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf: 810 20 050
E-brev: 24.16.33.01 • Fax: Nr. 022 544 800

Gjenpart:

Helse- og omsorgsdepartementet
Kommunenes Sentralforbund
Riksrevisjonen
Arbeids- og inkluderingsdepartementet
Fornyings- og administrasjonsdepartementet
Kommunal- og kirkedepartementet
Kunnskapsdepartementet
Barne- og likestillingsdepartementet
Miljøverndepartementet
Landbruks- og matdepartementet
Justis- og politidepartementet
Statistisk sentralbyrå
Statens Helsetilsyn
Sametinget
Mattilsynet
Legemiddelverket
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
Utdanningsdirektoratet
Arbeids- og velferdsdirektoratet
De regionale kompetansesentre – rus
SIRUS

NASJONALE MÅL OG HOVEDPRIORITERINGER 2009

Rundskriv fra Helsedirektoratet til kommunene, fylkesmennene, regionale helseforetak og fylkeskommunene.

NASJONALE MÅL OG HOVEDPRIORITERINGER 2009	1
1. Innledning.....	3
1.1 Kommunene.....	3
1.2 Fylkesmannen.....	4
1.3 Regionale helseforetak.....	4
1.4 Fylkeskommunene	4
1.5 Direktoratets ansvar, hovedoppgaver og roller	4
1.6 Visjon og hovedfokus	5
1.7 Overordnede prioriteringer for 2009.....	6
2. Mål og prioriteringer etter virksomhetsområde.....	8
2.1 Folkehelse.....	8
2.2 Levekår	13
2.3 Primærhelsetjenesten.....	15
2.4 Spesialisthelsetjenester.....	19
2.5 Rus.....	23
2.6 Psykisk helse	29
2.7 Omsorgstjenesten	36
2.8 Habilitering og rehabilitering	42
3. Mål og prioriteringer etter tverrgående områder.....	44
3.1 Kvalitet og prioritering	44
3.2 Helse- og sosialberedskap	45
3.3 Personell og kompetanse Ny helsepersonellgruppe	47
3.4 Pasientsikkerhet	48
3.5 Pasientrettighetslovens § 4 a.....	48
3.6 InnoMed	48
3.7 Smittevern.....	49
3.8 Minoriteter	49
3.9 Regional kompetanse på vold - og traumefeltet.....	49
4. Samhandling	50
4.1 Lokale samarbeidsavtaler.....	50
4.2 Elektronisk samhandling.....	51
5. Administrative prioriteringer	52
6. Samhandlingsdialog	52
6.1 Kommuner.....	52
6.2 Fylkesmannen.....	53
6.3 Regionale helseforetak.....	53
6.4 Fylkeskommuner	53

1. Innledning

Fellesrundskrivet er utarbeidet av Helsedirektoratet (2008-2009) i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, med grunnlag i St.prp. nr. 1 fra Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet. Videre med grunnlag i Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev for 2009 til Helsedirektoratet.

Fellesrundskrivet ble første gangen utgitt i 2008, og det erstatter tidligere faste årlige rundskriv til ovennevnte mottakere. Helsedirektoratet ønsker å videreformidle på en tydeligere måte hovedprioriteringer i Regjeringens satsningsområder, departementenes tildelingsbrev til Helsedirektoratet og Nasjonal helseplan (2007-2010).

I fellesrundskrivet ivaretas kravene i Statens økonomiregelverk om mål og resultatstyring og Riksrevisjonens merknader til direktoratets ansvarsområder når det gjelder sporbarhet mellom vedtak i Stortinget og sluttbruker. Fellesrundskrivet har ingen formell status som oppdragsdokument, og har dermed ikke krav til rapportering. Alle mottakere har et felles ansvar for å iverksette Stortinget vedtak og bestemmelser innen helsepolitikken.

Informasjon om tilskudd for 2009 er tatt ut av fellesrundskrivet og blir fortløpende lagt ut på direktoratets nettside www.helsedir.no/ etter hvert som retningslinjene og midlene er avklart.

1.1 Kommunene

Kommunehelsetjenestelovens § 1-1 og Sosialtjenesteloven § 1-1 angir kommunenes ansvar på henholdsvis helse- og omsorgstjenestene. Kommunene skal sikre innbyggerne nødvendige og forsvarlige tjenester, være pådriver for samhandling med andre sektorer og tjenestenivåer 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 helse- og omsorgstjenesten skal kommunene sikre at alle som har behov for helse- og omsorg gis trygghet for nødvendige og individuelt tilpassede tjenester. Det er et mål at utbygging av tjenestene ivaretar hensyn til både kapasitet og kvalitet. De kommunale tjenestene er grunnlaget for den samlede helse- og omsorgstjenesten. 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 både forebyggende tiltak, rehabilitering 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 ikke uttømmende. Informasjon i tidligere års rundskriv til kommunene gjelder hvis ikke endringer er meldt. Videre vises det til aktuelle

dokumenter som kan bidra med ytterligere informasjon 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 helsedirektoratet, er det Fylkesmannen som gir informasjon på oppdrag fra direktoratet.

1.2 Fylkesmannen

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

Fylkesmannen får i tillegg til fellesrundskrivet et årlig embetsoppdrag der oppdragene fra Helsedirektoratet for 2009 er spesifisert. Det er Fornyings- og administrasjonsdepartementet som har ansvaret for det totale embetsoppdraget med oppdrag fra alle departement og direktoratet og formidler det ut til embetene.

Helsedirektoratet utarbeider årlig et fullmaktsbrev som gir fylkesmannen belastningsfullmakt for midler som de skal forvalte på vegne av Helsedirektoratet ut fra de oppdrag som er gitt i embetsoppdraget for 2009.

1.3 Regionale helseforetak

Dette rundskrivet supplerer Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) oppdragsdokument og er ment å gi viktig faglig informasjon til regionale helseforetak og bidra til økt fokus på samhandling med andre sektorer og tjenestenivåer.

1.4 Fylkeskommunene

Fellesrundskrivet er departementenes og direktoratets formelle rundskriv til fylkeskommunene for 2009.

1.5 Direktoratets ansvar, hovedoppgaver og roller

Direktoratets tre roller

Helsedirektoratet er som fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet.

Helsedirektoratet er et **fagorgan** både på folkehelse-, levekårs-, helse- og omsorgstjenesteområdet. Dette innebærer å:

- Ha ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelse og levekår samt å følge med på utviklingen i helse- og omsorgstjenestene. På dette grunnlaget skal direktoratet gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale

- myndigheter, regionale og lokale myndigheter, helseforetak, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen
- Sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende, innenfor rettslige rammer, på utvalgte områder
- Være en kompetanseorganisasjon som myndigheter, ulike sektorer, tjenesteapparatet, interesseorganisasjoner, fag- og utviklingsmiljøer samt media, finner det naturlig å henvende seg til
- Inneha spisskompetanse på helse- og sosiallovgivningen i Norge

Direktoratet har en rekke faste **forvaltningsoppgaver**, herunder myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor helse- og omsorgssektoren.

I forvaltning ligger det å administrere og fortolke sosial- og helselovgivning på vegne av departementene. Forvaltningsrollen innebærer

- Informasjon, veiledning og rådgivning
- Revisjon og utvikling av regelverk
- Tilsynsoppgaver på deler av lovgivningen
- Fungere som klageinstans
- Behandling av enkeltsaker på noen områder

Helsedirektoratet skal sikre at vedtatt politikk **iverksettes** på helse- og omsorgstjenesteområdet. Målet er at politikken skal realiseres i tråd med de føringene som departementene gir. Iverksetterrollen innebærer:

- Iverksetting og oppfølging av regjeringens handlings- og tiltaksplaner på helse- og omsorgstjenesteområdet og andre oppgaver tildelt av departementene
- Fordeling av tilskudd
- Styring av og samhandling med fylkesmenn, Arbeids- og velferdsetaten, fylkeskommuner, kommuner og regionale helseforetak når det gjelder helse- og omsorgsfaglige saker
- Etatsstyring av underliggende virksomheter

1.6 Visjon og hovedfokus

Helsedirektoratets visjon er: "God helse og omsorg for alle."

Direktoratet har følgende overordnede mål:

Bedre kvalitet i 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 og pasienter er en grunnleggende forutsetning for god samlet helsetjeneste.

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

Dette betyr systematisk helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid på prioriterte folkehelseområder.

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, og rehabilitering for økt arbeidsdeltakelse.

1.7 Overordnede prioriteringer for 2009

1.7.1 Nasjonal Helseplan 2007 – 2010

Nasjonal helseplan (2007–2010) ble lagt fram i statsbudsjettet for 2007. Nasjonal helseplan gir en helhetlig omtale av helsepolitikken enkelte innsatsområder, betoner viktigheten av at disse sees i sammenheng, peker på sentrale utfordringer og trekker opp strategier og tiltak for at utfordringene skal møtes på en helhetlig måte.

Under de enkelte områder i fellesrundskrivet er det tatt inn noe informasjon fra St.prp. nr. 1 (2008 – 2010) om oppfølging av Nasjonal helseplan med vekt på gjennomføring av de tiltak og strategier der Helsedirektoratet er involvert. Rapporteringen knyttes til helseplanens seks bærebjelker, eller verdier, som skal kjennetegne helsetjenesten framover.

1.7.2 Regjeringens viktigste budsjettmessige satsninger for 2009 innen Helsedirektoratets områder:

Opptappingsplan for rusfeltet

Opptappingsplanen for rusfeltet ble lagt fram i St.prp. nr. 1 (2007–2008). Gjennom denne satsingen skal rusmiddelavhengige tilbys den hjelp, behandling og rehabilitering de har behov for og rett til. Samtidig skal det rusforebyggende arbeidet styrkes. Opptappingsperioden er 2006–2010. Rusfeltet vil bli styrket med 300 mill. kroner i 2009 gjennom Opptappingsplan for rusfeltet. For 2009 er det i tillegg forutsatt en generell vekst innenfor spesialisthelsetjenesten, herunder rusfeltet, på 1,5 pst. Med dette er de årlige bevilgningene økt med til sammen 685 mill. kroner sammenliknet med 2005. I denne perioden har det også vært en generell aktivitetsvekst i de regionale helseforetakene og en bedring av kommuneøkonomien. Dette har også bidratt til styrking av rusfeltet.

Omsorgsplan 2015

For å møte dagens og framtidens omsorgsutfordringer har regjeringen lagt fram Omsorgsplan 2015 som løfter fram fire hovedsaker: 10 000 nye årsverk, 12 000 nye omsorgsplasser, Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015. Totalt styrkes Omsorgsplan 2015 med 235 mill. kroner i 2009. Midlene skal blant annet nyttes til 1000 nye omsorgsplasser og fullfinansiering av fagskoler.

Samhandling og forebygging

Mangel på samhandling er kanskje det største hinderet for å gjøre helsetjenesten bedre. Samlet er det satt av 95 mill. kroner til samhandlingstiltak i 2009.

Innenfor gjeldende inntektsramme for de regionale helseforetakene er det omdisponert 40 mill. kroner til målrettede samhandlings- og forebyggingstiltak

i 2009. Midlene skal bl.a. gå til pilotprosjekter og lokale samhandlingstiltak mellom kommuner og helseforetak, herunder interkommunale samarbeidsmodeller. Midlene skal også understøtte arbeidet med samhandlingsreformen.

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse 1998–2008 er kapasiteten innenfor kommunene og spesialisthelsetjenesten økt og modernisert. For å bidra til økt samhandling mellom kommunene og distriktpsikiatriske sentre, er det omdisponert 50 mill. kroner i 2009.

I tillegg er det avsatt 5 mill. kroner til samhandlingsprosjekter under Opptappingsplanen for rusfeltet.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er nødvendig for å kunne dokumentere behandlingkvalitet, sammenlikne behandlingsresultater mellom sykehus, og drive klinisk forbedringsarbeid og forskning. Ansvaret for etablering og drift av kvalitetsregistre ligger hos regionale helseforetak. Innenfor gjeldende inntektsramme for de regionale helseforetakene er det omdisponert 32 mill. kroner til å systematisere og forbedre medisinske kvalitetsregistre i 2009. Arbeidet med registrene skal effektiviseres gjennom etablering av fellesløsninger. Dette innebærer bl.a. etablering av et nasjonalt servicemiljø knyttet til Helse Nord, og tekniske fellesløsninger forankret i Helse Midt-Norge. Helseledirektoratet skal etablere et nasjonalt nettverk mellom ulike aktører.

Kontroll med helsehjelp uten samtykke

Stortinget vedtok i desember 2006 nytt kap. 4A i pasientrettighetsloven, helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse, jf. Ot.prp. nr. 64 (2005–2006). Ordningen skal settes i verk 1. januar 2009. Lovendringen vil gi styrket rettsvern til pasienter som mangler samtykkekompetanse, f.eks. personer med demens. For 2009 vil kommunenes og Helseilsynets utgifter til å gjennomføre lovendringen bli dekket med til sammen 27 mill. kroner.

Utvidet pasientombudsordning

Forslag om å utvide pasientombudenes virkeområde til å gjelde kommunale helse- og omsorgstjenester er vedtatt av Stortinget, jf. behandlingen av Ot.prp. nr. 23 (2007–2008). Det er bevilget 7,5 mill. kroner til utvidelse av ordningen. Ordningen vil tre i kraft 1. september 2009.

1.7.3 Departementenes overordnede prioriteringer for Helseledirektoratet i 2009

Direktoratet som fagorgan

Helseledirektoratet 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.)
- utvikle gode modeller for brukermedvirkning i faglige prosesser
- utvikle en helhetlig tenkning rundt sin rolle som faglig normerende organ innenfor rettslige rammer
- utvikle en helhetlig tenkning som understøtter rollen som nasjonal koordinator mellom ulike ansvarsbærende aktører på utvalgte områder (kreft, diabetes og kols).

- bidra aktivt i internasjonalt arbeid på 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

Direktoratet som forvaltningsorgan

Helsedirektoratet skal:

- arbeide for å effektivisere og forbedre egen saksbehandling
- i samarbeid med departementet utforme tilskuddsordninger slik at disse oppfyller overordnede prioriteringer og mål
- videreutvikle sitt interne styrings- og kontrollsystem
- styrke sin rolle som kompetanseorgan innen helse- og sosiallovgivningen

Direktoratet som iverksetter av politikk:

Helsedirektoratet skal prioritere:

- opptrappingsplanen for rusfeltet
- videreføring av arbeidet med å utvikle psykisk helsearbeid
- arbeid med sosial ulikhet i helse
- oppfølgingen av nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering
- arbeid med sikte på økt bruk og utbytte av individuell plan som verktøy
- arbeid med å understøtte implementering av kvalitetsstrategien i helse- og sosialtjenesten
- arbeid med implementering og gjennomføring av Omsorgsplan 2015 i helse- og sosialtjenesten
- oppdrag fra departementet i forbindelse med oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidens tannhelsetjenester
- samarbeidet med Arbeids- og velferdsdirektoratet for å sikre at NAV-reformen og overtakelsen av helserefusjonsområdet blir vellykket
- arbeid med innføring av elektroniske resepter og et nasjonalt meldingsløft for å realisere elektronisk samhandling

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 er en utfordring å sikre at lavterskeltilbud innen fysisk aktivitet, kosthold, røykeavvenning, seksuell helse m.v. er tilpasset ulike brukergrupper, f. eks. etniske minoriteter, eldre og personer med nesatt funksjonsevne. Videre er det en utfordring at lavterskeltilbudene samordnes med det kommunale helsetilbudet, slik at tilbudet framstår som helhetlig ovenfor pasienter og brukergrupper. Folkehelsearbeidet forankres bredt og tverrsektorielt.

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, tobakk, rus, astma og allergi og forebygging av kjønnslemlestelse. Det vil i løpet av 2009 bli utarbeidet nye strategier og handlingsplaner innen seksuell helse, HIV-området, samt skader og ulykker.

2.1.1 Informasjon til kommunene

Kommunene skal gjennom sin helsestjeneste ha oversikt over helsetilstand og faktorer som virker inn på denne. Kommunehelsetjenesten skal være pådriver for å fremme folkehelse i planlegging og i utredning av helsemessige konsekvenser av planer og tiltak, i et tverrsektorielt innrettet arbeid basert på partnerskapstenkingen. Folkehelsemeldingen, St. meld. nr. 16 (2002-2003), vektlegger et kommuneperspektiv framfor et helsesektorperspektiv på folkehelsearbeidet. Folkehelse skal være et hovedhensyn i kommuneplanleggingen, herunder arbeidet for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helse, jf. St. meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale forskjeller og ny Plan og bygningslov, jf. Ot.prp. nr. 32 (2007-2008) Om lov om planlegging og byggesaksbehandling. Det må arbeides for trygge oppvekstvilkår, like muligheter til utvikling og at tjenester og tilbud er tilpasset ulike brukergrupper, f. eks. etniske minoriteter, eldre og personer med nedsatt funksjonsevne.

- Kommunene skal legge universell utforming til grunn i planlegging, fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, jf. Helse i planprosjektet
- Direktoratet ser det som viktig at kommunene viderefører arbeidet med lokale partnerskap, der også frivillig sektor, privat sektor og utdanningssektoren involveres
- Kommunene skal ha spesiell oppmerksomhet rettet mot virksomheter som i henhold til endringer i forskriften om miljørettet helsevern omfattes av kravet om akkreditert inspeksjonsordning
- Tiltak rettet mot barn og unge bør integreres i barnehagenes og skolens virksomhet. Tiltak skal settes i sammenheng med nasjonale handlingsplaner for fysisk aktivitet, kosthold og tobakksforebygging.
- Kommunene skal sørge for tilbud om gratis frukt og grønt til alle elever ved ungdomsskoler og kombinerte skoler jf. forskrift om endring i forskrift til opplæringsloven og forskrift til privatskoleloven.
- Helsestasjon- og skolehelsetjenesten oppfordres til å opprette ungdomsgrupper og foreldregrupper mv i berørte miljøer hvor kjønnslemlestelse praktiseres, jf handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008 – 2011, tiltak 22.
- Helsestasjonene oppfordres til å ta i bruk et nytt materiell - Program for foreldreveiledning - utarbeidet av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BUFdir.) med bistand fra Helseledningsdirektoratet. Målsettingen er å fremme barnets utvikling og forebygging av psykososiale vansker gjennom å styrke samspillet mellom foreldre og barn. Programmet erstatter Q-0920, Samspill, foreldre og barn. Det er kostnadsfritt for tjenesten å benytte materialet. For å kunne ta i bruk programmet må helsesøstrene ha opplæring. BUFdir er ansvarlig for opplæringen.
- Direktoratet anbefaler at lavterskeltilbud knyttet til hjelp til røykeslutt, økt fysisk aktivitet, seksuell helse og endring av kostvaner, inngår som en integrert del av kommunens tilbud innen forebygging, behandling og rehabilitering.

- Kommunene oppfordres til å formidle kunnskaper til helsepersonell angående levevaner i forebygging og behandling. Det vises spesielt til den reviderte Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling.
- Direktoratet anmoder kommunene om bistand til at målene i de nasjonale strategiene innenfor kreft, diabetes og KOLS-området oppfylles

2.1.2 Informasjon til fylkesmannen

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. 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.

Fylkesmannen skal videreføre deltakelsen i regionale partnerskap for folkehelse i samarbeid med fylkeskommunen, utdannings- og forskningsinstitusjoner, frivillige organisasjoner, m.fl. Fylkesmannen skal påse at tannhelsetjenestens rolle i det generelle folkehelsearbeidet utnyttes og videreutvikles, og at tannhelsetjenesten integreres i tverrfaglige grupper og i partnerskap for folkehelse i fylker og kommuner.

Det er viktig å prioritere primærforebygging, spesielt trygge oppvekstvilkår og like muligheter til utvikling for barn og unge.

Fylkesmannen skal bistå kommunene i arbeidet med å etablere lavterskeltilbud knyttet til hjelp til røykeslutt, økt fysisk aktivitet og endring av kostvaner som del av kommunens tilbud innen forebygging, behandling og rehabilitering. Det vises spesielt til den reviderte Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling.

På området seksuell helse skal Fylkesmannen bistå i forebygging av uønskede svangerskap og abort og forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner (soi). De skal bidra til kompetanseheving av nøkkelpersonell i kommunene – spesielt i strategier som fremmer lett tilgjengelighet til kunnskap, tjenester og prevensjon til ungdom og unge voksne. I tillegg skal Fylkesmannen forvalte tilskuddsmidler fra kap 0719 post 71 (Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort) til prosjekter innen seksuell helse i det lokale folkehelsearbeidet. Det vil i løpet av 2009 bli utarbeidet nye strategier og handlingsplaner innen seksuell helse, der Fylkesmannen skal bidra til gjennomføring.

Fylkesmannen skal videre bistå i oppfølgingen av satsinger på miljø og helseområdet, blant annet relatert til strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer og Nasjonal strategi for forebygging av skader og ulykker som vil bli lagt frem våren 2009.

Fylkesmannen skal bistå kommunene i deres tilsyn med virksomheter som i henhold til endringer i forskriften om miljørettet helsevern er pålagt en akkreditert tilsynsordning for å hindre spredning av legionella via aerosol

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 22.

Barne-, ungdoms- og familiedepartementet (BUFdir) har med bistand fra Helsedirektoratet utarbeidet nytt materiell - Program for foreldreveiledning til bruk i landets helsestasjoner. For å kunne ta i bruk materialet må helsesøstere få opplæring. BUFdir vil gjennomføre opplæringen i 2009 og 2010.

Fylkesmannen skal i samarbeid med Arbeidstilsynet se til at Nasjonale handlingsplaner innen fysisk aktivitet, kosthold og tobakk legges til grunn for et helsefremmende arbeidsliv. Helsefremmende tiltak knyttet til levevaner skal integreres i kompetanseplanen for NAV.

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.

I 2007 bad Helsedirektoratet RHFene/HFene gjøre de nødvendige bestillinger av systemer for registrering og rapportering av et felles minimum datasett for ulykker og skader (FMDS-skade). Ved ikrafttredelse av *Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister* (Norsk pasientregisterforskriften) blir Norsk pasientregister (NPR) et personidentifiserbart register, og forskriften gir NPR hjemmel til å samle inn opplysninger om ulykker og skader. Registrering av FMDS-skader skal kun skje etter at Helsedirektoratet har gitt en endelig bekreftelse på at forskriften er trådt i kraft. Dette vil skje i løpet av første tertial 2009 forutsatt at de nødvendige sikkerhetssystemene er etablert. Helse- og omsorgsdepartementet ber Helse (...) RHF sørge for at registrering av FMDS-skade kan iverksettes når forskriften er trådt i kraft, og at disse opplysningene kan rapporteres til NPR.

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, høgskoler, universiteter, næringsliv og frivillige organisasjoner. Fylkeskommunene skal også være pådriver for kommunal planforankring av folkehelsearbeidet og inngåelse av partnerskap med kommuner. Det arbeides for at fylkeskommunenes ansvar for folkehelsearbeidet skal bli formalisert gjennom en lovforankring.

Med dette som utgangspunkt ber 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 kommunene, med sikte på
 - etablering og arbeid i lokale partnerskap
 - etablere flere partnerskap mellom fylkeskommune og kommune
 - planforankring av folkehelsearbeidet
 - helsekonsekvensvurderinger av planer og tiltak
- utnytter og videreutvikler tannhelsetjenestens rolle i det generelle folkehelsearbeidet, og integrerer tannhelsetjenesten i tverrfaglige grupper og i partnerskap for folkehelse i fylker og kommuner. Folkehelsekoordinatorene oppfordres til å ha tett kontakt med tannhelsetjenesten
- bidrar i implementeringen av handlingsplaner og strategier innen området seksuell helse
- 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. Skoleeiere oppfordres til å sørge for tilgang til kaldt drikkevann, frukt og grønt og at tilgang på brus og godterier fjernes.
- legger nasjonale handlingsplaner innen fysisk aktivitet, kosthold og tobakk til grunn for tiltak som retter seg mot et helsefremmende arbeidsliv
- bidra til å implementere Kommunikasjonsstrategi 1-2-30 på regionalt og lokalt nivå gjennom partnerskap med f. eks ressursgrupper innen fysisk aktivitet

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. 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
- 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
- Strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer (2008-2011)
- Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven. Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne.
- Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften)
- Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling
- Nasjonal strategi for forebygging av skader og ulykker som vil bli lagt frem våren 2009
- *Ansvar og omtanke* – Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer, som vil bli erstattet av ny nasjonal strategi for forebygging av hiv fra sommeren 2009

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, hindre diskriminering og bidra til full deltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne. Strategien universell utforming skal bidra til å nedbygge funksjonshemmende barrierer og hindre at nye oppstår. Ny diskriminerings- og tilgjengelighetslov trer i kraft 1. januar 2009. Lovens formål er å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter og rettigheter, og hindre diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne.

Gjennom regjeringens handlingsplan "Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner" vil Helse- og omsorgsdepartementet legge til rette for at denne gruppen blir ivaretatt i arbeidet for bedre folkehelse og i utvikling av likeverdige tjenester, bl.a. gjennom fokus på kunnskap, rådgivning, kompetanse og forebyggende arbeid.

2.2.1 Informasjon til kommunene

Kommunene oppfordres til et tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid for å imøtekomme kravet til universell utforming og tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne etter plan- og bygningsloven, diskriminerings- og tilgjengelighetsloven, lov om offentlige anskaffelser, barnehageloven og opplæringsloven. Betydningen av å etablere samarbeid med kommunalt råd for funksjonshemmede og brukerorganisasjoner tidlig i planprosesser

understrekes. Direktoratet oppfordrer kommunene til å utvikle den nettbaserte informasjonen slik at den kan benyttes av alle, inkludert synshemmede.

Kommunene henstilles også til å motvirke sosiale forskjeller ved å tilpasse helse- og omsorgstjenestene til mangfoldet i befolkningen (kjønn, alder, seksuell orientering, nedsatt funksjonsevne, etnisitet og religion) og ha gode rutiner for brukermedvirkning.

Kommunene oppfordres videre til å bidra til å motvirke sosiale forskjeller ved å hjelpe personer ut av fattigdom og sosial eksklusjon.

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. Fylkesmannen er en sentral bidragsyter for å gjøre kjent kravene til generell tilgjengelighet (universell utforming) og individuell tilrettelegging som fremkommer i den nye diskriminerings- og tilgjengelighetsloven.

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 oppfordres til et tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid for å imøtekomme kravet til universell utforming og tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne etter plan- og bygningsloven, diskriminerings- og tilgjengelighetsloven og lov om offentlige anskaffelser. Betydningen av å etablere samarbeid med råd for funksjonshemmede og brukerorganisasjoner tidlig i planprosesser understrekes. Direktoratet oppfordrer de regionale helseforetakene til å utvikle den nettbaserte informasjonen slik at den kan benyttes av alle, inkludert synshemmede.

De regionale helseforetakene bes bidra til å sikre likeverdig pasientbehandling ved tilpasse helsetjenestene til mangfoldet i befolkningen (kjønn, alder, seksuell orientering, nedsatt funksjonsevne, etnisitet og religion) og ha gode rutiner for brukermedvirkning.

2.2.4 Informasjon til fylkeskommunene

Fylkeskommunene oppfordres til et tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid for å imøtekomme kravet til universell utforming og tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne etter plan- og bygningsloven, diskriminerings- og tilgjengelighetsloven, lov om offentlige anskaffelser og opplæringsloven. Betydningen av å etablere samarbeid med fylkeskommunalt råd for funksjonshemmede og brukerorganisasjoner tidlig i planprosesser understrekes. Direktoratet oppfordrer fylkeskommunene til å utvikle den nettbaserte informasjonen slik at den kan benyttes av alle, inkludert synshemmede.

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.

2.2.5 Henvisninger til aktuelle dokumenter

- Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven. Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne.

- Lov om råd for menneske med nedsett funksjonsevne
- Plan- og bygningsloven
- Lov om offentlige anskaffelser
- Barnehageloven
- Opplæringsloven
- Forskrift om konsekvensutredninger
- Rundskriv A-28/2007 Om lov om råd eller anna representasjonsordning i kommunar og fylkeskommunar for menneske med nedsett funksjonsevne
- Rundskriv T-5/99 B Tilgjengelighet for alle
- Handlingsplan mot fattigdom. Vedlegg til St.prp.nr 1 (2006-2007) –
- Statsbudsjettet 2007
- Regjeringens handlingsplan for økt tilgjengelighet. Ny handlingsplan kommer på nyåret 2009
- Rikspolitiske retningslinjer for universell utforming (høringsutkast)
- Hvem trenger universell utforming? Universell utforming i offentlig virksomhet. Helsedirektoratet. IS-1597
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 - 2011

2.3 Primærhelsetjenesten

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, virkningsfulle, trygge, godt samordnet og de skal involvere brukerne i beslutningsprosessene. Pasienter og brukere skal uavhengig av bosted ha likeverdig tilgang til helsetjenester med tilstrekkelig og rett kvalifisert personell

2.3.1 Informasjon til kommunene

Utviklingstrekkrapportene og Nøkkeltallrapportene fra Helsedirektoratet beskriver utvikling og status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Rapportene viser at det er behov for en styrking av primærhelsetjenestene og bedre samhandling mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene. Helsedirektoratet samhandler bl.a. med KS om dette.

Kommunene har ansvaret for en helhetlig helse- og omsorgstjeneste og god samhandling med helseforetakene for å møte befolkningens behov på en forsvarlig måte i tråd med krav i lov og anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer.

Kommunene bør utnytte muligheten som ligger i avtaleverket om allmennlegeutvalg, lokalt samarbeidsutvalg og avtalene med de enkelte fastlegene for å sørge for nødvendige legetjenester til personer og grupper med særskilte behov. Der forsvarlige tjenester ikke lar seg avtale frivillig, må muligheten for tilplikting brukes.

Kommunene må sørge for tilstrekkelig kapasitet hos fastlegene samlet sett til også å kunne ta imot studenter, tilreisende og andre personer som står utenfor fastlegeordningen.

Kommunene må sørge for tilstrekkelig kapasitet i jordmortjenesten slik at gravide som ønsker jordmor i svangerskapomsorgen får tilgang til jordmortjeneste.

Der det er behov for en kompetanse- og kapasitetsøkning i helse- og omsorgstjenesten bør det utvikles en egen lokal strategi med utgangspunkt i de utfordringer og oppgaver som skal løses.

Samhandlingen innad i kommunene, mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak trenger ofte styrking. Det må særlig sikres at det lovpålagte tilbudet om individuell plan gis og følges opp. Fastlegene har kompetansen mht medisinsk koordinering, andre har kompetanse mht annen faglig og praktisk koordinering. Systemet for individuell plan er viktig for samhandling og involvering av brukerne selv.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentral i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunene. I St. meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller har regjeringen varslet at skolehelsetjenesten skal videreutvikles og styrkes. Det legges vekt på at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har potensial til å nå fram til alle barn og unge og derfor er spesielt viktig i arbeidet for å redusere sosiale ulikheter i helse. I mange kommuner er kapasiteten i skolehelsetjenesten for svakt utbygd. Stadig flere nye oppgaver pålegges kommunene i denne tjenesten, for eksempel forebygging av kjønnslemlestelse og fra 2009 innføring av vaksine mot livmorhalskreft (HPV-vaksine). Regjeringen har sørget for en betydelig økning i kommunenes frie inntekter med tanke på bl.a. utvikling av forebyggende helsearbeid.

Fire av 11 kvalitetsindikatorer som er vedtatt for den offentlige tannhelsetjenesten gjelder samarbeidet med kommunale helse- og omsorgstjenester. Rapportering på to av indikatorene må skje via helsestasjonen. Det er nødvendig med opplæring av personell på helsestasjonene i tannhelseregistrering. Det vil komme informasjon om dette i eget brev.

Helsetjenestetilbudet til personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner er under styrking gjennom interkommunale overgrepsmottak ved minst én større legevakt i hvert fylke. Ved utgangen av 2007 var ca. 84% av landets kommuner tilknyttet interkommunale overgrepsmottak i henhold til opplysninger fra fylkesmennene. Alle kommuner skal sørge for at befolkningen har et tilstrekkelig godt tilbud med spesialkompetanse og kjennskap til tilbudet.

Fysioterapitjenesten

Etter 01.07.2008 skal det ikke inngås individuelle avtaler som er mindre enn 2/5 av fullt driftstilskudd.

For å gi større samsvar mellom oppgaveansvar og finansieringsansvar for den avtalebaserte fysioterapitjenesten i kommunene, ønsker Regjeringen å øke kommunenes finansieringsansvar. Det tas sikte på at de kommunale driftstilskuddene sin andel av fysioterapeutenes samlede omsetning bør økes fra dagens omlag 25 % til minst 40 %. Kommunene bør kartlegge det faktiske volum i tjenesten. Det forutsettes at kommunene tilpasser driftsavtaler med privatpraktiserende fysioterapeuter til kommunens behov for tjenesten.

Når det gjelder den behandlingen som det er avtalt takster (og driftstilskudd) for skal det ikke under noen omstendighet avkreves andre egenandeler enn det som er fastsatt av staten, jf. punkt 13 i ASA 4313. Forhold som driftstilskuddets størrelse, tidspunkt for behandling mv. er mao. uten

betydning. Fysioterapeuter som har individuell avtale eller selskapsavtale og dermed rett til å utløse trygderefusjon er bundet av dette. Dette gjelder uansett fysioterapeutens fagforeningstilhørighet. I henhold til avtalen om takster og driftstilskudd (ASA 4303) pkt. 7 skal fysioterapeutene opplyse pasienten om den pris som skal betales og skal på en hensiktsmessig måte gjøre prisene kjent for pasientene. Kommunene bes følge opp at dette skjer.

Turnustjeneste i sykehjem

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag om obligatorisk turnustjeneste i sykehjem for alle turnusleger. Det foreslås å endre turnusforskriften §4 slik at alle turnusleger får tjeneste i sykehjem i løpet av de 6 måneder de er i turnustjeneste i kommunen. Siktemålet er at dette skal gjelde fra sommeren 2009, dvs. for de turnuslegene som skal ut i turnus fra august 2009. Ca. en femtedel av turnuslegene får i dag ikke tjeneste i sykehjem.

Helsetjenester til innsatte i fengsel

Kommuner med fengsel har en lovpålagt plikt til å yte helsetjenester til innsatte i fengsel. Det er særlige utfordringer knyttet til innsatte med rusproblemer og psykiske lidelser. Arbeidet med implementering av individuell plan må derfor styrkes.

Det skal være inngått avtaler mellom kommuner med ansvar for helsetjenesten i fengsel og et helseforetak om polikliniske tjenester fra psykisk helsevern. Regionale helseforetak skal sørge for at slike avtaler inngås.

Det ble i 2006 utarbeidet et rundskriv som tydeliggjør ansvar, oppgaver og koordinering mellom kommunene, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen når det gjelder innsatte og domfellede rusmiddelavhengige (G-8/2006). Gjennom Justisdepartementets satsing på tilbakeføringsgaranti blir oppfølging av dette rundskrevet svært viktig.

2.3.2 Informasjon til fylkesmannen

Fylkesmannen skal følge med på kompetanse og kapasitet på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, særlig tjenester til grupper med særskilte behov, eldre pasienter, individuell plan og samhandling.

Fylkesmannen skal følge opp at kommunene ivaretar og styrker helsestasjons- og skolehelsetjenesten i tråd med lover og forskrift, anbefalt program for tjenesten og St.meld.nr.20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Skolehelsetjenesten er i mange kommuner mangelfullt utbygd, dette gjelder særlig i videregående skole. Fylkesmannen må derfor påse spesielt at kommunene ivaretar sitt ansvar om helsetjeneste i skolen.

Helsetjenestetilbudet til pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner skal styrkes gjennom interkommunale overgrepsmottak ved minst en legevakt i hvert fylke. Fylkesmennene skal følge med at kommunene har et tilstrekkelig godt lavterskeltilbud både når det gjelder seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner. Se Sosial- og helsedirektoratets veileder IS-1457 "Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten".

2.3.3 Informasjon til regionale helseforetak

Helsetjenestetilbudet til pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner skal styrkes gjennom interkommunale overgrepsmottak ved minst en legevakt i hvert fylke. Spesialisthelsetjenesten skal samarbeide med primærhelsetjenesten både om undersøkelse og oppfølging av pasientene når det er behov for dette.

2.3.4 Informasjon til fylkeskommunene

Det er vedtatt 11 kvalitetsindikatorer for den offentlige tannhelsetjenesten. Direktoratet ber den fylkeskommunale tannhelsetjenesten forberede seg på rapportering på alle disse indikatorene fra og med 2010. Det vil komme et eget brev om dette.

Det skal foreligge en plan for drift av fylkeskommunenes virksomheter under en pandemi. Arbeidet med planforutsetninger er noe forsøkt, men vil bli sendt så snart de foreligger.

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. Helsedirektoratet oppfordrer den fylkeskommunale tannhelsetjenesten til å etablere et meldesystem til barnevernet.

Fylkeskommunen bør følge opp og videreutvikle samarbeidet med aktuelle miljøer, eks. helsestasjon, skolehelsetjeneste, barneverntjeneste, sosialtjeneste, politi, slik at utsatte barn blir fulgt opp og får hjelp.

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 (2008-2009) s. 79)

Direktoratet anmoder fylkeskommunene å bidra til at nasjonale retningslinjer som omhandler kommunehelsetjenestens ansvarsområde, inngår som en del av undervisningen for helsepersonell.

2.3.5 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/hi-19940805-055.html>
- Strålevernloven (2000-05-12, nr. 36)
- <http://www.lovdatab.no/all/hi-20000512-036.html>
- Rundskriv I-4/2007 Nasjonal standard for legetjenesten i sykehjem
- Veileder IS-1436/2007 Legetjenester i sykehjem en veileder for kommunen
- St.meld. nr. 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
- Kartlegging_av_fysioterapitjenesten_i_kommunene_for_perioden_1984-2005 - SHdir
- Finansiering av fysioterapitjenesten i kommunene HOD – rapport fra arbeidsgruppe med KS og NFF

2.4 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.

Arbeidet på området spesialisthelsetjenester skal bidra til mestring og deltakelse 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 rehabilitering, innbyggere med funksjonsnedsettelse og sjeldne tilstander, i alle aldersgrupper.

Nasjonal helseplan 2007 – 2010 - status

Ny og kostnadskrevende behandling

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet sette ned en bredt sammensatt arbeidsgruppe som skal gjennomgå beslutningsprosesser for innføring av kostbare metoder i helsetjenesten. Med metoder menes både medikamenter, implantater, operasjonsmetoder, diagnostiske prosedyrer og medisinskteknisk utstyr. De regionale helseforetakene, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Statens Legemiddelverk skal være representert i arbeidsgruppen. Frist for arbeidet er satt til 1. mai 2009.

Private avtalespesialister

I Nasjonal helseplan (2007–2010) varslet Helse- og omsorgsdepartementet at det ville sette i gang et arbeid med sikte på å endre rammebetingelsene for avtalespesialistene.

Departementet har utarbeidet en rapport som beskriver status på feltet og som foreslår alternative måter å organisere rammebetingelsene på. Arbeidet har foregått i kontakt med profesjonsforeningene, regionale helseforetak og Helsedirektoratet. Saken vil bli videre utredet i løpet av det neste året. Berørte aktører vil inviteres til å delta i arbeidet.

Forskningssamarbeid

Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG) er etablert for å sikre dialog og samordning av forskning i et nasjonalt perspektiv. Fra 2008 er gruppens medlemmer utvidet med representanter for brukerne og høyskolene. Øvrige medlemmer er de regionale helseforetakene, universitetene, Norges forskningsråd, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og en representant fra allmennmedisin (ny i 2008) er observatører i gruppen. Det er etablert en modell for etablering og oppfølging av felles nasjonale forskningssatsinger gjennom formaliserte forskernettverk og ansvarsforankring i regionale samarbeidsorgan mellom de regionale helseforetakene og universitetene eller Norges forskningsråd.

Bedre beslutningsgrunnlag for dimensjonering av legenes spesialistutdanning

Helsedirektoratet har sammen med de regionale helseforetakene påbegynt et arbeid med å videreutvikle databasen i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling. Databasen benyttes blant annet som beslutningsgrunnlag for dimensjonering av utdanningsstillingene for legene. Videreutviklingen skal skje på en måte som ivaretar myndighetenes behov for kunnskap, samtidig som systemet skal fungere som styringsverktøy for helseforetakene. Det legges opp til at arbeidet skal være ferdig innen utgangen av 2009. Databasen skal sees i forhold til helseforetakenes lønns- og personalsystemer.

2.4.1 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. Kommuner som ikke enda har etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal etablere en slik i tråd med forskrift om habilitering og rehabilitering.

2.4.2 Informasjon til fylkesmannen

Fylkesmannen skal følge opp kommunens arbeid med individuell plan og etablering av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

Direktoratet har utarbeidet faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. 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.

Akuttmedisinske tjenester

Helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å etablere et system for innsamling og behandling av data fra de akuttmedisinske tjenester.

Ved behandlingen av St. meld. nr. 43 (1999 – 2000) om akuttmedisinsk beredskap fremkom det et behov for data som synliggjør aktiviteten i den akuttmedisinske kjede. Mangelen på slike data ble tydeliggjort ved Riksrevisjonens gjennomgang av den akuttmedisinske beredskap i spesialisthelsetjenesten i 2005-2006.

Den akuttmedisinske kjede defineres her som alle elementer i den akuttmedisinske beredskap i landets kommuner og helseforetak, og som inngår i beredskapen for å dekke publikums behov for øyeblikkelig hjelp. Dette omfatter legevakt, bil-, båt- og luftambulansetjenester og medisinsk nødmeldtjeneste. Dersom en skal synliggjøre samfunnets bruk av ressurser og ha mulighet for å se bruken av disse ressursene i en sammenheng, er det viktig at en ser på hele den akuttmedisinske kjede.

Området er i dag støttet av en rekke IKT systemer som ikke er samordnet mht struktur, kodeverk og registreringspraksis. Enhetlig rapportering fra hele kjeden krever et omfattende arbeid og vil strekke seg over en periode på 3-5 år. Dette arbeidet påbegynner i 2008.

AMK sentralene benytter i dag samme system AMIS for henvendelser og ambulanseoppdrag. Det er iverksatt arbeid med å starte innhenting av data fra dette området. Leverandøren vil i løpet av første halvår ha klar løsning for rapportering. Dette vil ikke berøre kommunehelsetjenesten i 2009.

2.4.3 Informasjon til regionale helseforetak

Individuell plan og koordinering

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 bes påse at Helseforetakene etablerer koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i tråd med forskrift om habilitering og rehabilitering.

Nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger

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.

Kreft

I 2008 ble det ferdigstilt retningslinjer for lymfomkreft. Det vil i 2009 bli ferdigstilt retningslinjer på områdene: Prostatakreft, lungekreft, gynekologisk kreft, blærekreft, colorectalkreft, hode-hals kreft, sarkomkreft. I tillegg vil retningslinjene for brystkreft, nyrecellekreft og palliasjon oppdateres i løpet av 2009. For de gjenstående kreftområdene; kreft hos barn, hudkreft, pancreaskreft, lever- og gallekreft, testiskreft og peniskreft vil det være en målsetning å starte opp i løpet av 2009.

Diabetes

Helsedirektoratet forventer å ferdigstille den nasjonale retningslinjen om diabetesbehandling i 2009. Direktoratet anbefaler at tiltakene i retningslinjen blir implementert og iverksatt.

En undersøkelse blant sykehusene i 2006-2007 viste at det nesten ikke fantes data om diabetesbehandling. En diabetesjournal for sykehusene er under utprøving og vil sannsynligvis være klar for alminnelig bruk i alle journalsystemer i sykehusene i løpet av 2009. Bruk av journalen vil gi den enkelte avdeling/poliklinikk oversikt over kvalitet og kvantitet og vil kunne eksportere data til diabetesregisteret. Direktoratet oppfordrer RHFene til å implementere diabetesjournalen hvis utprøvingen er vellykket.

Organdonasjon og transplantasjon

Våren 2008 la en departementsforankret arbeidsgruppe fram en rapport med anbefalinger til hvordan organdonasjon og transplantasjoner bør organiseres framover. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge opp rapportens anbefalinger med vekt på å styrke nasjonal koordinering av organdonasjon og å opprette og ha sekretariatsfunksjon for et nasjonalt fagråd for organdonasjon og transplantasjon. Det skal også utarbeides en handlingsplan for kronisk nyresykdom med vekt på forebygging og tidlig behandling i primærhelsetjenesten.

CFS/ME

Helsedirektoratet har i arbeidet med CFS/ME opprettet et Nasjonalt kompetansenettverk som har som oppgave å følge internasjonal fagutvikling, veiledning og undervisning av helsepersonell både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Kompetansenettverket skal også gi informasjon til pasienter og pårørende. Det er utarbeidet en informasjonsstrategi med nyhetsbrev, publisering på nett og foredrag.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gir Helsedirektoratet tilskuddmidler til tiltak på regionalt og kommunalt nivå, med vekt på informasjon og fagutvikling. Prosjekter rettet mot barn og unge, samt de aller sykeste prioriteres.

Innsamling og behandling av data fra de akuttmedisinske tjenestene
Det vises til punkt 2.4.2 under informasjon til fylkesmannen.

2.4.4 Informasjon til fylkeskommunene

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

2.4.5 Henvisninger til aktuelle dokumenter

- Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven
- Veileder til forskrift om individuell plan, IS-1253

- Forskrift om habilitering og rehabilitering 2008 - 2011

2.5 Rus

Regjeringens opptappingsplan for rusfeltet omfatter hele rusfeltet og inneholder tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging. Opptappingsplanen varer ut 2010 og vil legge føringer for arbeidet på rusfeltet i denne perioden. Gjennom opptappingsplan for rusfeltet skal personer med rusmiddelproblemer tilbys den hjelp, behandling og rehabilitering de har behov for. Samtidig skal det rusforebyggende arbeidet styrkes, brukerne skal gis økt innflytelse og pårørende, herunder barn og søsken av rusmiddelavhengige, skal ivaretas bedre.

Regjeringen har i 2009 styrket rusfeltet med 300 millioner og har lagt opp til en økt satsing innen planens fem hovedmål: tydelig folkehelseperspektiv, bedre kvalitet og økt kompetanse, mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering, forpliktende samhandling og økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende. Regjeringen legger til grunn for innsatsen på rusfeltet at den skal ses i et langsiktig perspektiv. Det er dokumentert store utfordringer og behov for at kommuner og helseforetak tar fatt i utfordringene på en helhetlig og langsiktig måte.

Opptappingsplanen for rusfeltet er nært knyttet til området psykisk helse. Både i forebygging, behandling og rehabilitering vil eksisterende kunnskap om sammenhenger, for eksempel mellom rus og psykiske lidelser, brukes og videreutvikles. Tilsvarende er det nødvendig med et bredere rusperspektiv som omfatter arbeidet i omsorgstjenestene og i somatisk helsetjeneste. Innsatsen på rusfeltet skal også ses i sammenheng med regjeringens innsats for å bekjempe fattigdom, som boligsosialt arbeid og kvalifiseringsprogrammet i NAV. Innsatsen må også ses i sammenheng med arbeidet som gjøres innen barne- og ungdomsvernet og kriminalomsorgen.

2.5.1 Informasjon til kommunene

Kommunene har et omfattende ansvar på rusfeltet, både når det gjelder å satse på forebyggende tiltak og å bistå innbyggerne som har eller er berørt av rusmiddelproblemer.

Tydelig folkehelseperspektiv

Alkoholovens bestemmelser om salgs- og skjenkebevillinger er sentrale virkemidler for å forebygge skader av alkoholbruk. Kommunene oppfordres til å styrke kvaliteten på kontroll med salgs- og skjenkebevillinger. Direktoratet har utarbeidet Håndbok i alkoholoven mv. - Rundskriv IS -5/2008 som er et verktøy for å styrke kommunenes kompetanse i alkoholoven. Det er viktig at kommunene ser forvaltningen av alkoholoven i sammenheng med det øvrige rusforebyggende arbeidet.

Det anbefales at kommunens arbeid på rusområdet forankres i en helhetlig rusmiddelpolitisk plan. Helsedirektoratet har utgitt en veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan, og det er opprettet en nettbasert tjeneste (www.kommunetorget.no) til hjelp i arbeidet med planen. Kommunene kan i tillegg få bistand fra de regionale kompetansesentre - rus. Det oppfordres til å øke involveringen fra barn og unge. Hvert år i Opptappingsplanperioden vil departementet dele ut Ungdommens forebyggingspris til en kommune som

har utmerket seg i å involvere barn og unge i utformingen og gjennomføringen av rusforebygging.

Noen grupper er særlig utsatt for å utvikle rusmiddelproblemer. Kommunene bør tilstrebe at rusrelaterte problemer avdekkes tidligere for å forebygge videre problemutvikling. Som et ledd i satsingen Nasjonal strategi for tidlig intervensjon utarbeider Helsedirektoratet i samarbeid med Barne, ungdom- og familiedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Politidirektoratet en veileder for tidlig intervensjon på rusområdet. Veilederen "Fra bekymring til handling" er rettet mot alle ansatte og ledere i kommunale tjenester og vil bli lansert og implementert i 2009.

Det overordnede målet vil være å heve kompetansen om tidlig identifisering og tidlig intervensjon blant ansatte som kommer i kontakt med risikoutsatte barn og ungdom. De regionale kompetansesentrene – rus og fylkesmannsembetene vil være viktige medspillere i dette arbeidet. Kompetansentrene har allerede iverksatt mange kunnskapsbaserte utviklingsprosjekter innen tidlig intervensjon som vil bli videreført i 2009.

Bedre kvalitet og økt kompetanse

Skal vi lykkes på rusfeltet må kompetansen om rusmiddelproblematikk styrkes, og kvalitet og metodeutvikling må settes i fokus. Helsedirektoratet oppfordrer kommunene til å sette i verk tiltak for å utvikle kompetansen når det gjelder arbeidet med rusmiddelproblemer.

Opplæringstilbudet til personell som arbeider med oppfølgings- og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere bør styrkes, herunder til ufaglærte.

Kommunene oppfordres til å legge til rette for at ansatte kan ta videreutdanning i rusproblematikk og annen videreutdanning som er relevant for arbeidet i rusfeltet. Det bør legges vekt på arbeidet med individuell plan og et helhetlig tjenesteforløp i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre instanser. Det vises også til Omsorgsplan 2015. Omsorgstjenester ytes også til personer med rusmiddelproblemer og kompetansetiltak bør derfor omfatte personell i omsorgstjenestene. Videre bør kommunene i større grad styrke sin tverrkulturelle kompetanse i arbeidet med rusmiddelproblemer, og ha et særlig blikk på tidlig intervensjon overfor marginalisert innvandrerungdom. Kommunene kan søke om tilskudd via Fylkesmannen til kompetanseutvikling for sosial- og helsepersonell. Ansatte i kriminalomsorgen omfattes også av ordningen.

De regionale kompetansesentrene - rus skal spre kompetanse og bidra med fagutvikling overfor kommuner, kriminalomsorg og utdanningsinstitusjoner. Det er lagt opp til regionale og fylkesvise rusfora.

Arbeidet med kvalitet- og kompetanseheving skal også ses i sammenheng med samarbeidsavtalen mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, herunder ledelsesutviklingsprosjektet Flink med folk i første rekke.

Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering

Kommunen har et omfattende og særskilt ansvar for å gi personer med rusmiddelproblemer et godt og helhetlig tilbud. For å lykkes med opptrappingsplanen for rusfeltet er en bedre, lokalbasert oppfølging en forutsetning.

Hovedinnsatsen på rusfeltet finansieres over kommunenes frie inntekter og tiltakene utformes på basis av lokale behov og forutsetninger. Statlige tiltak og tilskudd er innrettet for å bidra til kompetanse- og kvalitetsheving, metodeutvikling og økt innsats i kommuner hvor behovene er størst. Kommunene oppfordres til å samarbeide med Fylkesmannen og de regionale kompetansesentre – rus, helseforetakene, politi, kriminalomsorg og andre aktuelle instanser for å få en mer samordnet og treffsikker innsats.

Det vises spesielt til behovet for å gi personer som er i LAR bedre og tettere oppfølging, og at kommunene må samarbeide med spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen slik at personer får helhetlig og sammenhengende bistand når de skal inkluderes i lokalsamfunnet.

Tilskuddsordningene til kommunalt rusarbeid er betydelig styrket i 2009. Det er etablert fire ulike ordninger som skal stimulere til økt innsats og mer treffsikre tilbud i kommunene. Det ytes tilskudd til lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere, oppfølging av LAR-pasienter og styrking av kommunenes helhetlige tjenestetilbud. Flere skal få individuell plan med helhetlig oppfølging både før, under og etter institusjonsopphold eller fengsel. Ungdom i risikozonen er en prioritert målgruppe. Det skal satses på å utvikle tjenester som er tilgjengelige og tilpasset brukergruppens behov, slik som oppsøkende og ambulante tjenester.

Det er dessuten innført et tre-årig forsøk med koordinerende tillitspersoner i utvalgte kommuner. Formålet med tillitspersoner er å bidra til at rusmiddelmissbrukere får et mer helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud som bidrar til økt livsmestring. Tillitspersonene skal følge brukerne gjennom hjelpeapparatet og bidra til at de får de tjenester de har behov for, slik som arbeid/aktivitet, helsehjelp, bolig, økonomisk rådgivning, nettverksarbeid, hjelp ved kriser mv. Individuell plan inngår i arbeidet. Kommunene kan samarbeide med frivillige organisasjoner i et partnerskap, men tilbudet skal være forankret i sosialtjenesteloven for å ivareta saksbehandlingsregler og brukernes rettssikkerhet.

Helsedirektoratet vil i samarbeid med Fylkesmannen styrke oppfølgingen av tilskuddsordningene. Det er etablert rusrådgivere hos Fylkesmannen som blant annet skal følge opp tilskuddsforvaltningen overfor kommunene. Flere av tilskuddsordningen er under evaluering. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere endringer i utformingen av tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid slik at den blir bedre tilpasset lokale behov og de langsiktige utfordringer.

Innsatsen på rusfeltet skal ses i sammenheng med Opptappingsplanen for psykisk helse, Omsorgsplan 2015, Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering og Nasjonal strategi for arbeid og psykisk helse. Innsatsen må videre ses i sammenheng med Regjeringens innsats for å redusere fattigdom, ny organisering av arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og Kvalifiseringsprogrammet.

Gjennom kriminalomsorgsmeldingen og Justisdepartementets satsing på tilbakeføringsgaranti skal det legges til rette for et tettere samarbeid mellom primærhelsetjenesten i fengselet og kmmunehelsetjenesten i den kommunen som den innsatte skal flytte til ved løslatelse, slik at behandling og rehabilitering kan fortsette etter endt soning.

Ytterligere informasjon og kunngjøring av tilskuddsordningene finnes på www.helsedir.no og hos fylkesmannen.

Forpliktende samhandling

Regjeringen har startet arbeidet med en samhandlingsreform for å gi pasientene et bedre og mer helhetlig tilbud. Det oppfordres til at de regionale helseforetakenes veiledning til kommunene og kommunenes formidling av kunnskap til de regionale helseforetakene bedres. Videre vektlegges det at bruken av kommunenettverk skal økes.

Samarbeidsrundskrivet med Justisdepartementet overfor innsatte og domfelle rusmiddelavhengige skal bidra til å motvirke framtidig kriminalitet og bedre livssituasjonen for den enkelte. Rundskrivet beskriver og tydeliggjør ansvar mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen, og bidrar til å styrke samarbeidet og til å finne gode samarbeidsløsninger regionalt og lokalt.

Gjennom Flink med folk i første rekke i regi av KS er det startet nettverk hvor rus og psykisk helse inngår. På bakgrunn av den nasjonale strategien På vei til egen bolig (2005-2007), er det etablert 18 kommunenettverk. For å forebygge bostedsløshet vil nettverkene i regi av Husbankens regionskontor videreføres. Det vil bli utarbeidet en overordnet rapportering på samhandling og samhandlingsutfordringer for de regionale helseforetakene og kommunene.

Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Pårørendeperspektivet, skal styrkes i 2009. Helsedirektoratet har fått utført en kartlegging av tiltak for pårørende (finn nettadresse). I arbeidet med personer med rusmiddelproblemer, bør kommunene identifisere eventuelle barn og pårørende, vurdere 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.

Kommunene bør i større grad legge vekt på at brukerperspektivet får en sterkere plass i hvordan tjenestene utformes. Det er også viktig å forankre hjelp- og rehabilitering av brukerne i et familie- og nettverksperspektiv, hvor den offentlige innsatsen skal støtte opp om løsninger som er basert på familie og nettverk, og ikke erstatte dem.

2.5.2 Informasjon til Fylkesmannen

Som et ledd i arbeidet med å iverksette Opptappingsplanen for rusfeltet, er det ansatt rusrådgivere ved alle fylkesmannsembetene. Rådgiverne skal arbeide særskilt med oppgaver knyttet til å styrke tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer. Direktoratet viser til fylkesmannens embetsoppdrags omtale av Opptappingsplanen for rusfeltet, samt særskilt mandat til rusrådgiverne.

Tydlig folkehelseperspektiv

Fylkesmannen skal i samarbeid med de regionale kompetansesentrene, bidra til at flere kommuner utarbeider helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner.

Bedre kvalitet og økt kompetanse

Kvaliteten på tjenestene skal heves og kompetansen om rusproblematikk skal økes for å styrke kommunenes helhetlige arbeid med personer med

rusmiddelproblemer. Fylkesmennene skal legge til rette for slike tiltak i sine nedslagsfelt, og forvalter blant annet midler til videreutdanning i rusproblematikk for sosial- og helsepersonell og ansatte i kriminalomsorgen. Personell i omsorgstjenestene i kommunene må få økt kompetanse om rusmiddelproblemer. Videre legges det opp til regionale rusfora der kompetansesentrene, fylkesmennene og de regionale helseforetakene samarbeider. Fylkesmennene vil også ha oppgaver knyttet til statistikk og dokumentasjonsarbeid. Bedre statistikk vil gi grunnlag for bedre planlegging og mer målrettet bruk av ressurser innen kommunale tjenester.

Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering

Fylkesmannen skal bidra til at flere kommuner kan dra nytte av ulike statlige tilskuddsordninger for å stimulere til metodeutvikling og økt innsats i kommunene, gi brukerne bedre individuell oppfølging, et helhetlig hjelpetilbud og øke andelen brukere som får individuell plan. Alle landets Fylkesmenn har fra 2009 blitt delegert myndighet fra Helsedirektoratet til å forvalte tilskudd til kommunalt rusarbeid. Tilskuddsordningen er styrket i 2009. Fylkesmennene har en særlig viktig rolle i å opplyse om mulighet for å søke tilskudd og se til at tilskuddene blir brukt til formål forenlig med opptrappingsplanens hovedmål, og at ordningen fører til at flere får bedre hjelp. Fylkesmannen har i tillegg oppgave med å følge opp forsøket med koordinerende tillitspersoner. Fylkesmannen må se arbeidet med tilskuddsforvaltning og prosjektoppfølgning i lys av kommunenes generelle og helhetlige ansvar for oppfølging av personer med rusmiddelproblemer. Fylkesmannen må legge vekt på erfaringsutveksling og læringsprosesser mellom kommuner for å understøtte kommunenes arbeid med å styrke tilbudet til brukerne, spesielt for kommuner som har store utfordringer.

Tidlig intervensjon

Fylkesmannen skal i samarbeid med de regionale kompetansesentrene på rusfeltet, iverksette tiltak for å heve kompetansen om tidlig identifisering og tidlig intervensjon blant ansatte som kommer i kontakt med risikoutsatt barn og ungdom. Dette kan gjøres gjennom implementering av veilederen "Fra bekymring til handling"

Forpliktende samhandling

Hjelpe- og behandlingsforløpet til rusmiddelmissbrukere er preget av brudd, og arbeidet med Individuell plan må målrettes bedre. Fylkesmennene skal bistå direktoratet med å øke bruken av Individuell plan. For å styrke samhandlingen videre, skal gode eksempler og utfordringer mellom helseforetak og kommuner synliggjøres. Dette vil beskrives nærmere i eget brev. Kommunenes samarbeid med kriminalomsorgen skal styrkes i tråd med Kriminalomsorgens satsing på tilbakeføringsgaranti.

Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Fylkesmannen skal bidra til at kommunene i større grad tar i bruk brukermedvirkning og har tilbud til pårørende av personer med rusmiddelproblemer.

Fylkesmannens arbeid må ses i sammenheng med arbeidet innen psykisk helse, omsorgstjenestene, Kompetanseløftet 2015, boligsosialt arbeid, kvalifiseringsprogrammet og etablering av ny arbeids- og velferdset og Kriminalomsorgens tilbakeføringsgaranti.

2.5.3 Informasjon til regionale helseforetak

Kvaliteten og kapasiteten på tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusmiddelavhengige skal styrkes. Det presiseres at det innen TSB er særlig behov for kapasitetsøkning, og det er fortsatt et krav at veksten skal være høyere enn i somatikken. I tillegg til en generell styrking, er tilskuddet til LAR styrket. Dette vil bidra til å styrke kapasiteten innen TSB og LAR og samtidig heve kvaliteten på disse tjenestene.

En betydelig andel av pasientene i tverrfaglig spesialisert behandling og psykisk helsevern har samtidige psykiske lidelser og ruslidelser. Tjenestene må være organisert slik at de på en best mulig måte er tilpasset de sammensatte hjelpebehovene disse pasientene har. Helsedirektoratet anbefaler at det etableres ruspoliklinikker i alle DPS-områder og at disse samlokaliseres med DPS. Kartleggingen av DPSene i 2008 viser at 33 av 75 DPS oppgir å ha et rustilbud i poliklinikken.

Rusmiddelavhengige har i særlig grad behov for sammensatte og tilrettelagte tjenester. For å bedre samhandling mellom nivåene, skal de regionale helseforetakenes veiledning til kommunene og kommunenes formidling av kunnskap til de regionale helseforetakene, bedres. Det må samt sikre gode utskrivningsrutiner i samarbeid med kommunene.

I 2009 utgis Nasjonale faglige retningslinjer for medikamentell behandling og rehabilitering av opioidavhengige, Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse, samt Nasjonale faglige retningslinjer for gravide i LAR og oppfølging av familier med barn opp til skolealder.

RHFene oppfordres til å legge til rette for forskning kombinert med klinisk tjeneste og forskningspermisjon for leger og psykologer innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere.

Gjennom praksiskonsulentordningen tilbys fastleger og allmennleger deltidstillinger ved sykehusavdelinger. Ordningen er viktig for å optimalisere pasientforløp og bedre samhandlingen mellom fag og nivåer innen tverrfaglig spesialisert behandling.

Helsedirektoratet anbefaler at RHFene bidrar til at barn som har foreldre med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet, blir vurdert i forhold til eventuelle hjelpebehov, og bidrar med tilpasset oppfølging. Det forslås at spesialisthelsetjenesten i nødvendig utstrekning skal ha helsepersonell med særskilt ansvar for å følge opp barn. Barn og foreldre skal gis informasjon, veiledning og tas med på råd.

2.5.4 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.

I 2009 vil det gjennomføres en evaluering av ordningen med særskilte tiltak rettet mot tannbehandling til rusmiddelavhengige.

2.5.5 Henvisninger til aktuelle dokumenter

- Opptappingsplan for rusfeltet, St.prp.nr.1 (2007-2008).

- Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk plan (IS-1362).
Håndbok i alkoholloven mv. - Rundskriv IS-5/2008
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere
- Rundskriv I-8/2004 Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven
- Evalueringsrapport av rusreformen. Rapport IRIS 2006/1227
- Evalueringsrapport av legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Flere rapporter
- Rundskriv I-36/2001 Rus og psykiske lidelser
- Rapport IS-1455 Tidlig intervensjon på rusområdet. Sentrale perspektiver-aktuelle målgrupper og arenaer.

2.6 Psykisk helse

Planperioden for Opptappingsplanen for psykisk helse gikk ut i 2008. Det psykiske helseområdet skal fortsatt ha høy prioritet fremover. De overordnede målene og verdigrunnlaget for planen vil fortsatt legges til grunn for utviklingen på dette området. For å møte de store folkehelseutfordringene, vil styrking av psykisk helsearbeid/lavterskeltiltak i kommunene, herunder forebygging, tidlig avdekking av sykdom og tidlig behandling, være sentralt. Innenfor tjenesteapparatet anses styrket samhandling mellom kommune og spesialisttjeneste og mellom rus- og psykisk helsefeltet, å være særlig viktig for å skape en bedre tjeneste. Tjenestene forutsettes å legge til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning i lokalsamfunnet. Det vises til omtale og prioriteringer i statsbudsjettet for 2009.

2.6.1 Informasjon til kommunene

Det er understreket i statsbudsjettet for 2009 (St. prp. nr 1 Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009)) at psykisk helsefeltet vil ha høy prioritet framover. De øremerkede tilskuddene er fra 2009 innlemmet i kommunenes ramme. Dette innebærer at midlene videreføres. Det er en overordnet forutsetning at styrkingen av det psykiske helsearbeidet i kommunene i løpet av planperioden 1999 – 2008 skal representere en varig styrking av dette feltet, og at det ikke skjer nedbygginger etter at planperioden er avsluttet.

Trygge behandlingstilbud av god kvalitet til mennesker med psykiske lidelser
Kommunene bør legge økt vekt på kvalitet, innhold, kompetanse og organisasjon i utviklingen av det psykiske helsearbeidet
Regionsentrene (RBUP) for barn og unges psykiske helse skal spre kompetanse og bidra med fagutvikling overfor kommuner.
Kompetansesenteret for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene skal fokusere på det faglige grunnlaget for psykisk helsearbeid og støtte opp under kommunenes arbeid..

Ordningen med lønnstilskudd til kommunene for ansatte som gjennomfører tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid og tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid har vært en del av Opptappingsplanen for psykisk helse 1998-2008. Ordningen videreføres.

Tilbud til personer med særlig omfattende og sammensatte tjenestebehov er et særskilt satsingsområde i St.prp. nr. 1 (2008-2009), jf. rapporten "Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte

tilbud" (Helsedirektoratet, IS-1554). I 2009 er det avsatt midler til etablering av Assertive Community Treatment team (ACT-team), dvs. ambulante tjenester i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, samt utvikling av organisatoriske forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommuner og helseforetak for denne målgruppen. Direktoratet kommer tilbake til utlysning av midlene.

Direktoratet har gitt Den norske legeforening tilskudd for å styrke allmennelegetjenesten. Tilskuddet skal bla. muliggjøre engasjement av Praksiskonsulent (PKO) ved noen DPS og BUP. Tiltakene gjennomføres i løpet av 2008 og 2009.

Helsedirektoratet har lagt fram rapporten "Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering" (IS-1565). I statsbudsjettet for 2009 er det bevilget 20 mill. kroner til økt psykologrekruttering til kommunene. Midlene skal benyttes til stimuleringsstilskudd til kommuner som ansetter psykologer, herunder utprøving av samlokalisering av fastlege/psykolog. Direktoratet vil lyse ut midlene.

Vi ber om at kommuner der det ligger universitet og/eller høyskoler deltar i arbeidet med å inngå avtaler om drift av psykiske helsetjenester for studenter. Aktuelle avtaleparter i det enkelte tilfelle er ved siden av vertskommunen studentsamskipnadene, lærested, og regionale helseforetak. Det vises til rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet, Psykisk helsetjeneste for studenter, datert 16. oktober 2008 for nærmere omtale.

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. KS står for den praktiske gjennomføringen av prosjektet "Flink med folk i første rekke". Kommunene kan søke KS om prosjektmidler.

Redusert belastning av sykdom og bedring av mestringsnivået hos mennesker med psykiske lidelser og problemer.

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet samarbeider om gjennomføringen av Strategiplanen for arbeid og psykisk helse (2007-2012). Arbeid og utdanning er sentralt i forhold til å øke mestring og deltakelse i samfunnet og bør derfor være tema så tidlig som mulig i kontakt og behandlingsforløp. Kommunene bes om å bidra til at samarbeidet med NAV og det psykiske helsevernet styrkes ytterligere i 2009.

Reell innflytelse på behandlingen og utforming av tjenestetilbudet for brukere og pårørende

Etterspørselen etter brukerrepresentanter har økt. Kommunene oppfordres til å støtte brukerorganisasjonene i sin region.

Helsedirektoratet utga i 2008 en egen veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester (IS - 1512). Målet med veilederen er å bidra til en styrking av pårørendes rolle, økt støtte til pårørende, samt rette fokus på pårørende som en ressurs. Kommunene oppfordres til å benytte veilederen aktivt, og bidra til å gjøre den kjent i tjenestene.

Bidra til å redusere eller hindre negative helseeffekter for mennesker som har vært utsatt for vold og traumatiske hendelser

Flyktninger har en økt risiko for å få psykiske lidelser. Kommunene skal sikre at asylsøkere og flyktninger med psykiske problemer som er bosatt i kommunen får nødvendige helsetjenester, og at disse er tilstrekkelig koordinert. Det er viktig å sørge for en nødvendig kompetanseutvikling hos helsepersonell bla. gjennom kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Ved behov vil Regionssettene for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) gjennom sine flyktningsteam bidra med økt kompetanse om relevante temaer.

Viktige presiseringer for kommunenes arbeid med det psykiske helsefeltet i 2009 og videre framover:

- Kommunene bør legge vekt på identifisering av barn og ungdom i risikogrupper så som barn av foreldre med psykisk lidelse og/eller rusavhengighet og barn i asylmottak, og vurdere om disse har hjelpebehov og bidra til at disse mottar tilpasset oppfølging.
- Kommunene bør vektlegge sammenhengen mellom det psykiske helsearbeidet og innsatsen på rus- og folkehelsearbeidet, bl.a. gjennom lokale partnerskap for folkehelse
- Kommunene skal for rapporteringsåret 2008 rapportere i tråd med rundskriv IS-24/2008.
- Kommunene bes sørge for god informasjon til befolkningen om tilbudet på det psykiske helsefeltet. Direktoratet vil bidra med veiledning.

2.6.2 Informasjon til Fylkesmannen

Direktoratet viser til statsbudsjettet for Helse- og omsorgsdepartementet for 2009 (St.prp.nr. 1 2008-2009). I kapittel 743 post 21 er fylkesmannens videre arbeid på psykisk helsefeltet omtalt. Midler til rådgiverne i psykisk helsearbeid videreføres inntil videre.

Mål for Fylkesmannens arbeid er å bidra til at kommunenes innsats på feltet opprettholdes og videreutvikles. Fylkesmannens rådgiving og veiledning overfor kommunene skal videreføres. Særlig vekt legges på oppfølging av kommuner som er kommet kort i arbeidet med å gjennomføre styrkingen av psykisk helsefeltet og utvikle brukermedvirkningen, jf intensjonene i Opptrappingsplanen.

Med utgangspunkt i proposisjonen samt videreføring av aktuelle oppgaver, omfatter fylkesmannens arbeid:

- Fagpersonell og kommunenes politiske og administrative ledelse skal få bistand til kvalitets- og kompetanseheving og gode samhandlingsrutiner og -løsninger
- Fylkesmannen skal etablere nettverk for kommunene i det enkelte fylke der også spesialisthelsetjenesten deltar. Nettverkene skal også kunne være fora for brukerorganisasjonene og for tverrsektorielt arbeid
- Fylkesmannen skal samarbeide med med det nasjonale kompetansesenteret for kommunalt psykisk helsearbeid som er etablert i Trondheim
- Fylkesmannen skal i likhet med tidligere, bistå i arbeidet med rapporteringen fra kommunene. Her inngår også deltakelse i mål- og indikatorarbeidet

- Fylkesmannen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot utviklingen i den enkelte kommune i lys av at tilskuddene til psykisk helsearbeid fra 2009 er innlemmet i rammetilskuddene
- Fylkesmannen -skal bidra til at kartlegging og oppfølging av tiltak for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for tilrettelagte tilbud blir prioritert i 2009.
- Fylkesmannen skal bidra til å utvikle og gjennomføre ny strategi for barn og unge i kommunene
- Fylkesmannen skal samarbeide med NAV Fylke om Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)

Fylkesmannen skal fortsatt:

- Ha særlig fokus på å styrke psykisk helsetilbud til barn og unge i kommunene
- Vurdering av kommunene for utbetaling av 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.
- Bidra til å se arbeidet med psykisk helsearbeid i sammenheng med rusarbeidet og folkehelsearbeidet i kommunene.
- Fylkesmannen bidra til inngåelse av avtaler om drift av psykiske helsetjenester for studenter. Aktuelle avtaleparter er studentsamskipnadene, lærested, vertskommune og regionale helseforetak. Det vises til rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 16. oktober 2008, Psykisk helsetjeneste for studenter, for nærmere omtale.

2.6.3 Informasjon til regionale helseforetak

Det overordnede målet med sektorens arbeid innenfor psykisk helsevern er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Det er fremdeles behov for omstilling av psykisk helsevern fra hovedtyngde på institusjonsbehandling og til mer utadrettet og ambulant behandling og oppfølging. DPSene må fremdeles oppgraderes faglig og bemanningsmessig slik at de settes i stand til å ivareta det generelle behandlingsbehovet i spesialisthelsetjenesten/psykisk helsevern. Sykehusavdelingenes rolle må klargjøres slik at de kan ivareta spissfunksjoner. Ressursfordelingen mellom DPS og sykehusavdelingene må dimensjoneres i tråd med føringene og tilpasses lokale forhold i befolkningens behov. Samhandling mellom DPS/BUP og det kommunale tilbudet, herunder barnevernet skal styrkes.

Trygge behandlingstilbud av god kvalitet til mennesker med psykiske lidelser
I nært samarbeid med de regionale helseforetakene gjennomførte Helsedirektoratet i 2008 en kartlegging av organisering, ressurser og faglig innhold ved de distriktpsykiatriske sentrene. Kartleggingen avdekket store forskjeller mellom DPSene mht driftsmidler og bemanning. Det er en stor andel ubesatte stillinger for psykiatere og spesialister i klinisk psykologi ved DPSene. Direktoratet vil be RHFene benytte resultatene fra kartleggingen til å videreutvikle behandlingstilbudene ved DPSene der dette er mangelfullt. Det vises til oppdragsdokumentet for 2009.

RHFene bør bidra til at helseforetakene gjennom sine avtaler med kommunene, sikrer at veien inn og ut av psykisk helsevern i størst mulig grad går via DPS. For å møte samhandlingsutfordringene må DPSene vektlegge god intern samordning av sine tjenester, og sørge for å tydeliggjøre sitt tilbud overfor kommunene.

Helsedirektoratet utga i 2008 en veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (IS-1570). Veilederen skal være retningsgivende i videreutviklingen av tilbudet ved de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene og direktoratet ber om at RHFene benytter denne aktivt.

Helsedirektoratet utga i 2008 en rapport om mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud (IS-1554). Rapporten gir en vurdering av omfang og behov og foreslår en rekke tiltak. Rapporten følges opp av direktoratet og det vil være behov for samarbeid med RHFene. I 2009 vil direktoratet særlig følge opp utprøvingen av ACT-teams (Assertive Outreach Teams) og felles behandlingsmodeller mellom kommuner og regionale helseforetak. Det vises til nærmere omtale i statsbudsjettet for 2009.

Helsedirektoratet har gitt Nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemmede (NAKU) ansvaret for driften av et nasjonalt faglig nettverk om utviklingshemming og psykiske lidelser. En rapport fra nettverket viser at det psykiske helsevernet for utviklingshemmede er mangelfullt flere steder i landet. RHFene oppfordres til å se nærmere på tilbudet i egen region og vurdere udekkede behov. Det nasjonale nettverket i regi av NAKU kan bistå med råd og veiledning for å finne løsninger som kan passe lokalt eller regionalt.

Direktoratet ber om at de regionale helseforetakene sikrer at det finnes nødvendig kompetanse i gjennomføring av voldsrisikovurderinger både ved distriktpspsykiatriske sentre og spesialiserte sykehusavdelinger i psykisk helsevern, jfr. rundskriv IS 8/2007.

Helsedirektoratet utgir i 2009 kliniske retningslinjer for behandling av depresjon hos voksne i primær- og spesialisthelsetjenesten, samt retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rusmisbruk. RHFene bør bidra til at tjenesteapparatet og beslutningstakere aktivt benytter de nasjonale kliniske retningslinjene i sitt arbeid.

Spesialisthelsetjenesten skal ha gode rutiner for vurdering av selvmordsrisiko, oppfølging av innlagte pasienter og for overføring til primærhelsetjeneste etter innleggelse. Det ble utgitt Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern i 2008. Implementeringen av retningslinjene vil fortsette i 2009. Direktoratet vil be de Regionale helseforetakne og helseforetakene om å bidra i dette.

Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret for gjennomføringen av Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang (IS-1370). Direktoratet etablerte i 2008 et nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om tvang i psykisk helsevern. Driftsansvaret er lagt til Universitetet i Tromsø. Direktoratet vil oppfordre RHFene til bidra til økt kunnskapsutvikling på dette området gjennom å etablere samarbeid med dette nettverket og stimulere til økt forskning i sin region.

Flere undersøkelser har avdekket til dels store variasjoner mellom helseforetak i antall tvangsinnleggelses. Helsedirektoratet ber om at RHFene ser nærmere på slike forskjeller i sin region. Ledelsen på alle nivå i psykisk helsevern må involveres i arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i sine enheter.

Komplett og riktig registrering av data om bruk av tvang er en nødvendig forutsetning for et målrettet utviklingsarbeid. RHF-ene fikk tildelt ekstra stimuleringsmidler i 2008 for å styrke arbeidet med kvaliteten på aktivitetsdata fra psykisk helsevern. Helsedirektoratets registreringsveileder bør gjøres kjent for alt relevant personell i sektoren for å sikre riktig og komplett registrering av data.

Direktoratet vil be RHFene om å prioritere arbeidet med å sikre at alle elementene i rapporteringen til Norsk pasientregister blir fullstendig slik at det kan foretas en vellykket overgang til NPR-melding.

Helsedirektoratet ønsker å bidra til at enhetene innen psykisk helsevern for voksne blir bedre i stand til å anvende virksomhetsdata lokalt. Norsk pasientregister (NPR) vil i 2009 etablere et sentralisert og automatisert kvalitetssikringssystem (SAKS). Gjennom SAKS vil rapporteringsenhetene få en automatisk tilbakemelding på kvalitet og utvalgte nøkkeltall. SAKS vil være nyttig både for lokal bruk og til egen kvalitetskontroll av data som skal anvendes til nasjonale formål. Parallelt med SAKS vil det ferdigstilles en prosessveileder, der også lokal bruk av egne data er et hovedformål.

Direktoratet skal 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.

Redusert belastning av sykdom og bedring av mestringsnivået hos mennesker med psykiske lidelser og problemer.

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet samarbeider om gjennomføringen av Strategiplanen for arbeid og psykisk helse (2007-2012). Arbeid og utdanning er sentralt i forhold til å øke mestring og deltakelse i samfunnet og bør derfor være tema så tidlig som mulig i behandlingsforløpet. RHFene bes om å bidra til at samarbeidet mellom NAV, kommunalt psykisk helsearbeid og psykisk helsevern styrkes ytterligere i 2009.

Reell innflytelse på behandlingen og utforming av tjenestetilbudet for brukere og pårørende

For å bidra til reell brukermedvirkning må det arbeides med å gyldiggjøre og formidle brukerkunnskap. Brukerorganisasjonene, nasjonalt senter for bruker- og pårørendekunnskap, samt de regionale brukerstyrte sentrene er viktige aktører i dette arbeidet. Det er viktig at tjenestene er kjent med deres arbeid og drar nytte av den brukerkunnskap som finnes for å gjøre tjenesten bedre. Helseforetakene oppfordres til å støtte og samarbeide med disse.

Etterspørselen etter brukerrepresentanter har økt. De regionale helseforetakene oppfordres til å gi økonomisk og praktisk støtte til brukerorganisasjonene i sin region, slik at de kan lære opp flere brukerrepresentanter som kan delta i brukerråd og annet utviklingsarbeid.

Helsedirektoratet utga i 2008 en egen veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester, *Pårørende en ressurs* (IS-1512). De regionale helseforetakene oppfordres til å benytte veilederen aktivt, og bidra til å gjøre den kjent i tjenestene.

Bidra til å redusere eller hindre negative helseeffekter for mennesker som har vært utsatt for vold og traumatiske hendelser

Spesialisthelsetjenestens kompetanse om migrasjonshelse bør økes, også innenfor det psykiske helsevernet. De regionale helseforetakene bes om å legge til rette for at spesialisthelsetjenesten kan bidra med opplæring og veiledning av helsepersonell med ansvar for flyktninghelse i mottak.

Det er etablert Barnehus for bedre tilbud til barn som har vært utsatt for overgrep i Bergen og på Hamar. I løpet av 2008-2009 vil det bli etablert ytterligere tre Barnahus slik at tilbudet blir landsdekkende.

Spesialisthelsetjenesten og de kommunale helsetjenestene må legge til rette for samarbeid med Barnehuset for å sikre et godt behandlingstilbud, herunder oppfølging av barn som kommer i kontakt med Barnehuset.

Forvaltning av psykisk helsevernloven

I løpet av 2009 vil det tre i kraft en ny samleforskrift med hjemmel i lov om psykisk helsevern. Direktoratet vil samtidig utgi et revidert rundskriv til loven og til forskriften(e)

Det planlegges en omlegging av årsrapporteringen for kontrollkommisjonene i 2009 (for data for 2008). Årsrapporteringen skal nå skje elektronisk gjennom et eget dataprogram. Direktoratet vil komme tilbake til dette når programmet foreligger.

Det er i 2008 utgitt maler for vedtak etter lov om psykisk helsevern til bruk i elektronisk pasientjournal. Disse muliggjør også elektroniske tvangsprotokoller for kontrollkommisjonene. I Helseforetakene er i et eget brev fra Helsedirektoratet bedt om å gå over til elektronisk vedtaksregistrering i løpet av 2009. Det vises til Oppdragsdokumentet.

2.6.5 Henvisninger til aktuelle dokumenter

- Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen 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 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)
- Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (veileder IS-1570)

2.7 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 meningsfull 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 eller 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.

2.7.1 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:

- Investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger
- Demensplan 2015
- Kompetanseløftet 2015
- Flere årsverk med økt kompetanse

Fokus i Omsorgsplan i 2009 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.

Investeringstilskudd

Investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger er for 2009 gitt en ramme på 1.000 nye plasser. Fram mot 2015 er målet å etablere 12.000 nye plasser i sykehjem/omsorgsboliger. Tilskuddsordningen omfatter både nybygg og renoveringsprosjekter. Tilskuddet skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av sykehjems plasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og sosialtjenester, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming. De plasser som etableres/renoveres skal være tilpasset personer med demens. Tilskuddsbeløpene er for 2009 satt til kr. 626.400,- pr.

sykehjemsplass og kr. 417.600,- pr. omsorgsbolig. Ordningen forvaltes av Husbanken. Tilskuddsordningens retningslinjer og ytterligere informasjon kan hentes fra: Investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger.

Demensplan 2015

Demensplan 2015 løfter fram 3 hovedsaker: Bedre tilrettelagte botilbud, utbygging av dagaktivitetstilbud og økt kunnskap og kompetanse. Direktoratet forventer at kommunene starter utbygging av dagtilbud for mennesker med demens i 2009, slik det er lagt økonomisk til rette for gjennom den foreslåtte veksten i kommunenes frie inntekter (jfr. St. prp. nr.1 (2008- 2009)).

Kompetanseløftet 2015

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 kommunenes søknader om statlig tilskudd og gir nærmere informasjon om søknad og søknadsfrister for 2009.

Tilskudd til fagskoleutdanninger innenfor helse- og sosialfag

Regjeringen har besluttet å etablere et eget tilskudd til fullfinansiering av fagskoleutdanninger innenfor helse- og sosialfag fra 2. halvår 2009. Fagskoleutdanningene tilbyr videreutdanninger til personell med videregående opplæring innenfor helse- og sosialfag. Tilskuddet skal bidra til måloppnåelsen av Omsorgsplan 2015. Målgruppen er personell innenfor de kommunale omsorgstjenestene. Flere årsverk med økt kompetanse 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.

Samhandling

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 tannhelsetjenesten, for å sikre et helhetlig og koordinert tilbud. I møte med framtidens store omsorgsutfordringer, bør tjenestene organiseres slik at de ivaretar og videreutvikler samspillet med familie og lokalsamfunn.

Legetjenester i sykehjem

Kommunene skal i 2009 følge opp resultatet av den lokale normeringen av legetjenesten i sykehjem. Økningen av antall legeårsverk finansieres innenfor veksten i kommunenes inntekter, som del av målsettingen om 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten innen 2010. Videre oppfordres kommunene til å knytte sine sykehjem til NOKLUS.

IPLOS

IPLOS skal være innført som en del av saksbehandlingen og dokumentasjonen i omsorgstjenesten. IPLOS skal oppdateres ved behovsændring og ved nytt vedtak om tjenester. Ved innsending av data til IPLOS registeret i februar 2009, skal dataene være fullstendige og kvalitets sikret i henhold til kravspesifikasjon. Alle som søker/mottar omsorgstjenester skal informeres om IPLOS, jf. brosjyre IS-1441. Kommunen skal sikre en god dialog i saksbehandlingen og brukermedvirkning i utforming av tjenestetilbudet.

Tilskudd til Vertskommuner

I 2005 ble deler av vertskommunetilskuddet, tilsvarende den daværende verdien av kriteriet psykisk utviklingshemmede over 16 år, innlemmet i det generelle rammetilskuddet til kommunene. Den øvrige delen av tilskuddet forble øremerket. Todelingen av tilskuddet til de 33 vertskommunene har imidlertid vist seg å være komplisert. Derfor føres andelen av tilskuddet som nå omfattes av inntektssystemet, tilbake til det øremerkede tilskuddet. Det vises til omtale i St.prp.nr. 57 (2007-2008) Kommuneproposisjonen 2009. For 2009 er det innført en ny overgangsordning for inntektssystemet for kommunene. Reduksjon av det øremerkede tilskudd som følge av frafall av brukere omfattes ikke av dette. For å kompensere for at den tidligere overgangsordningen for det øremerkede tilskuddet faller bort fra 2009, skal tellinger av brukere som faller fra foretas hvert annet år.

Håndbok om helse- og sosialtjenesten i kommunen

Helsedirektoratet har utarbeidet en Håndbok om helse- og sosialtjenesten i kommunen. Kommunene bes om å formidle håndboken til søkere og tjenestemottakere. I tillegg skal kommunene sørge for tilfredsstillende opplysningsmateriell om hvordan tjenesten er organisert lokalt og hvor innbyggerne kan henvende seg med spørsmål.

Ny kontaktelefon for eldre utsatt for vold

Kontaktelefonen er nå etablert i Oslo, og vil være i full drift fra 2009. Telefonen har fått navnet "Vern for eldre – nasjonal kontaktelefon" lff. 800 30 196. Formålet med telefonen er at den som henvender seg skal få råd og veiledning om temaet. Både den som er utsatt for vold, pårørende og ansatte i tjenesten kan benytte tilbudet.

Nettstedet Helse og omsorg

Høsten 2008 ble det etablert en nettbasert informasjonstjeneste for ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene www.helseogomsorg.no Nettstedet skal formidle forskning og utviklingstiltak, synliggjøre gode eksempler og gi bedre muligheter for å utveksle kommunale erfaringer og styrke forvaltningskompetansen i omsorgstjenesten. Nettstedet inneholder også generell informasjon om statlige satsningsområder og det kommunale tjenestetilbudet. Kommunene oppfordres til aktivt å benytte nettstedet som kunnskapskilde og erfaringsutvekslingsarena i den praktiske hverdagen.

Undervisningshjemmetjenester

I 2009 skal det utvikles undervisningshjemmetjenester etter modell av undervisningssykehjem og sikre nasjonal spredning av dette. Helsedirektoratet vil komme med nærmere informasjon om etableringen av undervisningshjemmetjenester.

Vederlag for opphold i institusjon

Fribeløpet før beregning av vederlag ved opphold i institusjon fastsettes til 6200 kroner med virkning fra 2009. Samtidig endres maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med inntekt under 2 G fra kroner 150 til kroner 155. For henholdsvis korttidsopphold og dag- og nattopphold på institusjon endres egenandelen fra kroner 116 til kroner 121 per døgn, og fra kroner 59 til kroner 61 per dag/natt.

Ressurskrevende tjenester

Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester for personer under 67 år videreføres i 2009 som for 2008, med unntak av at innslagspunktet prisjusteres til kr. 835.000,-.

Måltider, kosthold og ernæring

Det ble i 2007/2008 gjennomført en kartlegging av mat og måltider i sykehjem. Kartleggingen avdekket blant annet et ønske fra personellet om mer kompetanse om underernæring og bedre rutiner for kartlegging av ernæringsstatus. Kartleggingen vil i 2009 bli fulgt opp med relevante tiltak.

Et utkast til Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring har vært ute på høring. Formålet med retningslinjene er å bidra til at underernærte og personer i ernæringsmessig risiko i sykehus, sykehjem og hjemmesykepleien følges opp på en bedre måte enn i dag. Retningslinjene omfatter generelle anbefalinger om individuelle og strukturelle tiltak for å ivareta personer i ernæringsmessig risiko, og de er ment å være til hjelp for de ulike institusjonene og tjenestene i å utforme lokalt tilpassede verktøy.

Avtalen om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
Regjeringen og KS inngikk i 2006 en fireårig avtale om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Arbeidet forankres i nasjonale rammer, men med sterk vekt på lokale løsninger innenfor det lokale selvstyret. Avtalen angir mål for kvalitetsutvikling, og konkrete tiltak er utarbeidet av partene i fellesskap. Tiltakene inkluderer blant annet ledelsessatsingen Flink med folk i første rekke, rekrutteringsatsingen Aksjon helsefagarbeider, satsing på etisk kompetanseheving, lokal normering av legetjenester i sykehjem, Samspillkommunesatsingen innenfor IKT, effektiviseringsnettverk og videreutvikling av kvalitetsindikatorer.

2.7.2 Informasjon til fylkesmannen

Direktoratet ber om at embetenes oppfølging av Omsorgsplan 2015, med alle tiltak og delplaner blir organisert slik at det fremstår som en helhetlig plan. Det forutsetter at både plan- og økonomifaglige, 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.

Investeringsstilskudd

Forvaltningsansvaret for ordningen med Investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger er lagt til Husbanken. Fylkesmannen skal bistå Husbanken med å vurdere søknadene fra kommunen og gi sin innstilling i forhold til behov og prioritering og om prosjektet det søkes om kommer inn under formålet med ordningen.

Kompetanseløftet 2015

Fylkesmannen er en sentral aktør i iverksetting av planen både overfor kommunene og utdanningssektoren. De fem delmålene i Kompetanseløftet skal være styrende for fylkesmannens arbeid med planen. Finansieringen av fagskoleutdanning i helse- og sosialfag styrkes i 2009, og det skal etableres

en ny tilskuddsordning. Tilskuddet skal forvaltes av Helsedirektoratet, med fylkesmannen som en sentral aktør i oppstarten. Det vises for øvrig til embetsoppdraget.

Nettstedet Helse og omsorg

Høsten 2008 ble det etablert en nettbasert erfaringsbank. www.helseogomsorg.no. Målgruppen er den lokale helse- og sosialforvaltningen, personell, brukere og pårørende i helse- og omsorgstjenesten. For å bidra til erfaringsutveksling mellom kommunene skal Fylkesmannen melde inn gode eksempler fra tjenestene til nettstedet.

Undervisningshjemmetjenester

I 2009 skal det utvikles undervisningshjemmetjenester etter modell av undervisningssykehjem og sikre nasjonal spredning av dette. Fylkesmannen vil bli bedt om å bidra i dette arbeidet. Helsedirektoratet vil komme tilbake til dette i eget oppdragsbrev.

IPLOS

Fylkesmannen skal sikre at IPLOS forankres i kommunens ledelse, og veilede kommunene i bruk og kvalitetssikring av IPLOS.

Vedertag for opphold i institusjon

Det er endringer i satser med virkning fra 2009, se informasjon til kommunene.

Håndbok om helse- og sosialtjenesten i kommunen

Helsedirektoratet har utarbeidet en Håndbok om helse- og sosialtjenesten i kommunen. Fylkesmannen skal spre informasjon om håndboken til kommunene.

Omsorgsplan 2015

Når det gjelder detaljert beskrivelse av oppdrag knyttet til Omsorgsplan 2015, vises det til embetsoppdraget for 2009.

2.7.3 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 omsorgstjenesten. Dette fordrer systematisk og løpende samarbeid, som omfatter samarbeidsavtaler, gjensidig kompetanseoverføring, ambulante team, veiledning og etablering av felles prosedyrer.

Direktoratet ber RHFene bidra til at det opprettes et tilstrekkelig antall læreplasser i helsearbeiderfaget, i samarbeid med øvrige aktører på utdanningsområdet og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

RHFene oppfordres videre til å styrke forskningen på omsorgstjenesten og deres brukergrupper.

2.7.4 Informasjon til fylkeskommunene

Tannhelse

Det er vedtatt 11 kvalitetsindikatorer for den offentlige tannhelsetjenesten. To av dem gjelder omsorgstjenesten. De er:

- Andel kommuner i fylket som den offentlige tannhelsetjenesten har inngått samarbeidsavtale med innenfor pleie- og omsorg, rusomsorg og helsestasjon.
- Om den offentlige tannhelsetjenesten har system for og gjennomført brukerundersøkelser de siste tre år

Kompetanseløftet 2015

Direktoratet ber fylkeskommunen bidra til en riktig dimensjonering av utdanningsområdet innen det helse- og sosialfaglige området når det gjelder fremtidige behov for personell. Særlig gjelder dette for helsearbeiderfaget og innen fagskoleutdanning i helse- og sosialfag. Direktoratet ber fylkeskommunene samarbeide med helseforetakene om å sikre et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsearbeiderfaget. Direktoratet ber videre fylkeskommunene tilrettelegge for at voksne som ønsker det, får tilbud om fleksible opplæringsløp som fører fram til fagbrev som helsefagarbeider.

Tilskudd til fagskoleutdanninger innenfor helse- og sosialfag

Stortinget har besluttet å etablere et eget tilskudd til fagskoleutdanninger innenfor helse- og sosialfag, med en fullfinansiering fra 2. halvår 2009. Det er i St.prp. nr. 1 (2008-2009) varslet at tilskuddet i 2010 vil være på 75 mill. kroner. Tilskuddet skal bidra til måloppnåelsen av Omsorgsplan 2015.

Det er i Ot.prp. nr. 10 (2008-2009) varslet at drifts- og finansieringsansvaret for tilskuddet skal overføres til fylkeskommunene fra 1.1.2010, i forbindelse med oppgaveoverføringen knyttet til forvaltningsreformen. Midlene vil øremerkes i en avgrenset periode, og tidspunkt for innlemming av midlene ses i sammenheng med Omsorgsplan 2015.

2.7.5 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) Tildelingelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester.
- Demensplan – "Den gode dagen"
- "Glemsk, men ikke glem" IS-1486. SHdir rapport.
- Veileder IS-1040 – I saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenesten (revidert utgave fra 2005)
- IS – 1183 Internkontroll i sosial- og helsetjenesten
Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)
- IS- 1498 Respekt og kvalitet
- "Legetjenester i sykehjem", en veileder for kommunene IS-1436
- I <http://www.shdir.no/iplos>
- Håndboken
- www.shdir/helseogomsorg.no
- Forskrift m/veileder for tilskuddsordningen - Investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger - Husbanken
- Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

2.8 Habilitering og rehabilitering

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 - 2011

Målet med Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering er at 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.

Helsedirektoratet utarbeider en veileder for voksenhabiliteringstjenesten som er planlagt å ferdigstilles innen juni 2009. Veilederen skal klargjøre hvordan voksenhabiliteringstjenesten bør fungere med hensyn til brukergrupper, innhold, kompetanse, kapasitet og samarbeid med andre deler av spesialisthelsetjenesten og øvrig hjelpeapparat.

Helsedirektoratet utarbeider Nasjonale retningslinjer for forebygging, behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Disse skal sendes på høring ca 1.2. 2009, og ferdigstilles innen juni 2009.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering inneholder en rekke tiltak som Helsedirektoratet arbeider med:

- En arbeidsgruppe har gjort en samlet gjennomgang av de private rehabiliteringsinstitusjonene for bedre å avklare hvilke krav som skal stilles til tjenestetilbudet. De rammer som blir trukket opp på grunn av gjennomgangen, vil bli formidlet til de regionale helseforetakene gjennom de prosedyrer som lov om helseforetak setter for eierstyring. Helsedirektoratet utvikler ny indikator som skal omfatte bruk av individuell plan som samhandlingsverktøy
- Helsedirektoratet vil arbeide for å understøtte arbeidet med etablering av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering gjennom god samhandling med fylkesmannen og formidling av kunnskap om god praksis til kommuner og helseforetak.
- Helsedirektoratet utarbeider en handlingsplan for habilitering av barn og unge med utgangspunkt i Helse- og omsorgsdepartementets ansvar på området. Planen skal gjelde både kommunen og spesialisthelsetjenesten og inkludere egne tiltak for ungdom og overgang barn/voksen. Likeverdighet i tjenestetilbudet uavhengig av den enkeltes geografiske tilhørighet skal stå sentralt.
- Helsedirektoratet leder Direktorsforum for oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011. Deltakere representerer: Utdanningsdirektoratet (Udir), Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir), Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI), Kommunenes

- Sentralforbund, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO).
- Helsedirektoratet samler og formidler gode eksempler på habilitering og rehabilitering.

2.8.1 Informasjon til kommunene

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

I henhold til forskrift om habilitering og rehabilitering skal brukerens mål stå sentralt i de individuelle habiliterings- og rehabiliteringsforløpene. Likemannsarbeid skal fremstå som en ressurs i kunnskaps- og erfaringsoverføring både til brukere og på systemnivå.

2.8.2 Informasjon til fylkesmannen

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

2.8.3 Informasjon til regionale helseforetak

I henhold til forskrift om habilitering og rehabilitering skal brukerens mål 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.

Regionale helseforetak bes om aktivt samarbeid med direktoratet for å følge opp omstillingsprosjektene i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.

Helsedirektoratet utarbeider en veileder for voksenhabiliterings-tjenesten som er planlagt å ferdigstilles innen juni 2009. Veilederen skal klargjøre hvordan voksemhabiliteringstjenesten bør fungere med hensyn til brukergrupper, innhold, kompetanse, kapasitet og samarbeid med andre deler av spesilathelsetjenesten og øvrig hjelpeapparat.

2.8.4 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. Mål og prioriteringer etter tverrgående områder

Fra Nasjonal helseplan 2007 -2010:

3.1 Kvalitet og prioritering

Utvikling av kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre

Arbeidet med indikatorer inngår i flere av de seks bærebjelkene i Nasjonal helseplan. I helseplanperioden er det et mål å videreutvikle systemet slik at det gir et systematisk bilde av kvalitetssituasjonen i norsk helsetjeneste, knyttet til de seks internasjonalt anerkjente kjennetegnene ved kvalitet (jf. Helsedirektoratets kvalitetsstrategi):

- virkningsfulle (fører til en helsegevinst)
- trygge og sikre (unngår utilsiktede hendelser)
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdige

Det er et langsiktig mål at nasjonale kvalitetsindikatorer for hvert fagfelt skal belyse alle seks målene i kvalitetsstrategien. Foreløpig er det flest indikatorer innenfor spesialisthelsetjenesten (somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern), som viser kvalitetsaspekter knyttet til sykehusenes organisering og behandlingsprosesser.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet arbeider med et prosjekt der blant annet dødelighet for hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd skal brukes som kvalitetsindikatorer. Stortingets vedtak om å etablere Norsk pasientregister (NPR) som et personidentifiserbart register, har gjort at dette registeret også kan bli et viktig verktøy for å få informasjon om kvalitet. Registeret kan – etter strenge kriterier – brukes til medisinsk og helsefaglig forskning, og det kan danne grunnlag for sykdoms- og kvalitetsregistre.

Det pågår et kontinuerlig arbeid for å etablere flere nasjonale medisinske kvalitetsregistre, og sikre bedre bruk av disse registrene, jf. kap. 732, post 70. Hovedformålene med medisinske kvalitetsregistre er kvalitetsforbedring og forskning, men data fra registrene kan også brukes til å utvikle kvalitetsindikatorer som viser resultat av pasientbehandling.

Helsedirektoratet vil i 2009 etablere og lede nettverk som skal understøtte nasjonal samordning og effektivisering innen kvalitets- og helseregisterfeltet. Det vil være en strategisk vinkling på arbeidet med ledelsesinvolvering. Sentrale/relevante aktører skal være representert, samt samarbeid med nasjonalt servicemiljø som etableres i Helse Nord (SKDE). Servicemiljøet skal være operativt kompetansemiljø som skal sikre god drift og god utnyttelse av medisinske kvalitetsregistre.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten

Helsedirektoratet har utarbeidet en Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Målet er at alle tjenester skal være virkningsfulle, trygge og sikre, skal involvere brukere og gi dem innflytelse. Målet er også at tjenestene skal være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelige og rettferdige fordelt.

Direktoratet har utgitt veilederen Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten. Et viktig område i kvalitetsstrategien er å samarbeide med utdanningsmyndighetene for å styrke forbedringskunnskapen innen helsefaglig utdanning.

Helsedirektoratet vil i den videre oppfølgingen arbeide for at kvalitetsstrategiens mål integreres i alle strategiske planprosesser i forvaltningen og i tjenestene blant annet med sikte på å få til en samordning av handlingsplaner og virkemidler.

Nasjonale veiledere om prioriteringer i spesialisthelsetjenesten

Direktoratet samarbeider med RHF i prosjektet "Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten". Prosjektet går ut på å utvikle nasjonale veiledere som skal bidra til at prioriteringspraksis i spesialisthelsetjenesten samsvarer med normene som er gitt pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Målet er å sikre at pasienter blir vurdert på lik måte i forhold til disse normene uansett hvilket HF de skal behandles i. Det andre hovedmålet for prosjektet er å ha utviklet et nasjonalt system for monitorering innenfor prioritering for "følge med" ansvaret som viser prioriteringspraksis.

De regionale helseforetakene anmodes om å legge til rette for at deres representanter i prosjektet "Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten" gis arbeidsvilkår som setter dem i stand til å bidra i dette utviklingsarbeidet på en forsvarlig måte.

De første veilederne forventes å være ferdig i løpet av desember 2008. De regionale helseforetakene anmodes om å legge til rette for implementering og opplæring og sørge for at veilederne tas i bruk ved vurdering av rettighetsstatus, og frist for start helsehjelp for alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene anmodes om å bidra i arbeidet med revisjon av retningslinjene for registrering av datafelt i det pasientadministrative systemet (PAS) med direkte relevans for det som skal rapporteres til Norsk pasientregister (NPR) fra og med 1. januar 2006 (Rundskriv I-16/2005). De regionale helseforetakene anmodes om å legge til rette for implementering og opplæring i HFene og sørge for at registreringspraksis blir lik i alle HFene.

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 Helse- og sosialberedskap

Beredskapen skal utvikles i tråd med statsbudsjettet 2009, Nasjonal helseplan og Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan og statsbudsjettet 2009.

Fra Nasjonal helseplan 2007 – 2010:

Utvikle robust beredskap og krisehåndteringsevne

Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn følger opp kommunenes beredskapsarbeid gjennom rådgivning og tilsyn. Direktoratet følger særlig opp flyplass- og havnekommuner med internasjonal trafikk og planlegging av mottak.

Sikre robuste forsyningssystemer

Departementet vil gjennom et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk, Nasjonalt folkehelseinstitutt, regionale helseforetak, kommunesektoren og andre berørte, videreføre arbeidet med å gjennomgå den nasjonale forsyningssikkerheten av legemidler og vurdere behov for nye tiltak for å sikre en robust forsyningssikkerhet.

3.2.1 Informasjon til kommunene og Regionale helseforetak

Regionale helseforetak, helseforetak, landets kommuner og vannverk skal utvikle sine beredskapsplaner og samhandlingsprosedyrer iht. lov og regelverk, skal ha robuste systemer og oppdaterte, øvede og koordinerte beredskapsplaner. Beredskapsplanene skal være samordnet og inneholde rutiner for varsling til og samhandling med nasjonalt nivå. Målet er å sikre god samhandling ved krisehåndtering.

Noen av de viktigste utfordringene nå er på ABC-området, særlig planlegging for pandemisk influensa. Kommunene bør ha særlig vekt på lokal distribusjon av antiviralia, samt utbrudd av mat- og vannbårne sykdommer.

Beredskapsplanene skal inneholde rutiner for varsling, ressursdisponering og samhandling ved kriser, bl.a. innenfor atomberedskapsområdet, pandemisk influensa, utbrudd av smittsomme sykdommer og matbårne sykdommer, samt kjemiske hendelser (miljørettet helsevern).

Beredskapsplanene skal være samordnet for å sikre god samhandling ved krisehåndtering. Dette innebærer blant annet informasjon og forventningsavklaring mellom aktørene og mellom forvaltningsnivåene.

3.2.2 Informasjon til fylkesmannen

Fylkesmannsembetene skal ha nødvendig beredskapskompetanse og et koordinert og øvet apparat for å ivareta sin egen rolle ved kriser innenfor helse- og sosialberedskapsområdet.

Fylkesmennene skal medvirke til at landets kommuner, vannverk og helseforetak utvikler sine beredskapsplaner og samhandlingsprosedyrer iht. lov og regelverk. Tilsvarende gjelder virksomheter som inngår i fylkets atomberedskapsutvalg. Fylkesmannen bes ha særlig fokus på å utvikle samarbeidet innen pandemiplanlegging, spesielt mellom helsesektoren og andre sektorer som vil bli berørt ved en pandemi. 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.

3.2.3 Henvi sning 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 Atombereidskap – 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.

3.3 Personell og kompetanse

Ny helsepersonellgruppe

Kommuner og regionale helseforetak har et overordnet ansvar for å skaffe tilveie kvalitetsmessige gode lære-, praksis- og turnusplasser og gi nødvendig veiledning i det omfang utdannings- og helsemyndighetene har behov for.

Stortinget vedtok 12.juni 2008 å gi helsefagarbeiderne rett til autorisasjon som ny helsepersonellgruppe i medhold av helsepersonelloven § 48 første ledd bokstav f). Direktoratet informerer i eget skriv om konsekvensene av Stortingets vedtak.

Som en oppfølging av Omsorgsplan 2015 og Verdighetsgarantien skal de regionale helseforetakene i samarbeid sikre at det utdannes minst 10 geriatere årlig. Det skal avgis en statusrapport etter første tertial.

Anslag fra Helsedirektoratet tyder på at om lag 4000 årsverk av årsverksveksten i sektoren i samme periode var et resultat av økte stillinger.

3.3.1 Informasjon til kommunene

Kommunenes tilskudd til turnustjeneste for leger økes til kr 120.000 pr turnusplass pr halvår for 2009. Søknad om tilskudd sendes til Fylkesmannen. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell er delegert ansvaret for å utbetale tilskuddene.

3.3.2 Informasjon til regionale helseforetak

Sykehusenes og opptreningsinstitusjonenes tilskudd til turnustjeneste for leger og fysioterapeuter er fra 2009 lagt inn i rammen til RHFene. I spesialisthelsetjenesten er tredelt turnustjeneste med obligatorisk psykiatri under utprøving. Ordningen vil i 2009 bli vurdert med sikte på innføring på permanent basis. Det er behov for å styrke veiledningen til turnusleger i sykehus, gjerne med gruppebasert veiledningstilbud. Dette ses i sammenheng med den alt etablerte gruppebaserte veiledningen til turnusleger i kommuner som administreres gjennom fylkesmennene.

3.3.3 Informasjon til fylkesmennene

I fylkesmennenes administrasjon av turnustjenesten for leger og fysioterapeuter i kommunene inngår ulike pedagogiske tiltak som gruppebasert veiledning for turnusleger, kvalifisering av veiledere blant fastleger og fysioterapeuter, kurs i offentlig helsearbeid og i legevaktsmedisin. Fylkesmennene bidrar i 2009 til å videreutvikle tilbudet om gruppebasert veiledning bl.a. ved erfaringsoverføring til helseforetak.

3.4 Pasientsikkerhet

I Nasjonal helseplan 2007-2010 bestemte regjeringen å opprette Nasjonal enhet for pasientsikkerhet (NAPS), som en del av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Enheten skal understøtte helsetjenestens arbeid med pasientsikkerhet. NAPS jobber for en kultur i helsetjenesten som preges av åpenhet rundt feil; "no name, no blame, no shame". NAPS vil utvikle/foreslå måleindikatorer for pasientsikkerhet som kan brukes lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt. NAPS analyserer dataene i eksisterende nasjonale meldesystemer for å lære hvorfor uønskede hendelser oppstår og for å foreslå konkrete tiltak for å hindre gjentakelse av hendelser.

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

3.5 Pasientrettighetslovens § 4 a

Nytt kapittel 4 A i pasientrettighetsloven trer i kraft 1. januar 2009, og kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten har i løpet av høsten 2008 mottatt opplæring fra fylkesmannen i nye regler. Opplæringen vil fortsette i 2009.

Kapittel 4A gir hjemmel for å yte helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Hittil har det stort sett vært hjemmel for å yte slik helsehjelp i øyeblikkelig hjelp-situasjoner. Det nye regelverket har til formål å sikre denne gruppen nødvendig helsehjelp, samtidig som det nye regelverket har til formål å øke rettsikkerheten og redusere bruken av tvang overfor denne gruppen. Regelverket byr på krevende faglige vurderinger og nye saksbehandlingsrutiner, og omfatter store grupper av helsepersonell innen hele helsetjenesten. 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 opplæring og implementerer gode saksbehandlingsrutiner i egen virksomhet.

3.6 InnoMed

InnoMed www.innomed.no er etablert som helsetjenestens kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren og skal være en pådriver for innovasjonsarbeid i helsetjenesten. InnoMed arbeider for at det identifiseres nasjonale behov innenfor store behovsområder. InnoMed bistår RHFer/HF'er og kommuner med kompetanse og nettverk knyttet til etablering og gjennomføring av behovsdrevne innovasjonsprosjekter. Løsningene skal utvikles i et samarbeid mellom brukerne, forskere, virkemiddelapparat og næringslivet. Tjenesten kan selv ta kontakt med InnoMed med idéer/forlag til innovasjonsprosjekter innenfor store behovsområder som man ønsker bistand til.

InnoMed har et spesielt ansvar for innovasjonsstimulering gjennom etablering av møteplasser mellom helsepersonell og mellom helsepersonell, bedrifter, FoU og virkemiddelapparatet og har etablert en årlig innovasjonskonferanse.

I 2007 lanserte Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet en femårig satsing på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren. Satsingen har fokus på IKT og medisinsk teknisk utstyr. Samarbeidspartnere er de regionale helseforetakene, Forskningsrådet, Innovasjon Norge, Helsedirektoratet og InnoMed. Det er etablert en samarbeidsavtale som forplikter aktørene til å samordne ressursbruken for å nå målet om å øke

innovasjonstakten betydelig. Direktoratet og InnoMed er gitt et særskilt ansvar for å koordinere satsingen til aktørene. Som en oppfølging av avtalen er det etablert et koordineringsutvalg som skal arbeide for å følge opp i forhold til avtalens intensjoner.

3.7 Smittevern

Regjeringen la i juni 2008 fram en ny nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens. Strategien viderefører og styrker innsatsen som er gjennomført gjennom to tidligere handlings-/tiltaksplaner. I strategiperioden 2008–2012 skal det etableres overvåkingssystemer for infeksjoner ervervet i helsetjenesten. Antibiotikaresistens utvikles videre og utnyttes bedre i kvalitetssikring og forskning. Videre skal bl.a. smittevernet i helsetjenesten styrkes, og helseinstitusjonene skal sette mål for smittevernarbeidet og klarlegge personellbehovet.

Henvvisning til aktuelt dokument: Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012). (Strategidokument)

3.8 Minoriteter

Pasientrettighetsloven krever at pasienter får informasjon i en form de kan forstå, bl.a. slik at de kan gi informert samtykke om valg av behandlingsopplegg. Det er helsetjenestens ansvar å påse at kommunikasjonen ikke hindres av språklige eller kulturelle barrierer. Behovet for bruk av tolk må vurderes av tjenesteyter. Det ideelle er om tjenestene har personell som reflekterer det språklige mangfoldet blant pasientene. Problemstillingene er særlig åpne i forhold til nyankomne flyktninger og asylsøkere. Helsedirektoratet vil videre påpeke at kommunene må være oppmerksomme på den samiske befolkning også utenfor forvaltningsområdet for samelovens språkregler. Kommunene bør også rette særskilt oppmerksomhet mot utfordringer knyttet til den nye arbeidsinnvandringen etter siste EU-utvidelse.

3.9 Regional kompetanse på vold - og traumefeltet

Regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er nå etablert i alle 5 regioner. Sentrene skal bidra til bedre og mer helhetlige tjenester gjennom å arbeide for økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i regionen. Sentrene skal bistå det utøvende tjenesteapparatet (barnevern, helsetjenester, familievern, politi mv.) og frivillig sektor med informasjon, veiledning og kompetansebygging. De skal bidra til å etablere nettverk mellom relevante samarbeidspartnere i regionen, bl.a. mellom tjenester, bruker- og interesseorganisasjoner og andre relevante kompetansemiljøer. Sentrenes kompetanseområde gjelder ulike former for og konsekvenser av vold og traumer, herunder traumatiserte flyktninger og asylsøkere og FN-/NATO-veteraner. I tråd med regjeringens Handlingsplan mot vold i nære relasjoner "Vendepunkt" er det utarbeidet en veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner med tiltak mot vold i nære relasjoner (desember 2008). Ressursentrene vil kunne bistå kommunene i dette arbeidet.

4. Samhandling

Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang et arbeid som skal se på samhandlingsutfordringer i den norske helse- og omsorgstjenesten.

Samhandling består av flere grunnleggende prosesser eller dimensjoner, bl.a.:

- Ansvars- og oppgavefordeling mellom de ulike aktørene
- Koordinering og samordning av tjenester som trenger mer enn en tjenesteyter
- Informasjonsutveksling – kommunikasjon
- Kompetanseoverføring

Det er viktig at alle aktører i helse- og omsorgstjenesten ser sitt ansvar for at samhandlingen blir god mellom tjenestene og for den enkelte pasient. Samhandling er et lederansvar. Samhandling og samhandlingskompetanse må vektlegges for alle omsorgs- og helsepersonellgrupper. Dette må tas med i vurderinger av kapasitet og kompetanse i så vel kommune- og omsorgstjenesten som spesialisthelsetjenesten.

Lovpålagte samhandlingsverktøy og samhandlingsstrukturer er individuell plan og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Eksempler på aktuelle samhandlingstiltak er samhandlingsavtaler mellom kommuner og RHFene, praksiskonsulentordningen (PKO) og lokale samarbeidsutvalg (LSU).

4.1 Lokale samarbeidsavtaler

4.1.1 Informasjon til kommunene

Kommunene oppfordres til å inngå lokale samhandlingsavtaler med helseforetakene.

4.1.2 Informasjon til fylkesmannen

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.

4.1.3 Informasjon til helseforetak

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

4.1.3 Henvisninger 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>

4.2 Elektronisk samhandling

4.2.1 Informasjon til kommunene

Elektronisk samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene, innenfor og mellom nivåene, skal realiseres gjennom et nasjonalt meldingsløft samt videreføring av satsningen på et eget kommuneprogram.

Samspillkommunesatsingen inngår i Nasjonal strategi for elektronisk samhandling 2008-2013, *Samspill 2.0*. Den har til hensikt å spre erfaringene med elektronisk samhandling fra fyrtåmskommuner, og har som mål at alle kommuner i løpet av planperioden skal ha kommet i gang med elektronisk samhandling internt, med fastlegene, med spesialisthelsetjenesten og med offentlige etater.

For å gjøre nødvendige forberedelser for elektronisk samhandling oppfordres kommunene til ta i bruk elektroniske pasientjournalssystemer innen pleie- og omsorgstjenestene, sikre gode rutiner for dokumentasjon av helsehjelp og sørge for god opplæring og kompetanseutvikling.

eResept

Gjennom eResept-programmet arbeides det med å innføre elektroniske resepter. I 2009 blir løsningen 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 betydning at de erfaringer som pilotkommunene genererer blir gjort

Gjennom 2009 forberedes eReseptpilot i sykehus. Denne er planlagt gjennomført i samarbeid med Helse Sør-Øst i Åhus. Det er nødvendig at det arbeides mot EPA-leverandørene, i første omgang DIPS for å sikre pilotens gjennomføring. Foretakene oppfordres til å gjennomføre nødvendige tiltak vedr. bl.a. teknisk 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 forbruksmateriell (forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (FEST)). Helseforetakene bør utvikle standardiserte løsninger (kommunikasjonsformat og kodeverk) mot eResept og overfor intern rekvirering i sykehus som baseres på forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte.

4.2.2 Informasjon til fylkesmannen

Elektronisk samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene skal realiseres gjennom et nasjonalt meldingsløft samt videreføring av satsningen på et eget kommuneprogram.

4.2.3 Informasjon til regionale helseforetak

Elektronisk samhandling

Elektronisk samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene skal realiseres gjennom et nasjonalt meldingsløft. De regionale helseforetakene skal sørge for elektronisk samhandling mellom helseforetak og fastlegekontorene og kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen. Direktoratet leder sekretariatet som koordinerer satsningen, samt følge opp og understøtter lokale prosjekter. Sekretariatet holdes orientert om fremdrift i arbeidet.

eResept

Mot slutten av 2009 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 forbruksmaterieil (forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (FEST)). Helseforetakene bør utvikle standardiserte løsninger (kommunikasjonsformat og kodeverk) mot eResept og overfor intern rekvirering i sykehus som bygger på FEST.

4.2.4 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.

4.2.5 Henvisninger til aktuelle dokumenter

- Nasjonal strategi for elektronisk samhandling 2008-2013, *Samspill 2.0*

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, 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 har årlige møter med fylkesmannsembetene. Målgruppe er Fylkesmannen og ledere av helse- og sosialtjenesten i embetene. 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.

Helsedirektoratet
Pl. 7000 - St.Olavs pl., 0130 OSLO
Tlf: 24 16 30 00
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

SAKSBEHANDLER
Linda Veiby
Inger Johanne Rystad
Eva Smådahl
VÅR REF.
08/02243-11
Ark. B - Bygninger
1 (Oslo) Oslo _ Os

INNVALGSTELEFON
DERES DATO
VÅR DATO
28.4.2009

52/09
TELEFAX
+47 22 94 04 04
postmottak@ra.no
www.riksantikvaren.no



Oslo kommune
v/ Friluftsetaten

Bydel St. Hanshaugen ✓

Byantikvaren

Bydel St. Hanshaugen Sentralarkivet		
Uoff. §	4 MAI 2009	Avskv.
Sak: 09/17	Dok. 6	
Arkivkode	17	

**VEDTAK OM FREDNING MED HJEMMEL I LOV OM KULTURMINNER
§ 15 og § 19 JF. § 22.**

PISSOARET I STENSPARKEN, GNR. 216 BNR. 124, OSLO KOMMUNE

Vi viser til tidligere utsendt fredningsforslag for pissoaret i Stensparken av 13.11 og 21.12 2008 som har vært på høring hos berørte parter og instanser. På grunnlag av dette fatter Riksantikvaren følgende vedtak:

VEDTAK:

Med hjemmel i lov om kulturminner av 9. juni 1978 nr. 50 § 15 og § 19 jf. § 22, freder Riksantikvaren pissoaret i Stensparken, gnr. 216, bnr. 124, Oslo kommune.

Omfanget av fredningen

Fredningen etter § 15 omfatter følgende bygning:

- *Pissoaret i Stensparken*

Fredningen etter § 15 omfatter hele bygningen med fundament, trapp, skjermvegger bås-inndeling og takkonstruksjon. Fredningen omfatter også belysningsarmaturer, renner, taktekking, beslag samt øvrige opprinnelige detaljer, materialbruk og overflater.

For at fredningen ikke skal være til hinder for driften av pissoaret, er vannrørene unntatt fra fredningen.

Postadresse:
Riksantikvaren
Dronningens gate 13
Postboks 8196 Dep
0034 Oslo
Tlf. 22 94 04 00

Besøksadresser:
Distriktskontor Øst
Oslo
Dronningens gate 13
Distriktskontor Syd
Tonsberg
Nedre Langgate 30 D

Distriktskontor Vest
Bergen
Dreggsallmenningen 3

Distriktskontor Nord
Trondheim
Kjøpmannsgata 25

A:13567

Fredningsbestemmelser

Fredningsbestemmelsene er utformet i samsvar med fredningens formål og gjelder i tillegg til kulturminnelovens bestemmelser om vedtaksfredete kulturminner fra nyere tid.

Bestemmelser for bygningen fredet etter § 15:

1. *Det er ikke tillatt å rive, skade eller flytte bygningen eller deler av denne.*
2. *Det er ikke tillatt å bygge om bygningens eksteriør eller interiør.*
3. *Utskifting av bygningselementer eller materialer, forandring av overflater eller annet arbeid ut over vanlig vedlikehold på bygningens eksteriør, interiør eller konstruksjon, er ikke tillatt. (Unntatt fra dette er eventuelle tilbakeføringer, jf. punkt 5.)*
4. *Allt vedlikehold og all istandsetting skal skje med tradisjonelle materialer og metoder i tråd med bygningens egenart og på en måte som ikke reduserer de arkitektoniske og kulturhistoriske verdiene.*
5. *Tilbakeføringer til opprinnelig eller tidligere utseende og/eller konstruksjoner kan tillates i særlige tilfelle under forutsetning av at tiltaket kan gjøres på et sikkert, dokumentert grunnlag og etter dispensasjon fra forvaltningsmyndigheten.*

Bestemmelser for området fredet etter § 19:

6. *Innenfor det fredete området må det ikke settes i verk tiltak eller bruksendringer som kan forandre området karakter eller på annen måte motvirke formålet med fredningen. Dette gjelder alle former for bebyggelse, anlegg og utvidelse av vei eller anleggelse av parkeringsplass, endring av beplantning, planering, utfylling og andre landskapsinngrep.*

Bestemmelse etter §§ 15 og 19:

7. *Fredningen medfører at det må søkes om dispensasjon/ tillatelse til å sette i gang alle typer tiltak som går ut over vanlig vedlikehold, jf. kulturminneloven § 15 a første ledd og § 19 tredje ledd. Søknad om tillatelse kan sendes Byantikvaren som avgjør om tiltaket kan iverksettes, evt. på visse vilkår. Oppstår det tvil om hva som anses som vanlig vedlikehold, skal Byantikvaren likeledes kontaktes.*

Riksantikvarens vurdering av kulturminnet - begrunnelse for fredningsvedtaket

Pissoaret i Stensparken har en markant utforming til tross for sin diskrete funksjon. Som frittstående urinal for menn, er det et av få bevarte i sitt slag. Foruten å fylle en praktisk funksjon, er det et representativt eksempel på 30-tallets karakteristiske funksjonalistiske arkitektur. Sammenlignet med forgjengerne, de ofte rikt dekorerte støpejernsurinalene, representerer Pissoaret i Stensparken et formmessig brudd. Det er utformet i tråd med den nye arkitekturideologien som for første gang materialiserte seg i Norge gjennom Lars Backers restaurant "Skansen" på Kontraskjæret (1927), og som i årene fram til krigen omformet store deler av hovedstaden. I Stensparkens lille pissoar har arkitekten utnyttet den armerte betongens egenskaper som muliggjorde nye former og konstruksjoner. Det utkragede taket bæres kun av midtsøylen, ikke ulikt det utendørs dansegulvet på Ingierstrand bad. Den sirkulære grunnplanen kan også kjennes igjen i mange funksjonalistiske bygg fra samme periode.

Pissoaret i Stensparken er det eldste av de tre gjenværende frittstående pissoarer i betong. Pissoarene ble tegnet av byarkitekt Harald Aars og er alle oppført på Byantikvarens gule liste. Ser vi til fredede bygninger er det få steder der opprinnelige toaletter er opprettholdt og oftest må vi gå til skriftlige kilder for å få kunnskap om hvordan sanitære forhold ble tilrettelagt. Som sanitærhistorisk fenomen har de gjenværende pissoarene derfor høy kildeverdi. Neste generasjon offentlige avtreder er reklamefinansierte konstruksjoner av en helt annen karakter og beregnet for begge kjønn.

Ved oppføringen av pissoaret i Stensparken var vannverksjefens intensjon å få bukt med såkalt "lyssky virksomhet" ved å plassere pissoaret lett synlig i åpent landskap, samt å heve skjermveggene opp fra bakken slik at man kunne se beina på folk inne i båsene. Pissoaret i Stensparken, kjent under kallenavn som "Kjærlighetskarusellen", "Lykkehjulet" og "Den runde tønne", ble likevel et velkjent møtested for homofile menn på midten av 1900-tallet. Slik vitner pissoaret om samfunnets syn på homofile i en tid da homofile måtte holde sin legning skjult av frykt for straffeforfølgelse. Offentlige avtreder hadde dermed betydning som utgangspunkt for sosial nettverksdannelse. Dette har vært en av flere forutsetninger for framveksten av en organisert homofilbevegelse. I denne sammenhengen har bygningen både symbolverdi og kulturhistorisk verdi.

Pissoaret i Stensparken er omtrent uforandret siden byggeåret og fremstår som svært autentisk. Området rundt har også beholdt sitt opprinnelige åpne preg. Bygningen har derfor høy dokumentasjonsverdi både når det gjelder funksjonelle, bygningstekniske og arkitektoniske forhold. For å sikre at kulturminneinteresser ivaretas, freder Riksantikvaren med dette pissoaret i Stensparken.

Riksantikvarens myndighet

Det følger av kulturminneloven § 15 jf. § 22 at departementet kan frede byggverk og anlegg eller deler av dem av kulturhistorisk eller arkitektonisk verdi. (Det følger videre av § 19 at departementet kan frede et område rundt et fredet kulturminne for å bevare virkningen av kulturminnet i miljøet eller for å beskytte vitenskapelige interesser som knytter seg til det. Myndighet til å fatte vedtak om fredning er delegert

heller ikke må være til hinder for å utføre vedlikehold som for eksempel utskiftning/utbedring av rør og elektrisitet.

Riksantikvaren utformet deretter fredningsforslag, og dette ble i samsvar med kulturminneloven § 22 nr.2 sendt på høring til berørte parter den 13.11.2008. Samtidig ble det kunngjort i avisene Aftenposten, Dagsavisen og Norsk lysingsblad at fredningsforslaget var lagt ut til offentlig ettersyn i Oslo kommune.

Det ble gitt en frist på 6 uker fra kunngjøringsdagen til å komme med uttalelser.

Det kom inn en merknad til fredningsforslaget fra Byantikvaren datert 22.12.08. Byantikvaren påpekte i sin høringsuttalelse at forslag til fredningsbestemmelse pkt 7 hvor det ble tillatt oppført nytt offentlig toalett på visse vilkår innenfor områdefredningen etter kml § 19, var uheldig. Bl.a. påpekte Byantikvaren at et bygg innenfor fredningsområdet vil svekke opplevelsesverdien av pissoaret.

Riksantikvaren sendte ut et nytt fredningsforslag datert 21.12.08; hvor den omtalte fredningsbestemmelsen var fjernet.

Bydelsutvalget i Bydel St. Hanshaugen

Bydelsutvalget i Bydel St. Hanshaugen behandlet saken i AU-møte 22.1.2009. I brev av 26.1.2009 meddeler bydelsdirektør Tone Frønes og avdelingssjef Kjersti Halvorsen at utvalget enstemmig vedtok å anbefale fredningsforslaget.

Utover dette kom det ikke inn merknader til fredningsforslaget.

I henhold til kulturminneloven § 22 nr. 3 skal forslaget legges frem for bystyret før vedtak om fredning fattes. Fredningsforslaget og innkomne uttalelser ble oversendt Oslo kommune i brev av 16.2.2009. Byrådet for byutvikling behandlet saken i møte 01.4.2009 og hadde følgende uttalelser:

Byantikvaren:

Etter at Riksantikvaren i fredningsforslag av 21.12.08 fjernet fredningsbestemmelse 7 samsvarer forslaget med Byantikvarens uttalelse. Byantikvaren anbefaler forslaget.

Byråden bemerker:

Byråden mener pissoaret har høy arkitektonisk og kulturhistorisk verdi og at det er riktig å frede ett av de få gjenværende slike anlegg i byen. Byråden slutter seg derfor til Riksantikvarens fredning av pissoaret i Stensparken.

På delegert myndighet fra Bystyret fattet Byråden for byutvikling, i møte av 01.04.2009, følgende vedtak:

"Oslo kommune slutter seg til Riksantikvarens forslag av 21.12.2008 om fredning av urinalet i Pilestredet 72 – Stensparken etter lov om kulturminner av 09.06.1978 § 15 og 19, jf. § 22 nr. 3."

FREDNINGSVEDTAK



Fredet dagligliv

Norge er et "vi", og "viet" er alle de historier, små og store, som binder oss sammen og bidrar til en felles forståelseshorisont. Kulturminneforvaltningen skal sikre historiske kilder. Vi skal sørge for at vi har spor av historier som går på tvers av geografi og sektor, og som har hatt betydning for utviklingen av samfunnet og av historien slik historiebøkene skriver den i dag. Gjennom lesningen av kulturminnene kan vi oppleve et Norge som kanskje er mer mangfoldig enn vi i vårt daglige er klar over? Kulturminner kan skape nysgjerrighet som igjen kan generere ny kunnskap og forståelse.

Riksantikvaren ønsker å markere Kulturminneåret 2009 med fredning av et utvalg kulturminner som særlig representerer fellesskapets opplevelser og verdier. Fredningen av pissoaret i Stensparken er en av 12 fredninger Riksantikvaren arbeider med i forbindelse med Kulturminneåret 2009. Tema for kulturminneåret er "Dagliglivets kulturminner". Begrepet omfatter alle sosiale grupper og yrkesgrupper, og omfatter både materiell og immateriell kulturarv. Med en bred og inkluderende inngang er målet også å holde tråden fra mangfoldsåret 2008.

I Stortingsmelding nr. 16 (2004-2005) "Leve med kulturminner" legges det bl.a. vekt på at kulturminner inngår som en del av samfunnets kollektive hukommelse og kan bidra til kunnskap, fortellinger og opplevelser som kan ha betydning for grupper og det enkelte menneskets tilhørighet, selvforståelse, selvutvikling og trivsel.

Vi i Norge har tradisjon for å omtale våre omgivelser som en fellesverdi. De er et felles gode og et felles ansvar. Denne ideologien er selve grunnstammen i et norsk kulturminnevern. Like fullt ser vi av fredningslisten at dette synet til i dag i liten grad er dokumentert og formidlet gjennom vern av kulturminner som er bygget opp for eller av fellesskapet. Den pågående fredningsgjennomgangen har åpenbart mangler på fredningslisten hva gjelder kulturminner til bruk av fellesskapet i det offentlige rom.

For å sikre fellesskapets verdier og bedre representativiteten på fredningslisten har Riksantikvaren i samarbeid med regional kulturminneforvaltning arbeidet med å finne frem til kulturminner som representerer dette. Det har vært en målsetning å fremheve kulturminner som fremstår som tydelige og samlende, kulturminner som også er tilgjengelige for folk flest og dermed en del av manges hverdag. De er dagliglivets kulturminner.



VEDLEGG TIL FREDNINGSSAK

DOKUMENTASJON

Navn: **Pissoaret i Stensparken, Fagerborg**

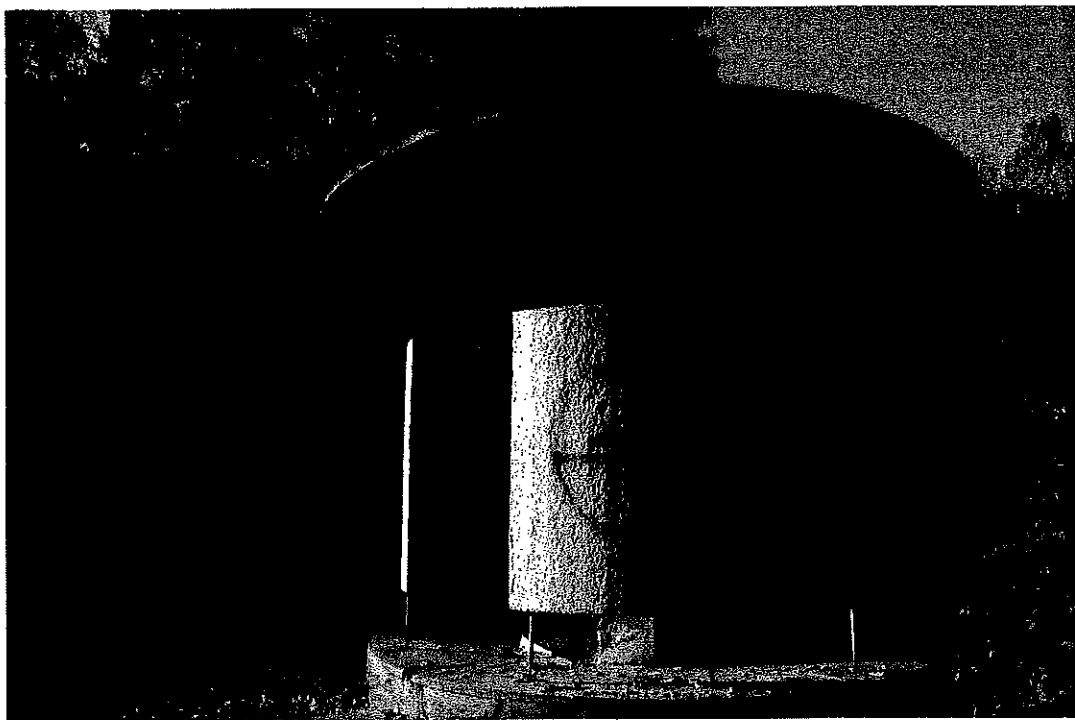
Adresse: Pilestredet 72

Gårds- og bruksnr.:

216/124

Kommune: Oslo

Kulturminneloven § 15 – fredning og Kulturminneloven § 19 – områdefredning



Dato: 22/10-2008

Utarbeidet av Forsvarsbygg

Innhold:

Geografisk plassering og miljøbeskrivelse	2
Kart	2
Reguleringsstatus	2
Beskrivelse av fredningsobjektet	3
Historikk	4
Kilder	9
Eksteriørbilder	10
Tegninger	11

Beskrivelse av fredningsobjektet

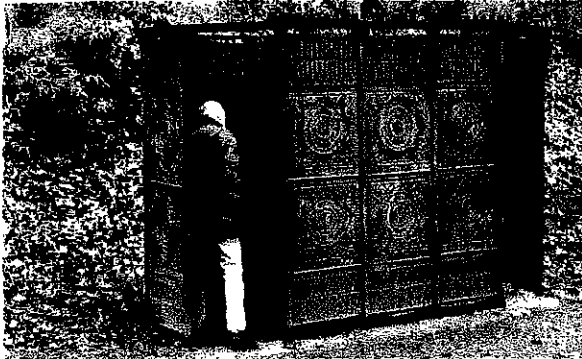
De små bygningene, som rent teknisk sett skulle gi folk en grei adgang til å gjøre sitt fornødne når de beveget seg i byen, har hatt flere benevnelser. Synonymer som "offentlige avtreder", "urinaler", "pissoarer" er oftest brukt. Den eldre betegnelsen "offentlig privet", er særlig beskrivende for hvilke to hensyn som skulle ivaretas. Bygningene befant seg i det offentlige rom, men skulle samtidig dekke et høyst privat behov. Betegnelsen er også dekkende for det dilemmaet formgiveren stod overfor. Det private hensynet tilsa en mest mulig lukket konstruksjon, fritt for innsyn. Hensynet til det offentlige tilsa en viss kontroll med hærverk uønsket bruk.

Pissoaret i Stensparken er et frittstående urinal med tre ståplasser samt et lite rekvisitarom med jerndør. Pissoaret er oppført i armert betong i funksjonalistisk formspråk. Konstruksjonen består i hovedsak av tre elementer. En sirkelformet betongsåle utgjør fundamentet. Oppå denne sålen er et sylindereformet veggelement oppført på jernstolper. Et flatt rundt tak bæres av en firkantet midtsøyle. I hvert hjørne av søylen er det satt opp skillevegger av skifer slik at det dannes fire båser. Båsen som vender mot skjermveggen har tett betongvegg med jerndør. På tegningene er dette markert som rekvisitarom. I tillegg til den bærende funksjonen skjuler også midtsøylen røropplegg og vanntilførsel med uttak til de tre urinalbåsene. Pissoaret er hvitmalt, taket er kobberteppet og fundament samt båser er kledd med Oppdalsheller. Belysningen består av fire lampekupler montert på undersiden av taket.

Overflatebehandlingen har, slik det fremgår av ingeniørens beskrivelse, opprinnelig vært mineralittpuss av ukjent farge. Dette er senere blitt malt over med hvitmaling. Pissoarets skjermvegg har lenge vært en yndet "tavle" for tagging og derfor stadig hatt behov for tilsyn og rens.

Pissoaret i Stensparken skulle, til tillegg til å ivareta praktiske hensyn, også ha en estetisk funksjon som parkelement. Det er utformet i funksjonalistisk stil i tråd med den nye arkitekturideologien vokste fram fra slutten av 1920-tallet. Man tok avstand fra tidligere stilarters ornamentering og utnyttet i stedet den armerte betongens egenskaper som muliggjorde nye former og konstruksjoner. Et overordnet prinsipp var også at en bygnings form skulle styres av funksjonelle hensyn. Disse prinsippene er lesbare i det lille pissoaret i Stensparken. Armert betong gjorde det mulig at det utkragede taket, 4,5 m i diameter, kunne bæres uten annen støtte enn midtsøylen, ikke ulikt danseplattingen på Ingierstrand bad. Den sylindereformende skjermveggen var også en ny veggform, og den sirkulære grunnplanen kjennes igjen andre funksjonalistiske bygg fra samme periode. Arkitekten har hatt tre hovedfunksjonskrav som utgangspunkt for prosjekteringen i tillegg til de rent sanitærtekniske; pissoaret skulle gi ly for regn, være luftig for å unngå lukt, gi en skjerm mot innsyn, men samtidig gi mulighet for å kontrollere uønsket bruk. Formsvaret ble en paviljong der taket er hevet over veggelementet for å gi lufting, og veggelementet igjen løftet opp på tynne jernføtter for å ivareta kontrollbehovet. Til sammen gir dette pissoaret i Stensparken et luftig, nesten svevende preg.

grønmalte pissoarer med heldekkende vegger av støpejern. Disse var utbredt i de fleste europeiske storbyer. Noen av dem er fortsatt bevart, bl.a. i Sverige.



*"Grønt hus" i Halmstad, Sverige.
Foto: Göran Odefalk.*

I Oslo er alle urinalene fra denne tiden borte. "Grønne hus" var gjerne sentralt plassert der mange folk ferdedes og behovet var størst, nemlig midt på byens fortau og torv. De var gjerne utformet som firkantede "bokser" med en eller to ståplasser. Enkelte kunne også være mangekantede og mer påkostede. Det mest kjente ble kalt "Sirkus Sjuman" og var et rikt dekorert sjukantet pissoar som lå på Stortorvet, bak statuen av Christian IV.



*"Sirkus Sjuman" på Stortorvet hadde syv båser. Bygget ble foreslått fjernet i 1937, men ble først revet i 1950.
Foto: Wilse 1902, Oslo bymuseum.*

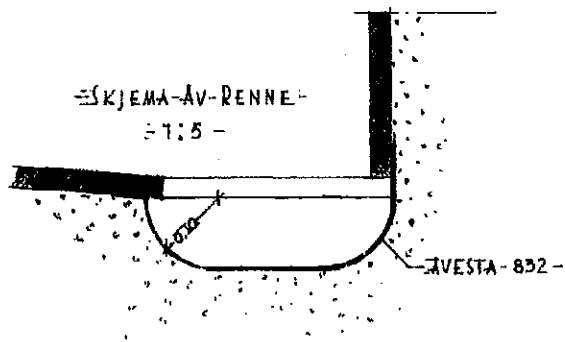
Forargelsens hus

Byens "grønne hus" fylte en praktisk funksjon og var uunnværlig for hovedstadens trengende menn, men de var utover på 1900-tallet også gjenstand for utallige klager og avisinnlegg fra forargede mennesker. De fleste ergret seg over dårlig vedlikehold, sjenerende plassering og vond lukt. Betegnelser som "stinkende skraphauger", "grønne ufyseligheter" og "forargelsens hus" er å finne i avisartikler fra 30- og 40-tallet. Såkalt "lyssky trafikk" ble også trukket fram som argument for riving. Hovedstadens pissoarer hadde lang tradisjon som uoffisielle treffsteder for homofile menn, særlig i den tiden da homofile måtte skjule sin legning av frykt for straffeforfølgelse. Offentlige avtreder fungerte derfor både som sosiale og erotiske møteplasser, særlig i mellom- og etterkrigstiden. Fenomenet er også kjent fra mange andre europeiske hovedsteder.

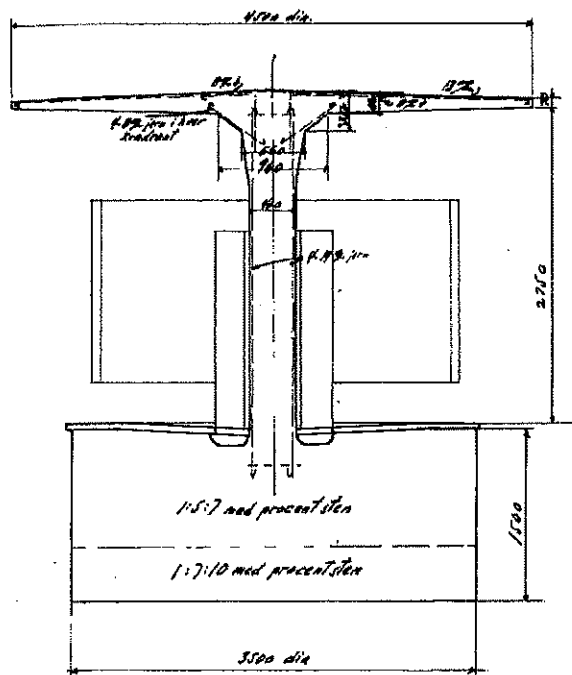


*Bilder av pissoaret på Christiania torv har følgende innskripsjon på baksiden: "Dette maa du ikke vise fram til nogen, for som du ser er det jo ikke no pent bilede." Teksten er blitt tolket som en hentydning til homofiles "lysskye virksomhet".
Ukjent fotograf, ca. 1915. Oslo bymuseum.*

De gamle støpejernspissoarene ble derfor revet ett for ett. Samtidig måtte man slå fast at den menneskelige organisme ikke hadde forandret seg gjennom årene, og at behovet for nye offentlige toaletter og pissoarer økte etter hvert som de gamle forsvant. Spørsmålet var bare om de skulle bygges over eller under bakken? Vannverksjef Owe forteller i et intervju i Aftenposten 5/5 1938



Snitt av renne 1937.



Snittegning av pissoaret slik det var planlagt i 1935.

Plassering og ferdigstilling

Det tok to år fra bevilgninger og kontrakter var i orden, til bygningen sto ferdig. Årsaken til forsinkelsen var at det kom inn protester på pissoarets plassering. Vannverksjefen utdyper ikke hva klagen gikk ut på, men alternative plasseringer måtte diskuteres inntil man tilslutt bestemte seg for å holde seg til den opprinnelige planen. Årsaken kan ha vært at formannskapet noen år tidligere hadde vedtatt å opparbeide deler av Stensparken med basseng, fontene og leskur. Parkens høyeste punkt, Blåsen, skulle bevares som naturpark, men for å beskytte barn og andre mot "lyssky eksistenser" ble det ryddet opp i tette kratt, montert belysning og plantet til med stauder. Parken skulle bli

"et behagelig sted for skikkelige folk" slik naboer og mange avisskribenter ønsket. Det passet derfor bra å plassere et offentlig urinal i tilknytning til det nye parkanlegget, riktignok i utkanten og godt synlig fra Sporveisgata. Sommeren 1937 sto pissoaret ferdig. Det eneste som manglet var malingen. I august skrev ingeniør Lühr til vannverksjefen: "Den beskrevne mineralitmalingen vil bli utført en av de første dager. Paa grunn av ferie er ikke fargen valgt og av den grunn har jeg ikke kunnet få utført malingen". Mineralitt var en sementpuss med tilslag av fargede mineralkorn, men det er altså uklart hvilken type mineralinnslag som ble valgt.



Pissoarett slik det står i 2008.
Foto: Bård Langvandslien

Urinaler og kvinnekamp

Fra byggeåret 1937 og fram til i dag er forvaltningsansvaret for offentlige avtreder flyttet to ganger. I 1949 ble ansvaret for byens 41 pissoarer og 11 offentlige toaletter overflyttet fra Vann- og kloakkvesenet til Renholdsverket (senere omdøpt til Renovasjonsetaten). I den forbindelse ble det foretatt inspeksjon og utbedringsarbeider. Fire av dem var nye og i god stand, deriblant pissoaret i Stensparken, to urinaler ble totalrenovert, elleve fikk kobberrør for rennende vann "slik at all stank ble fjernet", og de øvrige ble reparert og utbedret. Behovet for nye anlegg var likevel akutt. Særlig gjaldt dette tilbudet til kvinner. Allerede på 30-tallet hadde "toalettsaken" vært en kampsak for kvinneorganisasjoner. Dette ble etter hvert fulgt opp av kommunen

Kilder

- Torstenson Inge, *Fra nattmann til renholdsverk – Avfall og renovasjon gjennom tusen år*, ProArk A/S 1997
- Torsten Sigfridsson, *Pissekuren – Byggnad endast för män*”, Mediaprint Uddevalla ab 2000
- Kristiansen, Knut Wiggo, *Kjærlighetskarusellen, Eldre homoseksuelle menns livsfortellinger og livsløp i Norge*, Doktoravhandling i sosialantropologi, UiO 2004
- Johansen, Tor Are, *Under byens gater. Vann- og avløpsetaten*, 2001
- Aarønes Lars, *Norsk funkis*, JM Stenersens forlag AS, 2007
- Fremtid for fortid nr. 3/4 2007, *Funkis – Funksjonalismen i Oslo og Akershus*
- Fortidsminneforeningens årbok 1992 (Funksjonalismen i Norge).
- Anker Nils, *Pissoaret på Akershusranda*, Oslo før og nå, St.Hallvard, nr.3 1987, *Pissoar; Første og annen klasse*.
- Alsвик Bård, *Parken på byens tak*. Tobias 2 og 3 2006
- Harby Sjur, *Forsvant de bare? – På sporet av homofiles kulturarv*, Fortidsvern 1/2005
- Skeid Svein, *Erottske oaser- En alternativ byhistorie*, Fritt Fram nr.52/53, juli 1990
- Beretning om Kristiania kommune – for aarene 1887-1911
- Beretning om Kristiania kommune – for årene 1912-1947

Arkivmateriale fra Byarkivet:

Vann- og kloakkvesenets arkiv

Renholdsverkets arkiv

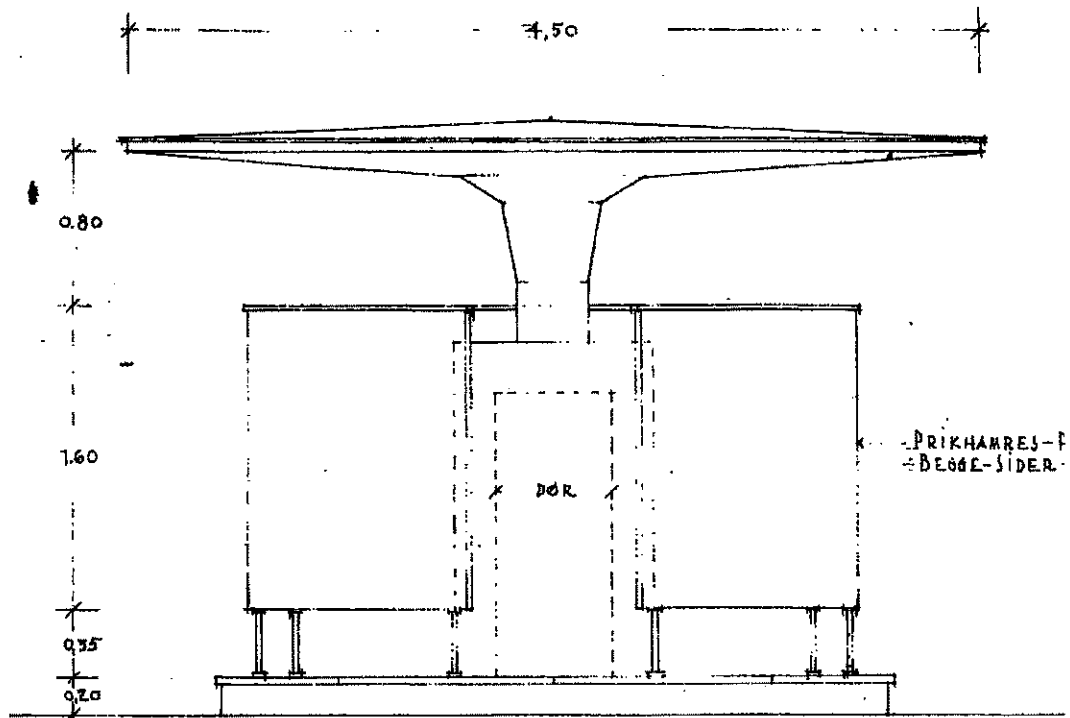
Byarkitektens arkiv

Finansrådmannens arkiv

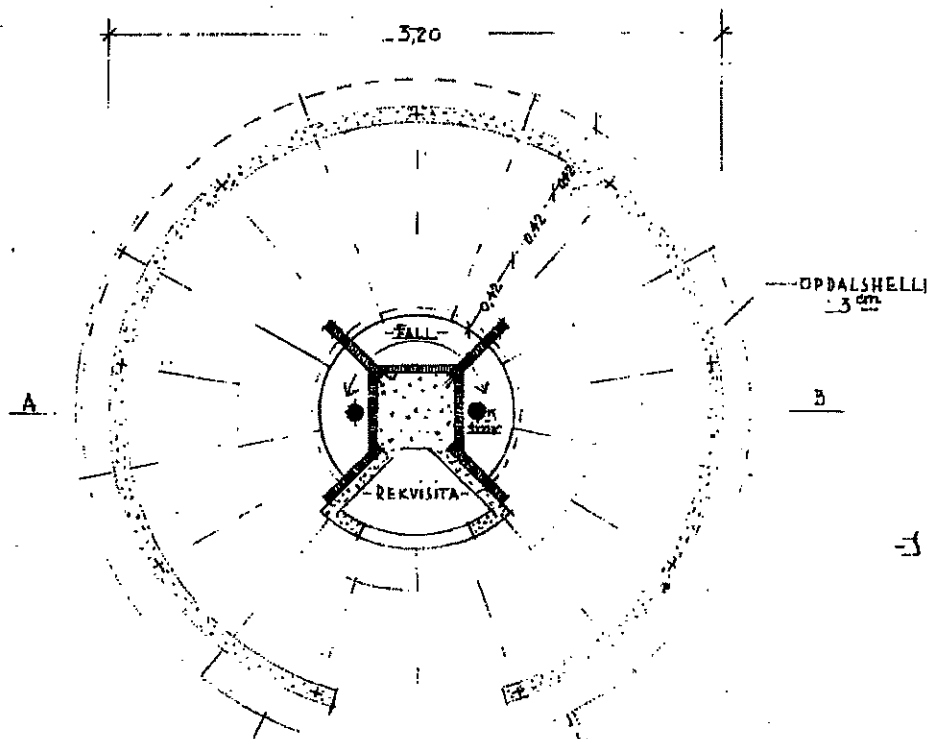
Avisartikler fra Bymuseets klipparkiv

Avisartikler samlet av Svein Skeid.

TEGNINGER



— OPRISS —



Snitt og oppriss 1935.



Oslo kommune
Bydel St. Hanshaugen

Vedtak

Arkivsak: 200900017
Arkivkode: 17
Saksbeh: Elin Løvseth

Saksgang	Møtedato	Sak nr.
Arbeidsutvalget	22.01.09	5/09

URINAL I STENSPARKEN – FREDNINGSFORSLAG - HØRING

Bydelsdirektørens forslag til vedtak:

Bydelsutvalget anbefaler fredningsforslaget.

Arbeidsutvalget har behandlet saken i møte 22.01.09 og har fattet følgende vedtak

Votering:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Bydelsutvalget anbefaler fredningsforslaget.

RETT UTSKRIFT: 28.01.2009



Oslo kommune
Bydel St. Hanshaugen

Vedtak

Arkivsak: 200900017
Arkivkode: 17
Saksbeh: Elin Løvseth

Saksgang	Møtedato	Sak nr.
Arbeidsutvalget	22.01.09	5/09

URINAL I STENSPARKEN – FREDNINGSFORSLAG - HØRING

Bydelsdirektørens forslag til vedtak:

Bydelsutvalget anbefaler fredningsforslaget.

Arbeidsutvalget har behandlet saken i møte 22.01.09 og har fattet følgende vedtak

Votering:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Bydelsutvalget anbefaler fredningsforslaget.

RETT UTSKRIFT: 28.01.2009

Friluftsetaten er varslet om fredningen, men synes ikke å ha uttalt seg.

Byantikvarens vurdering og anbefaling

Riksantikvaren har i fredningsforslag av 21.12.08 tatt bort den omtalte fredningsbestemmelsen som åpnet for oppføring av nytt offentlig toalett tett innpå urinalet. Fredningsforslaget er nå i samsvar med Byantikvarens uttalelse, og Byantikvaren anbefaler forslaget.

Byråden bemerker

Byråden mener pissearet har høy arkitektonisk og kulturhistorisk verdi og at det er riktig å frede ett av de få gjenværende slike anlegg i byen. Byråden slutter seg derfor til Riksantikvarens fredning av pissearet i Stensparken.

Vedtakskompetanse:

I henholdt til bystyrevedtak av 30.05.2001, sak 218, er myndighet til å avgi høringsuttalelser på kommunens vegne delegert fra bystyret til byrådet. Byrådet vedtok i møte 03.07.2001 å videredelegere myndigheten til byrådene i saker som ikke er av prinsipiell betydning. Denne saken anses å være av enlik karakter at uttalelsen kan avgis på delegert myndighet av byråden.

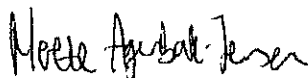
Vedtak:

Byråden for byutvikling avgir etter delegert fullmakt følgende uttalelse:

Oslo kommune slutter seg til Riksantikvarens forslag av 21.12.2008 om fredning av urinalet i Pilestredet 72 – Stensparken etter lov om kulturminner av 09.06.1978 § 15 og 19, jf. § 22 nr. 3.

Saken sendes Riksantikvaren for endelig vedtak.

Byrådsavdeling for byutvikling, den


Merete Agerbak-Jensen

Vedlegg: Ekspedisjon av 16.02.2009 fra Riksantikvaren med høringsuttalelser
Brev av 22.12.2008 fra Riksantikvaren, varsel om endring i fredningsforslag
Fredningsforslag av 21.12.2008 fra Riksantikvaren
Vedlegg til fredningssak
Brev av 18.03.2009 fra Byantikvaren

Bydel St. Hanshaugen anbefaler fredningsforslaget.
 Byantikvarens anbefaler forslaget slik det nå foreligger
 Byråden for byutvikling anbefaler fredningsforslaget for urinalet i Stensparken.

Saksfremstilling:

Med hjemmel i lov om kulturminner av 9. juni 1978 nr. 50 § 15 og 19 jf. § 22, foreslår Riksantikvaren å frede urinalet i Stensparken, Pilestredet 72, Oslo kommune.

Bakgrunn for fredningssaken

Riksantikvaren ønsker å markere Kulturminneåret 2009 med fredning av et utvalg kulturminner som særlig representerer fellesskapets møteplasser og behov. Fredningen av urinalet i Stensparken er en av 12 fredninger Riksantikvaren arbeider med i forbindelse med Kulturminneåret 2009. Tema for kulturminneåret er *dagliglivets kulturminner*. Begrepet omfatter alle sosiale grupper og yrkesgrupper, og omfatter både materiell og immateriell kulturarv. Med en bred og inkluderende inngang er målet også å holde tråden fra mangfoldsåret 2008.

Karakteristikk av kulturminnet

Urinalet i Stensparken ble tegnet av Oslo Byarkitektkontor (under ledelse av Harald Aars) i 1935 og oppført i 1937. Det er et frittstående urinal med tre ståplasser samt et lite rekvisitarom med jerndør. Urinalet er oppført i armert betong i funksjonalistisk formspråk. Konstruksjonen består i hovedsak av tre elementer. En sirkelformet betongsåle utgjør fundamentet. Urinalet er hvitmalt, taket er kobberteppet og fundament samt båser er kledd med Oppdalsheller. Belysningen består av fire lampekupler montert på undersiden av taket.

Området rundt urinalet består av plen og frittstående trær. Rundt urinalets bakside er det plantet busker som gjør at det ikke synes så godt fra Fagerborg kirke. Fra Sporveisgaten og Pilestredet derimot ligger det godt synlig som eneste bygning i den nederste delen av parken.

Riksantikvarens vurdering av kulturminnet

Urinalet i Stensparken har en markant utforming til tross for sin diskrete funksjon. Som frittstående urinal for menn, er det et av få bevarte i sitt slag. Foruten å fylle en praktisk funksjon, er det et representativt eksempel på 30-tallets karakteristiske funksjonalistiske arkitektur. I Stensparkens lille urinal har arkitekten utnyttet den armerte betongens egenskaper som muliggjorde nye former og konstruksjoner. Det utkragede taket bæres kun av midtsøylen. Den sirkulære grunnplanen kan også kjennes igjen i mange funksjonalistiske bygg fra samme periode. Urinalet har høy arkitekturhistorisk verdi.

Urinalet i Stensparken er i tillegg det eldste av tre gjenværende frittstående urinaler i betong. Urinalene ble tegnet av byarkitekt Harald Aars og er alle oppført på Byantikvarens gule liste. De andre to er firkantede i formen og satt opp rundt 1950. Som sanitærhistorisk fenomen har det derfor høy kildeverdi og representerer en siste rest av en ubrutt tradisjon. Neste generasjon offentlige avtreder er reklamefinansierte konstruksjoner av en helt annen karakter og beregnet for begge kjønn.

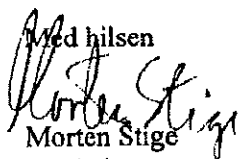
Urinalet er omtrent uforandret siden byggeåret og fremstår som svært autentisk. Området rundt har også beholdt sitt opprinnelige åpne preg. Bygningen har derfor høy dokumentasjonsverdi både når det gjelder funksjonelle, bygningstekniske og arkitektoniske forhold.

ikke kulturminnets opplevelsesverdi på en tilfredsstillende måte. Alternativt kan § 19-området utvides til å inkludere hele området langs Sporveisgata. Det vil da være mulig å finne fram til en plassering og en utforming som gjør at nytt toalett ikke dominerer over det fredete pissoaret.

Byantikvaren ber om at fredningsforslaget også oversendes Landsforeningen for lesbisk og homofile. Leder i organisasjonen (Karen Pinholt) er allerede varslet om dette og fredningsforslaget kan oversendes direkte til henne: karen@llh.no (LLH v/ Karen Pinholt, Postboks 948 Sentrum, 0104 Oslo)

Konklusjon

Byantikvaren imøteser Riksantikvaren forslag til fredning av pissoaret i Stensparken. Vi vil imidlertid anbefale at § 7 i Forslag til fredningsbestemmelser strykes, alternativt at § 19-området utvides vesentlig som skrevet ovenfor.

Med hilsen

Morten Stige
avd.leder

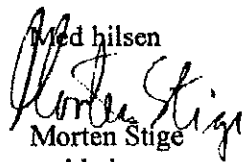

Mathilde Sprovin
antikvar


ikke kulturminnets opplevelsesverdi på en tilfredsstillende måte. Alternativt kan § 19-området utvides til å inkludere hele området langs Sporveisgata. Det vil da være mulig å finne fram til en plassering og en utforming som gjør at nytt toalett ikke dominerer over det fredete pissoaret.

Byantikvaren ber om at fredningsforslaget også oversendes Landsforeningen for lesbisk og homofile. Leder i organisasjonen (Karen Pinholt) er allerede varslet om dette og fredningsforslaget kan oversendes direkte til henne: karen@llh.no (LLH v/ Karen Pinholt, Postboks 948 Sentrum, 0104 Oslo)

Konklusjon

Byantikvaren imøteser Riksantikvaren forslag til fredning av pissoaret i Stensparken. Vi vil imidlertid anbefale at § 7 i Forslag til fredningsbestemmelser strykes, alternativt at § 19-området utvides vesentlig som skrevet ovenfor.

Med hilsen

Morten Stige
avd.leder


Mathilde Sprovin
antikvar



Oslo kommune
Bydel St. Hanshaugen

Vedtak

Arkivsak: 200900017
Arkivkode: 17
Saksbeh: Elin Løvseth

Saksgang	Møtedato	Sak nr.
Arbeidsutvalget	22.01.09	5/09

URINAL I STENSPARKEN – FREDNINGSFORSLAG - HØRING

Bydelsdirektørens forslag til vedtak:

Bydelsutvalget anbefaler fredningsforslaget.

Arbeidsutvalget har behandlet saken i møte 22.01.09 og har fattet følgende vedtak

Votering:

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Bydelsutvalget anbefaler fredningsforslaget.

RETT UTSKRIFT: 28.01.2009



Oslo kommune
Bydel St. Hanshaugen

60/09

Næringsetaten
Tollbugata 27
0157 OSLO

Dato: 03.04.2009

Deres ref:
53864-01/0001

Vår ref (saksnr):
200900675-2

Saksbeh:
Milla Dokka,

Arkivkode:
944.4

TILT, TORGGATA 16: HØRINGSUTTALELSE TIL SØKNAD OM NY BEVILLING FOR SKJENKING AV ALKOHOL INNE

Bydel St, Hanshaugen viser til søknad fra *organisasjonsnummer 993 855 162: Tilt AS* som, på vegne av *Tilt, Torggata 16, 0181 Oslo*, søker om bevilling for skjenking av alkohol inne med åpningstid til kl 03:30 og skjenketid inne til kl 03:00.

Tilt har ikke skjenkebevilling fra før. Dette er en ny søknad.

Tilt, Torggata 16 ligger i sentrum.

Søknaden holder seg til bestemmelsene i FOR 2006-05-03 nr 490: Forskrift om serverings-, salgs- og skjenkebevillinger, Oslo kommune, Oslo, § 1 a og kan derfor behandles administrativt etter bydelsutvalgets delegasjon av myndighet.


Høringsuttalelse:

Bydel St. Hanshaugens vurdering er at bevilling for skjenking av alkohol inne ikke vil bidra til å forsterke sosiale eller miljømessige problemer i dette området. Det anbefales at *Tilt, Torggata 16, 0181 Oslo* får bevilling for skjenking av alkohol inne med åpningstid til kl 03:30 og skjenketid inne til kl 03:00. Det forutsettes at bevillingen utøves etter gjeldende lover, forskrifter og regelverk, og for øvrig på en forsvarlig måte.

Vedtaket er fattet av bydelsdirektøren etter delegert myndighet (BU-sak 166/07 av 30.10.2007).

Med hilsen


Tone Frønes
bydelsdirektør


Kjersti Halvorsen
avdelingssjef



Bydel St. Hanshaugen

Besøksadresse:
Akersbakken 27

Postadresse:
Postboks 6999 St.Olavs
plass
0130 Oslo

02 180
23 47 52 70

Epost: postmottak@bsh.oslo.kommune.no
Internett: www.bsh.oslo.kommune.no

Bankgiro: 6004 06 03088
Org.nr: 971 179 686