

Møteinnkalling

Utvalg: Storfjord Styret for helse og sosial
Møtested: møterom 3, Storfjord Rådhus
Dato: 30.05.2013
Tidspunkt: 09:00

Eventuelt forfall må meldes snarest på tlf. 77 21 28 00. Forfall kan også meldes per e-post til post@storfjord.kommune.no

Vararepresentanter møter etter nærmere beskjed.

- 1) Møtet starter med årsmøte for Storfjord frivilligsentral, til dette møter også styret i frivilligsentralen.
- 2) Det blir gitt muntlig orientering vedr. to saker i møtet:
 - a) Status ved sykehjemsavdelingen
 - b) Status vedr. nedbemanning i helse- og omsorgsetaten

Hatteng, 23. mai 2013

Inger Heiskel (s.)
Leder

Rita B. Bergland
Rita Bruvold Bergland
sekretær

Saksliste

Utv.saksnr	Sakstittel	U.Off	Arkivsaksnr
PS 10/13	Referatsaker 30. mai 2013		2013/1778
PS 11/13	Orientering om fremdrift vdr. utbygging av Skibotn omsorgssenter		2013/360
PS 12/13	Årsmelding 2012 - Helse- og omsorgsetaten		2013/1686
PS 13/13	Tertialrapportering - budsjett helse- og omsorgsetaten		2012/4713
PS 14/13	Samarbeidsavtale - ledsageravtalen		2011/2789
PS 15/13	Avklaring for vatkmestertjenester for eldre og uføre - satser, rett til tjenester og innhold i tjenesten.		2013/1221
PS 16/13	Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013		2011/2789
PS 17/13	Orientering vdr. status ift nedleggelse av heldøgns boligtilbud på Elvevoll	X	2011/4305



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
10/13	Storfjord Styret for helse og sosial	30.05.2013

Referatsaker 30. mai 2013

Rådmannens innstilling

Sakene ble referert.

Saksopplysninger

1. Høring – rapport om ”Avhør av særlig sårbare personer i straffesaker”, fra Justis- og beredskapsdepartementet, datert 16.01.2013
2. Brev fra Pasient- og brukerombudet, datert 22.01.2013 - Bruk av ventelister i forbindelse med behandling av søknader om sykehjemsplass.
3. Brev fra Barne, likestillings- og inkluderingsdepartementet, datert 29.01.2013 – Satser for kommunal egenbetaling i barneverntiltak 2013.
4. Brev fra Sametinget – Organisering av helsetilbud for eldre - transport for eldre i forbindelse med reiser.
5. Brev fra Fylkesmannen i Finnmark, datert 11.02.2013 – Mottatt sluttrapport – Grenseløst i Nord.
6. Brev fra leder forebyggende tjeneste Anne Rasmussen og NAV-leder Leen Berger, datert 13.02.2013 - Bekymringsuttalelse vedr. boligsituasjon for vanskeligstilte.
7. Rapport etter tilsyn ved Hatteng skole, datert 22.02.2013, fra kommuneoverlege Gaute E. Waldahl og ledende helsesøster Verna B. Rothenpieler.
8. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet/kunnskapsdepartementet, datert 28.02.2013 – Landets skoleelever har krav på et godt arbeidsmiljø.
9. Fra Pasient- og brukerombudet i Troms, datert 28.02.2013 - Årsmelding 2012
10. Brev fra Aleris, Unntatt offentlighet § 13, datert 28.02.2013 – Vedrørende tilsynsrapport
11. Brev fra Storfjord frivilligsentral, datert 18.03.2013 - Vedtak i forbindelse med budsjett 2013.
12. Brev fra Fylkesmannen i Troms, datert 25.03.2013 – Tilskudd til kommunalt barnevern 2013.
13. Brev fra Troms fylkeskommune, datert 26.03.2013 – Uttalelse: Oppfordring til Helse Nord RHF.

14. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet, datert 8.03.2013 – Orientering om helseinformasjonssikkerhetsforskriften.
15. E-post fra Diabetesforbundet Troms 11.04.2013 – Hvordan gi barn diabetes type 1 en trygg hverdag i barnehage, skole og SFO.
16. Brev fra Helse- og omsorgssjef Stine J. Strømsø til kommuneoverlege Gaute E. Waldahl, datert 12.05.2013 – Bekymring demensomsorg.
17. Delegerte vedtak 2012/2013



Storfjord kommune

Arkivsaknr: 2013/360 -12

Arkiv: 614

Saksbehandler: Stine Jakobsson Strømsø

Dato: 24.03.2013

Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
11/13	Storfjord Styret for helse og sosial	30.05.2013

Orientering om fremdrift vdr. utbygging av Skibotn omsorgssenter

Henvisning til lovverk:

Rådmannens innstilling

Saken tas til orientering

Saksopplysninger

Det gis en muntlig orientering i møtet for fremdrift vdr. utvidelse av Skibotn omsorgssenter.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
12/13	Storfjord Styret for helse og sosial	30.05.2013

Årsmelding 2012 - Helse- og omsorgsetaten

Henvising til lovverk: Kommuneloven § 48

Vedlegg:

Årsmelding for Helse- og omsorgsetaten 2012

Rådmannens innstilling

Årsmelding for Helse- og omsorgsetaten 2012 tas til orientering

Saksopplysninger

Årsmeldinga skal gi opplysninger om forhold som er viktige for å bedømme kommunens økonomiske stilling og resultatet av virksomheten og som ikke fremgår av årsregnskapet, samt om andre forhold av vesentlig betydning for kommunen. Slik bildet tegner seg for 2012, så vil Helse- og omsorgsetaten ha et regnskapsmessig merforbruk på ca. kr. 1 000 000 i forhold til budsjett 2012. Merforbruket er på drøyt 1 % av det totale budsjettet. Økte pensjonskostnader og overforbruk lønn er hovedårsakene.

Vurdering

Årsmeldingen som er vedlagt for helse- og omsorgsetaten, bygger på de ulike avdelingene sine innspill/årsmeldinger, og gir en oppsummering av 2012. Etaten har i 2012 en del resultatmål som vi hadde satt, men dessverre er sykefraværet i etaten svært høyt. Noe av dette kan tilskrives den omfattende omorganiseringen etaten gjennomgikk i 2012.

Helse- og omsorgsetaten

Innledning

Styret for helse og sosial består av fem politisk valgte representanter. I tillegg sitter det en representant fra Eldrerådet, en fra Rådet for funksjonshemmede og en representant for Fagforbundet. Sekretærfunksjonen var ivaretatt av fellestjenesten, men ble flyttet til etatslederne (helse- og omsorgssjef i styret for helse og sosial) i 2012. Styret for helse og sosial behandlet 40 saker i 2011 (2011: 26 saker).

Helse- og omsorgsetaten var gjennom betydelig omorganisering i 2012. I den forbindelse ble flere avdelinger slått sammen og ny lederstruktur ble etablert. I tillegg ble det gjort endringer i tjenestene for å få lavere driftskostnader.

Avdelingsoversikt:

- **Forebyggende tjeneste**
 - o Består av tidligere brukertjenesten (rus, psykisk helse og barnevern) og hjemmetjenesten. Anne Rasmussen er avdelingsleder for tjenesten.
- **PU-tjenesten/Valmuen**
 - o Består av avlastningstilbud, bo- og støttetilbud og arbeidstilbud, samt fritid og avlastning. Anne-Lena Dreyer er avdelingsleder for tjenesten.
- **Sykehjemsavdelingen**
 - o Består av Åsen og Skibotn omsorgssentre. Hege Figenscahu er avdelingsleder for tjenesten.
- **Helsehuset**
 - o Består av lege-, fysio- og helsesøstertjenester. Gaute Waldahl er avdelingsleder for tjenesten. Helsehuset ble fra 1. januar 2013 innlemmet i Forebyggende tjeneste.

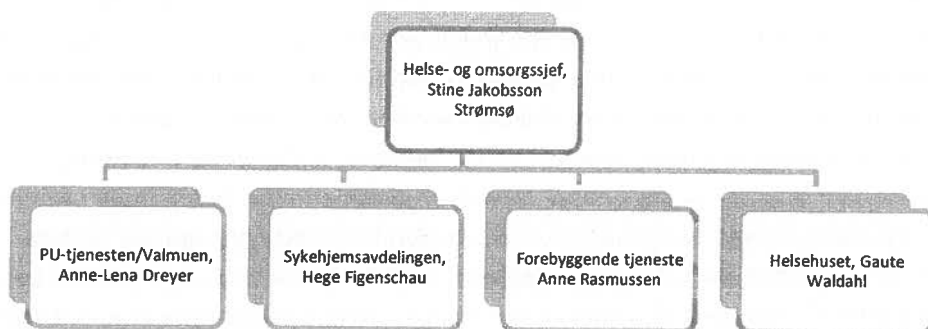
Oversikt over ansatte i etaten:

Oversikt over medarbeidere i etaten pr desember 2011 og desember 2012 (figur 4.1)

	Årsverk 2011	Årsverk 2012	Differanse årsverk
PU-tjenesten/Valmuen	22,65	21,15	-1,5
Sykehjemsavdelingen			
Skibotn omsorgssenter	15,8	11,38	-4,42
Åsen omsorgssenter	23	23	0
Brukerstyrt personlig assistent *		5,1	+5,1
Forebyggende tjeneste			
Hjemmetjenesten	19	10,46	-8,54
Brukertjenesten	10,1	8,1	-2
Helsehuset	7,3	6,6	-0,5
SUM	97,85	85,76	-11,86

*Ordningen med Brukerstyrt personlig assistent (BPA) lå under hjemmetjenesten i 2012.

Oversikt over organisasjonsstruktur i etaten for 2012.



Stillingene som avdelingsledere ble internutlyst. Det ble også opprettet tjenestelederstillinger som blant annet har rollen som stedfortreder for avdelingsleder. Stillingene som fagledere ble i 2012 fjernet, tidligere fagledere ble tillagt fagansvar eller annet særskilt ansvar etter avtale med avdelingsleder.

Økonomi

Ansvar	Enhet	Regnskap 2012	Budsjett 2012	Resultat
300	Helse- og sosialsjef	2 777 052	2 669 593	-107 459
310	Helsesjef	4 390 412	4 072 431	-317 981
312	Helsesøster	373 185	318 757	-54 428
313	Jordmor	278 316	254 082	-24 234
314	Fysioterapi	679 480	603 287	-94 193
316	Psykatri	4 080	0	-4 080
317	Psykatriplan	4 759 629	4 619 766	-139 836
341	Økonomisk sosialhjelp	411 314	491 000	79 685
342	Kvalifiseringsprogrammet	114 853	303 483	188 629
350	Sosialsjef	672 001	640 437	-31 564
351	Edruskapsvern	314 080	378 376	64 705
352	Barne- og ungdomsvern	3 696 689	3 864 156	167 496
358	Flyktninger	-838 385	-1 050 000	-211 614
363	Boligsosial handlingsplan	5 104	3608	-1496
372	Valmuen verksted	1 955 665	2 274 943	319 408
373	Åsen omsorgssenter	14 305 665	14 538 368	232 702
374	PU-tjenesten	7 328 370	6 664 700	-663 670
375	Skibotn omsorgssenter	6 996 140	7 695 645	699 505
378	Brukerstyrt personlig assistent	-149 642	0	149 672
379	Hjemmetjenesten	8 464 895	7 125 595	-1 339 300
380	Frivilligsentralen	114 116	204 528	90 411
384	Samisk prosjekt	850	0	-850
385	Rekrutteringsplan PLO	15 500	0	-15 500
386	Fritid og avlastning	1 766 824	1 655 294	-111 530
387	Avlastningsbolig Skibotn	1 755 077	1 720 872	-34 205

Tabellen over viser nettotall. Samlet sett har helse- og omsorgsetaten et nettoforbruk på 60 968 236 kroner. Budsjettet var på 59 900 692. Dette gir en totaloverskridelse på hele kapittel 1.3 på kroner 1 067 544 (forbruk 101,78 %)

Omorganisering

Ved inngangen av 2012 var det klart at etaten for å komme ned på rammen gitt av kommunestyret måtte redusere driften i betydelig grad. Etatssjef, avdelingsledere og tillitsvalgte arbeidet sammen for å finne gode løsninger for å ivareta gode tjenester samtidig som de økonomiske rammene ble overholdt. Skibotn omsorgssenter ble derfor redusert fra ni til seks plasser, i tillegg ble demensomsorgen rendyrket ved dette senteret. Dette medførte mulighet for å redusere personaltettheten ved Skibotn omsorgssenter. Det ble også gjennomført reduksjoner i årsverk i de fleste avdelingene for å komme ned på ramme. En konsekvens av reduksjonene var at flere medarbeidere i denne prosessen måtte endre tjenestested. Flere av avdelingene ble slått sammen og antallet lederhjemler ble redusert. På grunn av lavt belegg samlet sett ved sykehjemsavdelingen, ble det i oktober 2012 fattet vedtak i kommunestyret om midlertidig stengning av Skibotn omsorgssenter.

Den omfattende omorganiseringen og de endringer som er gjennomført har hatt konsekvenser for ansatte på mange måter. På den positive siden, kan vi bemerke at dette fører til at «alle stener snus», og at det i sum gir rom for nytenkning som er positivt for en organisasjon, for tjenestene og dermed også for medarbeidere og brukere. Det er også grunn til å bemerke at en langvarig omorganisering av den karakter som organisasjonen og medarbeiderne har vært gjennom skaper en tretthet og følelse av maktesløshet i organisasjonen. Dette ser man også igjen på etatens sykefravær. Det er viktig at ledere og tillitsvalgte sammen med medarbeiderne bistår til at også det faglige fokuset holdes høyt, og at organisasjonen dermed tåler å stå i utfordrende tider.

Ellevoll-bolig

Kommunestyret vedtok stengning av heldøgns botilbud ved PU-boligen på Ellevoll. Dette vedtaket ble ikke effektivt i 2012, men det arbeides videre med å få på plass en løsning i saken.

Samhandlingsreformen:

1. januar 2012 trådte Samhandlingsreformen i kraft. I forbindelse med dette opprettet Åsen omsorgssenter to senger til såkalte «samhandlingsbehov». Disse sengene benyttes til korttidspasienter som har behov for midlertidig bistand i forbindelse med inn- og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten (UNN). Noen har behov for observasjon, andre for ulik type medisinsk behandling som kan gis lokalt. Plassene har vært meget vellykket og Storfjord kommune har hatt langt mindre utgifter til «kommunal medfinansiering» enn beregnet. Se tabell under.

Kommunen	Kommune	A konto beløp	Beregnet kostnad	Differanse	Beregnet kostnad i % av a konto beløp
1915	Bjarkøy	462 649	630 525	-167 876	136 %
1926	Dyrøy	1 235 613	1 558 148	-322 535	126 %
1927	Tranøy	1 753 514	1 940 826	-187 312	111 %
1911	Kvæfjord	3 058 109	3 347 124	-289 014	109 %
1919	Gratangen	1 258 057	1 372 055	-113 998	109 %
1943	Kvænangen	1 281 768	1 382 600	-100 832	108 %
1929	Berg	980 752	1 027 738	-46 986	105 %
1923	Salangen	2 326 631	2 408 688	-82 057	104 %
1922	Bardu	2 987 122	3 082 985	-95 863	103 %
1940	Gáivuotna Kálfjord	2 216 416	2 276 958	-60 543	103 %
1925	Sørreisa	2 722 273	2 787 675	-65 402	102 %
1901	Harstad	25 372 913	25 705 334	-332 421	101 %
1936	Karlsøy	2 353 371	2 382 209	-28 838	101 %
1902	Tromsø	54 240 189	54 714 432	-474 243	101 %
1913	Skånland	3 600 820	3 624 238	-23 418	101 %
1938	Lyngen	3 051 521	3 062 375	-10 854	100 %
1942	Nordreisa	3 637 031	3 574 169	62 862	98 %
1931	Lenvik	9 852 140	9 590 780	261 360	97 %
1931	Lenvik	9 852 140	9 590 780	261 360	97 %
1941	Skjervøy	2 457 121	2 365 282	91 839	97 %
1939	Storfjord	1 671 946	1 620 612	51 334	97 %
1933	Balsfjord	5 784 836	5 441 397	343 439	94 %
1924	Målselv	5 445 830	5 036 542	409 288	92 %
1920	Lavangen	1 304 766	1 154 722	150 044	89 %
1928	Torsken	990 181	870 263	119 918	88 %
1917	Ibestad	1 566 314	1 291 518	274 796	82 %

Medfinans kostnad Kommune pr Innbygger	Kommune
1915 Bjarkøy:	1 386
1926 Dyrøy:	1 312
1927 Tranøy:	1 274
1913 Skånland:	1 219
1919 Gratangen:	1 208
1929 Berg:	1 159
1920 Lavangen:	1 137
1911 Kvæfjord:	1 106
1923 Salangen:	1 088
1901 Harstad:	1 087
1943 Kvænangen:	1 077
1940 Gáivuotna Kálfjord:	1 030
1936 Karlsøy:	1 012
1938 Lyngen:	1 011
1933 Balsfjord:	989
1928 Torsken:	976
1917 Ibestad:	916
1939 Storfjord:	849
1931 Lenvik:	845
1931 Lenvik:	845
1925 Sørreisa:	825
1941 Skjervøy:	821
1922 Bardu:	796
1902 Tromsø:	792
1924 Målselv:	763
1942 Nordreisa:	744

Storfjord kommune fikk en månedlig betalingsandel på 157 613 kroner i første halvår. Dette ble nedjustert i flere omganger, og totalkostnadene for kommunen ble på 1,6 millioner kroner. Kommunen mottok 2,2 millioner i samhandlingstilskudd, og hadde således et mindreforbruk på 600 000 kroner.

Kommunehelsetjenesten opplever et forholdsvis stort press på tjenestetilbudet, særlig knyttet til sengeplasser (korttidsopphold) på sykehjem og bistand fra hjemmetjenesten. Pasientene som i dag sendes hjem fra spesialisthelsetjenesten er merkbart sykere enn tidligere, med mer omfattende og kompleks problematikk. På denne måten blir reformens intensjon oppfylt.

Det er grunn til å tro at dette vil akselerere ytterligere da spesialisthelsetjenesten i større grad vil ha rom til å behandle flere pasienter. Disse pasientene vil også returneres til kommunene i tråd med intensjonene, men det er betimelig å stille spørsmål ved om hvor lenge kommunehelsetjenesten, inkludert Storfjord kommune, klarer å ta i mot økende antall pasienter med de samme ressursene og samme økonomiske midlene.

Utskrivningsklare pasienter:

Storfjord kommune hadde ingen kostnader på utskrivningsklare pasienter i 2012.

Samarbeidsavtaler:

Storfjord kommune har inngått 12 avtaler med UNN, hvorav en var en overordnet avtale og 11 tjensteavtaler som skal klargjøre ansvarsfordeling i ulike tjenester og andre oppgaver. Lovkravet for disse avtalene er beskrevet i Helse- og omsorgstjenestelovens § 6.

Avvik som oppstår som konsekvens i brudd på de lovpålagte avtalene sendes til UNN. I 2012 var det 8 avvik sendt fra Storfjord kommunes side om avvik i UNN-systemet.

Øyeblikkelig hjelp:

Storfjord kommune har inngått en samarbeidsavtale om øyeblikkelig hjelp-senger. Det er startet et samarbeid med Balsfjord kommune om samarbeid om én øyeblikkelig hjelp-plass. De to kommunene søkte ikke på tilskudd fra staten til oppstart, men ønsker å starte det i 2013.

Folkehelse

Folkehelseinstituttet lanserte i 2012 folkehelseprofilene med fokus på kommuner og fylker. Med bakgrunn i disse kan kommunene enklere identifisere de utfordringer som er særlig viktige. Storfjord kommune kommer dårlig ut på parameterne; unge uføre, barn av enslige forsørgere, frafall i videregående skole og type 2-diabetes.

Temu	Indikator	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (%)	Folkehelsebarometer for Storfjord
Om befolningen	1 Befolningsvekst	0,79	0,7	1,3	prosent	
	2 Befolning over 80 år	3,6	4,1	4,4	prosent	
	3 Forventet levetider, menn	75,5	76,7	77,2	år	
	4 Forventet levetider, kvinner	80,5	81,9	82,2	år	
	5 En-personhusholdninger	15	18	18	prosent	
	6 Innvandrere og norsk. med innv. foreldre	6,2	7,5	13	prosent	
Levetid	7 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	79	82	83	prosent	
	8 Lavt utelst	9	8,6	9,4	prosent	
	9 Inntektsulthet, PSUP10	2,3	2,4	2,6	-	
	10 Arbeidsledige	2,6	2,2	2,7	prosent	
Miljø	11 Utarensygdete, 16-44 år	4	2,5	2,3	prosent (a,b*)	
	12 Barn av enslige forsørgere	20	19	16	prosent	
	13 Oksidativ, analyse enbl. E.coli	100	73	94	prosent	
	14 Personer med, behandlet i sykehus	14	13	13	per 1000 (a,b*)	
Skole	15 Trives på skolen, 10. klasse	82	79	84	prosent (a*)	
	16 Mobbes på skolen, 10. klasse	11	10	9,9	prosent (a*)	
	17 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. klasse	-	25	26	prosent (a*)	
	18 Frafall i videregående skole	45	32	25	prosent (a*)	
Leve- væner	19 Røyking, kvinner	26	24	20	prosent (a*)	
	20 Overvekt inkl. fedtme, menn	36	31	25	prosent	
	21 Psykiske sympt. og lidelser, primærhelst.	118	130	135	per 1000 (a,b*)	
	22 Psykiske lidelser, legemiddelbrukere	85	112	131	per 1000 (a,b*)	
Helse og sykdom	23 Høyt blodtrykk, primærhelstjenesten	50	62	65	per 1000 (a,b*)	
	24 Kolesterolnivåetende legemidler, brukere	106	75	77	per 1000 (a,b*)	
	25 Hjerte- og kar sykdom, beh. i sykehus	21	18	18	per 1000 (a,b*)	
	26 KOLS og astma, legemiddelbrukere	100	101	97	per 1000 (a,b*)	
	27 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	63	34	32	per 1000 (a,b*)	
	28 Type 2-diabetes, primærhelstjenesten	55	36	39	per 1000 (a,b*)	
	29 Krest totalt, nye tilfeller	468	517	554	per 100 000 (a,b*)	
	30 Tykt- og endetarmskreft, nye tilfeller	62	73	76	per 100 000 (a,b*)	
	31 Lungelivert og KOLS, dødelighet	-	38	38	per 100 000 (a,b*)	
	32 Helsebrudd, behandlet i sykehus	2	2,1	2,2	per 1000 (a,b*)	
	33 Misset og skjelett, primærhelstjenesten	290	285	254	per 1000 (a,b*)	
	34 Vektstigningsindeks, MMR, 6-11 år	67,3	94,0	94,1	prosent	

10.3 Sykefravær

Avdeling	Sykedager	Dagsverk totalt	Sykefravær
Forebyggende tjeneste	444,3	2 700,58	16,45
PU/Valmuen	726,14	5 107,63	14,21
Sykehjemsavdelingen	2123	12 889,62	16,47
Helsehuset	71,98	2 350,05	3,06
Totalt sykefravær	3365,42	23 047,43	14,6
Nærvær i etaten	85,4 %		

Tallene er oppdatert pr. 21. mai 2013

Sykefraværet i etaten er svært høyt, og langt over måltallet på 10 %. Et dypdykk i tallene viser at langtidsfraværet er ganske høyt. Det er også grunn til å tro at etaten har noe omstillingsrelatert sykefravær. Nærværet i helse- og omsorgsetaten er på 85,40 %.

Det gjøres oppmerksom på at tallene for forebyggende tjeneste ikke inkluderer hjemmetjenesten (ligger under sykehjemsavdelingen). Tallene for BPA (brukerstyrt personlig assistanseordningen) ligger også under sykehjemsavdelingen. Tallene for etatssjef og seniorrådgiver samhandlingsreformen ligger under helseavdelingen.

Avdelingene

Omsorgsetaten omfatter fire avdelinger; Sykehjemsavdelingen, Forebyggende tjeneste, PU-tjenesten/Valmuen og Helsehuset.

Sykehjemsavdelingen

Storfjord kommune har to omsorgssentre/sykehjem, Skibotn omsorgssenter og Åsen omsorgssenter beliggende på hhv. Skibotn og Hatteng. De to sykehjemmene tilbyr heldøgns omsorg og pleie, herunder langtidsopphold, korttidsopphold og avlastning. Åsen omsorgssenter var tidligere delt inn i to avdelinger; rehabiliterings- og langtidsavdeling. I løpet av 2012 ble dette endret til at Åsen omsorgssenter kun hadde én avdeling. Skibotn omsorgssenter har én avdeling for mennesker med demens. Skibotn omsorgssenter ble kuttet fra ni til seks plasser fra juni måned og midlertidig stengt i november 2012 på grunn av lavt belegg. Stengingen vedvarer i 2013. Pasienter fra Skibotn omsorgssenter ble dermed flyttet til Åsen omsorgssenter.

De to sentrene har hatt 6876 (mot 7597 i 2011) liggedøgn i 2012, dette tilsvarer en reduksjon i antall liggedøgn på 721, eller knapt to senger. (86,72% i 2011).

	Dagopphold	Korttidsopphold	Avlastning	Langtidsopphold
Åsen omsorgssenter		1336	178	3399
Skibotn omsorgssenter		149	0	1974

PU-tjenesten og Valmuen verksted

PU-tjenesten tilbyr heldøgns omsorgs- og botilbud til tre brukere fordelt på to lokalisasjoner; Ellevoll og Engstadjordet. Det ble også gitt avlastningstilbud til én bruker på Skibotn PU-tjenesten administrerer også transporttjenesten for funksjonshemmede og ledsagerbevisordning. Videre gjennomføres det ulike aktivitets- og treningstilbud i grupper, i 2012 fikk avdelingen 25 000 kr i tilskudd fra Fylkesmannen i Troms til "Utegruppa".

Fritid og avlastning

Storfjord kommune har implementert ordning med fritidskontakter for barn, voksne og eldre med behov for bistand til en aktiv fritid. Tjenesten er dynamisk, da behovet for tilbud er varierende og individuelt vurdert. Ordningen er midlertidig for noen, som et forebyggende hjelpetiltak. Andre trenger hjelp til aktivisering som en del av hverdagen. De viser seg at de over 18 år har mest behov

for hjelp, og hovedtyngden her er eldre. Individuell fritidskontakt: ca 8476 timer i året, fordelt på 29 brukere. Avlastning utenfor institusjon, døgnbasert: ca 96 døgn i året, fordelt på 3 brukere. Avlastning utenfor institusjon, timebasert: ca 240 timer i året, fordelt på 1 bruker

I tillegg er det opprettet gruppetilbud, via PU-tjenesten, dette utgjør ca 1716 timer i året. Dette er overført til PU-tjenesten/Valmuen for å sikre et mer helhetlig og kvalitetsmessig bedre tilbud.

Valmuen verksted

Valmuen verksted tilbyr tilrettelagt arbeids- og aktivitetstilbud, dette gjøres i noen tilfeller i samarbeid med Lyngsalpan vekst og NAV.

Forebyggende tjeneste

Forebyggende tjeneste består av tjenestene rus, psykiatri, barnevern og hjemmetjeneste.

Forebyggende tjeneste yter individuell oppfølging til brukere etter enkeltvedtak gjennom samtaler, aktivitetstilbud, praktisk bistand etc. o.a.

På det meste var det totalt 51 brukere som mottok tjenester fra rus- og psykiatritjenesten i 2012 (tall fra sept-12). Antall brukere vil alltid variere da noen kun behøver bistand for en kortere periode før saka avsluttes igjen. I tillegg har rus- og psykiatritjenesten finansiert lønnsmidler til drift av "Tirsdagsklubben" og "Møteplassen/Eldrecafeen" i hele 2012. "Tirsdagsklubben" har hatt ukentlige møter hvor 8-10 menn har møtt til sosialt samvær. "Møteplassen/Eldrecafeen" er et møtested der eldre mennesker møtes ukentlig til sosialt samvær, og aldersgruppen her er mellom 75-92 år. Majoriteten av de som har benyttet tilbudet har vært kvinner, og det har vært rundt 15-16 personer som har brukt dette jevnlig (tall fra sept-12). Barnevernet i Storfjord kommune mottok i alt 42 bekymringsmeldinger på barn i kommunen. Disse ble fulgt opp i henhold til lovverket. Barnevernstjenesten ble underlagt tilsyn i løpet av perioden, og en del avvik ble avdekket. Barneverntjenesten jobbet i etterkant av dette med å lukke avvikene og styrket tjenesten.

Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten består av hjemmesykepleie – inkl. kreftsykepleie, praktisk bistand (hjemmehjelp), kartleggingsteam, hjelpemiddelkontakt, trygghetsalarm, matombringing, omsorgslønn og avlastning. Videre er det tilknyttet fire omsorgsboliger.

Hjemmetjenesten hadde 72 brukere (65 i 2011) tillegg kommer brukere av omsorgslønn og hjelpemidler. Antall brukere er fordelt slik:

Tjeneste	Brukere
Hjemmesykepleie	46 (36)
Praktisk bistand	26 (37)
Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	1 (1) (tillagt sykehjemsavdelingen fra 01.11.12)
Trygghetsalarm	15 (13)
Matombringing	13 (15)
Omsorgslønn	5 (4)
Hjelpemiddelkontakt	351 utleverte fra NAV, 153 korttidslån fra lokalt lager. 125 hjelpemidler innlevert (330 (706 hjelpemidler utlevert, 420 innlevert)
Avlastning – fast	2 + 1 i hjemmet (2)

* Tall i parentes er fra 2011

Kartleggingsteamet ble nedlagt i løpet av 2012.

Hjemmetjenesten har disponert to plasser på Åsen omsorgssenter i samarbeid med rehabiliteringsenheten. Dette ble avviklet i løpet av 2012.

Fra høsten 2012 har tjenesten klart merket effekt av innføring samhandlingsreformen. Hjemmetjenesten har fått sykere brukere rett fra UNN, samt at det blir forordnet mer avansert behandling i hjemmet for å unngå innleggelse. Dette gir utfordringer både med hensyn til fagkompetanse i tjenesten, og bemanning på grunn av hyppigere antall hjemmebesøk gjennom dagen.

Tjenesten merker også stor økning i antall brukere med demens, og har pr. 31.12.2012 registrert 14 brukere med denne sykdommen. Det er klare nasjonale føringer på at den diagnostiske utredningen skal gjennomføres i hovedsak på kommunenivå. I tillegg er det nødvendig med ulike hjelpetiltak og oppfølging slik at personen kan bo lengst mulig i hjemmet. Dette krever i særlig grad demenskompetanse i hjemmetjenesten.

Bosetting av flyktninger:

Storfjord kommunestyre vedtok bosetting av flyktninger i 2012. I forbindelse med dette ble syv flyktninger bosatt i årsskiftet 2012-2013. Alle fra Somalia. Tjenesten knyttet til seg en flyktningkontakt i 50 % stilling i forbindelse med dette.

Helsehuset

Det er stort fokus på tverrfaglig samarbeid. Det gjennomføres jevnlige møter med hjemmetjenesten, brukertjenesten, NAV og andre aktuelle instanser. Ukentlige visitter ved Åsen og Skibotn omsorgssenter gjennomføres også. Videre er det ulike ansvarsgruppemøter knyttet til enkeltpasienter, barnekontroller og skolehelsetjeneste. Arbeidet med miljørettet helsevern inngår også i kommunehelsetjenesten.

Noen sentrale tall:

- Antall konsultasjoner: 6652 (6483 i 2011)
- Antall "øyeblikkelig hjelp" konsultasjoner: 2581
- Konsultasjon kontroll: 537
- Sykebesøk: 108
- Sykebesøk "øyeblikkelig hjelp": 129
- Enkel pasientkontakt (pasient ikke i kontakt med lege): 1840
- Antall telefoner (ikke telefonkontakt for timebestillinger og administrative oppgaver): 1537
- Ikke registrerte kontakter (attester etc + skriftlig kontakt med kommunehelsetjenesten): 1813

Smittevernplan, pandemiplan og atomberedskapsplan har vært under revisjon.

Det ble planlagt tilsyn for barnehager og skoler knyttet til lov om miljørettet helsevern.

Helsesøstertjeneste og helsestasjon

Helsesøstertjenesten består av 1,5 årsverk fordelt på to personer. Målgruppen for tjenesten er barn og unge fra 0-20 år. Tjenesten samarbeider internt og eksternt etter behov. Det er 14 barn som er født 2012, hvorav 1 barn hjemmehørende på Skibotn Mottak. Det er 83 barn fra 0-6 år. Skolebarn: 92 ved Skibotn skole og 150 ved Hatteng skole. Det er gjennomført fem barseltreff i.l.a. året fordelt på Elvevoll Oppvekstsenter og Skibotn helsestasjon, Møteplassen. Helsesøstertjenesten har fast kontortid ved skolene.

Helsesøster har hatt en temakveld sammen med fysioterapeut i Oteren barnehage med tema ernæring og fysisk aktivitet. Helsesøster har kontakt med barnehagene ved behov, lavterskeltilbud.

Kommuneoverlege og helsesøster har hatt tilsyn i Oteren barnehage som ledd i kommunens oppfølging vdr. miljørettet helsevern.

Det er gjennomført hjemmebesøk til alle nyfødte, 4 –åringer og ved behov. Helsesøstertjenesten deltar i 9 basegrupper hvor helsesøster er koordinator for 6 av disse gruppene.

Helsesøster har et nært samarbeid med foreldre, elever og lærere. Har undervisning, gruppe- og individualsamtaler i skolene i forhold til ulike temaer som: ernæring, trivsel, aktivitet, relasjoner, pubertet, seksualitet, identitetsutvikling, rus etc.

Helsesøster har interkommunalt samarbeid med helsesøstre i Nord Troms i form av møter med tema : fagutvikling og fagutveksling .Vi har også hatt interkommunal veiledning.

Helsesøster har fulgt et tverrfaglig interkommunalt opplæringsprogram bestående av ulike helsearbeidere , barnevern og psykisk. Tema : Psykisk helse , vold og rus.

Jordmortjenesten.

15 barn ble født i 2012. Et av barna er hjemmehørende på Skibotn mottak. Alle gravide gikk til svangerskapskonsultasjoner. Fødselstallet var noe lavere enn i 2011. Jordmor har bistått helsesøster på ungdomskolen med pubertets-, seksual- og prevensjonsundervisning i tillegg til vaksinerings.

Aktiviteter:

- Røykesluttveiledningskurs
- Gjennomført røykesluttkurs
- Kurs vdr. tidlig intervensjon
- Jordmormøter mellom jordmødre i distriktet
- Fødselsforberedende kurs
- Det er foretatt vanlige svangerskapskontroller, med hjemmebesøk og etterkontroller av gravide.
- Jordmor har vært tilgjengelig for gravide og legevakten, også etter arbeidstid. Dette for å følge opp gravide med spesielle behov eller for jordmorfaglige spørsmål.

Fysioterapitjenesten

Stillinger: Et 100 % kommunalt driftstilskudd, og en 80 % kommunefysioterapistilling (fastlønn), hvor 40 % av stillinga er knyttet mot fysak, frisklivsarbeid og folkehelse.

I 2012 har hovedvekten av tjenesten har vært knyttet opp mot kurativ behandling, forebyggende arbeid mot barn og tilrettelegging for fysisk aktivitet og folkehelsearbeid gjennom individ og grupperettede tiltak.

Fysioterapitjenesten har hatt samarbeid med leger, helsesøstre, skoler, barnehager, omsorgssentre og NAV.

Konsultasjoner

Det har vært en økning i antall henvendelser i 2012. Spesielt gjelder dette voksne i alderen 40 – 66 år og barn 0 – 15 år.

- Voksne: 3068 konsultasjoner (hovedvekt i alderen 40 – 66 år)
- Barn (0-15 år): 151 konsultasjoner.
- Institusjon/ rehabilitering: 72 konsultasjoner.
- Pasientgrupper: 2 ukentlige bassenggrupper.

Annet

- Deltakelse på basegruppemøter, hjelpemiddeltilpasning/ vurdering/ søknader,
- Undervisning på foreldremøte i barnehagen i samarbeid med helsesøster vedr. fysisk aktivitet og kosthold.

Frisklivssentralen

Gir tilbud til personer som trenger hjelp til å endre levevaner knyttet til fysisk aktivitet, kosthold og tobakk, f. eks som tidlig innsats for å forebygge sykdom, til personer som står i fare for å falle utenfor arbeidslivet eller til personer som er i et rehabiliteringsforløp. Frisklivssentralen er en forebyggende helsetjeneste i vekst. I 2012 er det mottatt 94 resepter, mot 34 i 2011. Nesten samtlige resepter er skrevet ut av leger, noen få av fysioterapeut og NAV. Det har vært faste samarbeidsmøter med legetjenesten, og det er etablert samarbeid med NAV vedr. utskriving av frisklivsresepter. Det har vært 3 ukentlige gruppetreninger rundt om i kommunen for deltakere på frisklivsresept ledet av fysioterapeut. I tillegg til gruppetilbudene har det vært individuell oppfølging og veiledning innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt for deltakere på resept. Det er gitt tilbud om kostholdskurs (Bra Mat for bedre helse) i samarbeid med Frisklivssentralen i Lyngen, og det er avholdt et røykesluttkurs på helsehuset på Oteren med 12 deltakere. Kursholder på røykesluttkurs har deltatt på sluttveilederkurs og fått godkjenning som kursleder.

Fysak

Det har vært en økning i antall deltakere både i postkassetrimmen og 5 på topp, som samlet ga ny deltakerrekord med 119 deltakere i 2012, mot 94 i 2011. I samarbeid med Ishavskysten friluftsråd er

det innført StepLog og lagt ut kodekort i alle postkasser slik at deltakere kan registrere sine turer på nettet. Nye kartheftene både for postkasetrimmen og 5 på topp er tatt i bruk. I samarbeid med Signaldalen bygdelag er det kommet bru over Luhppuelva, og rehabilitering av skilt i Lulledalen skogsti er påbegynt. Treningsrommet på fysioterapiavd. brukes flittig på ettermiddags- og kveldstid, samt i helger av ansatte i kommunen og deltakere på frisklivsresept.

Andre tjenester

Frivillighetssentralen

Storfjord frivillighetssentral ledes av et eget styre, valgt av styret for helse og sosial.

Frivillighetssentralen ledes av daglig leder og arbeider for å styrke frivilligheten i kommunen.

Frivillighetssentralen har blant annet engasjert seg i arbeidet med den kulturelle spaserstokken, møteplassene og oppfølging av frivillige organisasjoner.

Heldøgns bo- og omsorgstilbud gjennom Aleris Ungbo

Storfjord kommune har en avtale med Aleris Ungplan & Boi om å tilby heldøgns- pleie og omsorgstilbud for en bruker tilknyttet forebyggende tjeneste. Tjenesten er en barnebolig med forsterket bemanning. Avtalen med Aleris er inngått for to år med mulighet for prolongering. Det er et mål å få tiltaket over på kommunale hender etter hvert. Tilbudet hadde full drift i 2012.

Mål og resultater

Mål	Resultat
Øke nærværet (nytt måltall 7,5 %)	Målet ble ikke nådd, se oversikt
Heve kvaliteten på elektronisk samhandling gjennom implementering av FUNNKE	Arbeidet er i gang, men ikke fullført.
Medarbeidere i etaten skal føle seg sett og anerkjent. Etaten arbeider med intern kultur for å sikre ansvarsbevisste medarbeidere. Stillingsbeskrivelser og lederavtaler skal på plass.	Arbeidet med stillingsinstrukser er igangsatt. Dette fullføres våren 2013.
Kvalitetssikre saksbehandlingen gjennom opprettelse av saksbehandler-team og nye rutiner for søknader for brukere	Arbeidet med forbedring av saksbehandlingen i etaten er igangsatt. Dette vil ferdigstilles våren 2013.
Kompetanseheving av og fokus på å beholde medarbeidere	Etaten mottok tilskudd fra kompetanseløftet. Dette ble benyttet for å gi kompetanseheving til medarbeidere tross trange kår hva gjelder dette området i 2012.
Distribusjon av informasjonsbrosjyrer og annen informasjon til brukere og pårørende. Bevissthet til tilbudene	Ikke gjennomført brukerundersøkelse i 2012

skal økes med 5% målt fra tidligere brukerundersøkelser

Avvik - øker brukerrelaterte avvik med 10%, innføring av elektronisk avvikssystem

Utvikle rutiner for arbeid med individuell plan

Målet ble nådd. Antallet avvik økte med 15 %.

Igang satt, gjennomført i 2013

Mål for 2013

- Følge opp etatens medarbeidere under krevende omstilling
- Ferdigstille saksbehandlingsprosedyrer
- Kvalitetssikre og evaluere interne prosedyrer
- Implementert elektronisk avvikssystem i 2013
- Aktivt nærværarbeid – måltall 10 %



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
13/13	Storfjord Styret for helse og sosial	30.05.2013

Tertialrapportering - budsjett helse- og omsorgsetaten

Rådmannens innstilling

Tertialrapporteringen tas til orientering

Saksopplysninger

Det blir i møtet gitt en redegjørelse for regnskapet pr. første tertial 2013. Regnskapet viser et merforbruk på drøyt 4,8 millioner kroner. Dette handler primært om at budsjettet ikke er periodisert. (Alle inntekter og utgifter er fordelt på 12 måneder, uavhengig av når inntektene og utgiftene kommer). Særlig viktig å merke seg er:

- 1) Forventet gevinst av nedbemanning er fordelt på hele året, men vil først gi regnskapsmessig effekt høsten 2013
- 2) Ressurskrevende brukere regnskapsføres ved regnskapsavslutningen, men kostnadene påløper hele året
- 3) En del øvrige tilskudd er ennå ikke regnskapsført

Vurdering

Det foretas en gjennomgang på avdelingsnivå for å finne nøyaktig status for budsjett 2013. Tiltak vil bli effektivert, hvor aktuelt, for å forhindre merforbruk.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
14/13	Storffjord Styret for helse og sosial	30.05.2013
	Storffjord Råd for funksjonshemmede	
	Storffjord Eldreråd	
	Storffjord Kommunestyre	

Samarbeidsavtale i forbindelse med samhandlingsreformen -Ledsageravtalen

Henvisning til lovverk:

Denne tjenesteavtalen inngås i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, tredje avsnitt. I tilfelle konflikt mellom denne avtalen og overordnet samarbeidsavtale, skal sistnevnte ha forrang.

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., LOV-2011-06-24-30 (hotjl)
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., LOV-1999-07-02-61 (speshtjl)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63 (pasrhl)
- Lov om helsepersonell m.v., LOV-1999-07-02-64 (hpl)

Vedlegg

- 1 Samarbeidsavtale i forbindelse med samhandlingsreformen -Ledsageravtalen

Rådmannens innstilling

Avtale om bruk av ledsager ved reise til og fra spesialisthelsetjenesten og ved opphold i sykehus (ledsageravtalen) mellom Storffjord kommune og UNN inngås.

Saksopplysninger

Overordnet samarbeidsorgan (OSO) har gjennomgått og vurdert den foreliggende avtale og anbefaler at styret ved UNN og kommunestyrene i Troms inngår avtalen.

I forbindelse med gjennomføringen av Samhandlingsreformen vedtok Stortinget i ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (kap. 6) at kommunene og helseforetakene skal inngå juridisk bindende avtaler innen de mest sentrale samhandlingsområdene, til sammen tolv lovpålagte avtaler. I tillegg har Helse Nord og kommunene vedtatt at det skal utarbeides en avtale om følgetjenester.

I OSO i mai 2012 ble KSU 3/11 gitt mandat til å slutføre sitt arbeid med å lage forslag til samarbeidsavtale om følgetjenestene.

Følgetjenester for pasienter kan grovt deles inn i fire områder:

1. følgetjenester for pasienter med kognitive forstyrrelser
2. følgetjenester for pasienter med andre store hjelpebehov
3. følgetjenester for fødende/gravide
4. følgetjenester for utagerende psykiatriske pasienter.

Hvert område har sine utfordringer.

Følgetjenesten til fødende og gravide er ivaretatt gjennom en regional avtale utarbeidet av Helse Nord som vedlegg til tjenesteavtale 8. Den gjelder i Troms/Ofoten kun Lyngen kommune. For pasienter med store psykiatriske lidelser ble det i 2007/2008 utarbeidet og vedtatt (i OSO) en egen retningslinje for samarbeid om følgetjeneste.

Det som foreligger nå er en generell avtale om ledsagertjenesten med retningslinjer. Det har hele veien vært et ønske fra Helse Nord – og i tråd med Veilederens anbefalinger – at det oppnås størst mulig grad av regional likhet i struktur og innhold i avtaleverket.

Grappa har derfor sendt utkast av avtalen til Helse Nord og samhandlingskontaktene i Nordland og Finnmark.

Gruppas mål har i arbeidet vært å få til en avtale som kan gi grunnlag for mer helhetlig og koordinerte ledsagertjenester til pasienter, ”sømløse” tjenester hvor ansvarsforhold er avklart.

Avtalen bygger på dagens lovverk og anbefalinger/brev fra HOD samt gjeldende rutiner mellom UNN og de 31 kommunene som har UNN som lokalsykehus.

Avtalene har tidligere vært til høring i kommunene og noen gjennomgående forhold som ble påpekt i høringssvarene

1. Kommunene ønsker en klarere presisering av UNNs ansvar for organisering av ledsagertjenesten.
2. Kommunene ønsker ikke å forplikte seg til å måtte skaffe personell når UNN ber om det, men ”bistå med” ved behov.

Grappa har imøtekommet dette ved å endre på en del formuleringer i pkt 7.3, første setning og pkt. 8. Det henvises her også til brev fra Sosial- og Helsedirektoratet 2007 og HOD 2011 i denne avtalens pkt.5.

Vurdering

Avtalen innebærer klarere rolleforståelse enn tidligere, og en presisering av at det økonomiske ansvaret ligger hos UNN. Dette er positivt, og det anbefales derfor at avtalen inngås.



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU

XX kommune

Tjenesteavtale

mellom

XX kommune

og

UNN HF

om

***Avtale om bruk av ledsager ved reise til og fra
spesialisthelsetjenesten
og ved opphold i sykehus
(Ledsageravtalen)***

1. Parter

Denne avtalen er inngått mellom XX kommune og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (heretter UNN).

2. Bakgrunn og avtalens omfang

Denne tjenesteavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, tredje avsnitt. I tilfelle konflikt mellom denne avtalen og overordnet samarbeidsavtale, skal sistnevnte ha forrang.

Denne avtalen omfatter ledsager ved reise til/fra og ledsager ved opphold i sykehus. Ledsager i forbindelse med dagbehandling og poliklinisk konsultasjon omfattes av syketransportforskriften.

Følgetjeneste for akutt behandling innenfor feltet rus og psykiatri omfattes av egne retningslinjer vedlagt denne avtalen.

Denne avtalen omfatter ikke følgetjenester for gravide i den utstrekning dette er regulert i retningslinje til tjenesteavtale nr 8 (Samarbeid om jordmortjenester).

Barn på sykehus reguleres hovedsakelig av forskriften om barn på sykehus. Behov for ledsager ut over pårørende må organiseres på samme måte som for voksne i henhold til denne avtalens pkt 8.

Denne avtalen omfatter ikke lege som ledsager pasient i ambulanse.

Denne avtalen omfatter ikke tilfeller der pasientens pårørende eller tilsvarende er ledsager på reise i den utstrekning dette dekkes av syketransportforskriften (FOR 2008-07-04 nr 788). Refusjon av lønnsgodtgjørelse/overnatting for ledsager som faller inn under Syketransportforskriftens § 10 c 2. setning blir særskilt omtalt i pkt. 7.4.

3. Formål

Formålet med denne tjenesteavtalen er å sikre bedre pasientbehandling og pasientforløp. Avtalen skal klargjøre kommunens og helseforetakets ansvar og forpliktelser knyttet til pasienters behov for ledsager ved reise til og fra spesialisthelsetjenester og/eller ved opphold i sykehus.

4. Vedlegg til avtalen

Følgende dokumenter er vedlegg til denne avtalen:

- Plan for kommunal vaktordning for pasient innlagt ved Universitetssykehuset i Nord-Norge
- Retningslinjer for organisering av transport og ledsaging av pasienter som skal til øyeblikkelig hjelp innleggelse i psykiatrisk avdeling

5. Relevant lovverk

De mest relevante lovene denne avtalen baserer seg på er:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., LOV-2011-06-24-30 (hotjl)
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., LOV-1999-07-02-61 (speshtjl)

- Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63 (pasrhl)
- Lov om helsepersonell m.v., LOV-1999-07-02-64 (hpl)

Denne avtalen fyller ut og presiserer bestemmelser i syketransportforskriften (FOR 2008-07-04 nr 788: Forskrift om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling).

Brev fra Sosial- og helsedirektoratet av 9. juli 2007 som regulerer kostnader ifm sykehusopphold.

<http://www.helsetilsynet.no/no/Regelverk/Tolkningsuttalelser/Helse-omsorgstjenester/Ansvar-kostnader-kommunalt-ansatte-forbindelse-sykehusopphold/>

Brev fra HOD av 10. juni 2011 om ansvar for å organisere ledsagertjeneste for pasienter.

<http://www.ks.no/tema/helse-og-omsorg/Helse/Helseforetakene-har-ansvar-for-a-organisere-ledsagertjenesten-for-pasienter/>

6. Vurdering av behov for ledsager

Rett til dekning av utgifter for ledsager skal være begrunnet i helsemessige, medisinske eller behandlingsmessige behov. Behovet skal vurderes i hvert enkelt tilfelle. I denne vurderingen vil blant annet følgende forhold bli vektlagt:

- Pasientens forflytningsevne
- Pasientens orienteringsevne
- Pasientens evne til å kommunisere (forstå og/eller gjøre seg forstått)
- Vurdering av sannsynligheten for at det vil oppstå behov for hjelp under reisen eller innleggelsen.
- Generell vurdering av hvor belastende reisen og/eller innleggelsen vil være i forhold til pasientens generelle og spesielle tilstand.

Vurderingen skal gjøres i samråd med pasienten og eventuelt pasientens pårørende. Vurderingen skal alltid ha pasientens beste og pasientens interesser i fokus.

7. Ledsager ved reise

7.1. Ledsager ved reise til spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til ledsager etter bestemmelsene i syketransportforskriften. Lege eller den denne delegerer myndighet til, har ansvar for å vurdere pasientens helsetilstand i forhold til behov for ledsager ved reise.

7.2. Ledsager ved reise fra spesialisthelsetjenesten (hjemreise)

UNN har ansvar for å vurdere pasientens behov for ledsager i forbindelse med at pasient reiser hjem etter innleggelse ved sykehuset.

7.3. Ansvar for å skaffe ledsager

UNN har et helhetlig ansvar for å sørge for at ledsager er tilgjengelig når det er nødvendig for at reisen blir forsvarlig.

Som regel er det pårørende som ledsager pasienten. I de situasjoner der pasienten trenger ledsager, og det ikke er pårørende som kan ledsage, må partene enkeltvis eller i samarbeid bidra til å sikre en forsvarlig ledsagertjeneste.

UNN er avhengig av hjelp fra kommunene for å kunne få til gode tjenester for den enkelte bruker. I denne avtalen forplikter partene seg til å samarbeide om å etablere en god ledsagertjeneste

7.4. Dekning av utgifter til ledsager ved reise

UNN ved Pasientreiser har ansvar for dekning av utgifter for reise for pasient og ledsager i henhold til syketransportforskriften og denne avtalen.

Når pasienten av medisinske eller behandlingsmessige grunner har behov for ledsager, har ledsager rett til å få dekket nødvendige utgifter forbundet med det å følge pasienten. Hovedregel for dekning er regulert i Syketransportforskriften og pasient/ledsager sender inn reiseregning til Pasientreiser.

Ved refusjon av lønnsgodtgjørelse/overnatting for ledsager som faller inn under Syketransportforskriftens § 10 c 2. setning hvor kommunen iht pkt 7.3 har ordnet ledsager gjelder følgende:

- Lønn dekkes etter syketransportforskriftens satser for aktiv ledsagelse. Tid som tilbringes på hotell/annet overnattingssted uten pasient på samme rom regnes ikke som reise-/arbeidstid.
- Full dekning av overnatting på UNNs avtalehotell.
- Kostgodtgjørelse iht Syketransportforskriften ved over 12 timers fravær fra hjemmet.

Der det er avtalt kommunalt ansatt ledsager dekker UNN påløpt lønn under reisen med eventuelle tillegg.

7.5. Oppgjør mellom UNN v/Pasientreiser og kommunen

I utgangspunktet skal billigste rutegående transport benyttes både ved reise til og reise fra UNN. Dersom drosje er medisinsk nødvendig skal denne rekvireres av lege.

Kommunalt ansatt ledsager som reiser uten pasient skal reise på billigste måte. Utgifter dekkes av kommunen som får utgiftene refundert fra UNN. Ledsager skal ikke betale egenandel.

8. Ledsager i forbindelse med opphold i sykehus

8.1. UNNs ansvar og oppgaver

Hovedregel er at ved opphold i sykehus vil sykehuset dekke alle pasientenes behov i forbindelse med oppholdet. Det gjelder både omsorg, bistand, mat, medisiner m.m. Behandlende lege ved UNN avgjør om pasienten har behov for ledsager under opphold. I slike tilfeller kan sykehuset be kommunen om å bistå med å finne ledsager.

Før avgjørelse om at pasienten skal ha ledsager under opphold tas, skal ansvarlig helsepersonell ved UNN så langt mulig diskutere og planlegge forhold rundt oppholdet, herunder ledsager, med kommunens omsorgstjeneste. Se også tjenesteaftale nr 3, «*Retningslinjer for innleggelse i sykehus*».

UNN har ansvar for å utarbeide en plan hvor omfang av tjenester framgår. Slik plan utarbeides i samarbeid med kommunen og pasienten/pårørende. Der det er aktuelt skal slik plan inneholde bestemmelser om turnusordning og utskifting av personell.

UNN dekker kommunens kostnader for ledsager etter denne bestemmelsen etter nærmere plan mellom kommunen og UNN. Kostnader skal spesifiseres på eget skjema som er vedlegg til denne avtalen.

Ved akutte innleggelser skal spørsmålet om ledsager under opphold avklares så raskt som mulig.

8.2. Kommunens ansvar og oppgaver

Kommunen skal bistå med å finne ledsager for pasient som har behov for dette og der UNN ikke kan dekke behovet.

Kommunen og UNN skal sammen utarbeide en plan for oppholdet og ledsagerens oppgaver.

I særskilte tilfeller kan det være aktuelt at kommunen må yte kommunale tjenester også under oppholdet, jf rundskriv fra Sosial- og helsedirektoratet av 9. juli 2007.

Arbeidsgiveransvar og forsikringsordninger endres ikke ved ledsageroppdrag. I tilfeller der verken UNN eller kommune er ledsagers arbeidsgiver er det UNN som tar dette ansvaret.

8.3. Ledsagerens rolle og oppgaver

Partene skal sikre at ledsageren bistår pasienten og behandlingen på en god måte. Partene skal blant annet sikre at:

- Ledsageren er til stede for pasienten og ivaretar dennes behov for oppfølging i det daglige.
- Ledsageren så langt mulig utfører arbeid som denne ellers gjør for pasienten og ikke benyttes til behandlingsrettet arbeid inne på sykehuset.
- Ledsager retter seg etter rutiner og regler for den avdelingen de er på og utfører de oppgaver som er avtalt i arbeidsplanen.
- Ledsageren har taushetsplikt i henhold til helsepersonelloven.

8.4. Betaling/oppgjør

Etter at ledsageroppdraget er utført, sender kommunen refusjonskrav til UNN for utgifter. Se også pkt 8.1 over.

Følgende utgifter skal dekkes av UNN:

- Lønn ihht avtale for den enkelte innleggelse
- Reise og diett
- Kostnader ved bytte av ledsager, i utgangspunktet en til to ganger pr uke, avhengig av oppholdets varighet.

UNN har ansvar for å ordne overnatting for ledsager der det er behov for dette.

9. Brukermedvirkning

Tjenester som følger av denne tjenesteavtalen skal sikre og styrke brukernes interesser. Brukere skal involveres i utvikling av tjenester etter denne avtalen, jfr. også Overordnet samarbeidsavtale pkt. 3.

10. Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft fra når den er underskrevet av partene og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd. Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen det tidspunkt den oppsagte avtalen løper ut.

Partene er enige om å gjennomgå avtalen årlig og sørge for jevnlig rapportering og evaluering.

Slik gjennomgang skal også omfatte vedlegg til denne avtalen.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres eller erfaringer tilsier behov for dette.

11. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale mellom XX kommune og UNN.

12. Dato og underskrift

Sted og dato:

Sted og dato:

For ... kommune

For Universitetssykehuset Nord-Norge HF



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
15/13	Storfjord Eldreråd	08.05.2013
13/13	Storfjord Formannskap	16.04.2013
15/13	Storfjord Styret for helse og sosial	30.05.2013
13/13	Storfjord Plan- og driftsstyre	15.04.2013
21/13	Storfjord Kommunestyre	24.04.2013
	Storfjord Kommunestyre	

Avklaring for vaktmestertjenester for eldre og uføre - satser, rett til tjenester og innhold i tjenesten.

Vedlegg

- 1 Saksfremstilling fra 2001 - Satser for egenbetaling fro praktisk bistand

Saksprotokoll i Storfjord Formannskap - 16.04.2013

Behandling:

Plan- og driftstyrets innstilling ble tatt opp til votering.
Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

Formannskapetets innstilling til Kommunestyret:

1. De som får vedtak om rett til hjemmetjenester er samtidig godkjent til å kunne få tjenester fra vaktmester for eldre og uføre.
2. Hjemmeboende eldre med sviktende helsesituasjon kan etter søknad og påfølgende vedtak fra Helse- og omsorgssjefen gis rett til denne tjenesten.
3. Hjemmeboende uføre med sviktende helsesituasjon kan etter søknad og påfølgende vedtak fra Helse- og omsorgssjefen gis rett til denne tjenesten.
4. Søker må samtykke i at Storfjord kommune innhenter opplysninger om inntekt.
5. Satser for vaktmestertjenester for eldre og uføre:
 - a. Gr. 1: Inntekt under 2 G: kr. 100 pr. time
 - b. Gr. 2: Inntekt over 2 og under 3 G: kr. 120 pr. time
 - c. Gr. 3: Inntekt over 3 G og under 5 G: kr. 150 pr. time
 - d. Gr. 4: Inntekt over 5 G: kr. 240 pr. time

6. Det er husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag som danner grunnlag for satsene.
7. Maks betaling pr. år: Gr. 1: kr 4800, gr. 2: kr 6000. Øvrige grupper betaler vedtatt timepris.
8. Økning av satsene vedtas av kommunestyret i forhold til budsjett hvert år.
9. Hvilke tjenester som vaktmester for eldre og uføre utøver:
 - a. Hjelp til å få ved inn i boligen. Det presiseres at vaktmester ikke hugger/kløyver veden, men at denne må kjøpes klar til bruk.
 - b. Enkle, små reparasjoner i boligen som ikke er svært tidkrevende. Oppussing av boligen faller ikke under denne ordningen.
 - c. Hjelp i forhold til problemer med vann og eller avløp.
 - d. Snømåking og/eller strøing ved kapasitet. Tjenestemottaker må holde utstyr og sand selv.
 - e. Plenklipping/lett hagearbeid ved kapasitet. Tjenestemottaker må holde utstyr og plenklipper selv.
 - f. Dersom tjenestemottaker ønsker at vaktmester skal utføre andre oppgaver enn det som er listet opp, skal det godkjennes av driftssjef, eller den som denne bemyndiger.

Saksprotokoll i Storfjord Eldreråd - 08.05.2013

Behandling:

Plan- og driftsstyrets og Formannskapetets innstilling enstemmig vedtatt.

Eldrerådets innstilling:

10. De som får vedtak om rett til hjemmetjenester er samtidig godkjent til å kunne få tjenester fra vaktmester for eldre og uføre.
11. Hjemmeboende eldre med sviktende helsesituasjon kan etter søknad og påfølgende vedtak fra Helse- og omsorgssjefen gis rett til denne tjenesten.
12. Hjemmeboende uføre med sviktende helsesituasjon kan etter søknad og påfølgende vedtak fra Helse- og omsorgssjefen gis rett til denne tjenesten.
13. Søker må samtykke i at Storfjord kommune innhenter opplysninger om inntekt.
14. Satser for vaktmestertjenester for eldre og uføre:

e. Gr. 1: Inntekt under 2 G:	kr. 100 pr. time
f. Gr. 2: Inntekt over 2 og under 3 G:	kr. 120 pr. time
g. Gr. 3: Inntekt over 3 G og under 5 G:	kr. 150 pr. time
h. Gr. 4: Inntekt over 5 G:	kr. 240 pr. time
15. Det er husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag som danner grunnlag for satsene.
16. Maks betaling pr. år: Gr. 1: kr 4800, gr. 2: kr 6000. Øvrige grupper betaler vedtatt timepris.

17. Økning av satsene vedtas av kommunestyret i forhold til budsjett hvert år.

18. Hvilke tjenester som vaktmester for eldre og uføre utøver:

- g. Hjelp til å få ved inn i boligen. Det presiseres at vaktmester ikke hugger/kløyver veden, men at denne må kjøpes klar til bruk.
- h. Enkle, små reparasjoner i boligen som ikke er svært tidkrevende. Oppussing av boligen faller ikke under denne ordningen.
- i. Hjelp i forhold til problemer med vann og eller avløp.
- j. Snømåking og/eller strøing ved kapasitet. Tjenestemottaker må holde utstyr og sand selv.
- k. Plenklipping/lett hagearbeid ved kapasitet. Tjenestemottaker må holde utstyr og plenklipper selv.
- l. Dersom tjenestemottaker ønsker at vaktmester skal utføre andre oppgaver enn det som er listet opp, skal det godkjennes av driftssjef, eller den som denne bemyndiger.

Rådmannens innstilling

19. De som får vedtak om rett til hjemmetjenester er samtidig godkjent til å kunne få tjenester fra vaktmester for eldre og uføre.

20. Hjemmeboende eldre med sviktende helsesituasjon kan etter søknad og påfølgende vedtak fra Helse- og omsorgssjefen gis rett til denne tjenesten.

21. Hjemmeboende uføre med sviktende helsesituasjon kan etter søknad og påfølgende vedtak fra Helse- og omsorgssjefen gis rett til denne tjenesten.

22. Søker må samtykke i at Storfjord kommune innhenter opplysninger om inntekt.

23. Satser for vaktmestertjenester for eldre og uføre:

- | | |
|--|------------------|
| i. Gr. 1: Inntekt under 2 G: | kr. 100 pr. time |
| j. Gr. 2: Inntekt over 2 og under 3 G: | kr. 120 pr. time |
| k. Gr. 3: Inntekt over 3 G og under 5 G: | kr. 150 pr. time |
| l. Gr. 4: Inntekt over 5 G: | kr. 240 pr. time |

24. Det er husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag som danner grunnlag for satsene.

25. Maks betaling pr. år: Gr. 1: kr 4800, gr. 2: kr 6000, gr. 3: kr 10000 og gr. 4: kr 20 000

26. Økning av satsene vedtas av kommunestyret i forhold til budsjett hvert år.

27. Hvilke tjenester som vaktmester for eldre og uføre utøver:

- m. Hjelp til å få ved inn i boligen. Det presiseres at vaktmester ikke hugger/kløyver veden, men at denne må kjøpes klar til bruk.
- n. Enkle, små reparasjoner i boligen som ikke er svært tidkrevende. Oppussing av boligen faller ikke under denne ordningen.
- o. Hjelp i forhold til problemer med vann og eller avløp.
- p. Snømåking og/eller strøing ved kapasitet. Tjenestemottaker må holde utstyr og sand selv.
- q. Plenklipping/lett hagearbeid ved kapasitet. Tjenestemottaker må holde utstyr og plenklipper selv.

- r. Dersom tjenestemottaker ønsker at vaktmester skal utføre andre oppgaver enn det som er listet opp, skal det godkjennes av driftssjef, eller den som denne bemyndiger.

Saksopplysninger

I saksopplysningene vil det nye forslaget til hvordan et nytt vedtak i forhold til dette med vaktmester for eldre og uføre kan være. Her vil vi komme inn på satser, mottakere av tjenesten og hvilke tjenester som kan utføres. Vi har ikke funnet tidligere vedtak i saken, med unntak av en revidering av satsene for betaling fra 2001.

Satser for vaktmestertjenester for eldre og uføre:

Inntekt under 2 G:	kr. 100 pr. time
Inntekt over 2 og under 3 G:	kr. 120 pr. time
Inntekt over 3 G og under 5 G:	kr. 150 pr. time
Inntekt over 5 G:	kr. 240 pr. time

Mottakere av tjenesten:

Vaktmester for eldre og uføre er tilgjengelig for eldre og uføre som er brukere av hjemmetjenester. Hjemmetjenester ytes etter vedtak. De som får vedtak om hjemmetjenester bør samtidig bli godkjent til å kunne få tjenester fra vaktmester for eldre og uføre.

I tillegg ser man at andre hjemmeboende eldre og uføre kan ha et reelt behov for denne tjenesten på grunn av sviktende helsesituasjon. Det åpnes for at også denne gruppen kan søke om å motta tjenesten. Søknaden rettes til Helse og omsorgsetaten v/Helse- og omsorgssjefen, som gjør et vedtak om å gi rett til denne tjenesten, dersom man mener at det er behov for det i forhold til helsemessige årsaker. I søknaden må søker samtykke i at Storfjord kommune innhenter opplysninger om inntekt. Dette fordi systemet for betaling legger opp til en gradering av betaling i forhold til inntekt. Dette medfører at man betaler dels etter evne og dels etter bruk. Tiltaket ses i sammenheng med kommunens satsning på «Borte bra, hjemme best.» - et tiltak som har som mål å tilrettelegge for at eldre kan bo hjemme så lenge som mulig.

Hvilke tjenester som vaktmester for eldre og uføre utøver:

- Hjelp til å få ved inn i boligen. Det presiseres at vaktmester ikke hugger/kløyver veden, men at denne må kjøpes klar til bruk.
- Enkle, små reparasjoner i boligen som ikke er svært tidkrevende. Oppussing av boligen faller ikke under denne ordningen.
- Hjelp i forhold til problemer med vann og eller avløp.
- Snømåking og strøing. Tjenestemottaker må holde utstyr og sand selv.
- Plenklipping/lett hagearbeid ved kapasitet. Tjenestemottaker må holde utstyr og plenklipper selv.
- Dersom bruker av tjenesten ønsker at vaktmester skal utføre andre oppgaver enn det som er listet opp, skal det godkjennes av driftssjef, eller den denne bemyndiger.

Vurdering

Vaktmestertjenester for eldre og uføre er ikke en lovpålagt tjeneste. Forskrift til lov om sosiale tjenester m.v. tar ikke denne tjenesten inn under det som har lovbegrensninger i forhold til betaling. Kommunen kan derfor selv bestemme hva satsene skal være og hvilke tak vi skal sette i forhold til betaling. Det er ikke slik at kommunen må sette et tak for betaling, men det vil være et godt tiltak for å stimulere til at eldre kan bo hjemme så lenge som mulig. Satsene for betaling for vaktmestertjenester for eldre og uføre er urimelig lav. Det siste vedtaket om satser for vaktmestertjenester vi kan finne er fra 2001, sak 0086/01 fra kommunestyre. Satsene som fremkommer av dette vedtaket er fra 18 kr og opp til 64 kr. pr time. Dette er svært lavt, og satsene synes ikke å ha vært øket siden i 2001. Det foreslås at disse satsene økes, samt at hvem som skal ha rett til tjenesten og hvilke type oppgaver som kan ytes bistand til klargjøres.

Å yte denne tjenesten er viktig i forhold til kommunens satsing på «Borte bra, hjemme best», et tiltak som har som mål å tilrettelegge for at eldre kan bo hjemme så lenge som mulig.

Satsene for hjemmehjelp har en gradering i forhold til hvor mye husstanden har som inntekt. De som har lav inntekt vil fremdeles få en lav sats, mens de som har en høyere inntekt vil måtte betale mer for samme tjeneste. Dette er et rettferdig prinsipp, og dette vil også satsene for vaktmestertjenester for eldre og uføre bygge på.

2013 / 1221

SAMLET SAKSFREMSTILLING

SATSER FOR EGENBETALING FOR PRAKTISK BISTAND

Saksbeh.: Anne Rasmussen
Arkivsaksnr: 01/00775

Arkivkode: 231
Gradering: /

Saksnr.:	Utvalg	Møtedato
0008/01	Eldrerådet	13.12.2001
0040/01	Hovedutvalget helse og sosial	15.11.2001
0086/01	Kommunestyret	19.12.2001

FAKTISKE OPPLYSNINGER:

Hovedutvalget for helse-og sosial ønsker å vurdere satsene for egenbetaling for praktisk bistand, herunder hjemmehjelp. Satsene for egenbetaling er ikke justert siden 94/95. Storfjord kommune har følgende satser:

Netto inntekt:	Pr. time	Maks. betaling pr.år
Inntil 2 G	Kr.10,-	600,-
2-3 G	Kr.29,50	8.400,-
3-4 G	Kr.41,-	10.800,-
4-5 G	Kr.52,50	14.400,-
Over 5 G	Kr.64,-	18.000,-

For vaktmestertjeneste er satsene samme som for hjemmehjelp, med unntak av inntektsgruppa under 2G som betaler kr.18,- pr.time, og disse satsene er heller ikke oppjustert siden -93.

1 G = 51.360,- (oppjusteres pr.01.05. hvert år)

I forskrift til lov om sosiale tjenester kap.8 om vederlag/egenbetaling for sosiale tjenester m.v. står det at kommunen selv kan fastsette regler for betalingssatser, men vederlaget skal ikke overstige kommunens utgifter til angjeldende tjeneste (selvkost). Timelønn/selvkost hjemmehjelp er beregnet til kr. 132,- pr.time. (timelønn ltr.18 + sosiale utgifter + 10% adm.utgifter)

Videre fremgår det av forskriften at dersom tjenestene betales etter abonnementsordning kan vederlaget ikke overstige kommunens samlede selvkost til den enkelte i den måneden abonnementet omfatter.

Utgiftstaket for sosiale tjenester med inntekt under 2 G fastsatt til kr. 150,- pr.mnd. =kr. 1.800 pr.år.(forskrift av 05.januar 2001) Staten har regnet ut at kommunene får en merinntekt med at utgiftstaket er hevet, og rammetilskuddet er redusert tilsvarende.

De fleste kommuner har innført abonnementsordning for egenbetaling hjemmehjelp, så også nabokommunene. Hvis brukeren/husstanden har høy inntekt og få timetall vil det måtte kreves vederlag etter timesatsen, fordi kommunen ikke kan overstige selvkost. En abonnementspris vil være retningsgivende og fungere som utgiftstak.

I følge lov om sosiale tjenester skal alle ha nok av sin inntekt til å dekke eget behov og evt. forsørgeransvar. Det er en forutsetning at brukeren skal ha en forsvarlig levestandard.

Eldrerådet har tidligere gitt uttalelse og mener å opprettholde nåværende timepris med en økning på 15% på satsene *over 2 G*, henholdsvis: 10,- 34,- 47,- 60,50 73,50.

Vaktmestertjeneste følger samme satser.

Saken oversendes Eldrerådet på ny høring.

VURDERING:

Det vurderes som rimelig å gå inn på samme ordning og samme satser som nabokommunene har, da tjenesten med innhold og organisering er lik. Dessuten vil en abonnementsordning være enklere å administrere, og enkel for brukeren å beregne utgiftene med.

Når det gjelder vaktmestertjeneste vurderes det som riktig å skille mellom hjelp med dagliglivets gjøremål eks. vedkapping, snømåking, og større oppdrag som eks. utbedring av bolig. I henhold til lov om sosiale tjenester inngår hjelp til dagliglivets gjøremål i praktisk bistand og opplæring, det som skal til for at brukeren skal kunne bo og fungere hjemme. Det er derfor rimelig at det følges samme satser som hjemmehjelp, og at dersom en bruker får hjemmehjelp så inngår *enkel* vaktmesterbistand i samme sats. Ved større vaktmesteroppdrag betales timesats.

Storjord har ikke til nå tatt egenbetaling for praktisk bistand til psyk. utviklingshemmede, dette foreslås nå innført på lik linje med andre brukere som har bistandsbehov. (jfr. lik praksis i kommunene)

RÅDMANNENS INNSTILLING:

1. Det innføres følgende abonnementsordning for praktisk bistand:

Inntil 2 G	2-3 G	3-4 G	4-5 G	Over 5 G
Kr. 150,- pr.mnd.	Kr.428,- pr.mnd.	Kr.713,-/mnd.	Kr. 1069,-/mnd.	Kr.1426,-/mnd.

Dersom brukeren har lavt timetall og høy inntekt betales timesats kr.132,-

Det innføres samme satser for praktisk bistand til psyk.utv.hemmede.

Vaktmestertjeneste til dagliglivets gjøremål følger samme satser og inngår i samme ordning.

Ved større oppdrag betales timesats.

Betalingsordningen trer i kraft fra 01.01.02.

2. For øvrig tiltredes til enhver tid gjeldende Forskrift om utgiftstak for sosiale tjenester.

Behandling/vedtak i Hovedutvalget helse og sosial den 15.11.2001

Behandling:

Rådmannens innstilling enstemmig vedtatt.

Vedtak:

1. Det innføres følgende abonnementsordning for praktisk bistand:

Inntil 2 G	2-3 G	3-4 G	4-5 G	Over 5 G
Kr. 150,- pr.mnd.	Kr.428,- pr.mnd.	Kr.713,-/mnd.	Kr. 1069,-/mnd.	Kr.1426,-/mnd.

Dersom brukeren har lavt timetall og høy inntekt betales timesats kr.132,-

Det innføres samme satser for praktisk bistand til psyk.utv.hemmede.

Vaktmestertjeneste til dagliglivets gjøremål følger samme satser og inngår i samme ordning.

Ved større oppdrag betales timesats.

Betalingsordningen trer i kraft fra 01.01.02.

2. For øvrig tiltredes til enhver tid gjeldende Forskrift om utgiftstak for sosiale tjenester.

Behandling/vedtak i Eldrerådet den 13.12.2001

Behandling:

Pleie- og omsorgssjef Anne Rasmussen orienterte om saka.

Enstemmig vedtak:

Eldrerådet har ikke merknader til rådmannens innstilling.

Vedtak:

Eldrerådet har ikke merknader til rådmannens innstilling.



Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
16/13	Storfjord Styret for helse og sosial	30.05.2013

Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013

Henvisning til lovverk:
Rundskriv IS-1/2013

Rådmannens innstilling

Rundskrivet tas til orientering.

Saksopplysninger

Styret for helse- og sosial behandlet rundskrivet som en referatsak primo 2013. Utvalget ønsket i den forbindelse å ha en dypere gjennomgang av rundskrivet.

Rundskrivet er basert på satsninger i statsbudsjettet (prop 1 S 2012-2013) og gir klare føringer for hvilke prioriteringer kommunene, fylkeskommunene, regionale helseforetak og fylkesmennene i landet skal gjøre.

Sidene 4-16 gir oversikt over prioriteringer for kommunene, det er skissert kulepunkter på hvert enkelt område som helsedirektoratet ønsker at kommunene skal prioritere.

Vurdering

Arbeidet i rundskrivet er svært omfattende. Storfjord kommune har i gang satt/implementert store deler av kulepunktene Helsedirektoratet etterlyser, og er således godt i gang i forhold til å bistå med oppfyllingen av intensjonene i statsbudsjettet.

Tiltak	Ja	Nei
Folkehelse		
Sørge for tilstrekkelig kapasitet til koordinering av tverrsektorielt folkehelsearbeid	X	

Videreutvikler arbeidet med oversikt over folkehelse	X	
Skaffer oversikt over helsemessige forhold ved elevenes arbeidsmiljø og iverksetter tiltak i samsvar med gjeldende regelverk	X	
Styrker det rusforebyggende arbeidet gjennom økt bruk av alkoholovens virkemidler	X?	
Styrker samarbeidet om rusmiddelforebyggende- og psykisk helsearbeid mellom ulike sektorer.	X	
Forebyggende helsetjenester		
Sørger for at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en sentral aktør i det helsefremmende og primærforebyggende arbeidet til gravide, barn og unge 0-20 år	X	
Sørge for at foreldre får tilbud om hjemmebesøk etter fødsel	X	
Sørger for at skolehelsetjenesten er et lett tilgjengelig lavterskeltilbud	X	
Bidra til utvikling og gjennomføring av desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg	x	
Etablerer oppfølgingstilbud for endring og mestring av levevaner til personer som har økt risiko for utvikling av livsstilssykdommer	X	
Kommunale frisklivssentraler bidrar med kunnskap og data i forskningsarbeid relatert til endring av levevaner		
Styrker det forebyggende og helsefremmende arbeidet innen psykisk helse og rus, spesielt arbeidet med tidlig intervensjon.	X	
Følger opp handlingsplaner og tiltak for forebygging og tidlig behandling i primærhelsetjenesten	X	
Kommunene skal bidra med å implementere nasjonal retningslinje for barselomsorgen som publiseres medio 2013		
Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten		
Sørge for at inngåtte avtaler følges opp, evalueres og revideres	X	
Sørge for at samarbeid og dialogmøter mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre tjenesteytere for eksempel tannhelsetjenesten for å sikre helhetlige pasientforløp.	X	
Utvikler gode og riktige tjenestetilbud slik at brukerne sikres forsvarlige helsetjenester innenfor alle områder. Sørge for samarbeid om følgetjeneste, herunder organisering av beredskap for følgetjeneste.	X	
Legger til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner og andre aktører	X	
Utvikler samarbeid med høyskoler/universitet og helseforetak for samarbeid om forskning og utviklingstiltak	X	
Dokumenterer kommunenes tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i de lovpålagte samarbeidsavtalene.		x
Etablerer samarbeid med helseforetaket om den nye turnusordningen for leger	X	
For rekviering av blod og blodtransfusjon for pasienter ikke innlagt i sykehus må det lages gode rutiner.	X	
Kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten		
Sørger for at ansvar og krav til elektronisk meldingsutveksling innarbeides i samarbeidsavtale med HF	X	
Knytter seg til Norsk Helsennett og tilrettelegger for elektronisk meldingsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten, fastleger etc.	X delvis	
Samarbeider med koordineringsenheter for elektronisk meldingsutveksling	X	
Følger opp arbeidet med innføring av elektroniske resepter i	X	

kommunene	delvis	
Sørger for at behov for IT videreutvikling rettet mot samhandling i helsesektoren meldes opp til nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse og omsorgssektoren	X	
Er forberedt på å gi innspill til arbeidet om utredning av nasjonal e-helsestrategi i helse- og omsorgssektoren.	X	
Følger opp Helledirektoratets arbeid med sikker digital dialog mellom fastleger og pasienter. Noen kommuner kan bli kontaktet i 2013 for pilotprosjekt.		
Iverksetter tiltak for bedre pasient- og brukersikkerhet på kjente risikoområder som legemiddelbruk, infeksjoner etc.	X	
Bidrar til det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer.		
Fortsetter arbeidet med å sikre god forankring og kompetanse for å bedre og kvalitetssikre IPLOS-data	X	
Oppfyller kravene i Normen. Sørger for opplæring og bevisstgjøring av ansatte for å sikre forsvarlig håndtering av helse- og personopplysninger i daglig arbeid.		X
Kartlegger og avtalefester ansvar for bruk, opplæring og vedlikehold av medisinsk utstyr.	X	
Registrerer og vedlikeholder egne opplysninger i adresseregisteret.	X	
Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn		
Sikrer ivaretagelse av svake eller utsatte grupper gjennom faglige prioriteringer		X
Sikrer at helsepersonell får økt kunnskap om hvordan bruke tolk.	X	
Sikre at kommunikasjonsarbeidet i helsetjenesten på alle nivå tar hensyn til minoriteter i befolkningen		X
Sørger for at vurdering av risiko for svikt i kommunikasjon på grunn av manglende språk- og samfunnskunnskap er en del av beredskapsplaner i kommunen		X
Beredskap		
Planelegger innføring av nasjonalt legevaktnummer 116 117	X	
Forbereder kommunenes legevaktjeneste og legevaktsentral på innføring av nytt nasjonalt nummer	X	
Sikrer nødvendig opplæring av personell på legevakt og legevaktsentral	X	
Bidrar til arbeidet med oppfølging av erfaringer og anbefalinger etter 22.07.11		X
Har en oppdatert oversikt i krisestøtteverktøyet over beredskapskontakter og varslingspunkter hos Fylkesmannen og over kommuneoverlegene og fastleger i kommunen.	X	
Inngår samarbeidsavtale med RHF for å sikre helhetlig akuttmedisinsk tilbud til kommunens innbyggere	X	
Sikrer at samarbeidsavtalene med helseforetakene følges opp gjennom gode rutiner, opplæring av helsepersonell og regelmessige øvelser	X	
Personell og kompetanse		
Bidrar i utdanning av helse- og sosialpersonell ved å etablere gode praksisplasser, og sørge for god praksisundervisning	X	
Implementerer ny turnusordning for leger	X	
Utarbeider kompetanse og rekrutteringsplaner i samarbeid med fylkesmann og helseforetak	X	
Styrker ledelseskompentansen i omsorgstjenesten		X

Etablerer gode læreplaner i helsearbeiderfaget og følger opp kompetanseløftet 2015	X	
Styrker kompetansen i aktiv omsorg og arbeider for økt faglig bredde i helse- og omsorgstjenestene		
Styrker kompetansen på legemiddelhåndtering i omsorgstjenestene	X	
Etablerer tverrfaglige team for kvalitetsforbedrende tiltak med tanke på legemiddelbehandling	X	
Sørger for gode rutiner ved tilsetting av helse- og sosialpersonell	X	
Sørger for at helse- og sosialpersonell i kommunen deltar på kurs i pasientsikkerhet- og forbedringsarbeid	X delvis	
Styrker kompetansen i systematisk folkehelsearbeid og helsefremmende og forebyggende arbeid	X	
Allmennlegetjenester		
Sørge for at fastlegene tar del av individrettet forebyggende arbeid.	X	
Sikrer at leger i vakt er tilgjengelig i nødnett	X	
Utarbeider plan sammen med fastlegene for iverksetting og implementering av fastlegeforskriften		
Styrker allmennlegetjenesten		X
Formaliserer og styrker samarbeidsarenaene med fastlegene.	X	
Har en god styringsdialog med fastleger i kommunen.	X	
Gjennomfører planer for realisering av elektroniske resepter	X	
Bruker den eksisterende praksiskonsulentordningen i arbeid med å bedre pasientløp sammen med helseforetakene.		X
Omsorgstjenestene		
Har fremtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunens planarbeid	X	
Fokus på strategier, målsetninger og tiltak i omsorgsplan 2015	X	
Følger opp revidert demensplan 2015	x	
Oppfyller kravet om at boenheter som bygges med tilskudd fra Husbanken skal ha universell utforming og være tilpasset mennesker med kognitiv svikt	X	
Følger opp satsningsområdene i Nevroplan 2015		X
Styrker det helsefremmende og forebyggende arbeidet gjennom å stimulere til fysisk aktivitet, sunt kosthold og sosial og kulturelle aktiviteter, samt deltakelse i samfunnet	X	
Psykisk helse og rus		
Opprettholder, videreutvikler og styrker kapasitet og kompetanse innen rusarbeid og psykisk helsearbeid ut fra lokale forhold. Bidrar til kartlegging.	X	
Ser innsatsen på fagfeltene psykisk helsearbeid og rusarbeid i et brukerperspektiv og i sammenheng med folkehelsearbeid.	X	
Styrker tilbudet til personer utsatt for vold/tramuer og har høy oppmerksomhet rettet mot rammede og berørte etter 22. juli		X
Øker innsatsen mot vold i nære relasjoner	X	
Sikrer nødvendige helsetjenester til innsatte i fengsel.		
Styrker tilbudet til eldre med psykiske problemer og/eller rusrelatert problemer		X
Habilitering og rehabilitering		
Sikrer at koorinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering er etablert og at KE er godt synlig og forankret i organisasjonen		X
Avklarer ansvars- og oppgavefordeling i samarbeid med	X	

spesialisthelsetjenesten		
Arbeider for økt bruk av individuell plan	X	
Styrker habiliterings- og rehabiliteringstilbudet. Særlig vekt på mennesker med kroniske sykdommer og tilstander.		X
Sikrer at driftsavtaler med private fysioterapeuter tilpasses befolkningens behov for tjenesten.	x	

NASJONALE MÅL OG PRIORITERTE OMRÅDER FOR 2013

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

Heftets tittel: NASJONALE MÅL OG PRIORITERTE OMRÅDER FOR 2013

Utgitt: 01/2013

Pubikasjonsnummer: IS-1/2013

Utgitt av: Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no

Tlf.: 24 16 33 68

Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer: IS-1/2013

Landets kommuner, landets fylkeskommuner,
regionale helseforetak, landets fylkemenn

Deres ref.:
Vår ref.:
Saksbehandler:
Dato:

12/7243-13
Eivor Bjerkestrand
16.01.2013

Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2013 - rundskriv IS-1/2013

Vedlagt følger rundskrivet Nasjonale mål og prioriteringer for 2013 (rundskriv IS-1). En foreløpig versjon av dokumentet ble lagt på Helsedirektoratets hjemmesider den 10.12.2012.

Rundskrivet er basert på satsninger i Prop. 1 S 2012-2013 (statsbudsjettet) og departementets og direktoratets planer for helse- og omsorgsområdet for 2013.

Målgruppen for rundskrivet er administrativ og politisk ledelse i kommunene og fylkeskommunene samt administrativ ledelse i de regionale helseforetak og hos fylkesmennene.

Budskapet er delt inn i egne underkapitler for de ulike mottakergruppene. Rundskrivet gir ikke en fullstendig oversikt over alle aktiviteter som aktørene har ansvaret for, men skal gi informasjon om de viktigste nasjonale målene og prioriteringene for 2013. Det forutsettes at mottakerne benytter rundskrivet i sine planer og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i tråd med de føringer som er gitt.

Direktoratet anbefaler mottakerne å legge ut en link til dokumentet på sine hjemmesider for å sikre at det blir tilgjengelig for ansatte, brukere og innbyggere.

Dokumentet vil ikke bli trykt opp og finnes bare i elektronisk versjon.

Vennlig hilsen

Bjørn Guldvog e.f.
direktør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Helsedirektoratet - Divisjon administrasjon

Avdeling plan og økonomi

Eivor Bjerkestrand, tlf.: 24163367

Postboks 7000 St. Olavs plass • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

INNHOOLD

1	INNLEDNING	3
2	NASJONALE MÅL FOR FOLKEHELSE OG HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN.....	3
3	PRIORITERTE OMRÅDER.....	4
3.1	KOMMUNENE.....	4
3.1.1	Folkehelsearbeid.....	5
3.1.2	Forebyggende helsetjenester	5
3.1.3	Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten	6
3.1.4	Kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.....	8
3.1.5	Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn.....	10
3.1.6	Beredskap.....	10
3.1.7	Personell og kompetanse.....	11
3.1.8	Allmennlegetjenester.....	12
3.1.9	Omsorgstjenester.....	13
3.1.10	Psykisk helse og rus.....	14
3.1.11	Habilitering og rehabilitering.....	15
3.2	FYLKESKOMMUNENE	16
3.2.1	Folkehelsearbeid.....	16
3.2.2	Samhandling, kvalitet og helseberedskap	16
3.2.3	Personell og kompetanse.....	17
3.2.4	Tannhelsetjenester	17
3.3	REGIONALE HELSEFORETAK.....	19
3.3.1	Samhandling og kvalitet.....	19
3.3.2	Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten	20
3.3.3	Kvalitetsforbedring	21
3.3.4	Beredskap.....	22
3.3.5	Personell og kompetanse	23
3.3.6	Psykisk helse og rus.....	24
3.3.7	Helsefremmende og forebyggende arbeid	25
3.4	FYLKESMENNENE.....	27
3.4.1	Samhandling, kvalitet og helseberedskap	27
3.4.2	Folkehelsearbeid.....	27

3.4.3	Kommunale helse- og omsorgstjenester.....	27
3.4.4	Spesialisthelsetjenesten	28

1 INNLEDNING

Rundskrivet IS-1 er Helsedirektoratets årlige skriv til fylkesmennene, kommunene, regionale helseforetak og fylkeskommunene. Målgruppen er administrativ og politisk ledelse i kommunene og fylkeskommunene, samt administrativ ledelse i regionale helseforetak og hos fylkesmennene.

Rundskrivet videreformidler de **viktigste nasjonale målene og prioriteringene** på helse- og omsorgsområdet i 2013. Det gir ikke en fullstendig oversikt over aktivitetene aktørene har ansvaret for.

Målet med rundskrivet er at mottakerne bruker informasjonen i sin planlegging for 2013, og at en samlet fremstilling bidrar til informasjonsdeling og koordinering på tvers av målgruppene.

Utgangspunktet er statsbudsjettet (Prop. 1 S), departementets tildelingsbrev til direktoratet og direktoratets strategiske plan for 2011-2014.

2 NASJONALE MÅL FOR FOLKEHELSE OG HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Regjeringens mål for helse- og omsorgstjenesten er presentert i statsbudsjettet.

Alle i Norge skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

En trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Når sykdom rammer, skal helsetjenesten behandle og lindre på best mulig måte.

Helsetjenesten skal fortsatt være blant verdens aller beste, medisinsk, teknologisk og når det gjelder omsorg. Tjenestene skal ha høy kvalitet, være trygge, tilgjengelige, effektive, og med kortest mulig ventetider.

Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 gir de overordnede føringene for folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstjenestene.

Målet på folkehelseområdet er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet og reduserte helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.

Samhandlingsreformen er en reform for økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, og helsetjenester som bygges rundt pasientens behov. Reformen legger vekt på å skape et mer helhetlig helsetilbud, der pasienter og brukere har innflytelse, og der det er avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Habilitering og rehabilitering står sentralt. Gjennom samhandlingsreformen styrkes den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å gi pasientene et bedre tilbud nærmere der de bor, og

spesialisthelsetjenesten videreutvikles. Utredning og behandling av hyppig forekommende sykdommer og tilstander skal desentraliseres når dette er til det beste for pasienten. Utredning og behandling av sjeldne sykdommer og tilstander skal sentraliseres der det er nødvendig for å sikre best mulig resultater, høy kvalitet og riktig ressursbruk.

I rusmiddelpolitikken står forebygging og tidlig innsats sentralt. Økt oppmerksomhet på innsats for pårørende og såkalt passiv drikking. Behandlingstilbudene skal videreutvikles og samhandlingen mellom de ulike nivåene i tjenesten skal bedres.

Kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der kommunene har ansvar og oppgaver. Det skal legges til rette for mer forpliktende samarbeid mellom fastlegen og kommunen.

Alle som trenger heldøgns omsorg skal få dette innen 2015. For å nå målet må også hjemmetjenestene bygges ut, slik at de som ønsker å bo hjemme eller i omsorgsbolig kan motta nødvendige helse- og omsorgstjenester der. Innsatsen til etablering av dagaktivitetstilbud til mennesker med demens skal styrkes.

Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg. Reell brukermedvirkning skal vektlegges.

3 PRIORITERTE OMRÅDER

3.1 KOMMUNENE

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunenes ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problem eller funksjonsnedsettelse. Ansvaret omfatter både barn, unge og voksne.

Samhandlingsreformen ble startet i 2012 med to nye lover og en rekke økonomiske og faglige virkemidler. Målet er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor. Folkehelseloven er et viktig verktøy for å nå samhandlingsreformens intensjoner.

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunene tilrettelegge for samhandling og de skal samarbeide med andre tjenesteytere for å sikre nødvendige og helhetlige tjenester og gode pasientforløp.

3.1.1 Folkehelsearbeid

Bakgrunn

I tråd med «Forskrift om oversikt over folkehelsen», skal kommunene legge til rette for et målrettet, samordnet og systematisk folkehelsearbeid basert på lokale folkehelseutfordringer. Utfordringsbildet skal legges til grunn for mål og strategier for folkehelsearbeidet, som igjen skal forankres i planprosesser etter plan- og bygningsloven.

Tiltak i ulike sektorer er nødvendig for å skape gode oppvekst- og levekår, og for å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, som fremmer fellesskap, trygghet og deltakelse.

Det er viktig at rusfeltet og psykisk helsefeltet ses i sammenheng. Problemer kan forebygges gjennom brede befolkningsrettede tiltak som fremmer inkludering og deltakelse, og ved målrettede tiltak overfor sårbare grupper. God helse fremmes gjennom innsats på tvers av sektorer, faggrupper og tjenester.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sørger for tilstrekkelig kapasitet til koordinering av et tverrsektorielt folkehelsearbeid.
- Videreutvikler arbeidet med oversikten over folkehelsen. Det vises til ny forskrift om oversikt over folkehelsen fra 1.7.2012.
- Skaffer oversikt over helsemessige forhold ved elevenes arbeidsmiljø og iverksetter tiltak i samsvar med gjeldende regelverk (forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv., § 6, opplæringsloven § 9a). Det forventes at kommunene sikrer nødvendig kompetanse på området.
- Styrker det rusmiddelforebyggende arbeidet gjennom økt bruk av alkohollovens virkemidler. Fra innvilgelsespraksis til kontroll og inndragning av bevilling for å begrense skader.
- Styrker samarbeidet om rusmiddelforebyggende- og psykisk helsearbeid mellom ulike sektorer, for å endre praksis gjennom økt bruk av kunnskapsbaserte metoder. Dette gjelder spesielt overfor barn og unge. Kommunene kan dra nytte av de nasjonale og regionale kompetansesentrene på området.

3.1.2 Forebyggende helsetjenester

Bakgrunn

Et viktig budskap i Samhandlingsreformen er at de forebyggende helsetjenestene i kommunene skal styrkes. Dette gjelder helsestasjons- og skolehelsetjenesten, svangerskaps- og barselomsorgstjenester og frisklivssentraler.

Norge har forpliktet seg til å følge opp WHO's mål om 25 % global reduksjon i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer, avgrenset til hjerte- og karsykdommer, kreft, kronisk luftveissykdommer og diabetes, innen 2025. En stor andel av disse sykdommenes utbredelse kan forebygges med kostnadseffektive tiltak.

Aktiviteter /satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sørger for at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en sentral aktør i det helsefremmende og primærforebyggende arbeidet til gravide, barn og unge 0 – 20 år. Tjenesten skal oppfylle lov og forskrift og følge veileder med anbefalt program. En faglig forsvarlig tjeneste forutsetter riktig kompetanse og nødvendige ressurser.
- Sørger for at foreldre får tilbud om hjemmebesøk etter fødsel i tråd med forskrift.
- Sørger for at skolehelsetjenesten er et lett tilgjengelig lavterskeltilbud plassert på skolene med regelmessige daglige åpningstider.
- Bidrar til utvikling og gjennomføring av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.
- Etablerer oppfølgingstilbud for endring og mestring av levevaner til personer som har økt risiko for, eller allerede har sykdommer eller utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse i henhold til «Veileder for kommunale frisklivssentraler».
- Kommunale frisklivssentraler bidrar med kunnskap og data i forskningsarbeid relatert til endring av levevaner.
- Styrker det forebyggende og helsefremmende arbeidet innen psykisk helse og rus, spesielt arbeidet med tidlig intervensjon.
- Følger opp handlingsplaner og tiltak for forebygging og tidlig behandling i primærhelsetjenesten.
- Kommunene skal bidra til å implementere nasjonal retningslinje for barselomsorg som publiseres medio 2013.

3.1.3 Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Bakgrunn

Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak er viktig for at pasienter og brukere med kroniske tilstander eller nedsatt funksjonsevne, og pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, får helhetlige tjenester. Det er viktig at avtalene fremmer en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Helseforetakene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal samarbeide om jordmortjenester. Kravene til kvalitet skal være de samme over hele landet uavhengig av lokale forhold.

Departementet vedtok 1. desember 2012 forskrifter som innfører ny turnusordning for leger. I den nye ordningen skal helseforetak og kommuner selv ansette turnuslegene.

Godt samarbeid mellom helseforetak og kommune vil bidra til gode ansettelser og god kvalitet på tjenesten.

Syke eldre, kronisk syke, barn og unge, psykisk syke, rusmiddelavhengige og mennesker som trenger rehabilitering opplever brudd og svikt i helsetilbudet. Særlig i overgangen mellom sykehus og kommunen. Helsetilsynet har pekt på mangelfull kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem når pleietrengende skal overføres til sykehjem.

Den kommunale medfinansieringsordningen gjennomføres etter samme modell som i 2012. Helsedirektoratet informerer kommunene om den a kontobaserte oppgjørsordningen gjennom egne brev. Betalingsgrunnlaget offentliggjøres på helsedirektoratet.no.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sørger for at de inngåtte avtalene følges opp, evalueres og revideres. Samarbeidsavtalene skal være i tråd med kravene beskrevet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Sørger for samarbeid og dialogmøter mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre tjenesteytere f.eks. tannhelsetjenesten for å sikre helhetlige pasientforløp.
- Utvikler gode og riktige tjenestetilbud slik at brukerne sikres forsvarlige helsetjenester innfor alle områdene. Sørge for samarbeid om følgetjeneste, herunder organisering av beredskap for følgetjeneste.
- Legger til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner og andre aktører.
- Utvikler samarbeid med høyskoler og/universitet og helseforetak for samarbeid om forskning og utviklingstiltak.
- Dokumenterer kommunenes tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i de lovpålagte samarbeidsavtalene. Det er fra 2012 etablert en tilskuddsordning til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. Etablering og drift av døgnplassene skal fullfinansieres og er fra 2016 lagt inn i kommunenes rammetildeling.
- Etablerer samarbeid med helseforetaket om den nye turnusordningen for leger.
- For rekvirering av blod og blodtransfusjon til pasienter som ikke er innlagt i sykehus, må det lages gode rutiner. Helsepersonell må få nødvendig opplæring slik at de kan utføre oppgaven på faglig forsvarlig måte.

3.1.4 Kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Bakgrunn

Arbeid med internkontroll, kvalitet og pasient- og brukersikkerhet er et prioritert område jf. kommunal helse- og omsorgstjenestelov § 4.2, kvalitetsavtalen mellom Regjeringen og KS, «Nasjonal strategi for kvalitetsarbeid i sosial- og helsetjenesten (veileder IS 1162)» og «Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten». Helsetilsynene og undersøkelser påpeker at lokalt kvalitets- og forbedringsarbeid i kommunene kan bli bedre.

All elektronisk behandling av helse- og personopplysninger skal skje i henhold til lovverket. Norm for informasjonssikkerhet skal følges av den enkelte virksomhet og er en forutsetning for forsvarlig kommunikasjon mellom aktørene.

Det er utviklet elektroniske meldinger som bør benyttes i samhandlingen mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastleger, og mellom pleie- og omsorgstjenesten og helseforetak. Meldingene er videreutviklet i 2013 for å dekke behovet for 24-timers varsel om utskrivningsklar pasient. Vi viser til veileder fra Helsedirektoratet «Veiviser – Hvordan komme i gang med elektronisk meldingsutveksling i kommunen» IS-1920, 2011».

Etter planen skal alle kommuner ha innført e-resept i løpet av første kvartal 2013. Kommuner som drifter IT-systemene på legekantor har ansvar for å tilrettelegge for dette. Innføring av e-resept kan medføre rutineendring i kommunale enheter som håndterer resepter på vegne av brukere.

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" tilbyr kommunene tiltakspakker for riktigere legemiddelbruk i sykehjem og i hjemmetjenesten, samstemming av legemiddellister, samt tiltak for å forebygge og redusere infeksjoner, trykksår og fall. Det er et mål at over 25 prosent av landets kommuner skal være aktivt involvert i kampanjen og ha implementert ett eller flere av tiltakspakkene innen utgangen av 2013.

Det overordnede formålet med Nasjonal kjernejournal er økt pasientsikkerhet. Det er planlagt en pilot i Trondheim i 2013.

Det er et mål at helsenorge.no skal tilby tilgang til egen helseinformasjon (Min helse), mulighet for elektronisk kommunikasjon med helsepersonell, og selvbetjeningsløsninger som timebestilling og fornying av resept. I 2013 starter Helsedirektoratet utviklingen av sikker digital dialog mellom fastleger og pasienter, en digital kommunikasjonsløsning som ivaretar personvern og informasjonssikkerhet.

I 2013 setter Helsedirektoratet i gang et arbeid for å kartlegge behov, definere strategi og vurdere ulike konsepter for fremtidige IKT-løsninger som skal muliggjøre bedre elektronisk samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren og med pasient og bruker. Dette arbeidet vil kreve aktiv deltakelse fra kommunene.

Økt bruk av medisinsk utstyr som eies av spesialisthelsetjenesten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, gjør det nødvendig å tydeliggjøre hvem som har ansvar for bruk, opplæring og vedlikehold. Dette gjelder også plikt til å melde uhell.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sørger for at ansvar og krav til elektronisk meldingsutveksling innarbeides i samarbeidsavtale med aktuelt helseforetak, og at felles rutiner og håndtering av meldinger utarbeides.
- Knytter seg til Norsk helsenett og tilrettelegger for elektronisk meldingsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten, fastleger og helseforetak. Dette omfatter blant annet bruk av elektronisk melding for varsling av utskrivningsklar pasient.
- Samarbeider med koordineringsenheter for elektronisk meldingsutveksling, opprettet av Norsk Helsenett, om tekniske løsninger og organisatoriske tiltak.
- Følger opp arbeidet med innføring av elektroniske resepter i kommunene.
- Sørger for at behov for IT videreutvikling rettet mot samhandling i helsesektoren, meldes opp i Nasjonalt utvalg for IT- prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT) av kommunenes representanter.
- Er forberedt på å gi innspill til arbeidet med utredning av nasjonal e-helsestrategi i helse- og omsorgssektoren, herunder avgi ressurser for intervjuer og arbeidsmøter.
- Følger opp Helsedirektoratets arbeid med sikker digital dialog mellom fastleger og pasienter. Noen kommuner kan bli kontaktet i 2013 for forberedelse av et pilotprosjekt.
- Iverksetter tiltak for bedre pasient- og brukersikkerhet på kjente risikoområder som legemiddelbruk, infeksjoner, fall og trykksår. Kommunene oppfordres til å ta i bruk tiltakspakkene som tilbys i pasientsikkerhetskampanjen.
- Bidrar i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer.
- Fortsetter arbeidet med å sikre god forankring og kompetanse for å bedre og kvalitetssikre IPLOS data.
- Oppfyller kravene i Normen(www.normen.no). Sørger for opplæring og bevisstgjøring av ansatte for å sikre forsvarlig håndtering av helse- og personopplysninger i det daglige arbeidet.
- Klarlegger og avtalefester ansvar for bruk, opplæring og vedlikehold av medisinsk utstyr. Dette gjelder også for plikt til å melde uhell m. m.
- Registrerer og vedlikeholder egne opplysninger i Adresseregisteret. Registeret er en forutsetning for at riktige adresseopplysninger brukes i elektronisk samhandling.

3.1.5 Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Bakgrunn

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn omfatter innvandrere, asylsøkere, flyktninger og den samiske befolkning.

Lik tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet forutsetter i mange tilfeller tilrettelagt informasjon og kommunikasjon.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sikrer ivaretagelse av svake eller utsatte grupper gjennom faglige prioriteringer.
- Sikrer at helsepersonell får økt kunnskap om hvordan bruke tolk, jamfør «Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene».
- Sikrer at kommunikasjonsarbeidet i helsetjenesten på alle nivåer tar hensyn til minoriteter i befolkningen.
- Sørger for at vurdering av risiko for svikt i kommunikasjon på grunn av manglende språk- og samfunnskunnskap er en del av beredskapsplaner i kommunen.

3.1.6 Beredskap

Bakgrunn

Hendelsene 22. juli 2011 har vært grundig gjennomgått av flere instanser. De har avdekket forbedringspunkter som skal følges opp. Kommunene er en sentral aktør i oppfølgingsarbeidet.

Det nye nødnett skal bygges ut i hele landet. Legevaktilbudet gjøres også mer tilgjengelig gjennom etablering av et nytt nasjonalt nummer (116 117) til legevakt. Den nye teknologien legger til rette for vesentlig bedre samhandling i helsetjenesten og med de andre nødetatene. Samhandling om, og koordinering av akuttmedisinske tjenester skal omfattes av avtaleinstituttet som trer i kraft fra 1. januar. Gode akuttmedisinske tjenester krever personell med god kompetanse som er opplært og øvet.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Planlegger for innføring av nasjonalt legevaktnummer 116117. Det vises til brev fra Helsedirektoratet av 18.7.2011.

- Forbereder kommunens legevaktjeneste og legevaktsentral på innføring av nytt nasjonalt nummer til legevakt og innføringen av nytt Nødnett.
- Sikrer nødvendig opplæring av personell på legevakt og legevaktsentral.
- Bidrar i arbeidet med oppfølging av erfaringer og anbefalinger etter 22.juli 2011. Delta i kompetanseutvikling og andre aktiviteter som er rettet mot forbedringer av den helsemessige og sosiale beredskap.
- Har en oppdatert oversikt i krisestøtteverktøyet over beredskapskontakter og varslingspunkter hos Fylkesmannen, og over kommuneoverlegene og fastlegene i kommunen.
- Inngår samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket for å sikre et helhetlig akuttmedisinsk tilbud til kommunens innbyggere.
- Sikrer at samarbeidsavtalene med helseforetakene følges opp gjennom gode rutiner, opplæring av helsepersonell og regelmessige øvelser.

3.1.7 Personell og kompetanse

Bakgrunn

Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er en hovedutfordring i fremtidens folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjeneste. For kommunene innebærer dette kontinuerlig vurdering av kompetansebehovet og etablering av kompetansehevende tiltak i tjenestene. I tillegg bør det jobbes systematisk med ledelse, arbeidsmiljø, sykefravær, seniorutfordringer og gode rekrutteringstiltak. Helsedirektoratet har satt i gang arbeid for at ansatte i helse- og omsorgstjenesten skal få styrket sin kompetanse i aktiv omsorg. Verktøy og metoder er utviklet og lagt ut på utviklingssenter.no, og et opplæringsprogram skal etter planen starte opp andre halvår 2013.

Gode rutiner ved tilsetting av helse- og sosialpersonell er et viktig virkemiddel for god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Både arbeidsgivere og myndighetene har ansvar for å sikre at helse- og sosialpersonell er kvalifisert til jobben de skal gjøre.

I 2013 implementeres nye forskrifter som sikrer den nye turnusordningen for leger. Kommunene får, sammen med helseforetakene, en ny rolle i å ansette leger i turnusstillingene. Innholdet i turnustjenesten endres ikke nå. Kommunene skal i sin rekruttering av helsepersonell være kjent med WHO-koden om retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Bidrar i utdanning av helse- og sosialpersonell ved å etablere gode praksisplasser, og sørge for god praksisundervisning.
- Implementerer ny turnusordning for leger, i samarbeid med fylkesmannen og etablerer turnusstillinger for leger.
- Utarbeider kompetanse- og rekrutteringsplaner i samarbeid med fylkesmannen og helseforetak.

- Styrker ledelseskompetansen i omsorgstjenestene, eventuelt ved å benytte lederopplæringspakke fra Helsedirektoratet (tilbys med gunstige betingelser).
- Etablerer gode læreplasser i helsearbeiderfaget og følger opp Kompetanseløftet 2015.
- Styrker kompetansen i aktiv omsorg og arbeider for økt faglig bredde i helse- og omsorgstjenestene.
- Styrker kompetansen på legemiddelhåndtering i omsorgstjenestene.
- Etablerer tverrfaglige team (lege, farmasøyt og sykepleier) som kvalitetsforbedrende tiltak med tanke på riktig legemiddelbehandling, særlig ved gjennomføring av legemiddelgjennomganger.
- Sørger for gode rutiner ved tilsetting av helse- og sosialpersonell, jf. Helsedirektoratets veileder «Gode rutiner – gode tilsetninger (IS-1902)»
- Sørger for at helse- og sosialpersonell i kommunen deltar på kurs i pasientsikkerhet- og forbedringsarbeid.
- Styrker kompetansen i systematisk folkehelsearbeid og helsefremmende og forebyggende arbeid.

3.1.8 Allmennlegetjenester

Bakgrunn

Den reviderte fastlegeforskriften stiller tydeligere kvalitets- og funksjonskrav til alle deler av allmennlegetjenesten inklusive legevakt.

Kommunen har det overordnede ansvaret for at kravene innfris og samhandlingsreformen kommer på plass. Det medisinsk faglige ledelsesansvaret i kommunene og samarbeidet med fastlegene er sentrale virkemiddel for å nå målene for allmennlegetjenesten. Kommunenes engasjement for allmennmedisinsk videre- og etterutdanning, forskningsarbeid og kvalitetsutvikling er viktig for kunnskapsbasering av tjenestene. Organisering av den akuttmedisinske kjeden og legevakten er sentrale elementer i tjenestetilbudet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sørger for at fastlegene tar del i det individrettede forebyggende arbeidet. Personer som har risiko for å utvikle sykdommer knyttet til levevaner bør henvises til oppfølging ved frisklivssentraler i kommunene som har dette tilbudet.
- Sikrer at leger i vakt er tilgjengelige i Nødnett.
- Utarbeider en plan sammen med fastlegene for iverksetting og implementering av den reviderte fastlegeforskriften.
- Styrker allmennlegetjenesten. Kommunene kan søke om rekrutteringstilskuddet for etablering av fastlegehjemler, eller for ansettelse av leger i rekrutteringssvake stillinger.

- Formaliserer og styrker samarbeidsarenaene med fastlegene. Gi føringer for elektronisk samhandling mellom fastlege, pasient og pleie og omsorg gjennom avtaleverket.
- Har en god styringsdialog med fastlegene og allmennlegetjenestene i kommunen. Kommunelegen kan vurderes å inngå i den helsefaglige ledelse av fastlegeordning og allmennlegetjenesten.
- Gjennomfører planer for realisering av elektroniske resepter.
- Bruker den eksisterende praksiskonsulentordningen i arbeidet med å bedre pasientløpene i samarbeid med helseforetakene.

3.1.9 Omsorgstjenester

Bakgrunn

Omsorgsplan 2015 dekker hele livsløpet og er en satsing for alle brukere av omsorgstjenesten uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming. Den har tre delplaner med tilhørende tiltak og satsinger: Demensplan 2015, Nevroplan 2015 og Kompetanseløftet 2015 (se pkt 3.1.7).

Omsorgsplan 2015 har utover dette en rekke tiltak og satsinger: forskning og fagutvikling, utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, investeringstilskudd, og aktiv omsorg/partnerskap med familie og lokalsamfunn.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Har framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunens planarbeid.
- Har fokus på strategier, målsettinger og tiltak i Omsorgsplan 2015. Dette omfatter blant annet fagutvikling og implementering av ny kunnskap. Her er fylkesnettverkene i regi av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester en viktig arena.
- Følger opp revidert Demensplan 2015, med spesielt fokus på: økt kapasitet i tilrettelagt dagaktivitetstilbud (egen tilskuddsordning), bedre informasjonstilbud, tilpassede boenheter, tilbud til pårørende og tiltak for å øke kunnskap og kompetanse om demens.
- Oppfyller kravet om at boenheter som bygges med tilskudd fra Husbanken skal ha universell utforming og være tilpasset mennesker med demens og kognitiv svikt.
- Følger opp satsingsområdene i Nevroplan 2015.
- Styrker det helsefremmende og forebyggende arbeidet gjennom å stimulere til fysisk aktivitet, sunt kosthold og sosial og kulturelle aktiviteter, samt deltakelse i samfunnet. Kommunene skal særlig ha fokus på fall- og ulykkesforebygging, forebygging og behandling av underernæring, samt egenmestring hos brukere av omsorgstjenester, som omtalt i strategiene «Aktiv omsorg» og «Partnerskap med familie og lokalsamfunn».

3.1.10 Psykisk helse og rus

Bakgrunn

De overordnede mål og verdigrunnlag fra Opptappingsplanene legges fortsatt til grunn for regjeringens politikk overfor kommunene, i tråd med Meld. St. 30 (2011 – 2012) Se meg! Det er viktig å opprettholde, videreutvikle og styrke kapasiteten innenfor både psykisk helse arbeid og rusarbeid. Tjenester av god kvalitet utvikles gjennom målrettet kompetansebygging og utvikling av kunnskapsbasert praksis.

Fra og med 2013 er størsteparten av de øremerkede tilskuddene til kommunalt rusarbeid innlemmet i rammetilskuddet til kommunene. Gjennom veksten i kommuneøkonomien er kommunene satt i stand til å opprettholde og videreføre kompetansen som er opparbeidet gjennom tiltakene i Opptappingsplanen på rusfeltet, og å sikre videre drift av tiltak som har vist seg effektive. Dette er særlig viktig i lys av gradvis innføring av kommunal medfinansiering på psykisk helse- og rusfeltene.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Opprettholder, videreutvikler og styrker kapasitet og kompetanse innen rusarbeid og psykisk helsearbeid ut fra lokale forhold, og bidrar til kartlegging av omfang og utfordringer innen fagfeltene. Bedre tilgjengelighet, tidlig intervensjon og styrking av kvalitet og innhold skal vektlegges.
- Ser innsatsen på fagfeltene psykisk helsearbeid og rusarbeid i et brukerperspektiv og i sammenheng med folkehelsearbeid, sikrer samhandlingen internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, fylkeskommunene, bruker- og pårørende organisasjoner, frivillig sektor og andre aktører. Styrker tilbudet til barn og unge med sammensatte problemer gjennom godt koordinerte tjenester bygget på internt tverrfaglig samarbeid, samarbeid med fylkeskommunen om å forebygge «drop out» fra videregående skole og etablering av samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten. Vektlegging av lavterskeltilbud og oppsøkende tjenester.
- Styrker tilbudet til personer utsatt for vold/traumer, og har høy oppmerksomhet rettet mot rammede og berørte etter terrorhandlingene 22.juli.
- Øker innsatsen mot vold i nære relasjoner. Innsatsen kan styrkes ved til eksempel utarbeiding av kommunale handlingsplaner for arbeidet med vold i nære relasjoner.
- Sikrer nødvendige helsetjenester til innsatte i fengsel.
- Styrker tilbudet til eldre med psykiske problemer og/eller rusrelaterte problemer.

3.1.11 Habilitering og rehabilitering

Bakgrunn

Kommunene skal ha et tydeligere og større ansvar for habilitering og rehabilitering. Det innebærer blant annet økt kapasitet, større faglig bredde og god brukermedvirkning. Gjennom de økonomiske insentiver som ligger i reformen har kommunene nye muligheter til å prioritere habilitering og rehabilitering. De mindre kommunene oppfordres til å samhandle for å sikre nødvendig kompetanse og robuste tilbud. Pasienter og brukere som har et potensial i å forbedre sitt funksjonsnivå må få tilbud om målrettet rehabilitering.

Det er nødvendig med samhandling på tvers av fag og sektorer. Samhandling mellom helse og utdanning er særlig sentralt innen habiliteringstilbudet til barn og unge. Både kommuner og helseforetak skal ha synlige koordinerende enheter med god forankring og tydelige funksjonsbeskrivelser i tråd med nytt lovverk. Økt bruk av individuell plan og koordinator er fortsatt et nasjonalt mål, ref. Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering, dok 3:11 (2011-2012).

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sikrer at koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering er etablert og at KE er synlig og godt forankret i organisasjonen.
- Avklarar ansvars- og oppgavefordeling i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Arbeider for økt bruk av individuell plan (IP).
- Styrker habilitering- og rehabiliteringstilbudet, med særlig vekt på tilbudet til personer med kroniske sykdommer og tilstander.
- Sikrer at driftsavtaler med private fysioterapeuter tilpasses befolkningens behov for tjenesten.

3.2 FYLKESKOMMUNENE

Tannhelsetjenesteloven og lov om folkehelsearbeid angir fylkeskommunenes ansvar på tannhelseområdet og folkehelseområdet.

3.2.1 Folkehelsearbeid

Bakgrunn

Fylkeskommuners ansvar i folkehelsearbeidet omfatter å fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler fylkeskommunen har. Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket og ha nødvendig oversikt over helsetilstanden.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at fylkeskommunene:

- Viderefører arbeidet med å implementere folkehelseloven for å oppnå et systematisk og tverrsektorielt folkehelsearbeid.
- Videreutvikler arbeidet med oversikt over helsetilstanden i fylket og positive og negative faktorer som kan ha innvirkning på den. Vi viser til «Forskrift om oversikt over folkehelsen» fra 1. juli 2012. Fylkeskommunen skal tilgjengeliggjøre opplysninger for kommunene.
- Sørger for at folkehelse fremmes innen fylkeskommunens oppgaver, som i regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og gjennom tiltak som kan møte regionale helseutfordringer. Fylkeskommunen bes om å drøfte og videreutvikle rollen som regional utviklingsaktør, i lys av fylkeskommunens folkehelseansvar.
- Er pådriver for, og samordner, innsatsen i det sektorovergrepene folkehelsearbeidet regionalt og lokalt med vekt på å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene. En viktig oppgave er planveiledning etter plan- og bygningsloven. Fylkeskommunen bes om å drøfte og videreutvikle rollen som understøtter av kommunenes folkehelsearbeid.
- Sikrer at elevenes arbeidsmiljø i videregående opplæring er i samsvar med gjeldende regelverk (forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv., § 6, opplæringsloven § 9a).

3.2.2 Samhandling, kvalitet og helseberedskap

Bakgrunn

For å bidra til å oppnå målene i samhandlingsreformen, må fylkeskommunene legge vekt på samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet bør formaliseres med samarbeidsavtaler.

Elever i videregående skole med behov for langvarige og koordinerte tjenester ivaretas ikke godt nok i dag. Det er behov for at ansatte i videregående skole deltar i koordinering og samarbeid om individuelle planer.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at fylkeskommunene:

- Samarbeider med kommune- og spesialisthelsetjenesten og andre relevante aktører i tråd med samarbeidsavtaler.
- Samarbeider med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene om koordinering og oppfølging av elever i videregående skoler med behov for langvarige og koordinerte tjenester – herunder samhandling om individuell plan og koordinator.

3.2.3 Personell og kompetanse

Bakgrunn

God tilgang på helsefagarbeidere er avgjørende for å møte personellutfordringene i helsetjenesten framover.

Fylkeskommunen fikk i 2010 ansvar for fagskoleutdanning, og fikk dermed ansvar for videreutdanningstilbudet for helsefagarbeidere og andre med videregående opplæring.

Aktiviteter /satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at fylkeskommunene:

- Jobber aktivt med frafallsproblematikken og andre utfordringer for helsearbeiderfaget og utdanningen for tannhelsesekretærer.
- Gjør kjent for kommunene hvilke ordninger som gjelder for kvalifisering av voksne til helsearbeiderfaget, herunder realkompetansevurdering.
- Som regional utviklingsaktør med ansvar for kompetanseutvikling arbeider for å synliggjøre mulighetene for videreutdanning i fagskoleordningen.

3.2.4 Tannhelsetjenester

Bakgrunn

Regjeringen har som mål å redusere sosiale helseforskjeller og øke befolkningens tilgjengelighet til tannhelsetjenester, spesielt for dem som trenger det mest. Befolkningen skal sikres likeverdig tilgang til nødvendige tannhelsetjenester.

Tannhelsetjenesten skal samhandle med andre aktører for å gi en helhetlig og forsvarlig behandling av borgerne.

Vi henviser også til punkt 3.1.4 Kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og 3.1.5 Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn. Innholdet her er også relevant for den fylkeskommunale tjenesteytingen i tannhelsesektoren.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at fylkeskommunene:

- Sørger for at tannhelsetjenesten oppfyller kravene i Norm for informasjonssikkerhet (www.normen.no).
- Samarbeider med kommuner, helseforetak og andre, for å sikre at de som har rett til det, mottar et oppsøkende og regelmessig tilbud om tannhelsehjelp fra fylkeskommunen.
- Deltar aktivt i folkehelsearbeidet, gir kommunen kunnskap om tannhelsen i befolkningen og er lokal pådriver for at tannhelsen betraktes som en del av helsen.
- Samarbeider med privat tannhelsetjeneste for å løse offentlige oppgaver.
- Har systemer som sikrer gode rutiner for bekymringsmeldinger fra barnevernet.
- Bidrar aktivt med å rekruttere kandidater til spesialistutdanning

3.3 REGIONALE HELSEFORETAK

Dette rundskrivet supplerer Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) oppdragsdokument og foretaksmøter. Rundskrivet gir viktig faglig informasjon til helseforetakene og bidrar til samhandling med andre sektorer og tjenestenivåer.

3.3.1 Samhandling og kvalitet

Bakgrunn

Det er viktig at alle som behandler helse-, og personopplysninger sørger for tilfredsstillende informasjonssikkerhet i henhold til lovverket. I dette ligger et ansvar for å gjøre tjenestene kjent med regelverket knyttet til helsepersonells taushetsplikt. Norm for informasjonssikkerhet er et hjelpemiddel i arbeidet med informasjonssikkerhet, og en forutsetning for forsvarlig kommunikasjon mellom aktørene.

Helsedirektoratet har en koordinerende rolle ved oppfølging og videreutvikling av et enhetlig nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette skal bidra til at pasientene raskt skal få lik tilgang til nye metoder som er dokumentert virkningsfulle, sikre og kostnadseffektive. Målet er at det skal være robust og forutsigbart å håndtere vurdering av nye metoder og ny teknologi.

Nasjonal strategi på kreftområdet 2013-2017 omfatter blant annet samarbeid, pasientforløp, forebygging, tidlig diagnostikk, utredning, og behandling, oppfølging, rehabilitering og kompetanse.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at regionale helseforetak/helseforetak:

- Gjør tjenestene og helsepersonell kjent med taushetspliktregelverket.
- Oppfyller kravene i Normen (www.normen.no). Sørger for opplæring og bevisstgjøring av ansatte for å sikre forsvarlig håndtering av helse- og personopplysninger i det daglige arbeidet.
- Sørger for at ansvar og krav til elektronisk meldingsutveksling blir innarbeidet i samarbeidsavtale med kommuner i eget opptaksområde, samt utarbeide felles rutiner for sikker håndtering av elektroniske meldinger.
- Sørger for at behov for IT videreutvikling rettet mot samhandling i helsesektoren meldes opp i Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT) av regionale helseforetakenes representanter.
- Gjennomfører planer for realisering av elektroniske resepter.
- Gir innspill til arbeidet med utredning av nasjonal e-helse strategi i helse- og omsorgssektoren. Avgi ressurser for intervjuer og arbeidsmøter.
- Tilrettelegger for elektronisk meldingsutveksling mellom helseforetak, pleie- og omsorgstjenesten og fastleger, med spesielt fokus på pleie- og omsorgsmeldinger og varsling av utskrivningsklar pasient.

- Følger opp implementering av Nasjonal strategi på kreftområdet 2013-2017 sammen med kommunene.
- Følger opp foretaksprotokollens vedtak om å legge til rette for at offentlige poliklinikker og private røntgeninstitutt kan rapportere ventetider til Norsk pasientregister fra 2013.
- Sørger for at rapportering til Norsk pasientregister skjer i henhold til gjeldende spesifikasjoner.
- Implementerer og videreutvikler det nye systemet for innføring av nye metoder og ny teknologi i spesialisthelsetjenesten, i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Statens Legemiddelverk og Helsedirektoratet.

3.3.2 Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Bakgrunn

Samhandlingsreformen skal bidra til mer helhetlige og individuelt tilpassede tjenester til pasienter og brukere. Det er viktig at innsatsen settes inn tidligere for å fremme helse og forebygge sykdom, og redusere behovet for spesialisthelsetjenester.

Samarbeidsavtalene mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten skal bidra til at pasienter og brukere får helhetlige tjenester. Det er viktig at avtalene følges opp, evalueres og revideres. Samarbeidsavtalene skal være i tråd med kravene beskrevet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Departementet vedtok 1. desember 2012 forskrifter som innfører ny turnusordning for leger. I den nye ordningen skal helseforetak og kommuner selv ansette turnuslegene. Godt samarbeid mellom helseforetak og kommune vil bidra til gode ansettelser og god kvalitet på tjenesten.

Syke eldre, kronisk syke, barn og unge, psykisk syke, rusmiddelavhengige og andre som trenger rehabilitering, opplever brudd og svikt i helsetilbudet. Særlig i overgangen mellom sykehus og kommunen. Helsetilsynet har pekt på mangelfull kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem når pleietrengende skal overføres til sykehjem.

På habiliterings- og rehabiliteringsområdet bør spesialisthelsetjenesten gjøre mer av den spesialiserte, komplekse rehabiliteringen, mens enklere rehabiliteringstiltak kan overføres til kommunen (jfr. Rapport IS-1947 fra Helsedirektoratet om avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet).

Den kommunale medfinansieringsordningen videreføres etter samme modell som i 2012.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at regionale helseforetak/helseforetak:

- Sørger for at de inngåtte samarbeidsavtalene følges opp, evalueres og revideres. Samarbeidsavtalene skal være i tråd med kravene beskrevet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Sørger for samarbeid og dialogmøter mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre tjenesteytere som for eksempel. Tannhelsetjenesten, for å sikre helhetlige pasientforløp.
- Utvikler gode og riktige tjenestetilbud slik at brukerne sikres forsvarlige helsetjenester innfor alle områdene. Sørge for samarbeid om følgetjeneste, herunder organisering av beredskap for følgetjeneste.
- Etablerer samarbeid med kommunene om den nye turnusordningen for leger.
- Sørger for å rapportere henvisningsopplysninger og data om utskrivningsklare pasienter i henhold til gjeldende spesifikasjoner.
- Øker satsning på ambulerende tjenester og andre samhandlingstiltak med kommunene.
- Fordeler ansvar og oppgaver med kommunene i tråd med rapport IS-1947 fra Helsedirektoratet om ansvars- og oppgavefordeling på rehabiliteringsområdet.
- Tilrettelegger for elektronisk samhandling i pasientforløpene, herunder bestille og utbre standardiserte løsninger jfr. «Bruk av pleie og omsorgsmeldinger i pasientforløp; veiviser for helsepersonell og saksbehandlere», Helsedirektoratet, 7. juli 2012.

3.3.3 Kvalitetsforbedring

Bakgrunn

De lovpålagte avtalene mellom helseforetak og kommuner skal legge til rette for å utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp. De skal følge faglige retningslinjer og veiledere. Helseforetakene skal etablere system som sikrer at kvalitetskravene gjennomføres og følges opp. Kravene til kvalitet skal være de samme over hele landet uavhengig av lokale forhold.

Trygge og effektive tjenester forutsetter at forebygging, diagnostikk, behandling, oppfølging, pleie og omsorg bygger på best mulig forskningsbasert kunnskap. Det samme gjelder beslutninger om å innføre nye metoder, utarbeidelse av retningslinjer og kvalitetsindikatorer og organisering av tjenester.

Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og rundskriv er virkemidler for å redusere uønsket variasjon og heve kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. De skal også bidra til riktigere prioriteringer, løse samhandlingsutfordringer og bidra til helhetlige pasientforløp.

Økt pasientsikkerhet er et innsatsområde i nasjonal helse- og omsorgsplan, og den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" innfører konkrete tiltak for å redusere pasientskader.

Riksrevisjonen la i 2012 fram en undersøkelse om rehabilitering som blant annet pekte på for dårlige aktivitetsdata på rehabiliteringsområdet i spesialisthelsetjenesten.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at regionale helseforetak/helseforetak:

- Etablerer og videreutvikler gode systemer for implementering av gjeldende retningslinjer og veiledere.
- Etablerer koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i alle helseforetak.
- Sikrer tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habilitering- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, og etablert tilbud til pasienter med sansetap.
- Setter i verk tiltak for økt pasientsikkerhet, herunder deltar i utforming av og implementering av pasientsikkerhetskampanjen.
- Viderefører arbeidet med organdonasjon ved sykehus som er godkjent for organdonasjon.
- Følge opp «Handlingsplan for forebygging og behandling av kroniske nyresykdommer (2011-2015)».
- Ivaretar forebyggende tannhelsetjenester for pasienter på sykehus.
- Sikrer at helsepersonell får økt kunnskap om hvordan bruke tolk, jamfør veileder om bruk av tolk i helse- og omsorgstjenesten.
- Bedrer kodingskvaliteten for å sikre mest mulig korrekt dokumentasjon og rapportering til helse- og kvalitetsregistre.
- Gjennomgår rutiner og prosedyrer rundt pasientforløpet til hjerneslagpasientene og sette i gang tiltak som kan bidra til at flere pasienter kommer raskt til sykehus (jf Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag).
- Det forventes at helseforetaket har klare rutiner for omdisponering og overdragelse av medisinsk utstyr for å ivareta trygg og sikker bruk. Bidrar til utvikling og gjennomføring av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Helseforetakene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal særlig samarbeide om organisering og beredskap for følgetjenesten.

3.3.4 Beredskap

Bakgrunn

Hendelsene 22. juli 2011 har vært grundig gjennomgått av flere instanser. De har avdekket forbedringspunkter som skal følges opp. Regionale helseforetak/helseforetak er sentrale aktører i oppfølgingsarbeidet.

Det nye nødnett skal bygges ut i hele landet. Samhandling om, og koordinering av, akuttmedisinske tjenester skal omfattes av avtaleinstituttet som trer i kraft fra 1. januar. Gode akuttmedisinske tjenester krever helsepersonell med god kompetanse som er opplært og øvet.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at regionale helseforetak/helseforetak:

- Forbereder AMK, akuttmottak og ambulansetjenesten på innføring av nytt nødnett.
- Inngår samarbeidsavtale med kommunene for å sikre et helhetlig akuttmedisinsk tilbud til kommunenes innbyggere.
- Sikrer at samarbeidsavtalene følges opp gjennom gode rutiner, opplæring av helsepersonell og regelmessige øvelser.
- Sørger for at nødmeldetjenesten bruker systemer som sikrer at informasjon om aktiviteter kan følges opp av andre aktører innen medisinsk nødmeldetjeneste (f.eks. kartsystemer, oppdatering av hendelser).
- Sørger for at AMK-sentralene registrerer og rapporterer data til Norsk pasientregister i henhold til gjeldende spesifikasjoner.
- Følger opp arbeidet med oppfølging av erfaringer og anbefalinger etter 22.juli 2011. Delta i kompetanseutvikling og andre aktiviteter som er rettet mot forbedringer av den helsemessige og sosiale beredskap.
- Har en oppdatert oversikt i krisestøtteverktøyet over beredskapskontakter og varslingspunkter.

3.3.5 Personell og kompetanse

Bakgrunn

Utviklingen og omstillingen i helse- og omsorgssektoren er helt avhengig av god ledelse, tilstrekkelig rekruttering, gode rutiner ved tilsetting av helsepersonell og kompetanseheving. Det er behov for å kartlegge kompetanse i spesialisthelsetjenesten i årene som kommer.

Helseforetakenes rolle i å bidra til kompetansebyggingen i kommunene er vesentlig. Den skal sikres gjennom samarbeidsavtalen mellom kommunene og RHF/HF.

For å sikre tilgang på gode læreplasser må helseforetakene ta inn lærlinger i helsearbeiderfaget og ambulansefaget.

I 2013 implementeres nye forskrifter som sikrer den nye turnusordningen for leger. Helseforetakene får, sammen med kommunene, en ny rolle i å ansette leger i turnusstillingene. Innholdet i turnustjenesten endres ikke.

Det er satt i gang en gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold. Den skal også omfatte om det skal innføres tydeligere læringsmål og krav til

kompetansetesting og resertifisering av legespesialister. Arbeidet pågår frem til sommeren 2013.

Nasjonalt nettverk for ledere i habiliteringstjenesten kartla høsten 2012 bemanningssituasjonen i habiliteringstjenestene for barn, unge og voksne. Resultatet viser en sterk underbemanning og at kompetansen i habiliteringstjenestene ikke samsvarer med behov for legetjenester. Kartleggingen viser også samme utfordringer når det gjelder psykologstillinger.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at regionale helseforetak/helseforetak:

- Sikrer en god oversikt over egne personellressurser og kompetanseprofil.
- Bidrar i utdanning av helsepersonell ved å etablere gode praksisplasser og sørge for god praksisundervisning.
- Implementerer ny turnusordning for leger.
- Bidrar, sammen med fylkesmannen, i arbeidet med kompetanse- og rekrutteringsplaner i kommunene.
- Bidrar til kompetansehevende tiltak for kommunene som undervisning og veiledning, og etablere gjensidige hospiteringsordninger.
- Sikrer at den medisinskfaglige kompetansen i habiliteringstjenestene styrkes.

3.3.6 Psykisk helse og rus

Bakgrunn

Rus og psykisk helse skal fortsatt ha høy prioritet. Det er fortsatt behov for en betydelig omstrukturering av tjenestene i det psykiske helsevernet for å sikre at behandling gis på laveste effektive omsorgsnivå. DPS-strukturen skal legges til grunn for framtidige tjenester til personer med rus- og avhengighetsproblemer, der lokale og regionale forhold tilsier dette. Tjeneste- og behandlingstilbudene innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling må gjøres mer tilgjengelige. Det må legges vekt på en faglig og kompetansemessig oppgradering innenfor begge sektorer for å sikre pasientene trygge tjenester av god kvalitet. Det må legges til rette for sammenhengende og helhetlige behandlingsforløp for pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at regionale helseforetak/helseforetak:

- Fortsetter omstillingsarbeidet i det psykiske helsevernet fra hovedtyngde på institusjonsbehandling og til mer utadrettet og ambulant tjeneste og oppfølging.

- Dimensjonerer ressursfordelingen mellom DPS (distriktpsykiatriske sentre) og sykehusavdelingene i tråd med i befolkningens behov og sørge for at DPS har nødvendige akutfunksjoner.
- Knytter tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling tettere sammen.
- Sørger for at de private institusjonene knyttes tettere opp til de offentlige tjenestetilbudene og integreres med øvrige tjenester.
- Bidrar i realiseringen av den nasjonale strategien for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene gjennom å iverksette planer lokalt og regionalt etter handlingsplanen «Økt frivillighet, bedre kvalitet».
- Sørger for at foretakene har IT- systemer som muliggjør korrekt og komplett rapportering av blant annet tvangsbruk og situasjonsdata ved behandlingsstart TSB til Norsk pasientregister.
- Bistår i arbeidet for å redusere overdoser.
- Prioriterer arbeidet med å få ned selvmordsratene samt å redusere selvskading gjennom oppfølging av handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading.
- Prioriterer psykisk helsevern for barn og unge med vekt på å redusere ventetid og etablere gode samarbeidsrutiner med kommunene.
- Deltar i utarbeidelse og implementering av faglige nasjonale retningslinjer både i psykisk helsevern og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør prioriteres.
- Deltar i oppfølgingen av arbeid knyttet til Meld.St.30 (2011-2012).

3.3.7 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Bakgrunn

Lov om spesialisthelsetjenester pålegger helseforetakene å bidra til å fremme folkehelse og forebygge sykdom. Spesialisthelsetjenestens ansvar for å fremme folkehelse og motvirke sykdom, skade og lidelse kan konkretiseres i tre hovedområder: Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten, overvåking av sykdom og risikoforhold samt kunnskaps- og kompetanseutveksling med kommuner og andre samarbeidspartnere.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har satt mål om 25 % global reduksjon i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer, avgrenset til hjerte- og karsykdommer, kreft, kronisk luftvegssykdommer og diabetes, innen 2025. Norge har forpliktet seg til å følge opp dette målet.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at regionale helseforetak/helseforetak:

- Har opplæring og veiledning overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten i tråd med samarbeidsavtaler om helsefremmende og forebyggende arbeid.

- Henviser personer som er i risiko for å utvikle sykdommer knyttet til levevaner til oppfølging ved frisklivssentraler i kommuner som har dette tilbudet.
- Etablerer tilbud om tobakksavvenning før operative inngrep, gjerne i samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Sørger for at rapportering av skadedata til Norsk pasientregister (NPR) har høy kompletthet og kvalitet. Disse opplysningene er viktige for å kunne følge opp Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade.

3.4 FYLKESMENNENE

Fylkesmennene får sine oppdrag gjennom embetsoppdraget som publiseres på FMnett i januar/februar 2013.

Hovedprioriteringene for 2013 framkommer i punktene under.

3.4.1 Samhandling, kvalitet og helseberedskap

Fylkesmannen bes spesielt prioritere:

- Lovforståelse og lovanvendelse med særlig vekt på samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og fylkeskommunen for å nå målene i samhandlingsreformen.
- Arbeidet med oppfølging av erfaringer og anbefalinger etter terrorangrepet 22. juli 2011. Delta i kompetanseutvikling og andre aktiviteter som er rettet mot forbedringer av helsemessig og sosiale beredskap i fylker og kommuner.

Det vises til embetsoppdraget, resultatområde 76.

3.4.2 Folkehelsearbeid

Fylkesmannen bes spesielt å prioritere:

- Å videreføre arbeidet med å formidle og forklare folkehelseloven til kommunene og fylkeskommunen.
- Å medvirke til at kommunene og fylkeskommunen ivaretar helse i samfunnsplanlegging.
- Tiltak for å styrke skolemiljøet i tråd med forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv., § 6.
- Å styrke kommunenes kompetanse på forvaltning av alkoholloven, med vektlegging av folkehelsehensyn.

Det vises til embetsoppdraget, resultatområde 83.

3.4.3 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Fylkesmannen bes spesielt prioritere:

- At kommunenes innsats på feltene psykisk helsearbeid og rusarbeid overfor barn, unge og voksne opprettholdes og videreutvikles i tråd med mål og verdigrunnlag i de avsluttede opptrappingsplaner og i tråd med Stortingsmelding nr. 30 (2011-2012).
- At tiltak innen kommunale helse- og omsorgstjenester videreutvikles i tråd med føringene i samhandlingsreformen.

- Utviklingsarbeid for å sikre faglig bredde og god kvalitet innen habilitering og rehabilitering.
- Å følge med i dimensjoneringen av allmennlegetjenesten. Legetjenesten i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og utviklingen i legedekningen på sykehjem skal vies særlig oppmerksomhet.
- Å bistå kommunen i deres arbeid med å nå målsettingene i Omsorgsplan 2015, spesielt når det gjelder å sette framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunalt planverk, (jfr. Omsorg i plan).

Det vises til embetsoppdraget, resultatområde 84.

3.4.4 Spesialisthelsetjenesten

Fylkesmannen bes spesielt prioritere:

- At klagebehandling av vedtak etter psykisk helsevernloven om behandling uten eget samtykke er rask, korrekt og enhetlig.
- Lovpålagte oppgaver, herunder særlig områder som omhandler enkeltpersoners rettigheter.

Det vises til embetsoppdraget, resultatområde 85.

