

Vi vil bedring  
Verdiene må gjøres synlige  
Folkehelse og levekår i fokus  
Vi utnytter ikke god kunnskap godt nok  
Veggene bygges av kvalitet  
Trygg på sex  
Fokus på skolematen  
RUSTelefonen åpnet  
Vellykket tobakkskampanje  
Aktivitetsmedisin for et sunnere Norge  
The Cochrane Collaboration  
The Campbell Collaboration  
Sjeldne diagnoser samles  
Si @ - det blir bra!  
Rekrutteringskrise  
Nasjonale kvalitetsindikatorer  
Styrket beredskap  
Etterutdanning av spesialister  
Dent-O-Sept-saken  
Stråleskadede bør få erstatning  
Kampanjen Ingen hindring  
Verdensdagen for psykisk helse  
Pressemeldinger  
Økonomi

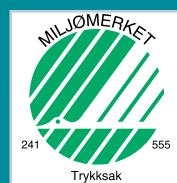


**Årsmeldingen 2002**  
Sosial- og helsedirektoratet  
[www.shdir.no](http://www.shdir.no)

# Årsmelding 2002

 Sosial- og helsedirektoratet

Tekst og produksjon: Tekst På Trykk as  
Foto: Trond Isaksen, Mikkel Østergard / BAM /  
Samfoto, PhotoDisc, Stockmarket / SCANPIX  
Design: Runar Thorvaldsen  
Trykk: Stens Trykkeri AS





## Sosial trygghet og god helse

### Hovedmål:

- Utvikle og effektivisere det forebyggende og helsefremmende arbeidet og tjenestetilbudet på helse- og sosialområdet.

### Sosial og helsedirektoratet skal:

- Være et forvaltnings- og kompetanseorgan og bidra til å gjennomføre og iverksette nasjonal politikk i helse- og sosialsektoren.
- Drive rådgiving mot sentrale myndigheter, kommunene, helseforetakene, frivillige organisasjoner og befolkningen.
- Ha funksjoner knyttet opp mot kvalitetsutvikling og prioritering i helse- og sosialtjenesten.

## – Vi vil bedring

Sosial- og helsedirektoratet er med på å endre norsk helse- og sosialtjeneste. Det skjer ikke uten kontroverser. – Alle endringer skaper motstand. Hvis ingen er uenige i det vi gjør, da har vi ikke gjort jobben vår godt nok, mener direktoratets leder, Bjørn-Inge Larsen.

Det nyfødte direktoratet skal bli lagt merke til i framtiden. For deltakerne vet at reformene i sosial- og helsevesenet ikke kan kalles vellykkede, dersom ikke også brukerne merker at det har skjedd en forbedring.

Norgeshistoriens raskeste reform er den blitt kalt. Under behandlingen av revidert statsbudsjett våren 2001 besluttet Stortinget å opprette et Sosial- og helsedirektorat. Første arbeidsdag i 2002 åpnet det nye direktoratet dørene. Da satt ansatte fra 11 forskjellige miljøer og kulturer under ett tak. Som troll av esker spratt de fram for å begynne samarbeidet. Det første året gikk naturlig nok mye tid med til å etablere direktoratet. Nå i 2003 starter for alvor arbeidet med de store, viktige prosessene.



Bjørn-Inge Larsen

*Har det vært travle dager, Larsen?*  
– Helt vanvittig. Men tidspresset har vært et kriterium for suksess. Lite usikkerhet rundt etableringen av Shdir har bidratt til det samme. Det faktum at Stortinget traff en så klar beslutning, har gjort det lett for oss å skape entusiasme rundt arbeidet med å lage et nytt direktorat. Til tross for mange utfordringer det første året, så er det en kjempeflott stemning her i huset.

*Var reformen nødvendig?*  
– Definitivt. Det som var Sosial- og helsedepartementet fram til for et drøyt år siden, fikk etter hvert stadig flere baller å holde styr på. Hver gang departementet trengte en ny funksjon, spratt det opp en ny enhet: Statens ernæringsråd, Tobakkskaderådet, Rusmiddeldirektoratet, Rådet for funksjonshemmede, for eldre... Departementet hadde på 1990-tallet mellom 30 og 40 underliggende etater som de skulle jobbe gjennom på veien mot helse- og sosialtjenesten. En ryddesjau måtte rett og slett til. Ute blant dem som arbeider i helse- og sosialtjenestene er det mye idealisme. De møter ofte mennesker i stor nød, og de vil gi brukerne den best mulige tjenesten. Fra dem der ute oppsto det etter hvert et stort press på departementet om å bevege seg mer i retning av brukerne. Jeg tror at det i mange år har vært en engstelse blant politikere og byråkrater for

å ha et sterkt direktoratmiljø utenfor departementet, og at det er noe av årsaken til at samlingen ikke har skjedd før.

*Hvorfor nå?*

– Mye handlet om hvor reformvillige de personene som ledet et departement var, politisk og administrativt. Statsråd Tore Tønne og departementsråd Anne Kari Lande Hasle var viktige iverksettere.

*Hvem er i dette huset?*

– Fantastisk mange faglig sterke mennesker. Ambisjonen med denne reformen er at vi skal stå bedre rustet til å møte morgendagens utfordringer i sosial- og helse-Norge. Nå er alle faglige forutsetninger her for at vi skal greie det – både når det gjelder forebygging og tjenesteutøvelse.

*Kommer brukerne til å merke noe i 2003?*

– Ja. Arbeidet med å fremme kvaliteten i helse- og sosialtjenestene vil helt sikkert bli lagt merke til. Vi begynner blant annet å registrere nasjonale kvalitetsindikatorer og å publisere disse. Med tiden skal alle kunne sjekke kvaliteten på sin egen tjeneste. Det etableres en nasjonal enhet for fritt sykehusvalg fra mai 2003. Pasienter i helsevesenet kan da greit få vite hvor lang ventetid det er på ulike tjenester, både i sin egen helseregion og på landsbasis. Vi foreslår at retningslinjer for metadonbehandling av narkomane skal endres. Vi deltar også tungt i arbeidet med reorganisering av sosialkontorene, trygdekontorene og arbeidskontorene. Det vil bli en reform som får stor betydning for brukerne.

*Helsedelen i direktoratet er tung. Kan den få slagside?*

– Ja, det kan den. Det må vi være oppmerksom på hele tiden. Da denne nye organisasjonen ble etablert, fikk vi langt flere ansatte med helseoppgaver enn med sosialoppgaver. De sakene som havner på bordet mitt dreier seg oftere om helse enn om sosialspørsmål. Helse får dessuten masse oppmerksomhet ute i samfunnet. Akutte og dramatiske hendelser i helsevesenet virker



## Lars E. Hanssen, direktør for Helsetilsynet om Shdir:

Arbeidsdelingen mellom oss og Sosial- og helsedirektoratet er utfordrende, men vi i Helsetilsynet har opplevd et godt samarbeide med direktoratet i året som er gått. Reformen er omfattende, krevende og kostbar. Det trengs betydelig effektivisering og samlende merverdi for å veie opp disse kostnadene. Det er viktig at den enkelte medarbeider er en aktiv brobygger, slik at samfunnet får en merverdi av omorganiseringen.

Sosial- og helsedirektoratet er i ferd med å innfri forventningene, men det vil ta flere år før reformen har satt seg. For Helsetilsynet selv er det særlig bortfall av en rekke synergieffekter som er følgbare. Jeg tror at mange i den sentrale helseforvaltningen vil følge oss med argusøyne i årene som kommer. //

som fluepapir på aviser og tv. Mennesker med varige sosiale problemer får langt fra samme oppmerksomhet. Det er disse aller svakeste brukerne som skal ivaretas gjennom sosialtjenesten. Forvaltningen vår må vise et særlig ansvar overfor disse. Det er også slik at vi gjennom pasientrettighetsloven har satt fokus på pasientene. Det har vært en riktig utvikling. Men også sosialklienter trenger å komme i fokus!

*Sosialdepartementet og Helsedepartementet er hver for seg. Hvorfor har de et felles direktorat?*

– Da vi startet arbeidet med å lage dette nye direktorat, ante vi ikke at departementet skulle deles. Men da Bondevik II-regjeringen kom til makten, fikk vi vite at de ønsket å dele departementet. Vi holdt pusten noen dager, til Dagfinn Høybråten og Ingjerd Schou kom på jobb. Da kom beskjeden om at de ønsket seg ett direktorat. Det var etter min oppfatning en riktig beslutning. Sosialsiden og helsesiden i direktoratet forvalter områder som griper helt inn i hverandre. En rusmisbruker har ikke oversikt over at

når han får metadon, så er dette en helsetjeneste, mens når han eller hun mangler bolig og arbeid, er det sosialtjeneste. For rusmisbrukeren er imidlertid begge deler nødvendige betingelser for å ha et rimelig verdig liv. Slik er det også i pleie- og omsorgstjenesten, i psykiatrien og på mange andre områder. Vi synes det er en fordel at arbeidet vi utfører er samlet i ett direktorat.

*Rollene i Norges sentrale sosial- og helseforvaltning er nå delt mellom Folkehelseinstituttet, Helsetilsynet og Sosial- og helsedirektoratet. Fungerer det?*

– Grensegangene etatene mellom, og mellom etater og departementer, blir aldri ferdig oppgått. Men nå har vi en liten håndfull etater, ikke noen titalls slik det var før. Bildet er blitt mer oversiktlig. Det noen kaller gråsoner mellom oss, bør vi heller se på som samarbeidssoner.

*Brenner dere for noe i dette direktoratet?*

– Tusen ting. Vi startet 2003 friskt med en røykekampanje som ble lagt

merke til, og til høsten blir det ny røykekampanje. Men 2003 vil ikke bare handle om tobakk. Narkomane må få et bedre liv i Norge, og vi vil foreslå endring av omsorgen for disse. Lege-midler som metadon og subutex er kommet for å bli og kriteriene for hvem som skal få slik behandling bør utvides. Mange narkomane er blant de aller svakeste i samfunnet, de må sikres det beste vi har å tilby av hjelp.

*Annet enn tobakk og narkomani?*

– Da vil jeg nevne psykisk helse og funksjonshemmede. Stortinget har lagt fram en åtteårig opptrappingsplan for styrking av psykisk helse. Nå er vi kommet halvveis i denne opptrappingen, men det paradoksale er at spesialisthelsetjenesten i løpet av disse årene har fått en sterkere økonomisk vekst enn psykisk helse!

For å nå opptrappingsmålet Stortinget har satt for psykiatrien må det satses mye mer i årene som kommer. Opptrappingsplanen styres fra direktoratet. Vi vil legge stort trøkk i at pasienter med psykiske lidelser skal gis et bedre tilbud. De funksjonshemmede

møter mange unødvendige barrierer. Det kreves av oss alle at vi tenker tilrettelegging for dem når vi utvikler samfunnet. Jeg vil også trekke fram eldreomsorgen. De gamle som bor i sykehjem og omsorgsboliger har et langt dårligere helsetilbud enn tidligere. Denne utviklingen har skjedd uten at vi har rustet opp legetjenesten og pleiepersonalet tiltrekkelig.

Sosial- og helsedirektoratets rolle – og plikt – er å være iverksetter av den politikken som til en hver tid gjelder. Men direktoratet skal også gi råd, basert på tung faglig kompetanse. Det er direktoratets medansvar at den politikken som til en hver tid utøves, er godt faglig fundert. For å sørge for dette, må vi forenkle eller avvikle helt en del rutineoppgaver og forvaltningsoppgaver.

Slik kan vi dreie arbeidet vårt inn mot faglig utviklingsarbeid, og bygge en effektiv og dynamisk organisasjon med høy kompetanse, avslutter Bjørn-Inge Larsen.

## Anne Kari Lande Hasle, departementsråd i Helsedepartementet om Shdir:

Først vil jeg gratulere Sosial- og helsedirektoratet med vel gjennomført første år. Alle de som har fulgt arbeidet med fornyelse og omorganisering i den sentrale helseforvaltningen de siste 20 årene vet at etablering av direktoratet har hatt historisk sus over seg. Vi har klart å gjennomføre de reformene som startet opp på 80-tallet med nye forsøk på 90-tallet. Nå er utfordringen å få dette til å fungere. Det er nå vi skal vise at forvaltningen står bedre rustet til å møte befolkningens behov for sosial- og helse-

tjenester og å fremme helse og forebygge sykdom, lidelser og for tidlig død i befolkningen.

Jeg vil gjerne minne om helseministerens budskap ved markering av etablering av Sosial- og helsedirektoratet 14. januar 2002: "Dette året vil også være preget av at vi alle går inn i nye roller, samtidig som vi skal samspille og samarbeide på nye måter. Jeg vil understreke betydningen av at vi i departementet klarer å være gode og ryddige bestillere eller "krevende kunder" overfor direktoratet, og at

direktoratet skjønner når bestillingen eller spørsmålet må besvares samme øyeblikk, samme dag eller etter en avtalt frist mange uker eller måneder frem i tid. Jeg har også sett i et av "etableringsdokumentene" at direktoratets uttalelser skal være basert på forskning og dokumenterbar kunnskap. Dette er veldig viktig, og vil også redusere noe av den frykt mange føler overfor "sterke direktorater" når direktøren eller andre ledere synser på høyt nivå.

Dette berører selvsagt forholdet fag og politikk, hvor balansegangen er krevende. Det er en ærlig sak å si at "dette vet vi ikke nok om, men så langt vi kan vurdere..."

Kvalitet og kompetanse bør være stikkord for både departement og direktorat. Men driver dere politikk på egen hånd vil det bli reagert på det. Direktoratets utøvende rolle skal være forankret i vedtatt politikk."

2002 har vært preget av rollediskusjoner og -avklaringer, departementets mange bestillinger og direktoratets utredninger og svar. Det har vært oppturer og nedturer, men det er ingen tvil om at vi er på rett vei.

Jeg gleder meg til fortsettelsen. //

## Geir Stene-Larsen, direktør for Nasjonalt folkehelseinstitutt om Shdir:

Omorganiseringen av Sosial- og helsedirektoratet var et stort løft for alle involverte. Mange av dem som skulle gjennomføre dette, inkludert lederne, hadde begrenset erfaring med store omleggingsprosesser. Med dette som utgangspunkt, vil jeg si at man har kommet så langt som det var rimelig å forvente. Sett utenfra virker det som om direktoratet har fått det meste til å fungere. Det gjenstår noe på smittevernfeltet, der direktoratet i dag låner en av våre medarbeidere. Det skal også foretas en avklaring på hvilken plass helsetjenesteforskningen og kunnskapsoppsummering skal ha. Samlet sett synes jeg vi skal være fornøyd med status.

Jeg forventer og håper at direktoratet vil bli en nær samarbeidspartner for oss, og nyttiggjøre seg den kompetansen Folkehelseinstituttet har. Hittil har ingen av oss hatt overskudd til å fylle et slikt samarbeid med praktisk handling, men det må vi gripe fatt i framover. Jeg tror det vil være en stor fordel om vi kan ha noe større prosjekter sammen, som for eksempel en handlingsplan for å redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner. Ellers forventer jeg at direktoratet blir et faglig sterkt organ som er i stand til å gjennomføre helsepolitikken på en god måte. //



## 2 Divisjonsdirektørene om utfordringene framover

### Divisjon for sosial og helsetjenester

Retningslinjer, prioritering og kvalitet

Sjeldne funksjonshemninger

Institutt for sjeldne diagnoser

Tannhelsekomp. Senter for sjeldne medisinske tilstander

Trenings- og rådgivningssenteret

Kommunale tjenester

Spesialisthelsetjenester

Pasientombudene

Beredskap og akuttmedisin

IT-strategi og statistikk

Sosial- og helsepersonell

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Tjenesteøkonomi



Bjørn Guldvog:

# Verdiene må gjøres synlige

– For å kunne prioritere bedre, må vi kjenne verdien av det sosial- og helsetjenestene skaper. Vi har en kjempejobb med å vise hvilke verdier som faktisk skapes ute i tjenestene, mener Bjørn Guldvog, direktør i Divisjon for sosial- og helsetjenester.



Bjørn Guldvog

Helsetjenesten bidrar med nesten seks år av vår gjennomsnittlige levetid. Da er både forebyggende tjenester, slik som vaksiner, og kurative tjenester, som for eksempel kirurgi og medisinsk behandling tatt med. Og kanskje enda viktigere: Sosial- og helsetjenester bidrar til at livskvaliteten til hver enkelt av oss i dag er bedre enn noen gang før, noe som ikke minst skyldes den omsorgen samfunnet og omgivelsene gir oss ved sykdom og alderdom. Sosial- og helsetjenestene våre og de som jobber med å levere dem er trolig den viktigste bidragsyteren til denne utviklingen.

Det er noe nytt og unikt ved den tiden vi lever i. Men det er også noe vi hele tiden glemmer i form av et slags misnøyens paradoks. Bjørn Guldvog har derfor en målsetting: – Jeg håper og tror at direktoratets skarpe fokus på kvaliteten i tjenestene, i årene framover vil synliggjøre den enorme verdiska-

pingen som skjer i sosial- og helsesektoren vår.

### Hva er viktigst?

Samtidig er det et faktum at gapet mellom det befolkningen etterspør, og det som faktisk finnes av ressurser i sosial- og helsetjenestene, blir stadig større. Slik blir behovet for å prioritere stadig mer akutt.

– Å prioritere betyr å si at noen ting er viktigere enn andre, og det er vanskelig. Men det er også helt nødvendig, mener Guldvog, for etter hvert som teknologien blir stadig bedre og mulighetene stadig flere, vil sosial- og helsetjenestene teoretisk sett kunne bli i stand til å yte hjelp til enda flere enn i dag. Spørsmålet er bare om samfunnet tar seg råd til å betale hva det vil koste.

Spraket mellom det samfunnet har vilje til å betale og hva det er mulig å tilby av tjenester, vil bare øke, tror Guldvog.

Når vi ikke har råd til alt, hva er da det viktigste? – Vi har nå etablert et direktorat som gir oss muligheter for å se nærmere på nettopp dette. Nasjonalt råd for prioriteringer, som har sitt sekretariat i direktoratet, skal løfte denne diskusjonen i framtiden. Og dette er en

sak alle bør engasjere seg i, oppfordrer Guldvog.

### Aktive brukere

Rask informasjonsflyt. Økt kjøpekraft og kjøpelyst. Nye teknologiske muligheter. Alt dette er stikkord for en samfunnsutvikling som vil utfordre sosial- og helsetjenesten i årene framover.

– Det som før var passive brukere av sosial- og helsetjenester, er mer og mer i ferd med å bli kresne forbrukere som søker godt dokumenterte tjenester og som stiller sterke krav om å få tilfredstilt forventninger og behov. Denne utviklingen er både riktig og naturlig, men den blir også en kjempeutfordring, advarer Guldvog. – For å gjøre dette riktig, bør makten innen sosial- og helsetjenestene demokratiseres. Vi leverer tjenestene på vegne av befolkningen, og det er derfor rimelig at folk påvirker hvordan de utformes.

### Fleksible tjenester

For at brukerne skal få et best mulig tjenestetilbud, må man tenke annerledes med hensyn til organiseringen av tjenestene, mener Guldvog. Samarbeid er stikkordet. – Vi har nå hatt mange reformer som har tatt gode grep på struktur og finansiering. Men ingen har sett på hvordan man arbeider internt og hvordan tjenestene samarbeider med hverandre. Her ligger det nok en kjempeutfordring og vi må ikke være engstelige for å tenke utradisjonelt.

– For å få til godt samarbeid og fleksible tjenester, kan det bli aktuelt å åpne opp skottene mellom profesjo-

Direktoratets ledelse: Sigurd Røed Dahl (t.v.), Bjørn Guldvog, Bjørn-Inge Larsen, Gunn-Elin Aa. Bjørneboe og Arild Bjørndal

nene. Vi trenger mer fleksible tjenester i framtiden, profesjonsbakgrunnen vil spille mindre rolle. Vi bør heller se på hvilke funksjoner som skal fylles, sier han og gir ett konkret eksempel: – Mye tyder for eksempel på at vi vil få store problemer med å rekruttere til omsorgsarbeid, noe som rett og slett skyldes at befolkningsmønsteret endrer seg og at vi får et prekært behov for flere til å ta seg av gamle og syke. I årene som kommer vil vi ha flere eldre som lever lenger. Om få år kan vi mangle opp til 30 000 pleiere. Dersom det ikke er mulig å rekruttere flere inn i de tradisjonelle helseyrkene, må vi organisere arbeidet på en annen måte. For også i moderne tid må vi klare å ta oss av de gamle og pleietrengende.

### Egen lederutdanning

Også når det gjelder ledelse innen tjenestene, er tiden inne for nytenkning: – Ledelsesstrukturer har tidligere vært knyttet opp mot profesjonshierarkiet. Dette begynner å endre seg noe, og det er bra. Å lede sosial- og helsetjenester er en såpass komplisert og sammensatt jobb at det må knyttes sterkere opp mot realkompetanse på nettopp ledelse. Ofte er dette ikke helt sammenfallende med fagkompetanse. Å tenke seg en egen lederutdanning for disse tjenestene er nærliggende, mener Guldvog.



## Gunn-Elin Aa. Bjørneboe: Folkehelse og levekår i fokus

– Folkehelse og levekår må mer en i dag fargelegge de beslutningene vi tar i samfunnet. Og da mener jeg beslutninger på alle nivåer, sier divisjonsdirektør Gunn-Elin Aa. Bjørneboe. Hun leder Divisjon for forebygging i direktoratet.

”Restaurantanmeldere må gi terningkast for restaurantenes tilgjengelighet. Formgivere må designe løsninger som kan brukes av alle mennesker. Skolebarna må være detektiver for en bedre framtid.”

I Sosial- og helsedirektoratets manifest for å skape et bedre samfunn for funksjonshemmede i Norge, oppfordres vi alle til å ta ansvar for å gjøre samfunnet tilgjengelig for alle i Norge, også for funksjonshemmede.

Manifestet er et eksempel på hvordan direktoratet ønsker å jobbe. Arbeidet med å fremme folkehelse og levekår er en felles oppgave, og et felles ansvar, mener Bjørneboe og fortsetter: – Videre framover bør søkelyset i større grad rettes mot strukturelle forhold som gjør det lettere å foreta sunnere valg. Vi må også rette søkelyset mot forhold som kan gi oss et samfunn som er mer tilgjengelig for alle, sier hun. – Min visjon for de neste ti årene er for det første at flere sektorer enn sosial- og helsesektoren skal arbeide ut fra disse perspektivene og at det forankres på et nivå med sektorovergripende myndighet, både nasjonalt og lokalt. Skole og barnehage, arbeidsliv, nærmiljø og sosial- og helsetjenesten er alle sektorer som kan være med og samarbeide om å få oss til å være mer i aktivitet, spise mer grønt, stumpe røyken, redusere alkoholinntaket eller unngå illegale rusmidler – og bidra til bedre psykisk helse og levekår.

### Lokalsamfunnet akilleshæl

Det er dessuten behov for en sterkere satsing lokalt, mener divisjonsdirektøren. – Lokalsamfunnet er den sentrale arenaen for folkehelsearbeid, en

akilleshæl i iverksettingen av nasjonale strategier. Fra sentralt hold må vi i større grad stimulere kommuner og frivillige organisasjoner til innsats. Jeg tror det kan være behov for å omstrukturere og i større grad skreddersy tjenestene overfor kommunene.

Bjørneboe ser behovet for sterke og kompetente støttfunksjoner, som kan veilede og stimulere kommunene til økt satsing på folkehelsearbeid både gjennom styringssignaler, konkret veiledning overfor tjenestene og kompetansehevende tiltak.

### Flere må tenke helse

Til tross for at Ola og Kari Nordmann har fått bedre helse og lever lenger, er det en rekke foruroligende tegn på at det ikke bare går riktig vei. – I Norge bruker vi nå rundt 1 milliard kroner i året på medikamenter til blodtryksbehandling. Om brukerne hadde tatt seg en rask spasertur hver kveld, hadde vi spart mange av disse kronene. Skremmende er også den kraftige økningen i bruk av både alkohol og illegale rusmidler blant ungdom. Det samme er økningen i antallet unge med psykiske problemer, sier Bjørneboe.

Sosial- og helsemyndighetene vil framover satse mye på helsestasjons- og skolehelsetjenesten. – Her møter vi mennesker fra de er unnfanget til de fyller 18. Vi trenger et krafttak for å styrke disse tjenestene, sier Bjørneboe.

### Økte sosiale forskjeller

En av de store utfordringene i årene framover blir å nå ut med rett budskap til de riktige målgruppene. Hvordan nå dem som spiser mest usunt, beveger seg minst og røyker mest? I Norge er

det store sosiale forskjeller knyttet til helse. Forskjellen mellom bydelene i Oslo er for eksempel større enn i andre nordiske storbyer. Disse sosiale helseforskjellene, både målt som forekomst av sykdom og for tidlig død, økte markert på 90-tallet. – Vi må mer bevisst innrette vårt arbeid mot de deler av befolkningen der både utfordringene og forebyggingspotensialet er størst, sier Bjørneboe.

### Politikerne er lydøre

Den store omorganiseringen av etatene innenfor sosial- og helsesektoren har gitt bedre mulighet enn noen gang før for å satse helhetlig på folkehelse og levekår. Aldri tidligere i Norge har så mange mennesker med kunnskap om forebygging vært samlet.

– Nå har vi mye større mulighet for å være premissgiver for politikkutforming, mener Bjørneboe. Hun ser langt fra mørkt på mulighetene. – Det har aldri vært så lett å jobbe med folkehelse og levekår som i dag. Mye ligger derfor til rette for at vi kan oppnå et virkelig løft på disse områdene.

Regjeringens folkehelsemelding er ett av flere eksempler på at politikerne og forvaltningen nå trekker i samme retning. Folkehelsemeldingen skriver ut en resept på et sunnere Norge og prioriterer fem områder som det skal rettes fokus mot de neste ti årene: Ernæring, fysisk aktivitet, tobakk, forebygging av rusmiddelproblemer og forebygging av psykiske lidelser. – Vi er naturligvis kjempeglade for signalene i meldingen, sier Bjørneboe.

### Ansvar

Hovedbudskapet i Folkehelsemeldingen er at alle har et personlig ansvar for egen helse. Myndighetenes rolle er å gi kunnskap, og legge til rette for de sunne valgene.

Dette blir en utfordring, innrømmer Bjørneboe. – I dag er det så mange aktører på banen og så mange forskjellige budskap. Vi må stå fram som en troverdig og tydelig aktør. Det gjør vi best ved å alliere oss med spisskompetansen på hvert område. Vi må både ha oversikt over kunnskap og sterkere allianse med fageksperter. Forskning og forvaltning gjør seg best som hånd i hanske.

## Arild Bjørndal: – Vi utnytter ikke god kunnskap godt nok

Ungdommer som er havnet på skråplanet blir tatt med i fengsler. Der får de hilse på hardkokte kriminelle som advarer dem mot å følge i fotsporene deres. Men hva gjør egentlig det med ungdommene?

– Fagfolk i sosial- og helsetjenesten – og beslutningstakere – trenger svar på dette spørsmålet. Det samme trenger ungdommenes foreldre. Svaret må være pålitelig, forståelig og det må være mulig å finne informasjonen på en enkel og rask måte, sier Arild Bjørndal, direktør i Divisjon for kunnskaps- håndtering.

Gode helse og sosial trygghet betinges av at tusenvis av slike spørsmål blir besvart og at det blir mulig å treffe veloverveide beslutninger om sosial- og helsetjenester. Det forutsetter at det finnes forskning, det vil si systematisert erfaring, som har vurdert effektene av forebyggende og behandlende tiltak. Det forutsetter også at denne kunnskapen er ordnet, lett tilgjengelig og derfor kan brukes, sammen med annen type informasjon, for å treffe faglige valg.

Slik er det ikke i dag. Det vil Sosial- og helsedirektoratet gjøre noe med.

### Mot sin hensikt

– Problemet er alvorlig, mener Bjørndal. – Å kunne stille og besvare faglige spørsmål knyttet til effekten av det en driver med, er en essensiell del av det å være en god fagutøver i sosial- og helsetjenesten.

Det kan gå galt når man ikke har det riktige kunnskapsgrunnlaget: – Å skremme ungdommer fra å begå kriminelle handlinger har lenge vært en populær metode, særlig i USA og Storbritannia. Nå viser kunnskapsoppsummeringer at dette er mislykket. Ja, at det faktisk virker mot sin hensikt. For ungdommene som fikk møte de hard-

kokte kriminelle virket ikke møtet avskrekkende, det virket avdramatiserende og førte til mer kriminalitet.

### Skrikende behov

Fagfolk og andre må få langt enklere tilgang til relevant, pålitelig, oppdatert og oppsummert kunnskap. Bjørndal karakteriserer behovet som skrikende. I tillegg må fagutøverne lære seg kunnskapshåndtering som metode og verktøy.

– I dag har vi mye å hente på dette

området, slår han fast. – Ta for eksempel legene, som kanskje er de potensielt største konsumentene av forskningsdokumentasjon. For en travel praktiker, som ikke har lært effektive metoder for å søke frem og vurdere forskningsbasert informasjon i løpet av grunnutdanningen, er det selvsagt håpløst å få tak i relevant informasjon under lunsjpausen. Det skyldes også rotet i det medisinske arkivrom, der stadig mer uorganisert informasjon hopper seg opp. Det eksisterer derfor ofte en avstand mellom det vi egentlig vet og det vi gjør i tjenestene,

### Divisjon for kunnskapshåndtering

Kunnskapsstøtte

Sosialtjenesteforskning

Helsetjenesteforskning



Gunn-Elin Aa. Bjørneboe



Arild Bjørndal

mener Bjørndal. Derfor er det viktig at Sosial- og helsedirektoratet har som et av sine eksplisitte mål å gjøre relevant og pålitelig forskningsbasert informasjon lettere tilgjengelig. – Vi ønsker å gjøre hverdagen lettere og beslutningene bedre, både for saksbehandlere internt i forvaltningen og andre beslutningstakere, som fagutøvere i tjenestene ute.

### Intens jakt

Bjørndal og kollegene hans er nå på jakt etter måter å hjelpe både fagfolk og publikum til å ta gode beslutninger. For dette angår ikke bare spesialistene. Også Hvermannsen i Norge bør få hjelp.

– Det offentlige har også ansvar for å gi deg som enkeltperson informasjon som gjør at du kan treffe velinformerte beslutninger. Du har betalt skattepenger og har krav på å få innsikt i den forskningen som fins, uten å være totalt avhengig av en fagperson.

Den raskeste måten å gi denne informasjonen på, er å hoppe over de profesjonelle og gå direkte til deg som bruker, slik at du kan møte opp på sosialkontoret eller legekontoret med de gode spørsmålene. Bjørndal innrømmer umiddelbart at det er et stykke arbeid igjen før direktoratet når så langt.

– Men vi må ha dette som mål. Vi skal følge begge sporene og gjøre noe vettugt både overfor publikum og fagpersonellet, slår han fast. På <http://www.rygg-info.no/> har vi beskrevet noen nye tanker om god publikumsinformasjon, forteller han.

### Ikke kunnskapspoliti

Divisjon for kunnskapshåndtering er et miljø som tidligere var en del av Avdeling for samfunnsmedisin på Statens institutt for folkehelse. Avdeling for kunnskapsstøtte arbeider i stor utstrekning på tvers i direktoratet. Målet er å bidra til at saksbehandlingen – der det er relevant – tilrettelegger kunnskapsgrunnlaget på en systematisk og synlig måte.

– Vi skal ikke være noe kunnskapspoliti, men saksbehandlere er heller ikke trent i håndteringen av den verdifulle ressurs forskningsbasert informasjon er, sier Bjørndal. Hans erfaring så langt er at mange ønsker hjelp til nettopp denne delen av saksbehandlingen. – De føler at de gjør en mer komplett jobb når vi støtter dem i å tilrettelegge kunnskapsgrunnlaget. Det viktigste vi gjør overfor personer og prosesser i organisasjonen er å bygge kompetanse hos andre!

### Bedre praksis

Den andre delen av virksomheten foregår i avdelingene som arbeider med helsetjenesteforskning og sosialtjenesteforskning. Her er det flere ting som er i fokus, forteller Bjørndal. Blant annet hvordan praksis kan bedres ute i tjenestene. – Vi undersøker for eksempel effekten av praksisbesøk for å støtte allmennlegers legemiddelforskrivning. Dessuten lager vi systematiske oversikter over primærforskning om effekten av tiltak som brukes i sosial- og helsetjenesten. For eksempel systematiseres all forskning om hvordan en kan hjelpe sosialklienter inn i arbeids-

livet. Det arbeides dessuten internasjonalt gjennom Cochrane- og Campbell-organisasjonene. Sammen med kolleger over hele verden ”ryddes det i arkivet”. – Forutsetningen for å få en kunnskapsbasert praksis, er at forskningen om effekt av virkemidler er oppsummert og oppdatert, mener divisjonsdirektøren.

### Kikk direktoratet i kortene!

En kunnskapsbasert organisasjon er målet for hele Sosial- og helsedirektoratet. Her skal divisjonen for kunnskapsstøtte være til hjelp. – Vi ønsker at alle råd og forslag som kommer fra dette huset skal være bygd på en systematisk og tydelig redegjørelse for kunnskapsgrunnlaget, sier Bjørndal.

Ikke alltid har direktoratet tid til en grundig gjennomgang. Noen trenger et råd i løpet av timer eller dager. – Men også da skal kravet til oss selv være at vi opptrer systematisk og eksplisitt, mener Bjørndal. Andre ganger har man bedre tid og kan basere rådene på mer omfattende kunnskapsoppsummeringer, som i NOU-en om forskning på rusfeltet.

Andre skal kunne kikke direktoratet i kortene, mener Bjørndal. – Et moderne fagdirektorat viser frem hvordan man kommer fra premisser til konklusjon, og fremmer derfor en større grad av åpenhet og ansvarlighet i forvaltningen av samfunnets fellesmidler, avslutter han.

*Publikasjonsoversikt for Divisjon for kunnskapshåndtering 2002, se internett: [www.shdir.no/index.db2?id=822](http://www.shdir.no/index.db2?id=822)*

## Sigurd Røed Dahl:

# Veggene bygges av kvalitet

**Sigurd Røed Dahl er direktør for administrasjon og organisasjonsutvikling – men vil ikke administrere og organisere for mye. – Vi skal ikke gå oss bort i administrasjon. Her skal faglighet stå i fokus.**

Hele 11 miljøer ble samlet til ett 1.1 2002. 11 forskjellige kulturer. 11 forskjellige måter å tenke på. – Det er en administrativ utfordring, innrømmer Dahl. – Men en veldig morsom utfordring, legger han til.

Jobben han og kollegene gikk løs på med å bygge opp en organisasjon, måtte gjøres helt fra bunnen av. – Vi kom til et skjelett. Her manglet både vegger, dører og vinduer. Alle de rutiner som en etablert etat tar for gitt, måtte settes i gang. Etter dette første året har vi kommet oss opp i 1. etasje. Vi er langt fra ferdige. Men byggingen må skje sakte, det skal være kvalitet i de veggene som settes opp.

### Hvem er vi?

Dahl har lang erfaring fra både forvaltning og embetsverk. Nå vil han bygge en annerledes organisasjon. De ansatte skal ikke få papirbunker med planer tredd nedover ørene. De skal være med på å skape sin egen arbeidsplass. Kompetansen og engasjementet til de ansatte skal utnyttes maksimalt. – Involve-

ring må skje på alle nivåer, fra den enkelte ansatte til de to eierdepartementene våre. Vi må rett og slett finne ut hvem vi er og hvilken rolle vi har i forvaltningen. Hvem er våre brukere? Hvor skal vi levere? Hvordan skal vi levere?

### Mobil kompetanse

Høy kompetanse er stikkordet hele veien. – Som direktorat må vi selvsagt ha en paratkompetanse og levere råd og veiledning raskt når politikerne trenger det. Men i tillegg trenger politikerne oss som en buffer mot aktørene der ute. En buffer som kan analysere, vurdere og gi råd. – I en tid hvor alt går så fort, må politikerne skaffe seg tid til å tenke. Det skal vi hjelpe dem med.

For å fylle rollen som rådgiver, må Sosial- og helsedirektoratet også vise at det er verdt å lytte til deres råd. Til det trenger de tung faglig kompetanse.

– Kompetanseutvikling er den største utfordringen for vår organisasjon. Vi må tenke ut kreative løsninger for hvordan vi kan samle mest mulig



Sigurd Røed Dahl

### Divisjon for admin. og utvikling

Plan og økonomi

Personal og lønn

Kommunikasjon og dokumentasjon

IT

Arkiv

høyt kvalifiserte folk i huset. Dahl ser for seg at direktoratet kan rekruttere fagpersonell inn i kortere eller lengre

## Hans Kristian Bakke, president i Den norske lægeforening om Shdir:

*“Sosial- og helsedirektoratet har dette første året vært preget av at det har vært en krevende og omfattende omstrukturering, foretatt i svært høyt tempo.*

*Dette er nok forklaringen på at vi i Lægeforeningen har opplevd at enkelte saker har “glippet”, for eksempel at henvendelser har blitt borte underveis. Jeg vil derimot trekke fram det som direktoratet har gjort når det gjelder tobakks-*

*forebyggende arbeid, som svært positivt.*

*Jeg forventer at Sosial- og helsedirektoratet skal vise sterk grad av faglighet i sin premissgiving overfor departementene og den utadrettede virksomhet.*

*Dessuten håper og tror jeg at direktoratet vil bli mer synlig i fremtiden enn det har vært dette første året. ”*

## Liv Arum, generalsekretær i Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) om Shdir:

*“Det er gledelig å registrere at Sosial- og helsedirektoratet ser ut til å legge vekt på en bred og god kontakt med brukerorganisasjonene. Det er både viktig og riktig.*

*For det første gir en slik kontakt muligheten til en mer systematisk tilbakemelding på hvordan helse- og sosialhverdagen oppleves fra et brukerståsted. For det andre gir dialog rom for faglig utvikling og debatter ut fra et brukerperspektiv.*

*For det tredje vil en slik kontakt være en viktig kvalitetskontroll for det arbeidet som direktoratet utøver.*

*FFOs forventninger til direktoratet er at de tar på alvor at dette er et Sosial- og helsedirektorat. Det må innebære at sosialområdet, herunder levekårsaspektet, må få det fokus at det ikke “drukner” i helsesaker. For funksjonshemmede er synliggjøring av levekårsområdet*

*svært viktig, og noe av det vi ser på som det mest spennende ansvarsområdet for det nye direktoratet. Derfor har vi store forventninger på dette området.*

*Vi har også forventninger om at FFO kan ha faste formaliserte møter med direktoratets ledelse, slik vi har med andre ytre etater som er viktige for funksjonshemmede og kronisk syke. ”*



perioder. – Både mellom våre eierdepartementer og grenseliggende etater kan det være interessant å prøve ut hospiterings- og andre mobilitetsordninger for de ansatte. Vi har jo samme rekrutteringsgrunnlag. Dette kan også gi oss mulighet til å jobbe mer helhetlig sammen.

### Flat struktur, få ledere

Mens statens regelverk skriker etter planer og byråkratisering, skal organisasjonsstrukturen i det nye Sosial- og helsedirektoratet være så hensiktsmessig og flat som mulig. Linjen mellom medarbeiderne og toppledelse er kort. Organisasjonen har bare tre ledelsesnivå, noe som er rimelig flatt til staten å være. Bare 10 prosent av de ansatte har lederoppgaver, mens det vanlige i forvaltningen er mellom 15 og 20. – Dette gjør vi for at ikke organisasjonen skal drukne i byråkrati, noe som er lett når vi samler så mange ulike miljøer, sier Dahl.

### Kulturbygging

Selv om organisasjonen bare så vidt har kommet over grunnmuren, mener Dahl at direktoratet allerede har kommet langt. Etter hvert vil Shdir framstå med en mye mer enhetlig kulturforståelse og måte å tenke på enn man ville hatt på tvers av de 11 organisasjonene.

Alternativet hadde vært at de ulike miljøene hadde sittet på hvert sitt sted og satt ned arbeidsgrupper som skulle jobbe på tvers for å finne gode løsninger. – Når vi er samlet under ett tak har vi mye bedre forutsetninger for å få dette til, sier Dahl.

## Nasjonale kvalitetsindikatorer

**Befolkningen skal i framtiden få et bedre grunnlag for valg av behandlingssted. Kvalitet kan bli avgjørende for hva den enkelte velger.**

Men for å velge kvalitet må brukerne ha tilgjengelig informasjon, for eksempel om kvaliteten på et sykehus. I 2002 la Sosial- og helsedirektoratet ned et stort arbeide med å finne egnede kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Arbeidet har foregått i samarbeid med representanter for de regionale helseforetakene, fagmiljøene og forskningsinstitusjoner. Ved årsskiftet godkjente Helsedepartementet direktoratets forslag til valg av indikatorer som skal registreres i 2003. Det omfatter følgende indikatorer: Pasienttilfredshet, preoperative liggetider ved lårhalsbrudd, epikrisetid, korridorpasienter, sykehusinfeksjoner, tvungen innskriving i psykiatrisk institusjon. Disse indikatorene gjelder for somatiske sykehus og innlagte pasienter. Den siste indikatoren gjelder for psykisk helsevern.

## Etterutdanning av spesialister

**Legespesialister må ta del i formalisert og dokumenterbar etterutdanning.**

Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) har anbefalt å sette i verk en obligatorisk, formell etterutdanning av alle legespesialister, på 8-15 dager årlig. Utdanningen kan skje både innenfor og utenfor eget arbeidssted/avdeling. På bakgrunn av en høring som ble gjennomført i 2002, har Sosial- og helsedirektoratet gitt råd til Helsedepartementet om at dette bør iverksettes. Innføring av en ordning med formell resertifisering av spesialister anbefales ikke.

## Kampanjen "Ingen hindring"

**Kampanjen Ingen hindring skal bidra til et samfunn der funksjonshemmede er og oppfattes som borgere med like rettigheter og muligheter som alle andre.**

Ingen hindring betyr å gjøre arbeidsplasser, skoler, offentlige bygg og transport tilgjengelig for alle. Kampanjen startet opp i 2002 og vil vare ut 2005. Divisjonsdirektør Gunn-Elin Aa. Bjørneboe er leder av den nasjonale komiteen for kampanjen, som er et samarbeid i regi av Sosial- og helsedirektoratet. I 2003 faller kampanjen sammen med Det europeiske året for funksjonshemmede. Året fokuserer på rettigheter og ikke-diskriminering. Målet er å øke bevisstheten om at funksjonshemming oppstår i møtet mellom mennesket og omgivelsene, og å øke kunnskapen om hvordan diskriminerende, samfunnskapte hindringer kan fjernes.

## Verdensdagen for psykisk helse

**Verdensdagen for psykisk helse 10. oktober benyttes for å informere om og oppnå åpenhet om psykisk helse. I 2002 var temaet arbeidsliv, og det ble rapportert om mer enn 1000 arrangementer over hele landet. Shdir sørget for avis, brosjyre og plakater.**

Formålet med Verdensdagen er å ha én spesiell dag hvor psykisk helse står i fokus verden over. Det var World Federation for Mental Health og Verdens Helseorganisasjon (WHO) som i 1992 tok initiativet til dagen. Her i Norge ga Shdir Rådet for psykisk helse og Mental Helse Norge ansvaret for å koordinere Verdensdagen 2002.

Arrangementene fikk bred omtale i mediene og en stor del av dem var større samarbeidsprosjekter mellom brukerorganisasjoner, fagfolk, kommuner og andre institusjoner. Shdir sto bak Verdensdags-brosjyre og -plakat, og et 12 sider eget avisbilag som ble distribuert med Aftenposten og Adresseavisen. I følge en markedsundersøkelse gjennomført av Opinion AS husket 62 prosent av Aftenpostens lesere bilaget, mens 20 prosent av leserne oppga at de hadde lest bilaget. En undersøkelse gjennomført av Gallup på oppdrag fra Statskonsult, viste at 41 prosent av Norges befolkning hadde merket seg Verdensdagen. I sin evalueringsrapport "Snakk med oss! Evaluering av informasjonssatsingen i forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse", vurderer Statskonsult tallene til å være høye og at dagen har hatt rimelig stor oppmerksomhet.

**... Her og på de neste sidene omtales sentrale saker som Sosial- og helsedirektoratet har arbeidet med i 2002.**



## Stråleskadde bør få erstatning

**Sosial- og helsedirektoratet har anbefalt Helsedepartementet å tilby erstatning til 15 pasienter som ble feilbehandlet ved Rikshospitalet på 1970-tallet.**

Fram til 1971 var strålebehandling med røntgenstråler eneste mulige behandling mot kreft. Denne behandlingen medførte en stor fare for senskader, blant annet på skjellettet og vekstsoner hos barn. I 1971 fikk Radiumshospitalet nytt og bedre utstyr, som fjernet eller i verste fall dempet senskadene betydelig. Men minst 15 barn fikk aldri tilbud om behandling ved Radiumshospitalet.

Saken bygger på en gjennomgang av arkiv og journaler fra behandlingen av pasienter i perioden 1971-81.

Sosial- og helsedirektoratet har på oppdrag fra Helsedepartementet vurdert rapporten.

Direktoratet kan ikke se at det generelt var uforsvarlig å bruke den behandlingsmetoden Rikshospitalet hadde tilgjengelig i denne perioden, men mener det var uforsvarlig å barn med særlige behov ikke ble henvist til Radiumshospitalet.

## The Cochrane Collaboration

**The Cochrane Collaboration er en internasjonal organisasjon som lager systematiske oversikter av effektene av medisinsk behandling.**

Mer enn 6 000 forskere over hele verden er tilknyttet The Cochrane Collaboration. Det er opprettet 14 regionale Cochrane-sentre. Over 50 grupper samarbeider om å lage kunnskapsoversiktene. Cochrane-databasen inneholder systematiske oversikter over effekt av ulike medisinske behandlinger og helsetjenester. Tidligere har bare sammendrag vært gratis tilgjengelig, mens fulltekst-tjenester krevde lisenser.

Sosial- og helsedirektoratet har nå forhandlet fram en avtale om fri tilgang til Cochrane-databasen. Tilgang til Cochrane-databasen er nå gratis for alle i Norge fra [www.cochrane.no](http://www.cochrane.no). Herfra kan brukerne koble seg direkte opp til hoveddatabasen i Oxford.

## Sjeldne diagnoser samles

**Sosial- og helsedirektoratet har foreslått å samle kunnskap og ressurser knyttet til sjeldne funksjonshemninger.**

Med en sjelden funksjonshemning menes medfødte tilstander som vi bare finner fra ett til 500 tilfeller av i hele landet. Det finnes imidlertid flere tusen forskjellige slike sjeldne diagnoser. Et stort antall mennesker med en slik medfødt sjelden diagnose mangler i dag tilbud fra et kompetansesenter. For å utnytte ressurser og kunnskap på området bedre, har direktoratet foreslått overfor Helsedepartementet og Sosialdepartementet å samle kompetansen på området. Slik kan bruken av både kunnskap, personell og tilgjengelige ressurser bli mer rasjonell – og flere kan få hjelp.

## Dent-O-Sept-saken

**Våren 2002 fikk ansatte ved blant annet Sykehuset i Stavanger og ved St. Olavs hospital i Trondheim mistanke om at en bakteriestamme kunne ha kostet pasienter livet.**

Det dreide seg om en bakteriestamme som finnes overalt, og som vanligvis er ufarlig for friske mennesker. Men hos syke og svekkede pasienter kan infeksjonen bli svært alvorlig. Fordi smitekilden etter hvert ble funnet ved flere sykehus, pekte sporene i retning av et produkt som sykehusene brukte. Den 9. april ble den antatte smitekilden funnet ved fabrikken Snøgg som produserer munnpenselen Dent-O-Sept. Sosial- og helsedirektoratets tilsyn i lokalene til Snøgg industrier 12. april bekreftet smitekilden.

Sosial- og helsedirektoratet var fra 1. januar 2002 nasjonal fagmyndighet og forvalter av regelverket for medisinsk utstyr. Inkludert i dette er ansvaret for tilsyn med produsenter av medisinsk utstyr i Norge. Direktoratet er også rådgiver for helsetjenesten og Helsedepartementet i disse spørsmål.

– Det er ikke akseptabelt at pasienter skal kunne bli utsatt for smitte på den måte vi her har opplevd. Vi har nå foreslått tiltak som tar sikte på å unngå at noe liknende skal kunne skje igjen, sier direktør Bjørn-Inge Larsen i Sosial- og helsedirektoratet. Direktoratet har foreslått å skjerpe tilsynet med produsenter av medisinsk utstyr, og vil vurdere å gi ut nasjonale retningslinjer for bruk av ikke-sterilt utstyr på spesielle pasientgrupper.

## The Campbell Collaboration

**The Campbell Collaboration er et samarbeide for å skape oversikt over internasjonal tiltaksforskning innen kriminalomsorg, utdanning og sosialfaglige spørsmål.**

Den ideelle organisasjonen skal hjelpe til med å treffe velinformerte beslutninger på de tre fagfeltene. Campbell Collaboration har som mål å sammenstille forskning i systematiske oversikter på de tre områdene. De ønsker å gjøre forskningen mer tilgjengelig for beslutningstakere, forskere og praktikere.

Avdeling for kunnskapshåndtering i Sosial- og helsedirektoratet koordinerer den norske deltakelsen i Campbell Collaboration. Direktoratet samarbeider med University of Bristol i Storbritannia om å etablere en egen database for nordiske effektstudier (Nordic Registry of Effect Studies). Mer informasjon: [www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org)

## Rekrutteringskrise

**Norge kan komme til å mangle opp mot 30 000 pleiere og omsorgsarbeidere i 2020, viser tall fra Statistisk sentralbyrå.**

Etter Reform 94 i den videregående skolen økte tallet på søkere til helse- og sosialfag, men nå er tallet nede på samme nivå som før reformen. Samtidig som søkertallet går ned, får vi behov for stadig flere omsorgsarbeidere. Sosial- og helsedirektoratet ser alvorlig på denne situasjonen. Direktoratet har lansert en kampanje for å få flere ungdommer til å velge helse- og sosialfag. Et ungdomsblad og et nettsted skal gi tiendeklassinger innsyn i hva studiene kan tilby. Regjeringen foreslår å bruke 110 millioner kroner på rekrutteringstiltak i år. Et av målene i planen er å øke den årlige tilveksten av hjelpepleiere med 50 prosent. For å klare det, foreslår regjeringen blant annet å rekruttere flere voksne, å skolere ufaglært arbeidskraft og å gi tilbud til minoritetsspråklige som trenger tilleggsopplæring. Nok et tiltak som vurderes, er å modernisere fagstruktur og yrkestitler i helse- og sosialfag for slik å gjøre fagene mer attraktive for ungdom.

## Styrket beredskap

**Beredskapen i tilfelle krig og katastrofer er styrket etter etableringen av Sosial- og helsedirektoratet.**

I nasjonal sammenheng har direktoratet en koordinerende rolle i sammenheng med helse- og sosialberedskap. Formålet med beredskapen er å verne befolkningens liv og helse under krig. Det samme gjelder om det skulle inntreffe kriser eller katastrofer i fredstid. Direktoratet arrangerte fem store regionale beredskapskonferanser i 2002. Dette har også sammenheng med ny lov om helsemessig og sosial beredskap som kom i 2001, samt helseforetakenes pågående arbeid med nye beredskapsplaner. I 2002 ble det utplassert 16 mobile saneringsenheter og fordelt 700 vernedrakter til det utøvende helsevesenet. Mer enn 200 000 jodtabletter er kjøpt inn og fordelt til samtlige kommuner nord for Lofoten.

## Begrensninger av tvang

**Tvang og andre inngripende tiltak brukes ved nesten alle landets sykehjem i stort omfang.**

Dette viser en undersøkelse gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Sosialdepartementet arbeider med forslag til lov om rettigheter for og begrensninger og kontroll med bruk av tvang overfor personer med demens. Hensikten med lovforslaget er å forebygge og begrense bruken av tvang. Personer med demens skal sikres nødvendige pleie- og omsorgstjenester.

Forslaget skal også hindre at personer med demens utsetter seg selv eller andre for fare. Departementet mener det er nødvendig å presisere i lovteksten at tjenestetilbudet skal utformes med respekt for den enkeltes psykiske og fysiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse den dementes selvbestemmelsesrett.



## Fokus på skolematen

**Mange barn og unge dropper matpakka. På skolepulten står det stadig oftere saft og brus.**

Skolemat og skolemåltid er et viktig element i det forebyggende folkehelsearbeidet. Sosial- og helsedirektoratet ønsker å sette mer fokus på mat i skolen. I 2002 ble det derfor opprettet en gruppe med representanter fra blant annet Helsedepartementet, Undervisnings- og forskningsdepartementet og Landbruksdepartementet. Gruppen er nå i gang med å lage forslag til en ny handlingsplan for mat i skolen.

Rapporten UNGKOST 2001, som bygger på et representativt utvalg av 4-åringer, 9-åringer og 13-åringer, slår fast at alle aldersgrupper har et for stort sukkerforbruk. Det skyldes framfor alt brus og søtsaker. Dette understreker behovet for å satse på barn og unges kosthold, blant annet skolemåletid.

Skolefruktordningen – en abonnementsordning på frukt i skolen – har hatt enorm vekst de siste årene. Om lag 800 skoler var med i 2002. Direktoratet jobber nå for at alle barn skal få muligheten til å spise frukt på skolen hver dag, fordi dette vil skape gode vaner som barna tar med seg videre i livet. Skolefrukt er etter direktoratets mening et naturlig satsingsområde i forebyggingsarbeidet i tiden framover.

## Vellykket tobakkskampanje

**”Hver eneste sigarett skader deg” lyder hovedbudskapet i Sosial- og helsedirektoratets tobakkskampanje. Kampanjen ble planlagt i 2002, og satt i gang rett etter nyttår. Mye tyder på at den ble en suksess.**

Allerede etter en uke av kampanjen hadde hele 93 prosent av alle som ble spurt, lagt merke til annonsekampanjen. Dette må sies å være et meget godt resultat. Nesten 60 prosent av de spurte mener at kampanjen gir et meget godt eller godt inntrykk, mens bare 17 prosent mener at kampanjen gir et dårlig eller meget dårlig inntrykk. – Vi har hatt stor tro på denne kampanjen, og det positive undersøkelsesresultatet er i samsvar med det inntrykket vi selv har hatt av publikums oppfatninger. De positive tilbakemeldingene vi har fått til Røyketelefonen 800 400 85 viser at mange har oppfattet budskapet, søkt støtte og fått god veiledning, sier direktoratets leder Bjørn-Inge Larsen. I løpet av januar startet over 100 røykesluttkurs rundt omkring i landet. Flere tusen tok kontakt med Røyketelefonen og det ble bestilt atskillige tusener utgaver av heftet ”Guide til røykfrihet” via internett. Tobakkskampanjen vil bli grundig evaluert. Denne evalueringen vil gi mer presise svar om effekten av kampanjen.

## Aktivitsmedisin for et sunnere Norge

**Nyere studier viser at fysisk inaktivitet er en like stor risikofaktor som røyking, høyt blodtrykk og høyt kolesterol i utviklingen av en rekke sykdommer. I årene fremover vil Sosial- og helsedirektoratet arbeide for at fysisk aktivitet skal få en langt sterkere plass som ressurs innenfor norsk helsetjeneste.**

Det norske folk blir stadig mer stillesittende. Effekten av fysisk aktivitet i forebygging, behandling og rehabilitering av en rekke sykdommer og tilstander er etter hvert godt dokumentert. Helsevesenet har ikke tilstrekkelig kompetanse på området. Fysisk aktivitet er svært lite berørt i helsefaglige grunn- og videreutdanninger.

Dette har Shdir tatt konsekvensene av, og arrangerer aktivitsmedisinkurs som et av tiltakene for å gjøre helsepersonell bedre rustet til å gi konkrete aktivitsråd til pasienter. Interessen for kursene er stor. På forrige kursrekke deltok over 1800 leger og fysioterapeuter, og tilbakemeldingene viser fornøyde deltakere som mener at kurset har høy kvalitet og gir inspirasjon.

Med bakgrunn i bekymringsfulle data på barn og unges helsetilstand, omhandler den nye kursrekken også viktigheten av fysisk aktivitet for denne gruppen. Foruten leger og fysioterapeuter vil også helsesøstre og sykepleiere være målgrupper for kurset.

## RUStelefonen 08588 åpnet

**Fortvilelse, undring eller bekymring. Nå kan både foreldre og ungdom som har spørsmål om rus slå ett telefonnummer. Der får de kvalifisert hjelp og veiledning fra 13.00 til 21.00.**

Opprettelsen av RUStelefonen er ett av tiltakene i regjeringens omfattende handlingsplan mot rusmiddelproblemer. Tjenesten er et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet og Rusmiddeletaten i Oslo kommune. Det er et nasjonalt tilbud til foreldre og ungdom som ønsker informasjon, råd og veiledning om rus og rusmiddelbruk. Telefonen blir betjent av personer med lang erfaring fra kommunikasjon med målgruppene, og stor kunnskap innen fagfeltet. Innringerne kan være anonyme, og det legges vekt på den gode, profesjonelle samtalen. Initiativtakerne ønsker at terskelen for å ringe RUStelefonen skal være lav.

## Si @ - det blir bra!

**Sosial- og helsetjenestene er for alvor i ferd med å ta steget inn i den elektroniske tidsalder. I 2003 skal brukerne få merke det.**

Nasjonalt helsenett – som Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppgave å iverksette – skal være i sving i 2003. Nettet vil knytte de fem regionale helsenettene «sømløst» sammen. Dette vil effektivisere samarbeidet mellom ulike fagområder og forvaltningsnivåer i helse- og sosialsektoren, bedre kontakten med pasienter, pleietrengende og klienter, og styrke kvaliteten på tjenestene. Det nasjonale nettet blir også viktig for å få fritt sykehusvalg til å fungere i praksis. Etter hvert skal nettet gjøre det mulig for leger og sykehus å samhandle direkte med pleie- og omsorgstjenesten, trykdeetaten og sosialsektoren.

Om 2-3 år skal alle sykehus og legekontorer kunne kommunisere elektronisk med hverandre via Nasjonalt helsenett. Dermed ligger mye til rette for at ting vil bli lettere. Et sentralt element i dette er at den elektroniske informasjonen fra ulike deler av helsevesenet skal følge den enkelte pasienten. Beregninger som er gjort konkluderer med at helsevesenet kan spare om lag 1 milliard kroner årlig på papirløse løsninger. Les mer på [www.shdir.no/si@](http://www.shdir.no/si@)

## Trygg på sex

**God kunnskap og et positivt forhold til egen kropp og seksualitet er avgjørende for å utvikle en trygg seksuell identitet.**

Det er også avgjørende for å treffe selvstendige og bevisste valg i seksuelle situasjoner slik at folk får en reell mulighet til å velge om og når de vil ha barn. Derfor er det sentralt i folkehelsearbeidet å sørge for at barn og unge får kunnskap om kropp og seksualitet så tidlig som mulig. I 2002 har Sosial- og helsedirektoratet gjennomført en rekke tiltak for å fremme god kunnskap om seksualitet og bedre tilgang på prevensjon for å forebygge uønskede svangerskap og aborter blant ungdom og unge voksne. Det er lagt spesiell vekt på tiltak som kan styrke sårbare grupper. Virksomheten har vært tett koordinert med arbeidet i regi av strategiplanen mot hiv/aids og seksuelt overførbare sykdommer. Regjeringens handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort fortsetter i 2003.



# Avdelingsdirektørene i Sosial- og helsedirektoratet

**Første rad fra venstre:** Lisbeth Myhre, avd. for sjeldne funksjonshemninger, Kari Huseby, avd. for tobakk, Andy Oxman, avd. for helsestjenesteforskning, Gro Jamtvedt, avd. for kunnskapsstøtte, Arnhild Haga Rimestad, avd. for ernæring, Frode Forland, avd. for retningslinjer, prioritering og kvalitet, Anita Andaas Aadland, avd. for fysisk aktivitet, Mari Trommald, avd. for rus, Janniche Hexum, avd. for personal og lønn, Anne Liungh, avd. for levekår.

**Bakre rad fra venstre:** Hans Petter Aarseth, avd. for spesialisthelsetjenester, Kåre Birger Hagen, avd. for sosialtjenesteforskning, Margrete Halvorsen, avd. for kommunikasjon og dokumentasjon, Finn Aasheim, avd. for psykisk helse, Harald Hauge, avd. for helsepersonell, Jens Guslund, avd. for forebyggende sosial- og helsetjenester, Petter Schou, avd. for beredskap og akuttmedisin, Erik Andrew, avd. for giftinformasjon, Terje Skjeldam, avd. for frivillighet og samarbeid, Bjørner Holager, avd. for IT, Olav Valen Slåtnebakk, avd. for tjenesteøkonomi, Hans Christian Holte, avd. for IKT-strategi, Bjørn Intelhus, avd. for arkiv.

**Ikke tilstede da bildet ble tatt:** Bård Olesen, avd. for plan og økonomi, og Berit E. Nilsen, avd. for kommunale tjenester.



## Om økonomien det første året

### Budsjetts situasjonen

Direktoratet fikk i utgangspunktet ikke i tilstrekkelig grad budsjetttrammer som dekket de store kostnadene knyttet til etableringen.

Direktoratet har i etableringsåret 2002, med en tildeling og budsjetttramme på vel 350 mill. kroner, hatt et meget stramt driftsbudsjett. Dette skyldes først og fremst to forhold: etableringskostnader og under-

budsjettering av løpende drift i en oppstartsperiode.

### Etableringskostnader

Etableringen av en så stor organisasjon som Sosial- og helsedirektoratet krever omfattende prosesser med investeringer i nye systemer og rutiner, først og fremst på IT-siden. Videre har direktoratet vært i gjennom to omfattende flytte- og samlokaliseringprosesser, som har medført allokering og omstrukturering, særlig personellressurser.

### Løpende drift

I forbindelse med etableringen av direktoratet fikk man overført personell og driftsressurser fra mange virksomheter, uten at ressursene som fulgte med dekket de reelle kostnadene. Dette gjaldt spesielt enhetskostnader knyttet til medarbeiderne som ble innlemmet i direktoratet ved etableringen.

### Saldering av budsjettet

Som en konsekvens av den vanskelige økonomiske situasjonen gjennomførte direktoratet betydelige budsjettmessige

innsparinger i 2002 i form av reduserte rammer for drift og investeringer, samt at stillinger ble holdt ledig og ansettelser utsatt.

### Tilskuddsmidler

Tilskuddsmidler er bevilgninger gitt av Stortinget til eksterne mottakere som for eksempel kommuner, fylkeskommuner og organisasjoner. Midlene forvaltes og videreføres av direktoratet.

Direktoratets ramme for tilskuddsmidler var totalt 2 mrd. kroner fra Helsedepartementet og 1,8 mrd. kroner fra Sosialdepartementet.

For et nystartet direktorat lå det betydelige utfordringer i forvaltningen av en ramme på 4 mrd. kroner i tilskuddsmidler.

I all hovedsak ble forvaltningen av tilskuddsmidlene gjennomført i henhold til tildelt ramme, og i tråd med retningslinjer gitt i tildelingsbrev fra Helsedepartementet og Sosialdepartementet.

## Pressemeldinger 2002

### Dato: Tema:

- 17.2 Utviklingen i norsk kosthold.
- 27.2 Barnematdirektivet innlemmes i EØS-avtalen 16 mill.kroner til overvåkning og informasjon om barns kosthold.
- 9.4 70 000 færre røykere. Fakta og røyketall for alle fylker på [www.tobakk.no](http://www.tobakk.no)
- 22.3 Den internasjonale vanddagen.
- 2.4 Verdens helsedag: Helseministeren går for helsen.
- 7.4 Verdens helsedag: Diabetes øker, men trim er god medisin, viser nye tall.
- 24.4 Akrylamid i matvarer; Anbefalinger for norsk kosthold.
- 29.4 Elever i Asker og Bærum mest kreative.
- 29.4 Mjølanelev fikk andre plass i nasjonal konkurranse.
- 29.4 Trondheimslever vant postkortkonkurranse mot tobakk.
- 29.4 Trønderungdom vant postkortkonkurranse.
- 30.4 Sykle til jobben-aksjonen er i gang.
- 2.5 Oslojente mest kreativ (Postkortkonkurranse).
- 6.5 Premier til røykfrie 10. klassinger.
- 13.5 Informasjon om røyking på flere språk.
- 22.5 Skolefrukt snart landsdekkende.
- 28.5 Nytt verktøy for matvareallergikarar.
- 30.5 Tobakkfri idrett tema for verdens røykfrie dag.
- 31.5 8 av 10 vil ha røykfrie idrettsarrangementer for barn og unge.

### Dato: Tema:

- 31.5 Verdens røykfrie dag: Hele Norge var oransje.
- 10.6 Søtmomsar. Ny rapport om 9-13 åringenes kosthold.
- 12.6 Klinisk ernæring ved kreft
- 26.7 Gult kort til røykerne på Norway Cup.
- 29.7 Hald hovudet kaldt med frukt og grønt.
- 8.8 Fysisk aktivitet dobbelt så effektivt som piller.
- 14.8 Aktive barn på skoleveien.
- 22.8 Anbefaler tungt skyts mot ungdomsrøyking.
- 28.8 Rekruttering av hjelpepleiere største personellutfordring i helse- og sosialsektoren
- 5.9 Den store norske matdagen: Skolemat i sentrum
- 12.9 Store forskjeller i levekår.
- 19.9 Kurs i aktivitetsmedisin.
- 20.9 Populær matpakkeveke.
- 27.9 Brystkreftundersøkelser bør tilbys alle kvinner mellom 50-69 år.
- 9.10 Metanol-saken.
- 18.10 Helsedepartementet: EUs barnematdirektiv innføres i Norge.
- 12.11 Vinnarane av Matpakkeveka 2002.
- 18.11 Global strategi for bedre helse.
- 20.11 Ungdomsblad mot pleiermangel.
- 27.11 Nye tal på 4-åringar sitt kosthald.
- 1.12 Verdens AIDS-dag.
- 18.12 Vitaminer i barnemat.
- 19.12 Folk vet for lite om helseskadene ved røyking.

Noen sentrale høringsvar fra SHdir i 2002: <http://www.shdir.no/index.db2?id=1893>