



Årsmelding 2003

Bildene i årsmeldingen

Innhold

Bildene i årsmeldingen	2
Leder	3
Organisasjonskart	5
Økt åpenhet i helsetjenesten	6
Legemiddelassistert rehabilitering	8
Tobakksarbeid i medvind	10
Sars – utfordring også i Norge	12
Amalgam	14
Helse på grønn resept	16
Sammen om psykisk helse	19
Redusere sykehusinfeksjoner	20
IPL05	22
Høy aktivitet i mediene	23
Miljørettet helsevern	25
Fokus på bostedsløse	27
Økonomi	28
Fruktene kan høstes	30
Nyheter 2003	34-47
Nyttige telefonnumre	47

Bildene i denne årsmeldingen er hentet fra bygningen hvor Sosial- og helsedirektoratet flyttet inn 1. september 2003. Direktoratet ble opprettet 1. januar 2002 og holdt sitt første halvannet år til i midlertidige lokaler. Men tidlig i fjor høst var håndverkerne ferdige i Universitetsgaten 2 i Oslo.

Nybygget er holdt i en nøktern stil, som samtidig er nøye gjennomtenkt. Lys og åpenhet er grunntanken bak innredningen. Fargene er friske, men avdempede. Materialvalg er i stor grad bjørk, et lyst treverk som holder lenge på patinaen.

Universitetsgaten 2 ble reist av Televerket i 1962 og har senere huset Telenor. Det bød på store utfordringer å tilpasse et etter hvert gammelt bygg til dagens tekniske krav og de spesielle kravene SHdir stilte. Men tilbakemeldingene fra ansatte og brukere etter innflyttingen har vært svært positive. Bygget har 475 arbeidsplasser og 40 møte- og konferanserom.

SHdir-bygget har fått en universell utforming. Det vil si

at bygningen og interiøret så langt det er teknisk mulig er blitt tilpasset mennesker med funksjonsnedsettelse. SHdir har selv ekspertise på dette området, og Universitetsgaten 2 er allerede etablert som en referanse for andre som skal bygge med universell utforming. Flere av bildene i denne årsmeldingen viser tilpasningen: I gulvene er det ledelinjer i kontrast-farger (bilde s. 33). Arbeidsbord kan heves og senkes, mens konferansebordene har fått søyleføtter (s. 15). Kontorstolene har spesiell benarmatur. Håndtakene på kontorreolene er i riktig høyde (s. 26). Auditoriet (s. 12) og andre lokaler er tilpasset med teleslynger, mens talerstolen i auditoriet kan heves og senkes (s. 4). En spesialheis har eget panel og talefunksjon tilpasset synshemmede. I kantina er serveringsbord tilpasset rullestolbrukere. Mye av skiltingen (s. 9) er også utført med tanke på personer med funksjonsnedsettelse.

Bildene er tatt av fotograf Bård Gudim.

Denne trykksaken har fått en universell utforming. Det innebærer at teksten er gjort lettere tilgjengelig for synshemmede.

Sosial- og helsedirektoratet skal spille en rolle



Dette var en tittel i direktoratets års-melding for 2002, det første driftsåret etter at direktoratet ble etablert. Ambisjonen

gjelder fortsatt.

På en eller annen måte bidrar alle medarbeidere i direktoratet til

- En bedre sosialtjeneste
- Bedre folkehelse
- En bedre helsetjeneste

Eller mer direkte:

- Sosial trygghet og gode levekår
- God helse

Hvordan er situasjonen på disse fire områdene i Norge i dag? Ulike FN-organer gjør av og til internasjonale sammenligninger av situasjonen i medlemslandene. Årlig rangeres levekårene i disse landene. Norge har de tre siste årene blitt kåret til landet med best levekår i hele FN-systemet. WHO gjorde i 2001 den første rangeringen av helsetjenestene i verden. Norsk helsetjeneste ble kåret til den 11. beste.

En forskergruppe publiserte høsten 2003 en forbedret rangering i British Medical


Journal. Her ble norsk helsetjeneste rangert som nest best i verden. Uansett om disse kåringene er "riktige" eller ikke; i vårt arbeid med å bedre sosialtjenestene, helsetjenestene, levekårene eller helsen må vi ha med oss at de forholdene vi ønsker å bedre, allerede er blant de beste i verden. Vi er privilegerte innbyggere i dette landet. Av og til kan mediebildet bidra til å tilsløre dette faktum. I mange tilfelle er det de "skandaløse" forholdene i tjenestetilbudet som finner veien til overskriftene.

Spiller Sosial- og helsedirektoratet en rolle i dette bildet? Mitt svar er entydig ja. Allerede etter to års funksjonstid er Sosial- og helsedirektoratet en sterk og tydelig aktør på sosial- og helsefeltet. Det kan vi takke våre dyktige og engasjerte medarbeidere for. Gjennom arbeidet vi utfører er vi med på å flytte små og store merkesteiner. Denne årsmeldingen viser det med all tydelighet. Et eksempel er reduksjonen i overdosedødeligheten blant de narkomane. Gjennom de siste to årene er denne halvert. Vi har på ingen måte æren for dette alene, men vårt arbeid har bidratt til denne positive utviklingen. Et annet eksempel er at vi har 100 000 færre dagligrøykere ved utgangen av 2003 enn året før.

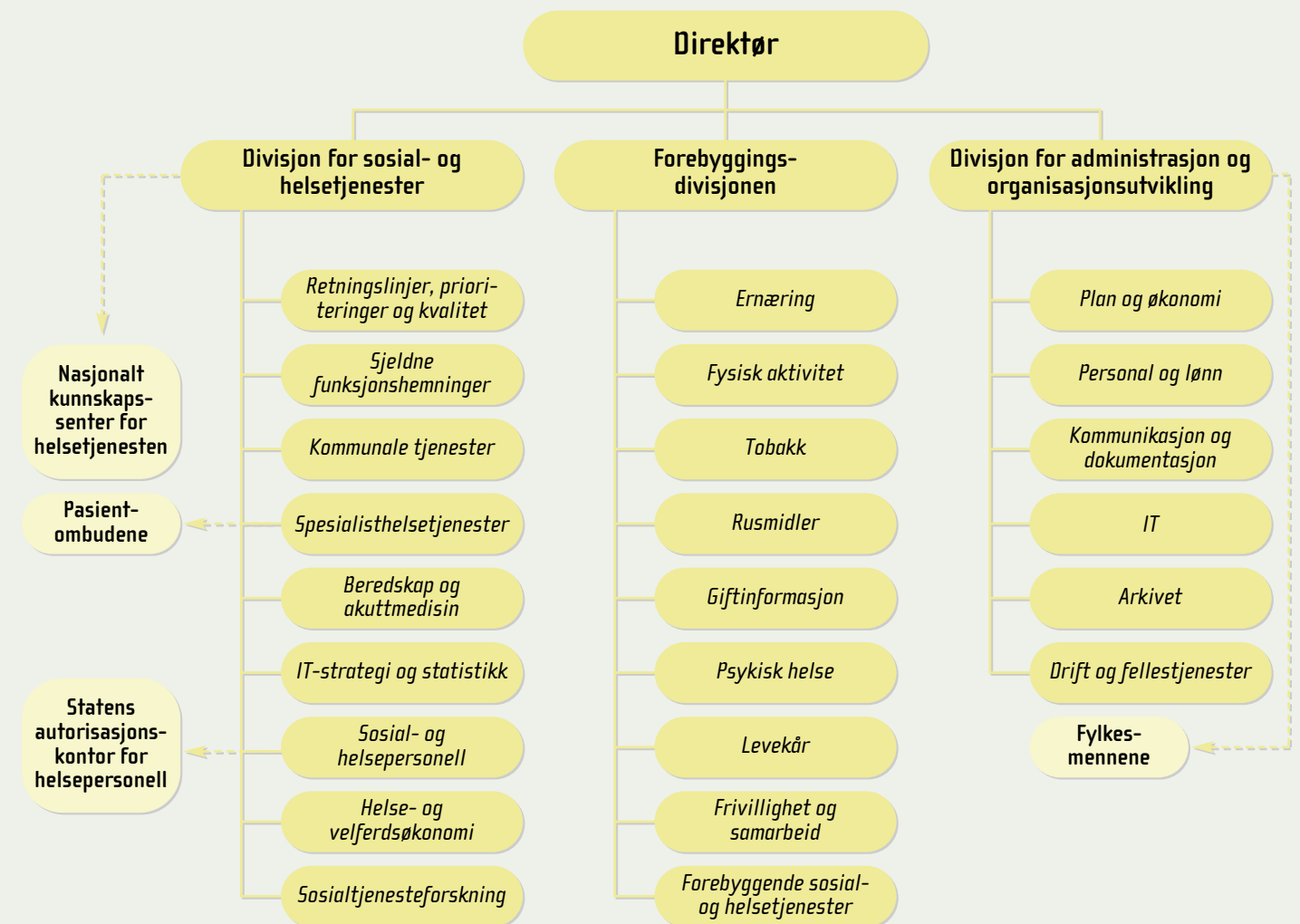
Det representerer et gjennombrudd i det tobakksforebyggende arbeidet. Direktoratets arbeid mot skolen og gjennom to sterke kampanjer har bidratt til denne utviklingen.

Etableringen av nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten er et tredje eksempel på vårt arbeid i 2003. I 2004 vil pleie- og omsorgstjenesten og psykisk helsevern følge etter og få sine nasjonale indikatorer på kvaliteten i tjenestene. Opptrappingsplanen for psykisk helse bidrar målbevisst til at denne underprioriterte pasientgruppen i løpet av noen år vil motta tilsvarende gode tjenester som andre pasientgrupper gjør.

Gjennom det omfattende ansvaret som er lagt til direktoratet, har vi mulighet til å påvirke ikke bare på små og store enkeltområder som disse eksemplene viser, men også å bidra til et helhetlig perspektiv hvor de store linjene i utviklingen kan ivaretas. Det vil vi gjøre. Sosial- og helsedirektoratet skal spille en rolle. Vi skal bidra til at sosialtjenesten og helsetjenesten fortsatt skal forbedre seg og ha stor tillit i befolkningen.


Bjørn-Inge Larsen
direktør i SHdir

Organisasjonskart



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.

Økt åpenhet i helsetjenesten

Pasientene skal få en sterkere posisjon i helsevesenet. De skal få kunnskap om hva de kan forvente av tjenestene og de skal sikres kvalitet. Informasjonstjenesten Fritt sykehusvalg Norge gjør denne rettigheten reell.

Sosial- og helsedirektoratet har ansvaret for etableringen og driften av denne nasjonale tjenesten. Gjennom nettstedet www.sykehusvalg.net og en telefonservice via grønt nummer 800 41 004 kan pasienten, en pårørende eller henvisende leger få informasjon om forventet ventetid på de ca. 90 vanligste diagnosene og behandlingene ved offentlige sykehus og ved en rekke private sykehus. Høsten 2003 ble også de overordnede nasjonale kvalitetsindikatorerne publisert på nettstedet til Fritt sykehusvalg Norge. Dette er sykehusenes "karakterbok", som blant annet forteller om pasientenes egne vurderinger av sykehusene, antall sykehusinfeksjoner, liggetid ved lårhalsbrudd, antall korridorpatienter osv.

Gjør rettigheten reell

Retten til fritt sykehusvalg trådte i kraft 1. januar 2001. Både regionale, statlige og private initiativ ble tatt for å etablere en informasjonstjeneste som skal sørge for at pasientene reelt kan benytte

retten til fritt sykehusvalg. Men de første tiltakene var lite koordinerte og vanskelig tilgjengelige for brukerne. Med Fritt sykehusvalg Norge er informasjonen blitt mer helhetlig. Pasienten har fått et bedre grunnlag for å velge mellom sykehusene, og dermed er pasientens rettigheter blitt styrket. Tjenesten bidrar også til mer åpenhet rundt sykehusene. I tillegg bevisstgjør den både pasientene og sykehusene selv på kvaliteten ved behandlingen.

Fordobling i henvendelser

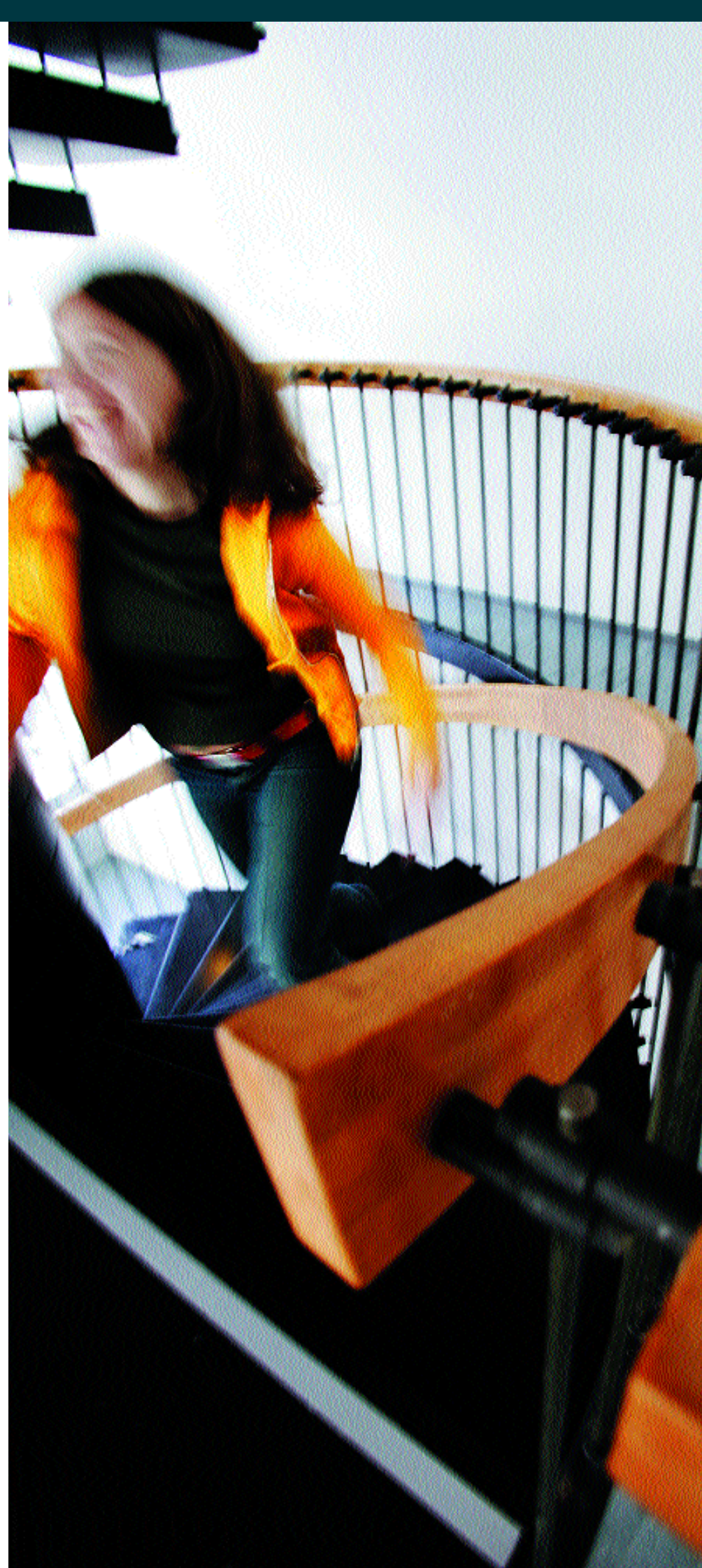
Statistikk samlet inn i 2003 viser at mange pasienter er blitt oppmerksom på informasjonstjenesten. Pasientrådgiverne hos telefontjenesten Fritt sykehusvalg Norge hadde dobbelt så mange henvendelser fra mai til desember 2003 som samme periode året før. Totalt ble 17 500 samtaler besvart i dette tidsrommet. Det er vesentlig pasienter som ringer, i snitt kommer bare 6 prosent av henvendelsene fra leger. I samme tidsrom hadde nettstedet til Fritt sykehusvalg

registrert 40 000 ulike personer som besøkte nettstedet (unike besøkende) og 85 000 besøk i alt på nettstedet. I snitt ble nettstedet besøkt av 432 ulike personer per ukedag i 2003. Det flest vil vite mer om, er ikke overraskende ventetid på behandling.

Kortere ventetider

Fritt sykehusvalg Norge er særlig nyttig for pasienter som står på lange ventelister. Ved å aktivt velge behandling på et sykehus som har ledig kapasitet, får pasienten behandling raskere. Tjenesten bidrar også dermed til en bedre utnyttelse av den samlede behandlingsskapasiteten i spesialisthelsetjenesten i Norge.

I 2003 ble ventetiden betydelig redusert. Gjennomsnittlig ventetid var i siste del av 2003 i snitt 79 dager for dem som ble mottatt til behandling eller utredning, mot 94 dager et år tidligere. Dette var en nedgang på 16 prosent. Totalt ventet 198 600 pasienter på behandling ved siste årsskifte. Det var en



nedgang på over 20 000 pasienter sammenlignet med årsskiftet 2002/2003.

Utvikles videre

Fritt sykehusvalg Norge er under kontinuerlig utvikling. Ved sykehusene skal fokuset på kvalitet og intern organisering økes ytterligere. I 2004 skal kvalitetsindikatorerne videreutvikles. Vi skal blant annet få flere indikatorer innen psykisk helsevern og få oversikt over hvor mange pasienter som ikke blir operert den dagen det var planlagt, uten at det fins medisinske grunner til utsettelsen. Men også informasjonstjenesten skal utvikles videre. Det skal legges økt vekt på brukernes behov og tiltak som kan gjøre tjenesten bedre kjent.

Nettsted: www.sykehusvalg.net

Tekst:
Avdelingsdirektør Hans Christian Holte,
Avd. for IT-strategi og statistikk (TITS)

Økt bruk av legemiddelassistert rehabilitering

Bruken av legemiddelassistert rehabilitering (LAR), som innebærer at opiatmisbrukeren får Subutex eller metadon sammen med psykososiale tiltak, har hatt en betydelig vekst i Norge siden det ble etablert i 1998.

Ved årsskiftet 2003/2004 var 2431 pasienter inkludert i LAR, mens 550 personer var i en ventesituasjon (søker- og venteliste).

Det er godt dokumentert at tilbudet reduserer kriminalitet, overdosedødelighet og bruk av illegale rusmidler. I følge Kripos var det fortsatt en nedgang i antall overdosedødsfall i 2003. Fra 2001 har det skjedd en halvering, fra 338 til 172 dødsfall.

Årsaken til nedgangen er sammensatt og tallene må tolkes med forsiktighet. Det er imidlertid et sammenfall mellom økt satsing på LAR og andre helsetilbud for gruppen tungt belastede rusmiddelmissbrukere i samme periode.

Høyterskelmodell

I Norge har man valgt en høyterskelmodell med større fokus på rehabilitering og strenge inntakskriterier, sammenlignet med andre land. Målgruppen er betydelig belastet både når det gjelder sosiale problemer, helseproblemer (somatisk og psykisk helse), kriminalitet og prostitusjon.

Inntak til LAR blir besluttet i regionale sentre for legemiddelassistert rehabilitering på grunnlag av en søknad med vedlagt tiltaksplan som er utarbeidet i et samarbeid mellom søker, sosialtjenesten og helse-tjenesten. Andre kommunale instanser, a-etat, spesialiserte sosiale tjenester og spesialisthelsetjenester kan også inngå i en samlet tiltaksplan. Den norske LAR-modellen forutsetter tilfredsstillende bolig og samlet og koordinert oppfølging fra sosialtjenesten, fastlegen (kommunal helsetjeneste) og det regionale senter/team for legemiddelassistert rehabilitering.

Faglig tilråding

I 2002 fikk Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag fra Helsedepartementet å vurdere de gjeldende kriteriene for LAR og foreslå eventuelle endringer. I januar 2003 oversendte direktoratet sin faglige tilråding, basert på en gjennomgang av gjeldende kunnskapsgrunnlag. Direktoratet kom her med følgende råd:

■ Metadon og buprenor-

fins avhengighetsskapende egenskaper, sammen med faren for overdoser, fordrer en fortsatt kontroll med forskrivningen og gode utleveringsrutiner

■ Alle rusmiddelmissbrukere bør tilbys og forsøke medikamentfrie behandlingstilbud for å komme ut av opiatavhengigheten

■ Fører ikke dette fram bør pasienter med en etablert opiatavhengighet tilbys medikamentstøttet rehabilitering om de er motivert for det, uavhengig av alder

■ For yngre rusmiddelmissbrukere bør man tilstrebe flere forsøk med medikamentfri behandling

■ Metadon og buprenorfin i kombinasjon med psykososiale tiltak (høyterskelmodell) bør videreføres som behandlingsmodell, men det bør gjennomføres forsøk med en modell med mer lempede rehabiliteringsmål (lavterskelmodell) for opiatavhengige som ikke kan nyttiggjøre seg LAR

■ På faglig grunnlag fremmet direktoratet forslag om endringer i regelverket knyttet til LAR. Direktoratet vurderte også endringene i lys av forslaget om statlig overtakelse av de fylkeskommunale rusinstitusjonene (rusreformen). Rusreformen ble vedtatt 20.11.03 og de regionale LAR-sentrene er fra

01.01.04 hjemlet i spesialisthelsetjenesten.

Evaluering av LAR

Helsedepartementet har besluttet å gjennomføre en uavhengig og helhetlig evaluering av tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering i Norge. Direktoratet fikk i oppgave å utlyse evalueringsoppdraget, som er delt i to deler. Den ene skal ha et kvalitativt og prosessorientert fokus, med utgangspunkt i rehabiliteringsarbeidet i kommunen. De ulike tjenesteyterne skal kartlegges og intervjues. Evalueringsoppdraget gikk til AIM Research-Based Consulting AS.

Den andre delen av evalueringen utføres av Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved UiO gjennom en kvantitativ analyse av data om LAR-pasienter i seksjonens klientdatabase. Begge evalueringsoppdragene har frist i begynnelsen av november 2004.

På grunnlag av evalueringen er direktoratet bedt om å vurdere gjeldende regelverk på nytt og eventuelt fremme forslag om endringer overfor Helsedepartementet. Sosialdepartementet og Helsedepartementet vil deretter vurdere dagens regelverk for LAR.

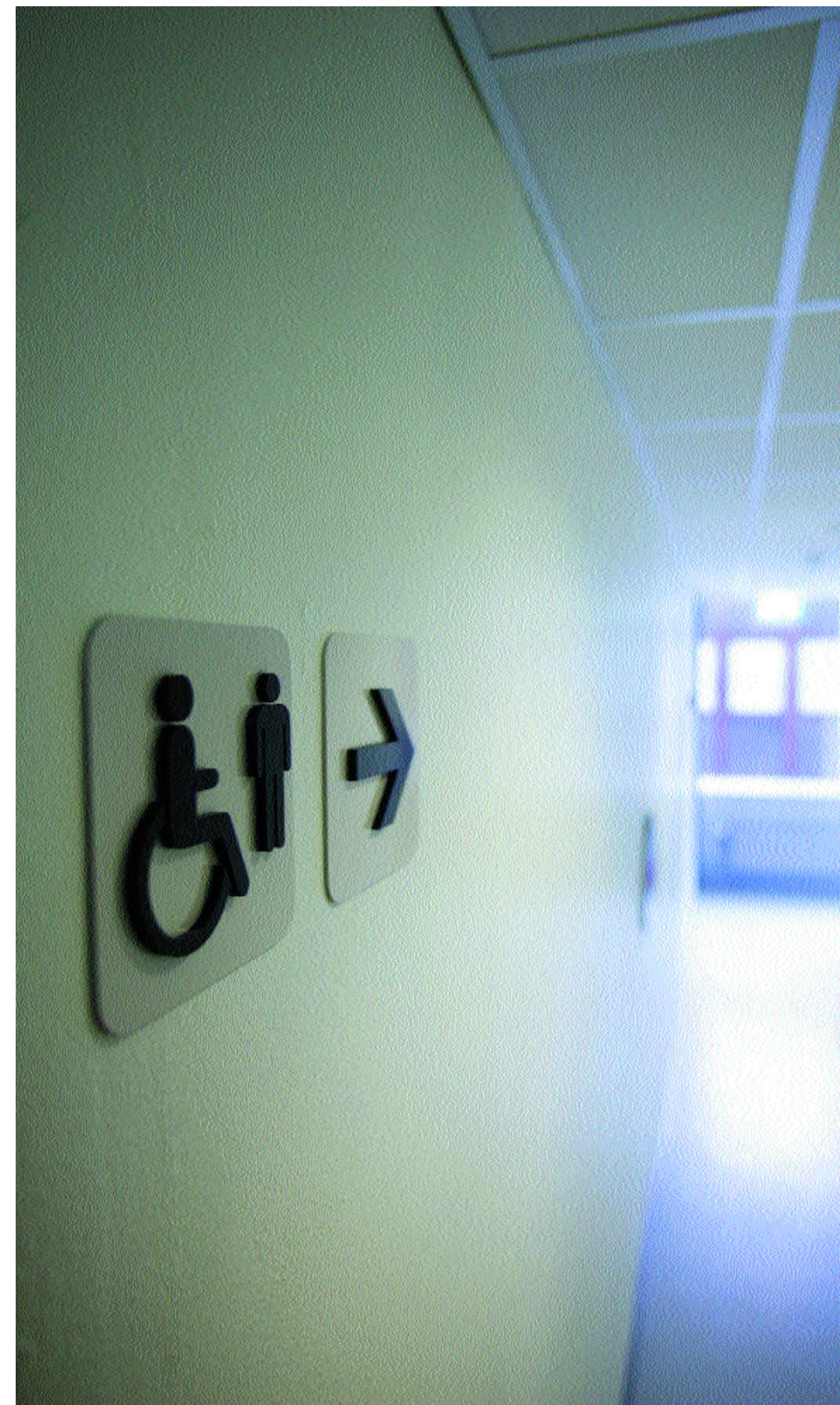
Nettsted: www.shdir.no/index.db2?id=5058

Tekst:

Avdelingsdir. Mari Trommald,
Avdeling rusmidler (FR)

Rådgiver Catrine Dammen,
Avdeling spesialisthelsetjenester (TS)

Førstekonsulent Per Gunnar Dahl,
Avdeling for kommunale tjenester (TK)



Tobakksarbeid i medvind

Tobakkskampanjene i januar og oktober bidro i særlig grad til å sette Sosial- og helsedirektoratet på kartet. Nedgangen i andelen som røyker, fra 29 prosent i 2002 til 26 prosent i 2003, viser at det tobakksforebyggende arbeidet seiler i medvind.



Helseminister Dagfinn Høybråten lanserte i februar 2002 en ambisiøs målsetning: I løpet av fem år skal ungdomsrøykingen være halvert. Omfattende og gjentatte massemediekampanjer er ett av flere virkemidler som ble tatt i bruk fra og med 2003. Nedgangen i andelen daglig-røykere i alderen 16-24 år fra 2002 til 2003 var fra 28 til 23 prosent.

Januarkampanjen

Januarkampanjen "Hver eneste sigarett skader deg" var den første tobakkskampanjen som ble gjennomført i dette omfanget og med denne intensiteten i Norge. Gjennomføringen av kampanjen må karakteriseres som svært vellykket. Evalueringen, medieanalysen, den registrerte responsen og opinionsmålingene gir tydelige indiksjoner på at flere prøvde, og flere lyktes med å slutte å røyke. Interessen fra mediene var enorm i forkant av kampanjen. En medieanalyse viser at den totale eksponeringen på redaksjonell plass tilsvarer den vi betalte for (målt i areal). Vi registrerte drøyt 300 relevante presseklipp i perioden. Kampanjen ble vist i de største etermediene og avisene, og i en spørreundersøkelse svarte hele 96 prosent at de hadde lagt merke til kampanjen. Direktoratet møtte til debatt i samtlige debattforum i norske medier.

I medieanalysen fra

analysebyrået Observer trekkes blant annet følgende fram:

"Gjennom lanseringen av tobakkskampanjen setter Sosial- og helsedirektoratet ettertrykkelig dagsorden. Et høyt medietrykk over en lang periode vitner om at kampanjen oppfattes som en viktig nyhet."

Frykt kan være effektivt

Grunnen til at denne debatten kom var hovedsakelig valget av virkemidler. Sterke bilder på kino, tv og i aviser fortalte om risikoen ved røyking. Mange setter spørsmålsteget ved effekten av slike virkemidler, men tallrike internasjonale studier har vist at såkalt fryktvekkende appeller kan være effektive om de følges av en tydelig og troverdig metode for å redusere eller eliminere denne risikoen. Erfaringer med den samme kampanjen i en rekke andre land har vist gode resultater.

Evaluering av kampanjen

Statens institutt for rusmiddel-forskning (SIRUS) foretok sammen med Universitetet i Bergen en vitenskapelig evaluering av kampanjen. Evalueringen viste en rekke positive tendenser. Folk hadde etter kampanjen økt kunnskap om tobakkskader og flere prøvde å slutte. Et sentralt funn i undersøkelsen var en nedgang i andelen daglig-røykere i befolkningen med 6 prosent i aldersgruppen 35-55 år og 3 prosent i alders-

gruppen 16-19 år. Med den tilgjengelige utvalgsstørrelsen var imidlertid ikke nedgangen statistisk signifikant. Det var imidlertid en signifikant økning i andelen som hadde sluttet å røyke i løpet av de siste tre månedene. Når det gjelder forberedende slutteaktiviteter går tendensen tydelig i retning av at det har skjedd positive endringer som følge av kampanjen. Flere har ringt Røyketelefonen, flere har kjøpt nikotinerstatningspreparater og flere har lest brosjyrer eller annen informasjon om hvordan man skal slutte å røyke.

Høstkampanjen

I oktober lanserte direktoratet del to i kampanjesatsningen. Strategien i denne kampanjen var annerledes og kanskje noe uventet. Gjennom totalt sju kampanjefilmer og en tung vev-satsning, fortalte vi historien om den globale tobakksindustriens løgner, produktmanipulasjon og kyniske markedsføringsstrategier. Med en vel forberedt lansering med kjente, internasjonale navn satte direktoratet igjen dagsorden og stimulerte til debatt. En medieanalyse viste at kampanjen genererte totalt 180 ulike medieoppslag. En omnibusundersøkelse viste at hele 50 prosent mente kampanjen hadde gitt større kunnskap om tilsetningsstoffer.

Nettsted: www.tobakkdreper.no

Tekst:
Avdelingsdir. Kari Huseby og rådgiver Øystein Tveite, Avdeling tobakk [FT]



Sars – utfordring for smitteberedskap også i Norge

I forbindelse med utbruddet av sarsepidemien våren 2003 ble smittevernmyndigheter verden rundt satt på en utfordrende prøve.

Epidemien rakk på kort tid å spre seg til flere kontinenter. 800 pasienter døde av sars før den ble stoppet. Ingen i Norge ble rammet. I ettertid er lærdommen at myndighetene i

Norge klarte å samarbeide, mobilisere og formidle alvoret i situasjonen – uten å skape panikk.

Den 12. mars 2003 sendte Verdens helseorganisasjon (WHO) ut varsel om at en atypisk lungebetennelse hadde dukket opp i flere land i Sørøst-Asia. Den 13. mars gikk det ut melding om sykdommen parallelt og samordnet på hjemmesidene til

Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Foreløpig forholdt man seg avventende. Men når WHO to dager senere sendte ut nytt varsel om at det dreide seg om et alvorlig, akutt luftveissyndrom – Severe Acute Respiratory Syndrome (sars) – som spredde seg raskt, satte dette nasjonale helsemyndigheter i høy beredskap.

Rask mobilisering

Lørdag 15. mars ble alle landets sykehus og kommunehelsetjenesten varslet om situasjonen via AMK-sentralene. I tillegg varslet man landets lufthavner med internasjonal ankomst, og informasjonen ble gjort tilgjengelig for alle passasjerer.

Direktør Bjørn-Inge Larsen i Sosial- og helsedirektoratet kalte 17. mars inn til det første møte i den nyoppnevnte Helsedepartementets nasjonale rådgivende komité for beredskap mot pandemisk influensa, en komité Larsen er leder for.

Den 18. mars ba Sosial- og helsedirektoratet de

regionale helseforetakene og landets kommuner om å gjennomgå sine beredskapsplaner for smittevern. Kommuner med flyplasser med internasjonale ankomster ble bedt om å gjennomgå sine smittevernplaner for flyplassene. I samarbeid med Folkehelseinstituttet laget Sosial- og helsedirektoratet en mal for smittevernplaner for kommuner med lufthavner med internasjonale ankomster og tirsdag 29. april ble det gjennomført en større øvelse på Gardemoen.

Enormt informasjonsbehov

Informasjonsbehovet i forbindelse med utbruddet av sars var stort. Folkehelseinstituttet ble, i samsvar med pandemiplanen, nasjonal hovedinformasjonskilde og la fortløpende ut informasjon på sin nettside om utviklingen av sykdommen. Til sammen sendte Sosial- og helsedirektoratet ut 15 pressemeldinger om sykdommen, de fleste om reiseråd. Det ble avholdt tre pressekonferanser i regi av direktoratet, og det ble sendt ut ukentlige nyhetsbrev fra Folkehelseinstituttet med oppdateringer av utviklingen i epidemien.

Vellykket informasjonsvirksomhet

Etter et så omfattende informasjonsarbeid var det interessant å vite om informasjonen fra sentrale helsemyndigheter nådde ut. Sosial- og helsedirektoratet og Folke-

helseinstituttet gikk derfor sammen om å få gjennomført en intervjuundersøkelse blant viktige brukere av informasjon om sars. Undersøkelsen var dels rettet mot kommunelger med ansvar for smittevern, dels mot journalister i nasjonale og regionale medier. Konsulentselskapet formulerte seg slik i sin oppsummering:

”Smittevernlegene har gitt svært positive tilbakemeldinger i forhold til både tidspunkt og innhold i informasjonen (...) Generelt kan også svarene fra journalistene ses på som meget positive. På bakgrunn av ulike medieundersøkelser som Agenda har gjennomført for offentlige aktører de siste årene, er denne høye graden av positive tilbakemeldinger på en rekke indikatorer alt annet enn en selvfølge.”

Konklusjonen er at informasjonsvirksomheten var vellykket. Helsemyndighetene får særlig ros for å ha vært åpne og raskt ute med informasjon. Særlig Folkehelseinstituttet har blitt brukt som informasjonskilde, men også Sosial- og helsedirektoratet og Fylkesmannen har blitt brukt.

Nettsted:
www.shdir.no/shdir/index.db2?id=4290

Tekst:
Avdelingsdir. Kristin Lossius,
Avdeling for beredskap og akuttmedisin (TBA)

Avdelingsdir. Jens J. Guslund og
seniorrådgiver Jan Fuglesang,
Avdeling for forebyggende sosial- og
helse tjenester (FSH)

Amalgam bør ikke være førstevalget

Sosial- og helsedirektoratet har, på grunnlag av en samlet vurdering, kommet frem til at det er riktig å sette fart på utfasingen av amalgam.

Den 1. juli 2003 trådte "Retningslinjer for bruk av tannrestaureringsmaterialer" i kraft. Dette er den første publikasjonen i serien Nasjonale faglige retningslinjer, som er laget i regi av Sosial- og helsedirektoratet. Den inneholder informasjon til tannhelsepersonell om bruk av materialer til restaurering av enkelttenner og vil angå hele befolkningen, fordi de fleste vil trenge reparasjoner av tennene i løpet av livet.

Hovedbudskapet i retningslinjene er:

- Forebyggende behandling vektlegges
- Når fyllingsterapi er nødvendig, skal det velges vevsbesparende prepareringsteknikker
- Amalgam skal vanligvis ikke være førstevalg på noen indikasjon for fyllingsterapi
- Bruk av amalgam begrenses mest mulig av hensyn til miljøet og mulige helseskader
- Fyllingsterapi hos gravide bør unngås

Faglige utfordringer

Å utarbeide faglige retningslinjer for helsetjenesten er en

lang og krevende prosess. Det skal tas hensyn til forskningsbasert kunnskap, profesjonskunnskap, lovverk, verdier, ressurser og overordede helsepolitiske føringer, samt populasjonens kunnskap, erfaringer, verdier og preferanser.

Under fremstillingen av nasjonale faglige retningslinjer kan det oppstå dilemmaer. En god systematisk oversikt som er en sentral del av kunnskapsgrunnlaget konkluderte med at hvis holdbarhet av tannfyllinger er det viktigste, bør valget være amalgam som tannfyllingsmateriale. En annen systematisk oversikt konkluderer blant annet med at "...teknikker som sparer mest tannsubstans, forventes å forlenge tannens levetid...". Det er viktig sett i et livsperspektiv. Vevsbesparende teknikker er imidlertid ikke forenlig med bruk av amalgam, for her må mer frisk tann fjernes for å skaffe feste for fyllingen. Nyere kunnskap innenfor toksikologien, som også må være med i vurderingen, sier at noen personer får så høy konsentrasjon av kvikksølv i kroppsvæsker at man ikke kan utelukke helseskader. Annen og lite hyggelig kunnskap er at kvikksølv fra amal-



gamfyllinger går over i fostrets blod og i morsmelken, og at mengden øker med antall amalgamfyllinger hos mor. Det er imidlertid ikke vitenskaplig bevist at kvikksølv fra amalgamfyllinger gir helseskader, men et antall personer med diffuse helseplager som har skiftet ut sine amalgamfyllinger, opplever bedret livskvalitet etter utskiftningen.

Hensyn til miljøet

For å kunne gjøre en bred vurdering er det også viktig å se på andre samfunnsområder og deres handlingsplaner. I Miljøverndepartementets handlingsplan for helse- og miljøfarlige kjemikalier er kvikksølv omtalt blant de farligste kjemikalierne, og det anbefales å ta i bruk sterke virkemidler i arbeidet med å redusere utslipp eller fase dem ut.

I Norge er substitusjonsprinsippet lovfestet. Det innebærer at kjemiske stoffer som kan medføre helseskade eller miljøforstyrrelser, skal vurderes erstattet med mindre skadelige stoffer.

Anbefalingene i "Retningslinjer for bruk av tannrestaureringsmaterialer" har SHdir kommet frem til etter blant annet en samlet vurdering av det som er nevnt over. På denne bakgrunn har SHdir ansett det riktig å sette fart på utfasingen av amalgam.

Nettsted:
www.shdir.no/shdir/index.db2?id=3948

Tekst:
Avdelingsdir. Berit Eivi Nilsen og
seniorrådgiver Liljan Smith Aandal,
Avdeling for kommunale tjenester (TK)

I 2003 ble ordningen med Grønn resept innført. Dette er et skritt i retning av å vri behandlingen av livsstilsykdommer fra medikamenter til sunn kost og mer fysisk aktivitet. Sosial- og helsedirektoratet har hatt ansvaret for iverksettingen av ordningen.

Helse på grønn resept

Råd om kosthold, fysisk aktivitet, overvekt og røyking er en viktig del av forebyggingen og behandlingen av høyt blodtrykk og hjerte- og karsykdommer. I de siste årene har flere studier vist at blant personer med nedsatt glukosetoleranse og overvekt, kan endring av kost- og aktivitetsvaner i tråd med gjeldende anbefalinger også forebygge eller utsette risikoen for å utvikle diabetes type 2. Dette er bakgrunnen for grønn reseptordningen.

Mer forebygging

– Helsetjenesten må være med på forebygge mer, sånn at det blir mindre å reparere, sa helseminister Dagfinn Høybråten da ordningen ble innført høsten 2003. Han ønsker å vri fokus fra medikamentell behandling til å gi pasientene hjelp til å legge om en helse-skadelig livsstil.

Det er i dag overbevisende dokumentasjon for effekten av tilpasset fysisk aktivitet og et riktig sammensatt kosthold i forebygging og behandling av høyt blodtrykk og diabetes type 2. Samtidig kan omset-

ningen av legemidler, bl.a. på blodtryksområdet, antyde at mange leger primært velger medikamentell behandling i møte med pasienten.

Begynner forsiktig

Poenget med Grønn resept er at lege og pasient inngår et forpliktende opplegg som legen også tar ansvar for. I første omgang begynner man forsiktig – det er bare pasienter med diagnosene høyt blodtrykk og diabetes type 2 som ikke er satt på medisiner, som får en grønn resept fra legen. Overvekt og for lite fysisk aktivitet er viktige årsaker til disse lidelsene. Høyt blodtrykk rammer 10-15 prosent av den voksne befolkningen i Norge, og er blant de viktigste risikofaktorer for hjerneslag og hjerteinfarkt. Rundt 130 000 nordmenn har type 2 diabetes, og antallet øker kraftig.

Fastlegen er sentral

Den grønne resepten er en "kontrakt" som angir type, frekvens og dosering av for eksempel fysisk aktivitet, og som legen og pasienten i fel-

lesskap har blitt enige om. For legene som skal gjøre jobben med de grønne reseptene er det etablert en egen takst som kan brukes til den forebyggende behandlingen. Taksten utløses når grønn

resept forskrives som et alternativ til medikamentell behandling.

Det kan ofte være vanskelig å nå fram med generell folkeopplysning til de gruppene som er svakest stilt i

samfunnet. Veiledning i helsetjenesten vil gi større mulighet til å nå disse gruppene. Fastlegeordningen dekker det aller meste av Norges befolkning. Det betyr at ordningen med Grønn

resept også kan nå fram til de gruppene som er svakest stilt.

Veiledningsmaterieill

Ordningen omfatter informasjons- og veiledningsmaterieill til pasientene, både trykt og nettbasert. Materieillet er lagd for pasienter med de to ulike diagnosegruppene, diabetes type 2 og høyt blodtrykk. En egen legeveileder er også lagd til bruk for legen i konsultasjonen med pasienten. Dette gir legen et verktøy i arbeidet med å endre helseatferd og levevaner og til å støtte opp om pasientenes egeninnsats.

Evalueres

Ordningen med grønn resept evalueres. Evalueringen og erfaringene som høstes både fra pasienter og leger vil bidra til å videreutvikle konseptet – også om hvorvidt det kan være aktuelt å utvide ordningen til å omfatte flere diagnoser. Allerede nå er det besluttet at råd om røykeslutt skal være en del av opplegget, sammen med råd om kosthold og fysisk aktivitet. Det bør vurderes om også pasienter som i dag bruker medikamenter bør tilbys en grønn resept.

I statsbudsjett for 2004 har regjeringen satt av fem millioner kroner til oppfølging og videreutvikling av ordningen.

Nettsted: www.shdir.no/gronnresept

Tekst:
Avdelingsdir. Arnhild Haga Rimestad,
Avdeling for ernæring [FE]
og avdelingsdirektør Anita Andaas Aadland,
Avdeling for fysisk aktivitet [FFA]





....sammen om psykisk helse....

En god psykisk helse er viktig for å mestre livet på en god måte. Enten vi er foreldre, medmennesker, lærere, helsepersonell eller politikere kan vi gjøre mye ved å fokusere på barn og ungdoms ressurser, evner og muligheter for å mestre hverdagen.

Den 11. september 2003 la Regjeringen fram strategiplan for barn og unges psykiske helse "...sammen om psykisk helse..." med 100 ulike tiltak. Det faglige grunnlaget ble utformet i Sosial- og helsedirektoratet sammen med Læringscenteret og organisasjonen Voksne for barn. Planen har en klar helsefremmende og forebyggende profil.

Den legger vekt på å styrke barn og unges egne ressurser og evne til å mestre livets utfordringer. Fokuset ligger på nærmiljøets betydning for barns og unges psykiske helse. – Arbeidet må foregå både i barnehagen, i skolen, i barne- og ungdomsorganisasjoner og på ulike fritidsarenaer, sier rådgiver Tone Viljugrein, som sammen med seniorrådgiver Sissel Fangen Ekern i Sosial- og helsedirektoratet arbeidet med planen.

De fleste har det bra

De fleste norske barn har en god fysisk og psykisk helse. Likevel ser vi at psykososiale problemer som ensomhet, mistro, omsorgssvikt og

mishandling kan slå ut i tristhet, atferdsproblemer, skoleproblemer, spiseforstyrrelser, rusmisbruk og kriminalitet. Mellom 4 og 7 prosent av barnebefolkningen har en alvorlig psykisk sykdom med store konsekvenser for hvordan de fungerer i dagliglivet. Målet i Opptrappingsplanen for psykisk helse er at 5 prosent (50 000) barn og unge skal få hjelp fra psykisk helsevern. 30 000 barn og unge fikk hjelp i 2002.

Tre utfordringer – 100 tiltak *Hvordan kan vi best forebygge at barn utvikler psykiske problemer?*

Familiens rolle er sentral, i tillegg til nærmiljø, skolemiljø og kultur- og fritidssektor som legger til rette for en positiv oppvekst. Like viktig er hvordan vi tar vare på hverandre i hverdagen – møter vi hverandre med respekt, toleranse og solidaritet?

Sentrale tiltak er for eksempel undervisningsprogrammer i skolen om psykisk helse, foreldreveiledningsprogrammer og styrking av forebyggende tjenester ved helsestasjoner.

Hvordan skape et samfunn som tar vare på risikoutsatte barn og unge?

Vi vet at barn som vokser opp i sosialt belastede miljøer, barn som utsettes for omsorgssvikt og barn som blir mobbet og utestengt, har større risiko for å utvikle psykiske problemer. For at disse barna skal mestre eget liv trengs det egne målrettede tiltak i tillegg til generelle tiltak som skal bedre oppvekstvilkårene for alle barn.

Utfordringen kan møtes med tiltak som manifesterer seg mot mobbing og spesiell hjelp til foreldre med psykisk sykdom eller rusproblemer.

Hvordan ivaretar vi barn, unge og foreldres behov i møte med hjelpeapparatet?

Når et barn eller en ungdom får psykiske problemer er det mange mennesker som må samarbeide. Hvem man tar kontakt med og hvem som ser at barnet trenger hjelp, er avhengig av hvilket problem barnet har. Er barnet mistilpass på skolen er det kanskje læreren som ser dette først. Læreren kontakter familien

Mer -->

og kanskje PP-tjenesten. Hvis en jente plutselig går ned i vekt vil venninnene ofte reagere og kanskje oppsøke helsesøster.

Fra brukerhold blir hjelpeapparatet ofte kritisert for at foreldre og barn må springe fra den ene tjenesten til den andre. Slik skal det ikke være, tjenestene skal tilpasse seg brukerne – ikke omvendt.

Eksempler på tiltak er å kartlegge barn og unges brukererfaring, "spørre den det gjelder", en bred vurdering av det samlede tjenestetilbudet, økt fokus på individuelle planer og oppsøkende hjelp i stedet for døgnopphold, og bedre informasjon om barn og unges pasientrettigheter.

Strategiplanen er utarbeidet av Helsedepartementet og Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Kultur- og kirkedepartementet, Sosialdepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet. I planen listes det opp 100 tiltak som hver for seg og sammen kan bidra til at barn og unge får en bedre psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for å koordinere tiltakene i planen og iverksetter 65 tiltak selv.

Nettsted: www.shdir.no/psykiskhelse

Tekst:

Avdelingsdir. Finn Aasheim,
Avdeling for psykisk helse [FP]
og Berit Kolberg Rosiné,

Avdeling for kommunikasjon og dokumentasjon [AKD]

Handlingsplan skal redusere sykehusinfeksjoner

Sykehusinfeksjoner er et betydelig problem som påfører pasienter skade og helsevesenet store kostnader. Sosial- og helsedirektoratet har i 2003 vært med på å lage en handlingsplan for å redusere forekomsten av slike infeksjoner.

Prevalensen av sykehusinfeksjoner har de siste årene vært ca 5,5 prosent. Måling av denne prevalensen er en av de nasjonale kvalitetsindikatorer som til nå er innført.

Handlingsplan for infeksjonskontroll i norske sykehus ble satt ut i livet av Helsedirektoratet i 1992. En ny Lov om vern mot smittsomme sykdommer trådte i kraft i 1995, og året etter kom Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner - sykehusinfeksjoner.

Helsedepartementet ba i mars 2003 en arbeidsgruppe bestående av representanter fra Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statens helsetilsyn om å utarbeide en ny handlingsplan som skulle foreslå nye tiltak og målbare, realistiske hovedmål som skulle nås innen to år.

Hovedmålene

Arbeidsgruppen avleverte sitt forslag i september samme år, og satte opp følgende hovedmål:

1. Insidensen av sykehusinfeksjoner skal reduseres fra 5,4 til 5,8 prosent, og andelen opererte med

postoperative sårinfeksjoner skal reduseres fra 5,7 til 5,0 prosent

2. Det skal etableres et nasjonalt system for insidensregistrering av postoperative sårinfeksjoner
3. Forekomst av resistente bakterier skal monitoreres med MRSA som indikator
4. Helseforetakene må spesifisere hvilke oppgaver smittevernpersonell skal ha, gjennomføre en behovsvurdering av hvor mange årsverk som kreves og i løpet av perioden rekruttere personellet
5. Alle helseforetak skal gjennomføre regelmessig internrevisjon av sine infeksjonskontrollprogrammer
6. Det skal etableres en metode for systematisk registrering av antibiotikaforbruk ved alle sykehus, og foretakene skal forpliktes til å gjennomføre slik registrering

Tiltakene

Følgende tiltak ble foreslått for å nå disse hovedmål:

1. Smittevernsarbeidet skal forankres i foretaksledelsen,

som skal ha klart definerte mål og rapportere på måloppnåelse

2. Internrevisjon brukes som metode for å sikre at infeksjonskontrollprogrammene virker etter hensikten
3. Gjennomføre analyse av behov og sikre rekruttering av nødvendig personell, styrke og formalisere utdanning av nødvendig personell
4. Bedre den løpende overvåking av sykehusinfeksjoner
5. Overvåking av resistente mikroorganismer
6. Overvåking av antibiotikaforbruk
7. Definere forskningsområder og sikre nødvendig finansiering
8. Utrede systemer for løpende beregning av kostnader knyttet til sykehusinfeksjoner, og kostnytte analyser knyttet til tiltak
9. Gjennomføre et nasjonalt håndhygieneprosjekt
10. Vurdering av sykehushygiene i all sykehusplanlegging, både nybygging og ombygging

Under hvert tiltak ble det gitt forslag til hvordan tiltakene kunne settes ut i livet og hvor ansvaret for de forskjellige tiltak bør ligge, og hvordan kostnader kan dekkes inn.

Tekst:

Avdelingsdir. Hans Petter Aarseth,
Avdeling for spesialisthelsetjenester [TS]



IPLoS – et godt verktøy for dokumentasjon, kvalitetsikring og styring

IPLoS er standardisert informasjon om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester (pleie- og omsorgstjenester). Det er et obligatorisk verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og statlige myndigheter.

Sosial og helsedirektoratet har på vegne av Sosialdepartementet arbeidet med innføringen av IPLoS. Systemet er basert på informasjon om hver enkelt person som søker og mottar bestemte kommunale sosial- og helsetjenester i Norge. Bakgrunnen er at statlige myndigheter og de enkelte kommunene gjennom dagens summariske rapportering til Statistisk sentralbyrå har utilstrekkelig informasjon og beslutningsgrunnlag for styring og planlegging. Behovet for et nytt system for å samle inn informasjon om kommunale sosial- og helse-tjenester, er derfor stort.

Godt styringsredskap

Målet med innføringen av IPLoS er å gi sikker informasjon om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester. For kommunene skal IPLoS gi relevant og nødvendig informa-

sjon om saksbehandling og utøvelse av tjenestene, og bidra til at kravet til saksbehandling, dokumentasjon og kvalitetsikring blir ivaretatt. IPLoS skal gi god statistikk til tjenesten og til kommuneledelsen. Kunnskapen fra denne statistikken skal gi grunnlag for beslutninger og planlegging i kommunene.

For statlige myndigheter skal IPLoS gi kunnskap som skal danne grunnlag for velferdspolitiske beslutninger, planlegging og styring. IPLoS skal erstatte store deler av den eksisterende pleie- og omsorgsstatistikken og bli en obligatorisk del av rapporteringssystemet KOSTRA.

Prøveprosjekt

IPLoS er nå prøvd ut i 30 utvalgte kommuner. Prøveprosjektet ble avsluttet i august 2003. Nå er hovedprosjektet og driftsorganisa-

sjon etablert og innen utgangen av 2005 skal IPLoS innføres i alle landets kommuner. Det er et omfattende arbeide som må gjøres, både i kommunene og sentralt i Sosial- og helsedirektoratet, for at målene med IPLoS skal nås.

God opplæring vil være et suksesskriterium for en vellykket implementering av IPLoS. Opplæring er også av stor betydning for å få god statistikk og beslutningsgrunnlag. Sosial- og helsedirektoratet har utviklet et databasert opplæringsprogram i bruk av IPLoS.

Direktoratet har valgt å benytte e-læring via internett eller CD'er (avhengig av hva som passer brukeren) kombinert med klasseromundervisning i opplæringen av de som skal registrere og bruke IPLoS. Lik opplæring til alle i registrering av IPLoS-dataene vil være med på å sikre at kommunene og statlige myndigheter får sammenlignbare statistikker.

Personvernet ivaretatt

Det tas sikte på å opprette et sentralt pseudonymt register

hjemlet i helseregisterloven basert på IPLoS opplysningene. At registeret er pseudonymt betyr at identitet, som for eksempel navn og fødselsnummer, er erstattet av et pseudonym slik at identiteten ikke røpes. Opplysningene er likevel individualisert slik at det lar seg gjøre å følge hver persons bevegelse i tjenestekjeden, uten at identiteten røpes. Dette gjør at informasjonen fra IPLoS vil bli svært verdifull for forskningen. Inntil det pseudonyme registeret er etablert vil det bli utarbeidet statistikker basert på anonymiserte data. Oppbevaring og oversendelse av opplysninger vil skje kryptert.

Nettsted: www.shdir.no/iplos

Tekst:
Avdelingsdir. Hans Christian Holte
og prosjektleder Elisabeth Vatten,
Avdeling for IT-strategi og statistikk (TITS)

Høy aktivitet i mediene

I 2003 var det fremdeles fordelaktig omtale som preger mediedekningen av SHdir. Gjennom en stadig mer aktiv rolle, bidro SHdirs ansatte selv sterkt til å holde tonen i omtalen positiv. Det viser en analyse av medieomtalen fra januar til og med oktober i fjor.

I 2002 var det i drøyt halvparten av mediedekningen SHdir-ansatte selv som uttalte seg. Dette steg til hele 88 prosent i 2003, viser tall fra medieanalysebyrået Observer Norge. Det høye aktivitetsnivået vitner om at mediene anser direktoratet og dets ansatte som en ressurs når de vinkler saker. I tillegg gir det direktoratet god anledning til å få satt sitt preg på spørsmålene som tas opp.

Faglig kompetanse er stikkordet når SHdir-ansatte uttaler seg. Gjennom kvalifiserte ekspertkommentarer til undersøkelser, høringer og andre aktuelle saker, profilerer de ansatte direktoratet som faglig solid. Direktørene er fortsatt på banen i de tunge sakene, men øvrige ansatte blir stadig viktigere, viser analysen fra Observer Norge. Dette er i tråd med

direktoratets kommunikasjonsstrategi om å synliggjøre direktoratets kompetanse og faglige forankring i alle ledd av organisasjonen.

Avdelingene som ligger *under Forebyggingsdivisjonen framstår som mest interessante for norske medier. Tobakk, rus og ernæring får halvparten av dekningen. Tjenestedivisjonen er mye mindre synlig i mediene, men sars-utbruddet ga oppmerksomhet rundt Avdeling for beredskap og akuttmedisin. Måten mediene prioriterer på henger tydelig sammen med at Forebyggingsdivisjonens uttalelser i mye større grad får inngå i medienes forbrukersaker enn Tjenestedivisjonen.

Tekst:
Senioranalytiker Siri Løvstad,
Observer Norge

Modernisering og forenkling av miljørettet helsevern

Ny Forskrift om miljørettet helsevern av 25. april 2003 nr. 486 trådte i kraft 1. juli 2003. Forskriften innebærer en modernisering og forenkling av regelverket. Den erstatter åtte landsdekkende forskrifter og ca. 400 lokale helseforskrifter.

Allerede et års tid før dette hadde direktoratet overtatt ansvaret for utarbeidelse av en Veileder i miljørettet helsevern. Mange fagfolk i Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedepartementet bidro med stoff. Arbeidsgruppen i direktoratet bestod av Jens J. Guslund (leder), Ole Trygve Stigen, Ragnhild Spigseth, Jon Hilmar Oversen, Jan Martin Ståvi og Henning Aanes, med sistnevnte som prosjektleder. I tillegg har en lang rekke personer i direktoratet bidratt.

Ikke detaljerte bestemmelser

Formålet med veilederen har vært å forklare kravene og vise kommuner og virksomheter hvordan de kan gå frem for å opptre helsemessig forsvarlig. Kravene i forskriften er derfor gitt som generelle funksjonskrav og ikke som teknisk detaljerte bestemmelser.

Det har vært et mål at veilederen skal fokusere på arbeidet etter kommunehelsestjenestelovens § 1-4 (Planlegging, informasjon og samordning) i like stor grad som etter kap. 4a (miljørettet helsevern). Utredningen

”Helse og trivsel i konsekvensutredning”, en rapport utarbeidet av Asplan Viak AS på oppdrag av Helsedepartementet, er blitt slått sammen med veilederen.

Veilederen gir den grunnleggende innsikt og de nødvendige faktakunnskaper for planlegging og drift mv. av virksomheter, og for kommunen som plan- og tilsynsorgan. Den henviser i teksten til en lang rekke andre kunnskapskilder. På denne måten fungerer den som en veileder i ordets egentlig forstand, og ikke som en kunnskapsdatabase.

Veilederen er først og fremst rettet mot kommuner som ansvarlige forvaltningsorganer, men også private og offentlige virksomheter vil finne nødvendig informasjon om sine oppgaver.

Oppstartskonferanse

Forskriften og veilederen var tema på en lang rekke møter og konferanser utover i 2003. Således var det mange møter i regi av fylkesmennene/fylkeslegene for kommunehelsestjenestens personell, men også for representanter fra andre kommunale instanser.

Det største enkeltarrangementet var en oppstartskonferanse i Ibsenhuset i Skien 21. – 22. august med ca. 160 deltagere.

Konferansen hadde tittelen ”Til folkets beste – Fremtidens miljørettet helsevern”. Representanter for SHdir hadde sentrale oppgaver under disse konferansene.

Ligger ute på internett

Til tross for at veilederen ikke formelt ble sendt ut før over nyttår 2004, opplevde SHdir stor etterspørsel etter den utover høsten 2003.

Veilederen er også lagt ut på internett. Arbeidet med implementering av den fortsetter i 2004. Dette innebærer også at veilederen inngår i et nytt nettsted.

Arbeidet med konsekvensutredninger er senere blitt fulgt opp av Avdeling for helse- og velferdsøkonomi, hvor også representanter for Avdeling for forebyggende sosial- og helsetjenester er representert.

Tekst:
Avdelingsdir. Jens J. Guslund og
seniorrådgiver Anders Smith,
Avdeling for forebyggende sosial- og
helsetjenester (FSH)





Fokus på bostedsløse

Sosial- og helsedirektoratet har i 2003 startet et omfattende arbeid med å bygge opp kunnskap om bostedsløse og hva som skal til for å mestre et boforhold.

Det er uverdlig at noen mennesker ikke har et sted å bo i det norske velferdssamfunnet. Det er derfor et overordnet mål i regjeringens tiltaksplan mot fattigdom (St. meld nr 6, 2002-2003) at alle skal kunne disponere en bolig, uavhengig av økonomiske, fysiske, helsemessige eller sosiale utfordringer.

Sosial- og helsedirektoratet har to hovedoppgaver i satsingen mot bostedsløshet. Det ene er rettet mot kommunene hvor direktoratet har en rådgiver- og utviklerrolle overfor tjenestene. Den andre oppgaven er å sikre kunnskapsoppbygging om bostedsløshet i vid forstand og tiltak for å hindre bostedsløshet og hvilke tiltak som har virkning.

Sammensatte problemer

Om lag 60 prosent av de bostedsløse har et rusproblem. Rundt 25 prosent har psykiske lidelser. Mange av de bostedsløse trenger derfor hjelp til mer enn bare å skaffe bolig. Det må i tillegg være tiltak rundt dem som har fått bolig, for at de ikke skal miste den boligen de har fått.

I 2003 har 16 kommuner mottatt tilskudd for å bygge opp tjenester til bostedsløse som har fått bolig eller som

står i fare for å miste bolig. Deler av tilskuddet går til et prosjekt i samarbeid mellom tjenestene i tre bydeler i Oslo og namsmannen i Oslo. Bakgrunnen er det høye tallet for begjæring av utkastelser og utkastelser i Oslo. Formålet er å få mer kunnskap om hva som er bakgrunnen for manglende betalingsevne og utvikle metoder for å bistå disse personene.

Må jobbe på tvers

Det boligsosiale arbeidet må ses som en del av den øvrige tjenesteytingen som pågår. Det er det samme lovverket som gjelder. Kunsten er å jobbe sammen på tvers av tjenester, etater og instanser utenfor det offentlige og ta i bruk de mange verktøyene som allerede finnes. Gjennom dette arbeidet vil vi også kunne innhente mange gode erfaringer som mange kommuner har og videreformidle disse til andre. Sammen med Husbanken arbeider SHdir gjennom fylkesmennene og Husbankens regionkontor for å bistå kommunene med råd og veiledning i det boligsosiale arbeidet.

Kunnskapsoppbygging

Det er behov for mer kunnskap om problemstillinger

rundt bostedsløshet: Hvem er de bostedsløse? Hvor mange er bostedsløse? Hvorfor er de bostedsløse? Sosial- og helsedirektoratet satte i gang to kartlegginger i 2003 for å få svar på disse og flere spørsmål.

I en kartlegging fra 1996 kom man fram til at det den gang var rundt 6200 bostedsløse i Norge. Byggforsk har nå fått i oppdrag å oppdatere denne kartleggingen. Forskningsstiftelsen Fafo har fått oppdraget med å kartlegge hvilke behov bostedsløse har for oppfølging. Hva må til for at bosituasjonen skal bli permanent? Hva er problemer og suksesskriterier? Prosjektet skal også gi kunnskap om omfanget av kommuner som har etablert tjenester i bolig for personer i en sårbar bosituasjon.

Resultatene av disse to prosjektene vil foreligge sommeren 2004. Direktoratet vil på denne måten bygge opp kunnskapen om bostedsløse og systematisere kunnskap om hva som må til for å mestre et boforhold.

Tekst:
Avdelingsdir. Berit Eivi Nilsen og
seniorrådgiver Ellen Elster,
Avdeling for kommunale tjenester (TK)

Økonomi

Direktoratets økonomi

Direktoratet har en økonomi i form av:

- Bevilgning fra Helse- departementet til drift av direktoratet
- Tilskuddsmidler fra Helse- departementet, Sosial- departementet, Kommunal- og regionaldepartementet og Arbeids- og administrasjonsdepartementet

Drift

Kap. 706 Sosial- og helsedirektoratet

Budsjettramme er gitt ved tildelinger i Stortingsproposisjon nr 1, overførte midler fra året før, tilleggstiladelinger i Revidert nasjonalbudsjett, endring i bevilgning/omgruppering i tillegg til disponible inntekter.

2003:	Budsjett	Regnskap
Kap. 706 Lønn	194,0	206,6
Varer og tjenester	290,2	277,8
Sum	484,1	484,4

Tilskuddsmidler

Tilskuddsmidlene i 2003 hadde en ramme på totalt 4,56 milliarder kroner. Midlene kom fra følgende departementer:

- Helsedepartementet 2 800 mill.
- Sosialdepartementet 1 750 mill.
- Kommunal- og regionaldepartementet 7 mill.
- Arbeids- og administrasjonsdepartementet 5 mill.

2003	Tildeling fra Helsedepartementet (i millioner kroner)	Budsjett	Regnskap
Div. kap.			
Kap. 701	Forskning og forsøksvirksomhet	45	44
Kap. 703	Helsetjenesten for innsatte i fengsel	67	67
Kap. 705	Personelltiltak	217	215
Kap. 718	Rehabilitering	222	218
Kap. 719	Helsefremmende og forebyggende arbeid	43	43
Kap. 732	Regionale helseforetak	106	101
Kap. 739	Andre utgifter (forsøk og utvikling i sykehussektoren, tilskudd til Norsk Pasientforening, tilskudd til reiseutgifter for turnuskandidater, kreftbehandling, tilskudd til helsepersonellbemannning i Luftambulansetjenesten)	341	341
Kap. 742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter	24	1
Kap. 743	Statlige stimuleringsiltak for psykisk helse	1 712	1 692
Kap. 751	Apotekvesenet	2	2
Kap. 797	Helse- og sosialberedskap	20	20
Sum		2 800	2 744

Kap. 742 er en åpen belastningsfullmakt gitt fylkesmennene som rapporterer direkte til statsregnskapet.

Regnskapet over viser kun belastninger foretatt av Sosial- og helsedirektoratet.

2003 Tildeling fra Sosialdepartementet (i millioner kroner)

Kap. 621	Budsjett	Regnskap
Post 21 Spesielle driftsutgifter	102	98
Post 60 Tilskudd omsorgstjenester	42	42
Post 61 Tilskudd til vertskommunnene	922	922
Post 63 Tilskudd til rusmiddeltiltak	180	158
Post 66 Tilskudd til assistenter til funksjonshemmede	47	43
Post 70 Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid	113	109
Post 71 Tilskudd til frivillig arbeid	68	68
Post 72 Tilskudd til Landsbystiftelsen	55	55
Post 73 Tilskudd til døvblinde og døve	49	49
Post 74 Tilskudd til pensjonistenes og funksjonshemmedes org.	118	118
Post 75 Kompetansesentra mm	48	48
Post 76 Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	6	6
Sum	1 750	1 716

2003 Tildeling fra Kommunal- og regionaldepartementet (i millioner kroner)

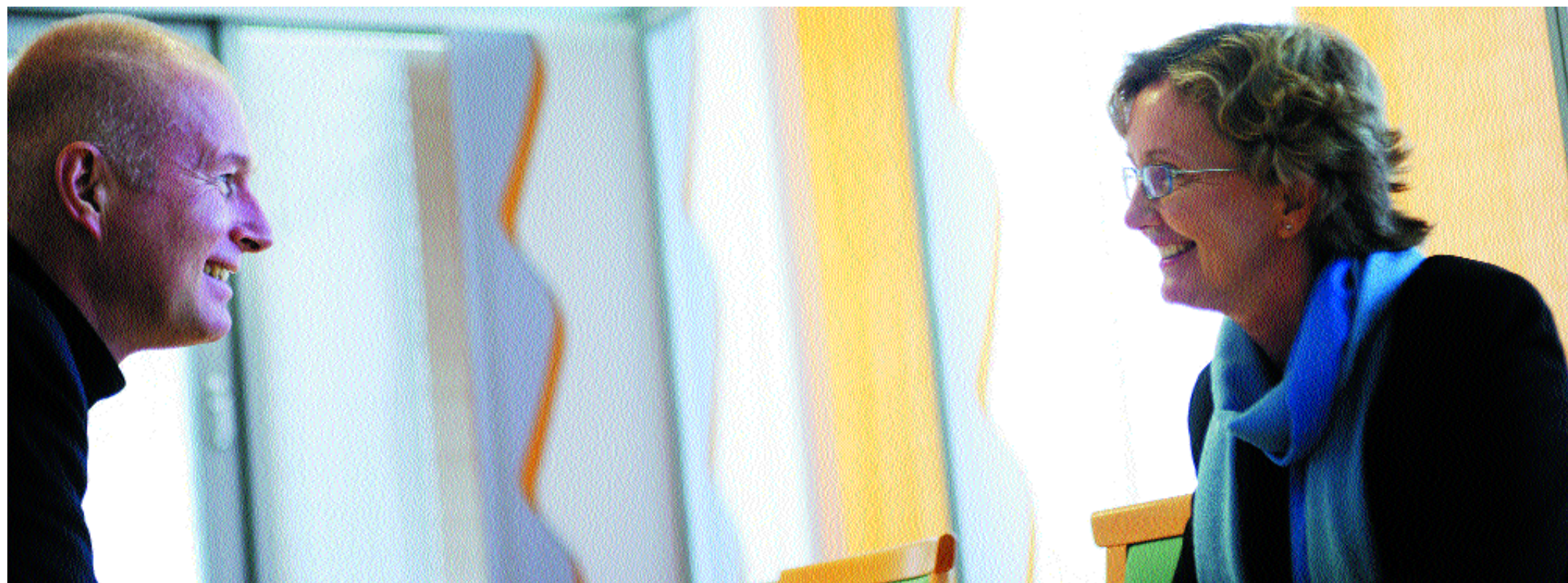
Kap. 571	Budsjett	Regnskap
Post 64 Tilskudd regionalt bo- og rehabiliterings-tilbud	7	7

2003 Tildeling fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet (i million kroner)

Kap. 1500	Budsjett	Regnskap
Post 21 Tilskudd forsterket forsøksvirksomhet	5	4,5

Fruktene kan høstes

– I 2003 har vi tatt et langt skritt fremover i retning av å få en mer systematisk og kunnskapsbasert forvaltning. Vi står mer samlet enn noensinne i arbeidet med å bedre folkehelsen og helse- og sosialtjenestene.



Det slår Gunn-Elin Aa. Bjørneboe, divisjonsdirektør for Divisjon for forebygging og Bjørn Guldvog, divisjonsdirektør for Divisjon for sosial- og helsetjenester, fast.

I Sosial- og helsedirektoratets første leveår gikk mye av tiden med til å etablere organisasjonen. I 2003 startet for alvor arbeidet med de store, viktige prosessene. Allerede nå kan fruktene høstes, mener de to direktørene.

Det samarbeides på kryss og tvers i SHdir-huset. Der hvor hvert enkelt fagmiljø før satt hver for seg og arbeidet med problemstillinger som er noenlunde felles, møtes de nå i korridorer og møterom. Har dere sett konkrete resultater av dette samarbeidet?

Bjørneboe: Ja, så absolutt. Når det gjelder det forebyggende arbeidet innen områdene tobakk, ernæring, fysisk aktivitet og rus har det mange fellestrekk. Vi jobber mot de samme arenaene: skole, helsestasjon, idrett, nærmiljø. Målgruppen og virkemiddelbruken er ofte den samme. Fagmiljøene har derfor opplevd det som fruktbart å

møtes. Nå har vi for eksempel kjørt to røykekampanjer og skal i gang med en tredje. Det jobbes i tette team mellom tobakk og rus i utformingen av kampanjene, med god støtte fra andre avdelinger som har hatt kampanjer.

Guldvog: I arbeidet med å utvikle en samlet kvalitetsstrategi for sosial- og helse-tjenesten har samtlige fag-avdelinger i direktoratet vært involvert. Vi sitter nå rundt samme bord og diskuterer utviklingen innen pleie- og omsorg, sosialtjeneste, primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste, IT-utvikling, juridiske, personellmessige og økonomiske virkemidler. Dette har gitt oss et betydelig løft.

Blant annet får vi koordinert IT-satsingene i tjenestene, og får et mer helhetlig grep i forhold til kompetanseutvikling og styrking av personellfeltet. Vi jobber med å unngå parallelle løp og mye overlapp. Dette grepet er vi nå i ferd med å ta, takket være etableringen av direktoratet. Hva har Sosial- og helsedirektorat gjort seg bemerket med i 2003?

Bjørneboe: Særlig folkehelsearbeidet, som har hatt et særlig sterkt politisk fokus dette året. Vi vet at tobakksatsingen er blitt lagt spesielt mye merke til. Det samme gjelder vår satsing på ernæring og fysisk aktivitet, rusmiddel og psykisk helse. Og det europeiske året for funksjonshemmede ble også svært vellykket gjennomført. Miljørettet helsevern har vært sterkt i fokus.

Guldvog: Publikums-tjenestene i forhold til fritt sykehusvalg, presentasjon av de første kvalitetsindikatorerne i sykehusene, kampanjen for å

rekruttere flere til yrker i helse- og sosialsektoren og naturligvis etableringen av infrastrukturen i nasjonalt helsenett har fått mye oppmerksomhet. Mye av tjenestedivisjonens virksomhet er imidlertid ikke ment å være så synlig, men er knyttet opp til en solid saksbehandling med juridiske og faglige problemstillinger, ofte i forhold til enkeltsaker. På slike områder blir vi synlige først når noen er misfornøyd med oss. Takket være meget gode medarbeidere er dette heldigvis en sjeldenhet.

Hvilke områder bør SHdir jobbe mer med i 2004?

Bjørneboe: Vi må bli tydeligere på samhandlingen i satsingene ut mot kommunene og regionene. Samarbeidet med fylkesmannsembetene er godt, men må styrkes ytterligere. Fra 1.1 2003 ble fylkeslegeembetet inkludert hos fylkesmannen, noe som gir oss en unik mulighet for å samhandle på regionalt nivå, ikke bare i forhold til helse og sosialfeltet, men også på områder som utdanning, miljø osv. Dette er en god måte å nå kommunene på, som jo svært ofte er målgruppen for mye av det forebyggende arbeidet.

Guldvog: Når staten overtok eierskap og drift av sykehusene skjedde det en endring av eierrollen fra fylke til stat, men det skjedde ikke en tilsvarende endring av myndighetsrollen. Diskusjonene i løpet av det siste året har vist at det er viktig fremover å tydeliggjøre statens myndighetsrolle overfor spesialisthelsetjenesten. Hele helse-tjenesten er en sammenhengende kjede, fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten, og myndighetene må uttrykke faglig

Mer -->

baserte forventninger i forhold til hvordan denne helheten skal fungere. Helse-tjenesten henger også tett sammen med sosialtjenestene. Ikke minst ser vi hvor viktig dette er i rusomsorgen. Vi vil også arbeide for økt støtte til kompetansehevende tiltak i sosialtjenesten. Vi har et fantastisk korps av sosialarbeidere ute i kommunene, på sosialkontorene og i eldreomsorgen, som fortjener og har behov for støtte.

Bjørneboe: Vi bør også få en styrket rolle i internasjonalt arbeid. Her har vi mye å gi, men også å lære av andre land, både på forebyggingsområdet og tjenesteområdet. Når det gjelder lovgivning og regulering av tobakk er Norge et foregangsland. Her har vi så absolutt noe å bidra med. Det gjelder også ernæring, fysisk aktivitet, HIV/ AIDS og reproduktiv helse. Verdens helseorganisasjon blir viktig.

Guldvog: Det samme gjelder utformingen av en kunnskapsbasert utvikling av helsesystemer, som er et stort satsningsområde internasjonalt. I internasjonale sammenlikninger av helse- og sosialtjenester, kommer Norge svært godt ut. Her har vi mye å bidra med, men selvsagt også mye å lære.

Divisjon for kunnskapshåndtering ble lagt ned på tampen av 2003 og Nasjonalt kunns-

skapssenter ble etablert. Hvorfor?

Bjørneboe: At vi nå har fått et nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er et skritt i riktig retning, og at det blir samlokalisert med oss tror vi er en stor fordel. Mange av de oppgavene vi skal svare på, krever jo at vi har et nært forhold til forskning og utviklingsmiljøer. Kunnskaps-senteret er ett av flere forskningsmiljøer vi vil benytte oss mye av.

Guldvog: Direktoratets troverdighet står og faller på om vi kan gi gode kunnskapsbaserte råd. Gjennom etableringen av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har vi samtidig fått styrket informasjonsgrunnlaget som vi kan benytte i vårt arbeid. Nasjonalt kunnskapssenter blir en viktig samarbeidspartner for oss, og vi regner med at også andre deler av helsetjenesten og forvaltningen vil få stort utbytte av senterets kompetanse med kunnskapsoppsummeringer, metodevurderinger og kvalitetsarbeid.

Hvordan har samarbeidet med de omkringliggende etatene, Folkehelseinstituttet og Helsetilsynet fungert så langt?

Bjørneboe: Vi har et konstruktivt og godt samarbeide preget av god dialog og

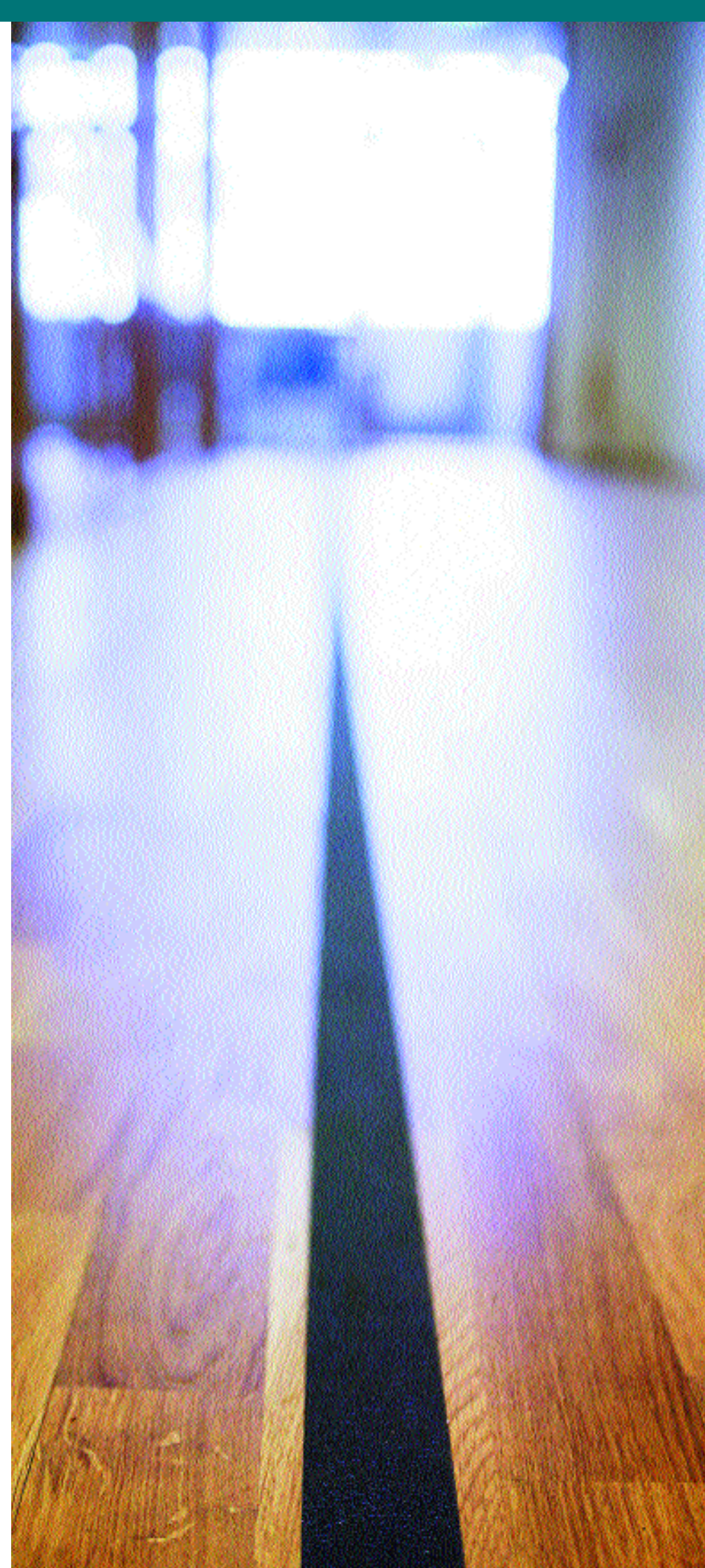
regelmessige møter. Det er viktig at vi samrår oss på nasjonalt nivå før vi møter dem som skal overta stafett-pinnen på regionalt og lokalt nivå.

Guldvog: Vi fikk for alvor prøvd ut dette samarbeidet i forbindelse med beredskapsarbeidet i forhold til SARS, og konkret i Dentosept-saken, hvor både Folkehelseinstituttet, Helsetilsynet og SHdir har hatt fremtredende roller og spilt på hverandres kompetanse. Samarbeidet fungerer utmerket.

Helsedelen av direktoratet er tung i forhold til den sosiale delen. Skaper dette problemer?

Guldvog: Vi er i en god dialog med Sosialdepartementet i forholdet til utviklingen av sosialdirektoratsrollen. Vi skal være et like godt sosialdirektorat og betjene Sosialdepartementet like godt som vi betjener Helsedepartementet. Der tror jeg at vi har kommet et langt skritt fremover i 2003. Vi ser at vi har behov for å styrke oss i forhold til sosialtjenestekompetanse, spesielt når det gjelder SATS-prosjektet, som er en samordning av A-etat, trygd og sosialtjenesten. Vi er på god vei.

Er det brukergrupper som har behov for spesielt mye oppmerksomhet i tiden fremover?



Guldvog: Hvis vi skal nærme oss målet om at alle skal ha lik tilgang på et godt liv, må vi hele tiden ha et spesielt fokus på de svake og marginaliserte gruppene i samfunnet. Vi ser både på helse og sosialområdet at problemer ikke fordeler seg likt i samfunnet. Dette er en stor utfordring for alt arbeid vi gjør. Antagelig er det ikke mulig å utrydde disse forskjellene helt, men i dag er de for store.

Bjørneboe: Vi ser jo noen gledelige resultater. Tallet på overdosedødsfall har gått kraftig ned i Norge. Dette skyldes nok flere ting, men også en del av de tiltakene som er satt i gang i forhold til stoffmisbrukere, for eksempel legemiddelassistert rehabilitering og lavterskel tilbud. Fokuset på de svakeste vil nok bli en av de faste linjene i direktoratets arbeid i årene som kommer.

Tilsyn med produsenter av medisinsk utstyr

Myndighetene har tidligere ikke ført aktivt tilsyn med bedrifter som lager medisinsk utstyr, med tanke på å påse at de følger gjeldende regelverk. Dent-O-Sept-saken viste at det er nødvendig at myndighetene fører mer aktivt tilsyn med produsenter av medisinsk utstyr.

Kartleggingen som Sosial- og helsedirektoratet nå har gjort viser så langt at det i Norge finnes 40-50 produsenter av medisinsk utstyr i den laveste risikoklassen, risikoklasse I. I 2003 førte Sosial- og helsedirektoratet tilsyn med produsenter av medisinsk engangsutstyr og tekniske hjelpemidler, og gjennomførte i den

forbindelse tilsynsbesøk ved åtte bedrifter. Tilsynsaktiviteten på området medisinsk utstyr vil fortsette også i 2004. – Vi må kunne forsikre brukerne om at det ikke er farlig å bruke de produktene som er å finne på markedet, sier avdelingsdirektør Hans Petter Aarseth.

Nødnettprosjektet

Stortinget bevilget 27,8 millioner kroner for 2003 til videre arbeid med et nytt mobilt kommunikasjonssystem for nødetatene.

Nødetatene møter stadig strengere krav til tjeneste-effektivitet og presisjon, sikkerhet og kostnads-effektivitet. Samtidig har alle etatene radiokommunikasjonsnett som knapt kan tilfredsstillende dagens nødvendige

funksjonalitets- og sikkerhetskrav. De tre nødetatene, politi, brann-vesen og ambulansene har mange felles krav til et nytt kommunikasjonssystem. Det arbeides nå for at et felles nett skal bli landsdekkende.

Flere ringer Giftinformasjonen

Giftinformasjonen besvarte i 2003 ca 35 700 henvendelser. Dette er en økning på ca 4 prosent sammenlignet med året før.

Giftinformasjonen har døgn-åpen rådgivningstjeneste for helsepersonell og befolkningen angående akutte forgiftninger og forgiftningsrisiko. Henvendelsene til

Giftinformasjonen dreier seg hovedsakelig om akutte forgiftninger eller forgiftningsfare av kjemikalier, teknisk-kjemiske produkter, legemidler, planter, sopp, stikk og bitt

Gap mellom teori og praksis

Videre- og etterutdanning er viktig for å sikre gode tjenester for pasienter innen norsk allmennpraksis.

Dessverre er det et gap mellom det som skjer i videre- og etterutdanningene og det som forskning viser trengs for å få leger til å endre praksis. Undersøkelser viser at den vanligste måten å drive videre- og etterutdanning på, nemlig kurs med passive tilhørere, i svært liten grad forandrer praksis. En gruppe av leger, helsesekretærer, representanter fra pasientene og myndighetene ble derfor satt sammen for å drøfte hvordan videre- og etterutdanningstilbudene kan bli bedre. Gruppen har nå lagd en rapport hvor det foreslås en rekke tiltak. Eksempler på tiltak er praksisbesøk, hvor den som underviser reiser ut til legekantorene. Praksisnære tiltak knyttet til legekantorene og styrking av gruppeveilederfunksjonen er andre tiltak som bør vurderes, mener gruppen.

Sløser bort millioner

Mellom 80 og 200 millioner kroner brukes hvert år unødig i behandlingen av høyt blodtrykk. Pengene kunne vært spart dersom legene skrev ut billigere og like bra medisin.

Dette viser en undersøkelse utført av forskerne Atle Frøtheim, Morten Aaserud og Andy Oxman i Sosial- og helsedirektoratet. Forskerne har regnet ut hva seks land kan spare på å bruke billigere blodtrykksmedisiner, som går under betegnelsen tiazider, i stedet for de dyre alternativene. Et svært konservativt overslag er at vi kan spare 80 millioner i året på å bruke billigere blodtrykksmedisiner i Norge, men de faktiske besparelsene ligger trolig mellom 100 og 200 millioner kroner. Mellom 300 000 og 400 000 nordmenn tar blodtrykksmedisiner. Medisinen får de på blå resept, så det er staten som betaler. – Det trengs en holdningsendring blant legene, mener Frøtheim.

toksikologer, alle med spesiell opplæring i klinisk toksikologi. Avdelingen har også leger med spesialkompetanse i klinisk toksikologi knyttet til seg, og disse fungerer bl.a. som kliniske bakvakter for rådgivningstelefonen. Giftinformasjonen har ca 25 ansatte.

med mer. Hver henvendelse vurderes individuelt, slik at svaret er tilrettelagt og skreddersydd for det aktuelle tilfellet. Giftinformasjonen driver også forebyggende informasjonsvirksomhet. De ansatte ved Giftinformasjonen er utdannet enten som farmasøyter, veterinærer eller



Kostnadsanalyse av Grønn resept

Det er viktig av konsekvensene av nye tiltak innen helse- og sosialsektoren utredes, herunder de økonomiske konsekvensene. Sosial- og helsedirektoratet har i 2003 gjort en kostnadsanalyse av ordningen Grønn resept.

Mange forhold påvirker personers helse. Derfor er det vanskelig å isolere den helsemessige effekten av enkelttiltak. I tillegg kommer at effekten av selve tiltaket kan være usikker, både på kort og lang sikt. På det tidspunktet kostnadsanalysen for ordningen med Grønn resept skulle foretas, var det noe usikkert hvor omfattende målgruppen ville være, og hvor omfattende aktuelle tiltak ville bli. Dette økte usikkerheten omkring effekten av tiltaket. Det måtte derfor gjøres en rekke valg mht. hvilke forutsetninger som skulle legges til grunn. Avdeling for helse- og velferdsøkonomi la stor vekt på å samarbeide med aktuelle kompetansemiljøer eksternt og internt om dette, slik at de valg av forutsetninger som ble gjort var best mulig begrunnet. Oppdraget fra Helsedepartementet var begrenset til å belyse mulige innsparinger av ordningen Grønn resept. I løsningen av oppdraget la avdelingen stor vekt på å synliggjøre de forutsetninger som var gjort, og usikkerheten ved disse.



Vanskelig å endre praksis

Det må kraftig påvirkning til for å endre legers praksis.

Bør en allmennpraktiker gi antibiotika til pasienter med sår hals? Må urinen undersøkes når en kvinne har svie ved vannlating? Klinikere ved legekantorene blir daglig konfrontert med slike problemer.

Signe Flottorp, forsker i Sosial- og helsedirektoratet, har i sin doktoravhandling utviklet retningslinjer for slike problemer og forsøkt å finne ut hva som gjør det vanskelig for legekantorene å følge retningslinjene. Et data-program som ga råd basert på retningslinjene ble utviklet for de 142 legekantorene som var med i undersøkelsen. Kurs ble holdt. Budskapet var at sår

hals som oftest ikke trenger behandling. En kvinne med typiske symptomer på blærekatarr kan behandles uten urinundersøkelse. Anbefalingene gikk på mer bruk av telefonkonsultasjoner, noe som kan gjøre det enklere både for lege og pasient. Takstene for telefonkonsultasjoner ble økt. Konklusjonen av undersøkelsen var at det kun ble en liten reduksjon i bruk av antibiotika ved sår hals og bruk av urinprøver ved symptomer på blærekatarr hos kvinner. – Det må enda kraftigere påvirkning til for å få legene til å endre praksis, konkluderer Flottorp.

Trygt å føde på fødestuer

Nyere forskning viser at det er trygt å føde på små steder og at desentralisering går bra hvis man er nøye med å selektere ut risikosvangerskap.

Det har foregått en sterk sentralisering av fødsler i Norge. I 1970 hadde vi 160 fødeinstitusjoner, i dag har vi 60. I 1970 var antall fødestuer 60, i dag er det 13. Det overordnede målet for fødselsomsorgen i Norge er derfor nå et desentralisert og differensiert fødetilbud. Fødselsomsorgen skal deles inn i tre ulike nivåer: kvinneklinikker med minst 1 500 fødsler per år, fødeavdelinger (minst 400-500 fødsler) og fødestuer (minst 40 fødsler per år). Nivåinndelingen vil berøre store deler av

fødselsomsorgen, fordi mange må omdefineres til fødestuer. Et nasjonalt råd for fødselsomsorgen ble opprettet av Stortinget da det gjorde vedtak om å organisere fødselsomsorgen annerledes. Dette skal bistå i omstillingsprosessen med råd om faglige, administrative og organisatoriske forhold. Sosial- og helsedirektoratet er sekretariat for rådet og har også som oppgave å bidra til å gjøre nivådelingen av fødselsomsorgen gjeldende.

Råd for spesialistutdanning av tannleger

I 2003 opprettet Sosial- og helsedirektoratet et råd for spesialistutdanning av tannleger.

Organet skal gi direktoratet råd i alle overordnede spørsmål som angår spesialistutdanning av tannleger. Rådet vil også kunne bli forelagt spørsmål som angår funksjon og den helhetlige dekingen av tannhelsetjenesten. Det vil være en viktig oppgave å desentralisere utdanningstilbudet og bedre den geografiske tilgjengeligheten av odontologisk spesialkompetanse. Fylkestannlege Tove Broback er rådets leder.

Lokalt folkehelsearbeid

Folkehelsemeldingen legger vekt på hvor viktig det er med et forpliktende tverrfaglige og sektorovergrepene samarbeid på regionalt og kommunalt nivå.

Sosial- og helsedirektoratet er opptatt av å få til en storsatsing på folkehelsearbeid over hele landet og har derfor utlyst tilskuddsmidler for 2004 til etablering og drift av lokale og regionale partnerskap om folkehelsearbeid. Alle fylkeskommuner og kommuner oppfordres til å utvikle planer for lokalt og regionalt folkehelsearbeid.

Midlene i tilskuddsordningen er særlig ment å gå til

delfinansiering av etablering og drift av koordineringsfunksjoner og administrasjon av partnerskapene. Det er ønskelig at fylkeskommunen påtar seg ansvaret for å koordinere og være pådriver for regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Kommunene vil ha en tilsvarende rolle på lokalt nivå. Det er det lokale partnerskapet som skal stå for prioritering av innsatsområder.

Livskvalitet for syke gamle

Framfor behandling som forlenger gamle pasienters liv, bør vi satse mer på behandling som gir høyere livskvalitet, mener Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet.

Prioriteringsrådets anbefalinger om behandling av syke gamle ble lagt fram for helseminister Dagfinn Høybråten rett før jul. Rådet mener at den statlige handlingsplanen for eldreomsorgen, innføring av fastlegereformen og de økte årlige rammene til de regionale helseforetakene, i stor grad kommer syke gamle til gode. Likevel anbefaler rådet helseministeren å foreta omprioriteringer i helsetjenesten for syke gamle. Tiltak som bedrer livskvaliteten bør i større grad prioriteres framfor livsforlengende behandling. Det bør også vises større

forståelse for særtrekkene hos syke gamle og respekt for deres individuelle valg, mener rådet. Samtidig peker rådet på store kunnskapshull når det gjelder gamle menneskers behov for helse tjenester, effekten av ulike behandlingstilbud og kostnadene forbundet med tiltakene.

Kunnskapsmangelen gjør det vanskelig å vite om vi i dag prioriterer rett. Etter Prioriteringsrådets oppfatning bør gamle menneskers psykiske helse vektlegges sterkere i helsetjenestetilbudet.



Frivillighetssentralene – åpne for alle

Landets frivillighetssentraler er en svært viktig sosial møteplass. Også for dem med psykiske lidelser.

Det er ca. 235 frivillighetssentraler i Norge. Frivillighetssentralene har vært i drift i ca. ti år og er en møteplass og et knutepunkt for lokal frivillig innsats. Frivillighetssentralen er åpen for alle. Derfor unngår man den stigmatisering som klart kan være en utfordring for mange. Sentralene er en svært viktig møteplass for mange, også for psykisk syke. De har åpningstid på dagen og

er tilgjengelig for dem som faller ut av arbeidslivet av ulike årsaker. De fungerer både forebyggende, ivaretagende og nettverksskapende. På frivillighetssentralene rundt omkring i landet får yngre hjelp av eldre med sine lekser og eldre får hjelp av yngre med å lære data. Frivillighetssentralen samarbeider både med sosialkontorene og A-etat.

Fra sosialhjelp til arbeid

Sosial- og helsedirektoratet har ansvaret for et fireårig forsøk som går ut på å få flere langtidsmottakere av sosialhjelp ut i arbeid.

Utvalgte kommuner har deltatt i prosjektet som omfatter tiltak innen rehabilitering, kvalifisering, sysselsetting, arbeidstrening, opplæring og formidling. Tiltaksprosjektet skal sørge for effektiv samordning av de kommunale tjenestene, samarbeid mellom A-etat og lokalt nærings-

liv, og aktivt ta i bruk sosialtjenestelovens § 5-3 som gir hjemmel for å stille vilkår for tildeling av sosialhjelp. Prosjektet blir løpende evaluert av Høgskolen i Oslo. Det skal avsluttes i 2004 og sluttrapport vil foreligge 1. april 2005. Mer informasjon: www.tiltak.no

Nye nasjonale råd

Nye nasjonale råd ble etablert i 2003.

Helsedepartementet har i 2003 oppnevnt nytt Nasjonalt råd for ernæring, Nasjonalt råd for fysisk aktivitet og Nasjonalt råd for tobakksforebygging. Sosialdepartementet oppnevnte nytt Statens råd for funksjonshemmede.

Rådene er uavhengige kompetanseorganer som skal gi råd til offentlige instanser og institusjoner, spesielt departementene og statsforvaltningen. Rådene bør ta initiativ og komme med egne forslag.

Autorisasjon av sosialpersonell

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at sosionomer og barnevernspedagoger gis autorisasjon.

Direktoratet avga i juni 2003 en utredning vedrørende en eventuell autorisasjonsordning for sosialpersonell. Bakgrunn for utredningen var oppdrag gitt i statsbudsjettet 2002 i forbindelse med "Tiltaksplan mot fattigdom" og stortingsmeldingen om "Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten." Direktoratet anbefaler primært at autorisasjon av sosialpersonell lovheimles i en felles lov for helse- og sosialpersonell, sekundært i en egen lov for sosialpersonell. Den autorisasjonsordning som nå gjelder er hjemlet i lov om helsepersonell. Direktoratet anbefaler på nåværende tidspunkt at en eventuell autorisasjon av sosialpersonell hjemles i nevnte lov § 48, 4. ledd.

Mulkt mot alkoholreklame

En endring i alkoholloven har gitt nye sanksjonsmuligheter for å håndheve forbudet mot alkoholreklame.

Den 1. juli fikk Sosial- og helsedirektoratet et nytt virkemiddel i arbeidet med å sikre at forbudet mot alkoholreklame blir overholdt.

Endringen gir direktoratet hjemmel til å fatte vedtak om en type tvangsmulkt som begynner å løpe dersom en aktør ikke retter opp en ulovlighet innen en fastsatt frist.

Direktoratet kan også fatte vedtak om forhåndsfastsatt tvangsmulkt i de tilfeller hvor lovovertrædelsen allerede er avsluttet.

Mulkten vil da forfalle hvis overtrædelsen gjentas innen et år.

Ringnes bryggerier ble i desember gitt en slik forhåndsfastsatt tvangsmulkt på 700 000 kroner for brudd på alkohollovens reklameforbud. Dette skjedde etter at Ringnes hadde hatt ulovlig reklame på sine ølflasker i forbindelse med studentfestivalen UKA i Trondheim.

Spesialbladet Vinforum fikk en tilsvarende mulkt på kr. 200 000 for alkoholreklame i desemberutgaven av sitt blad. Begge disse vedtakene er klaget inn til Markedsrådet. Mulktene forfaller hvis alkoholreklameforbudet overtres på nytt.

Fattigdomshøring

Fattigdom i Norge ble i 2003 satt på dagsordenen blant annet gjennom Fattigdomshøringen.

Lenge var den offentlige selvforståelsen vår at vi gjennom velferdsstaten hadde greid å utrydde fattigdomsproblemet. Men i overgangen til et nytt årtusen kom fattigdom igjen opp som et ikke løst samfunnsproblem. I april i fjor arrangerte Sosial og helsedirektoratet en fattigdomshøring med deltagelse fra frivillige organisasjoner. Her ble både handlingsplaner og konkrete tiltak i kampen mot fattigdom diskutert. I løpet av konferansen kom det flere innspill til arbeidet med å

videreutvikle aktuelle tiltak. I alt 2,3 prosent av den norske befolkningen – noe som tilsvarer ca 90 000 personer – hadde i perioden 1997-1999 en inntekt under det som er den mest brukte indikatoren på fattigdom. Et viktig poeng er at fattigdom også rammer barn. En studie fra tre år tilbake viste at mellom 14 000 og 19 000 barn i perioden 1998-2000 vokste opp i en familie med inntekt som er så lav at den defineres som fattig.



Norge låner ut medisinsk utstyr

Ved internasjonale humanitære katastrofer låner Norge ut store mengder medisinsk utstyr, både til norske og internasjonale organisasjoner.

Utenriksdepartementet anskaffet på 1980-tallet eget helseberedskapsmaterieell som skulle bygges opp med internasjonale innsatser som målfokus.

Det dreide seg om lette feltsykehus (NorHosp). Senere kjøpte Sosial- og helsedepartementet inn sju NorHosp kirurgiske enheter, tolv pleieenheter og et større antall senger/bårer etc. Statens helsetilsyn kjøpte inn supplerende utstyr til NorHosp-enhetene, såkalte 100-10-enheter, som skal kunne hjelpe 100 kirurgiske pasienter i ti døgn. Begrunnelsen for anskaffelsen av 100-10-enheterne var bl.a. at Norge har svært liten egenproduksjon av medisinsk forbruksmaterieell.

Det ble derfor besluttet å bygge opp et mindre nasjonalt bufferlager av slikt materieell. 130 stk 100-10-enheter ble anskaffet. Siden 1992 er disse blitt lånt ut i forbindelse med internasjonale oppdrag.

Campbell Norge

Sosial- og helsedirektoratet, ved Avdeling for sosialtjenesteforskning, har i 2003 deltatt aktivt i oppbyggingen av en norsk gren av Campbell Collaboration.

Dette er en ideell organisasjon som skal hjelpe folk med å treffe velinformerte beslutninger basert på forskning om effektene av tiltak innen områdene sosial velferd, kriminalitet og utdanning. Målet er å utarbeide, vedlikeholde og gjøre tilgjengelig systematiske oversikter over intervensjonsstudier på disse tre fagfeltene. Målgruppen er politikere, tjenesteytere, forskere og publikum. SHdir

driver gruppen som koordinerer arbeidet med systematiske oversikter innen området sosial velferd. I tillegg arbeidet SHdir med opprettelsen av en felles nordisk database bestående av effektstudier.

Et norsk nettsted som formidler nyheter om norske og nordiske Campbell-aktiviteter og relevant forskning er lansert på: www.campbell-collaboration.no

Røykfrie serveringssteder

Lovforslaget om røykfrie serveringssteder ble vedtatt av et stort flertall i Stortinget i april 2003. Det innebærer at det er ulovlig å røyke på norske serveringssteder fra 1. juni i år.

Årlig dør mellom 350 og 550 ikke-røykere i Norge av passiv røyking. 120 000 astmatikere har store problemer med å gå på restauranter der det er tillatt å røyke. Bakgrunnen for å forby røyking på serveringssteder er å begrense passiv røyking, og sikre de som jobber ved serveringsstedene et røykfritt arbeidsmiljø. Lovendringen gjelder for steder som serverer mat eller drikke og

som samtidig er et arbeidslokale eller et lokale hvor allmennheten har adgang.

Loven åpner ikke for å opprette ubetjente røykerom for gjestene. Flertallet av høringsinstansene var positive til lovforslaget, herunder Sosial- og helsedirektoratet, arbeidstakerorganisasjoner, LO sentralt, universitet og høyskoler, helsefaglige etater og en rekke frivillige organisasjoner.

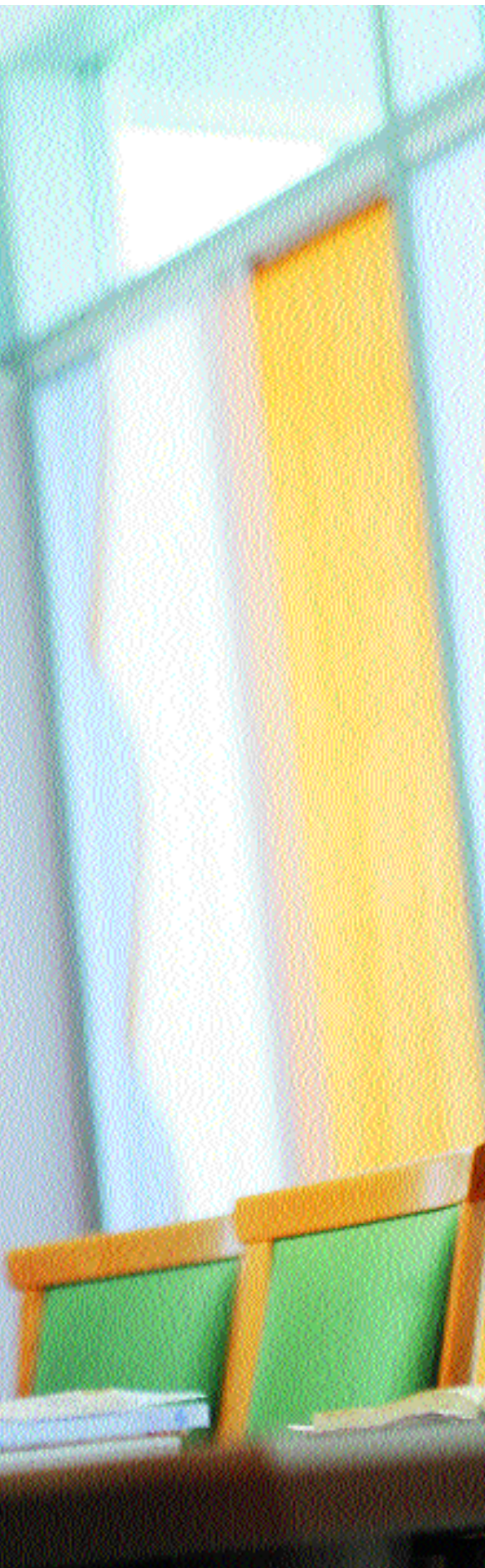


Økt trivsel i skolegårder

Barn og unge tilbringer en stor del av tiden sin i en skolegård. Sosial- og helsedirektoratet har foreslått minimumskrav for å øke aktiviteten og trivselen i norske skolegårder.

En tverrfaglig forskergruppe engasjert av SHdir har funnet en klar sammenheng mellom gode uteområder på skolene og elevenes aktivitetsnivå. Dette må igjen sees i lys av bekymringen knyttet til økt inaktivitet og generell vektøkning i befolkningen. Undersøkelser viser også at gode utearealer reduserer omfanget av vold, mobbing og uro blant elevene og stimulerer til trivsel, motivasjon og læring.

Uteområdene på mange norske skoler er ikke tilfredsstillende. SHdir har derfor foreslått at det stilles krav til størrelse, utforming og kvalitet på skolenes utearealer. For eksempel mener SHdir det bør være et generelt minimumskrav at nettoarealet i skolegården per elev er på minst 50 kvadratmeter. Utearealene bør også tilfredsstillere flere funksjonskrav. SHdir peker på at det spesielt er behov for å prioritere tiltak ved ungdomsskolene.



Aktiv sykmelding lite effektivt

Aktiv innsats og personlig oppfølging av de sykmeldte økte bruken av aktiv sykmelding, men reduserte ikke sykefraværet eller frafall fra arbeidslivet.

Aktiv sykmelding er et av folketrygdens sentrale virkemidler i innsatsen mot høyt sykefravær og frafall fra arbeidslivet på grunn av langvarig sykdom. Ordningen ble innført i 1993, men ble lite brukt. Det var derfor bred politisk enighet om å satse på å øke bruken av aktiv sykmelding.

Inger Brummenæs Scheel, forsker i Sosial- og helsedirektoratet, har i en doktorgradsavhandling vist at det faktisk er mulig å øke bruken av aktiv sykmelding. Aktiv innsats og personlig oppfølging av pasientene over telefon økte bruken med over 50 prosent i en tredjedel av de

65 kommunene som var med i undersøkelsen. Mer passive tiltak, som ble brukt i en annen tredjedel av kommunene, ga ingen påviselig uttelling sammenliknet med den siste tredjedel av kommunene (kontrollgruppen) og med resten av landet. Imidlertid kunne det ikke påvises forskjeller i verken sykefravær eller frafall fra arbeidslivet mellom de 22 kommunene der bruken av aktiv sykmelding økte og de øvrige kommunene. Resultatene gjelder bare ryggpasienter, men det er liten grunn til å tro at utslagene ville være annerledes for andre pasientgrupper.

Flere får hjelp i psykiatrien

Tilbudet av tjenester til mennesker med psykiske lidelser har økt, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Flere søker hjelp og flere får hjelp.

Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 skal resultere i både en kvalitativ og kvantitativ bedre tjeneste for mennesker med psykiske lidelser. I 2003 har Sosial- og helsedirektoratet foretatt en gjennomgang av Opptappingsplanen, fire år etter at den ble iverksatt. Denne viser at planen totalt sett virker etter sin hensikt. Det er imidlertid store variasjoner mellom kommuner og mellom helseforetakene. Det er også en

betydelig utfordring framover å nå de kvalitative målene i Opptappingsplanen. De første årene av planperioden har både gitt et rammeverk for det videre arbeidet, og konkrete resultater som viser at de ambisiøse målene kan være innen rekkevidde. I Opptappingsplanen forutsettes det at den sterke veksten skal komme mot slutten av perioden. Hoveddelen av tilskudd til drift og investeringer gjenstår altså.

Resept for et sunnere Norge

Folkehelsearbeid kom for alvor på dagsordenen i 2003 gjennom Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) "Resept for et sunnere Norge".

Meldingen signaliserer en økt satsing på folkehelsearbeidet, med strategier for folkehelsearbeidet de kommende ti årene. Helseminister Dagfinn Høybråten skriver ut fire resepter for et sunnere Norge: Det skal bli enklere for den enkelte å ta ansvar for egen helse, det skal bygges brede allianser for folkehelse, helse-tjenesten skal legge større vekt på forebygging og tiltakene skal bli mer kunnskapsbaserte. Sosial- og helsedirektoratet vil ha mye av ansvaret for oppfølgingen i kjølvannet av den nye meldingen.

I statsbudsjettet for 2004 ble det bevilget totalt 131,4 millioner kroner til en "Folkehelsepakke". Sosial- og helsedirektoratet er satt til å forvalte hoveddelen av disse midlene, som blant annet går til videreføring av forebyggingssatsingen i Nasjonal kreftplan, frukt og grønt i skolen, arbeidet med å utjevne sosial ulikhet i helse, helsekonsekvensutredning, Grønn resept, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, miljørettet helsevern og strategiutvikling innen astma, allergi og inneklimate sykdommer og ulykkesforebygging.

Pasienter med risiko for farlig atferd

Sosial- og helsedirektoratet har i 2003 gjort en kartlegging av behandlingsskapiteten for pasienter innen psykisk helsevern som har stor risiko for farlig atferd.

Denne viser at behandlingstilbudene innen sikkerhetspsykiatrien er rimelig gode, både i antall plasser og i kompetanse. Men det er et ønske om en økning av plasser visse steder i landet, samt opprettelse av plasser for observasjon. Allmennpsykiatrien er

stort sett ikke forberedt til å motta denne gruppen pasienter. Det blir en utfordring å øke både kapasitet og kompetanse for å kunne vurdere risiko for farlig atferd både innen langtidsbehandling og i akuttavdelinger.

Veileder i saksbehandling

Fra flere hold har det vært et ønske å få en veileder som forteller om kommunenes saksbehandlingsprosesser i pleie- og omsorgstjenestene. Nå er en slik veileder laget.

Både saksbehandlere, kommunale ledere og politikere har ønsket seg en veileder som dette. Pleie- og om-

sorgstjenesten må ofte forholde seg til flere forskjellige lover. Den nye veilederen gir en grundig gjennomgang av

Det europeiske året for funksjonshemmede

2003 var det europeiske året for funksjonshemmede. Norge markerte året gjennom oppstarten av den treårige informasjonskampanjen Ingen hindring.

Målet med kampanjen er å øke kunnskapen om hvordan diskriminerende samfunns-kapte hindringer for funksjonshemmede kan fjernes. Kampanjen har i 2003 hovedsakelig rettet seg mot beslutningstakere, med fokus på områdene utdanning, arbeid og universell utforming. Det er gjennomført en rekke spennende aktiviteter over hele landet og mange mennesker har vært involvert i arbeidet. Sosial- og helsedirektoratet har hatt ansvaret for gjennomføringen av kampanjen i samarbeid med en nasjonal rådgivende komité med representanter fra funksjonshemmedes organisasjoner, departementer og fagmiljøer.

de aktuelle lovene og forskriftene, og informerer om hvordan de skal brukes i pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Det foreligger også en kortversjon av veilederen. Begge versjoner kan lastes ned fra www.shdir.no (søk på saksbehandling) i pdf-format.

Skolefrukt til flere

Alle grunnskoler i 18 av landets fylker har nå tilbud om å delta i Skolefruktordningen.

Sosial- og helsedirektoratet sammen med Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker kunne i 2003 tilby de aller fleste av landets grunnskoler å være med i ordningen, som fungerer på lik linje med abonnementsordningen for melk. For kr. 2,50 om dagen får elevene en gulrot, en banan eller et eple. I sesongene varieres det med pærer og klementiner. Varene leveres vanligvis til skolene to ganger i uken og krever dermed ikke kjølig lagring. Skoler i Hordaland og på Sunnmøre ble i fjor knyttet til ordningen. Når også Finnmark blir med våren 2004, vil Skolefruktordningen være etablert i alle landets fylker. Eget SHDir-nettsted: www.skolefrukt.no

Bedre kvalitet med nye retningslinjer

Sosial- og helsedirektoratet startet i 2003 opp et nasjonalt program for utarbeiding og iverksetting av faglige retningslinjer for sosial- og helsetjenesten.

Både privatpersoner og fagfolk må få tak i gode faglige råd når de trenger dem – der og da – på internett og ved sengekanten. Målet er gode og trygge tjenester til alle – til rett tid og rett pris. En egen rådgivningsgruppe er oppnevnt for dette arbeidet. Gruppen består av 15 medlemmer som representerer profesjonsforeninger, brukerorganisasjoner, regionale helseforetak (spesialist-helse-

tjenesten), kommunene, fag- og metodeinstitutter, universitetene, høyskolene, Statens legemiddelverk og Statens helsetilsyn. Rådgivningsgruppen skal gi råd om hvilke prosesser og metoder som bør brukes og om koordinering av retningslinjearbeidet. Det er også etablert et åpent forum for fagfolk og brukere som er interessert i arbeid med retningslinjer. Arbeidet kan følges på www.shdir.no

Ikke livsforlengende

Det er ikke grunn til å hevde at psykososiale intervensjoner forlenger overlevelse hos kreftpasienter.

Det konkluderer en metanalyse foretatt av forsker Geir Smedslund, Sosial- og helsedirektoratet og Gerd Inger Ringdal, Psykologisk institutt, NTNU, med. Forskerne har lagd en kvantitativ oversikt av 13 tidsskriftartikler publisert mellom 1989 og 2003 som rapporterte resultater fra 14 kontrollerte intervensjoner. Resultatene er basert på data fra 2626 kreftpasienter.

Studiene var både på intervensjon som brukte individuelle behandlinger og gruppebehandlinger. Individuell behandling viste seg å være noe mer effektiv enn gruppebehandling. Analysen blir presentert i *Journal of Psychosomatic Research*.

400-årsjubileet

I 2003 ble 400-årsjubileet for norsk offentlig helsevesen markert. Sosial- og helsedirektoratet sto for koordineringen.

Jubileet ble markert på ulike måter mange steder i landet. Slik ble det formidlet hvor enormt mye som er oppnådd gjennom århundrer med innsats på områder som smittevern, vaksiner, hygiene, ernæring, kosthold og boligforhold. I forbindelse med jubileet er det blitt utgitt et to bind historisk verk, det er hold utstillinger og konferanser, NRK har vist to tv-programmer om jubileet og det ble arrangert markeringer i alle landets fylker. En stortingsmelding om folkehelsen i Norge ble lagt fram ved starten av jubileumsåret.

Eget nettsted: www.helsejubileum.no

Ekspertkonferanse om overvekt

Noen av verdens fremste forskere på fedme og overvekt var samlet i Oslo i november.

Tall fra WHO viser en økende forekomst av overvekt og fedme i store deler av verden. Økningen i kroppsvekt er så sterk og rask at mange mener vi står overfor en global epidemi med store konsekvenser for helse og velferd. Hvorfor har vi fått en slik situasjon, og hva kan gjøres for å bremse denne utviklingen? Dette var tema på en forskerkonferanse Sosial- og helsedirektoratet arrangerte sammen med Nasjonal forening for fedmeforskning i november. Forskerne var invitert til konferansen for å belyse problemet fra flere hold.

– Sosial- og helsedirektoratet tar overvektproblematikken på alvor, og ønsker å gå enda sterkere inn med tiltak både i forhold til forebygging og behandling av overvekt. Men vi må ha mer kunnskap om årsaker til overvekt, og metoder for å forebygge og behandle overvekt, sier divisjonsdirektør Gunn-Elin Aa. Bjørneboe.

Nyttige telefonnumre i Sosial- og helsedirektoratet

Ledelsen (forværelse)24 16 30 31
 Bjørn-Inge Larsen, direktør
 Gunn-Elin Aa Bjørneboe, divisjonsdirektør
 Sigurd Røed Dahl, divisjonsdirektør
 Bjørn Guldvog, divisjonsdirektør

Avdelingene og servicekontorer

Ernæring24 16 34 21
 Fysisk aktivitet24 16 34 21
 Tobakk24 16 34 26
 Rusmidler24 16 34 25
 Giftinformasjon22 59 13 00
 Psykisk helse24 16 33 41/45
 Levekår24 16 34 24
 Frivillighet og samarbeid24 16 33 28
 Forebyggende sosial- og helsetjenester24 16 33 28
 Retningslinjer, prioritering og kvalitet24 16 34 23
 Sjeldne funksjonshemninger24 16 34 23
 Kommunale tjenester24 16 33 38/37
 Spesialisthelsetjenester24 16 33 45/41
 Beredskap- og akuttmedisin24 16 32 50
 IT-strategi og statistikk24 16 32 50
 Sosial- og helsepersonell24 16 35 89
 Helse og velferdsøkonomi24 16 32 60
 Sosialtjenesteforskning24 16 33 42
 Plan og økonomi24 16 33 57
 Personal og lønn24 16 33 57
 Kommunikasjon og dokumentasjon48 08 27 22
 IT24 16 33 33
 Arkivet24 16 34 00
 Drift- og fellestjenester24 16 30 32



Årsmelding 2003
Sosial- og helsedirektoratet
www.shdir.no

Opplag: 8000

Flere eksemplarer av denne årsmeldingen kan bestilles fra trykksak@shdir.no eller på tlf. 24 16 33 68. Du finner den også som nettverson på www.shdir.no/aarsmelding/2003



Har du spørsmål? Kontakt informasjonsdirektør Margrete Halvorsen, tlf. 48 08 27 22

Redaksjon og Produksjon: Siw Ellen Jakobsen og Bård Amundsen
Layout: Runar Thorvaldsen
Trykk: Stens Trykkeri
Foto: Bård Gudim