



Årsmelding 2004



Forord

Avslutningen av 2004 ble preget av naturkatastrofen 2. juledag i Sørøst-Asia. Nesten 300.000 mennesker mistet livet i flodbølgekatastrofen. Også mange nordmenn ble rammet.

Sosial- og helsedirektoratet fikk 3. juledag ansvar for å iverksette og koordinere innsatsen i forhold til å identifisere og frakte hjem de skadde, bistå de pårørende både i Asia og hjemme og til å iverksette beredskap i helse- og sosialtjenesten i Norge. Og arbeidet vil fortsette lenge ennå. Direktoratet har nå ansvaret for å koordinere myndighetenes oppgaver overfor den etablerte støttegruppen etter tsunamisens herjinger. Mange gjorde en fantastisk innsats disse jule- og nyttårsdagene både i sentral og lokal helse- og sosialforvaltning og i Asia (se side 4). Og for alle var det en stor tilfredsstillende å kunne bidra.

Sosial- og helsedirektoratet har også i 2004 arbeidet med mange store og utfordrende oppgaver. Noe av det mest utfordrende er arbeidet med å følge opp Opptappingsplanen for psykisk helse (se side 6). Til tross for vedvarende fokus og økonomisk vekst gjennom flere år er dette fagområdet fortsatt langt unna å nå målene. I direktoratet har vi nå gitt arbeidet økt prioritet ved å bygge arbeidet ut i et tverrfaglig prosjekt. Hovedvekten i fjor har knyttet seg til å gjennomgå status og utfordringer for å kunne justere kursen i siste halvdel av planperioden.

Også i fjor stod SHdir bak flere kampanjer som fikk mye oppmerksomhet (se side 25). Dette gjelder særlig alkoholkampanjen som handlet om å øke kunnskapen om hva som virker for å redusere alkoholforbruket, og tobakkskampanjen som i fjor handlet om røykfrie serveringssteder. Evalueringene er ikke klare, men så langt ser det ut til at kampanjene bringer oss videre i ønsket retning. Arbeidet er langsiktig, og både kampanjearbeidet og alle andre tiltak som iverksettes for å redusere skadene ved tobakk- og alkoholbruk, må fortsette. Tobakksforbruket i Norge er fortsatt altfor høyt, og alkoholforbruket øker bekymringsfullt, særlig blant ungdom.

Direktoratet har i 2004 vært sterkt engasjert i arbeidet med Ny Arbeids- og Velferdsforvaltning (NAV), blant annet gjennom å evaluere samordningsforsøkene og å avgi høring på Rattsutvalget. Også i 2005 og i årene framover vil denne store reformen kreve mye av SHdir som sentral myndighet på sosialområdet (se side 22).

Sosial- og helsedirektoratet er nå tre år. Nå er vi ikke lenger en «ny» organisasjon, men skal framstå som et faglig sterkt og effektivt direktorat. Hvis vi på noen områder framstår annerledes, skal vi skjerpe oss, og ikke henvise til at vi er «nye».

Bjørn-Inge Larsen, direktør i SHdir

www.shdir.no

Foto: Bjørn E. Artun

Innhold

Flodbølgen – en test i katastrofehandtering	4
Mer fokus på kvalitet i psykisk helsevern	6
Nye faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen	9
Osteoporose på dagsordenen	12
Sunne valg skal bli lettere tilgjengelige	15
Hjelper brukerne å se muligheter	18
Mer kunnskap om bostedsløshet	20
Gode erfaringer med nye samarbeidsformer	22
Vellykkede kampanjer i 2004	25
Økonomi	28
Publikasjoner fra Sosial- og helsedirektoratet 2002–2005	30

Flodbølgen – en test i katastrofehandtering

Jordskjelvet og den påfølgende flodbølgen i Sørøst-Asia om morgenen 26. desember 2004 er den mest ødeleggende naturkatastrofe i moderne tid. Katastrofen var også en stor test på hvordan katastrofehandlingen fungerer i norsk helse- og sosialtjeneste.

Sosial- og helsedirektoratet fikk tidlig det operative ansvaret for katastrofehandlingen i helse- og sosialforvaltningen. Direktoratets rolle var å sikre at den norske befolkningen fikk nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester. Viktige mål var:

- Å kartlegge raskt fysisk skadde og andre berørte nordmenn i området
- Sørge for hjemtransport av pasienter
- Sikre forsvarlig mottak ved flyplasser i Norge
- Tilrettelegge for nødvendig helse- og sosialhjelp ved norske sykehus
- Oppfølging i kommunene
- Sende medisinsk utstyr til katastrofeområdene

SHdir la vekt på rask og effektiv krisehandtering. En kriseledelse ble etablert i løpet av det første døgnet. Direktørene ledet arbeidet i tett kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet. I hele perioden deltok direktoratet i regjeringens koordineringsmøter.

Etablerte helseteam

SHdir samhandlet med mange aktører. Spesielt viktig var de regionale helseforetakene, fylkesmennene, kommunene, forsvarets sanitet, frivillige organisasjoner og reiselivsoperatørene. De regionale helseforetakene mobiliserte i løpet av få timer helseteam som ble sendt til katastrofeområdet for å ta hånd om fysisk og psykisk skadde. Første team reiste til Thailand den 28. desember.

I samarbeid med andre skandinaviske helsearbeidere besøkte teamene nærmere 200 sykehus i Thailand, og fant flere nordmenn og andre skandinaver. I alt ble nærmere 70 helsearbeidere engasjerte utenfor landets grenser.

Hjemtransporten

Hjemtransporten skjedde med kvalifisert personale om bord. 132 passasjerer ble transportert hjem med Forsvarets pasienttransportfly og 46 med Luftambulansen. I alt 54 pasienter ble innlagt ved norske sykehus. Rundt 4000 nordmenn er registrert hjemkomne fra katastrofeområdet, de aller fleste til Gardermoen. Kommunene etablerte i dagene fra 27. desember beredskap og mottaksapparat ved alle flyplasser med utenriksfart.

Ansvaret for å koordinere spesialisthelsetjenestens innsats for håndtering av skadde i Helse Øst og Helse Sør, ble tidlig lagt til Ullevål universitetssykehus.

Sosial- og helsedirektoratet har ansvaret for å følge opp og koordinere arbeidet i forhold til Nasjonal støttegruppe for pårørende, overlevende og berørte etter flodbølgekatastrofen.

Det ble opprettet en egen post ved sykehuset (Asiaposten).

Omfattende informasjon

SHdir informerte fortløpende offentligheten og aktuelle målgrupper om situasjonen og tiltak gjennom eget nettsted; www.shdir.no, pressemeldinger, nyhetsbulletiner, nyhetsendinger og oppslag i pressen. Nasjonalt initierte direktoratet en gratis telefontjeneste for folk med behov for å bearbeide sine opplevelser og få svar på spørsmål. Telefonen ble koblet opp til psykisk helsevern i hver region og trygdeetatens opplysningstelefon.

Oppfølging

Forskning viser at mange av dem som opplever en katastrofe får helseplager senere. Tidlig kontakt med helsepersonell og god oppfølging kan redusere plagene. SHdir anmodet

derfor kommunene om å be fastlegene tilby time til alle berørte. Direktoratet utarbeidet faglig veiledningsmaterieell både til kommunene og fastlegene. Det ble etablert kontakt med berørte minoritetsmiljøer.

Testen er bestått

Flodbølgekatastrofen var en stor test på hvordan katastrofehandlingen fungerer i norsk helse- og sosialtjeneste. Andre må vurdere om tjenestene var godt nok beredt til å håndtere denne katastrofen.

Likevel vil direktoratet understreke at det er svært viktig med beredskapsplaner og øvelser for stadig å forbedre innsatsen når det virkelig trengs. SHdir vil gjennomgå sine rutiner for å sikre en enda bedre handlekraft om en ny katastrofe skulle inntreffe.

Foto: Reuters/Scanpix



Mer fokus på kvalitet i psykisk helsevern

Flere psykisk syke fikk behandling i 2004, og det ble ansatt flere kvalifiserte fagfolk i tjenesten. Sosial- og helsedirektoratet retter nå fokuset mer mot innholdet i tjenestene til psykisk syke.

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2008 innebærer en stor struktur- endring mot mer desentraliserte tjenester. Nå dekkes 86 prosent av befolkningen av et tilbud fra de distrikts- psykiatriske sentrene. Men det er fortsatt store variasjoner i landet både når det gjelder form på behandlingstilbudet og bemanning med fagfolk.

Oppsøkende tjenester

Kommunale bo- og omsorgstilbud er i ferd med å bygges ut, men tilbudet er fortsatt ikke godt nok.

– Det er helt essensielt at tjeneste- tilbudene tar utgangspunkt i hva

brukeren selv opplever er et godt tilbud. Undersøkelser viser at det å ha et bra sted å bo og nok penger å leve for, er det som betyr mest for de mest alvorlig syke brukerne. Behandling og symptom- forbedring kommer langt ned på listen over prioriterte tjenester. En kvalitativt god tjeneste må ha god kvalitet både på de sosiale og de helsemessige tjenestene, og dette stiller krav til god samhandling, sier prosjektdirektør Mari Trommald, som leder arbeidet med psy- kisk helse i Sosial- og helsedirektoratet.

– Vi ser også at det er behov for opp- søkende tjenester over hele landet. Flere av disse må være akuttjenester

Verdensdagen

I 2004 ble psykisk helse satt på dags- ordenen. Over 800 arrangementer ble holdt over hele landet i forbindelse med Verdensdagen for psykisk helse og TV-aksjonen Hjerterom. Tema for Verdensdagen, som Mental Helse ko- ordinerte, var at kultur, sosiale nettverk og fysisk aktivitet kan gi oss alle en meningsfull hverdag.

Tilbudet til voldsutsatte

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at det opprettes mottaksfunksjoner for voldtatte i alle fylker. En kartlegging fra kommunene viser at svært mange ikke har rutiner for behandling av volds- og voldtektsofre. En rapport er utgitt om dette temaet. Den er en del av «Prosjekt traumatisk stress: Organisering av kompetanse og helsetjenester til psykisk traumatiserte». www.shdir.no/psykiskhelse

Mer kunnskap om barn og unge

Opprettelsen av regionsentrene for barn og unges psykiske helse har ført til økt kunnskap og kompetanse og bidratt til bedre rekruttering. Det viser en evaluering Nordlandsforskning har gjort på oppdrag fra SHdir. Rekrutteringen til arbeid med barn og unge med psykiske problemer er i dag bedre enn forventet da Opptrappingsplanen for psykisk helse ble vedtatt av Stortinget.

Fysisk aktivitet for god psykisk helse

Fysisk aktivitet har vist seg å være effektivt i behandlingen av milde og moderate depresjoner. I 2004 utarbeidet Sosial- og helsedirektoratet et tipshefte om hvordan man kan tilrettelegge mosjonsaktiviteter for mennesker med psykiske lidelser. Hensikten er å få både frivillige, brukere og tjenesteytere til å starte aktiviteter som dans, turgå- ing, svømming eller sykling. Hftet er utarbeidet i samarbeid med Norges Idrettsforbund og Olympiske komité: www.shdir.no/psykiskhelse

som er tilgjengelige 24 timer i døgnet, sju dager i uken, sier Mari Trommald, prosjektdirektør i Sosial- og helsedirektoratet.

Tydelig fagprofil

En annen utfordring er stor variasjon i behandlingstilbudet som tilbys mennesker med psykiske lidelser. Det er nødvendig å få en tydeligere fagprofil slik at psykisk helsevern kan tilby et minimum av behandlingsmetoder som er kunnskapsbasert, mener Trommald. Sosial- og helsedirektoratet er i ferd med å utvikle en rekke retningslinjer og veiledere i samarbeid med tjenestene.

– Brukerne må få tilgang til et noenlunde likt hjelpetilbud uavhengig hvor de bor i landet. Derfor blir det viktig at de psykiatriske sykehusavdelingene og de distriktpspsykiatriske sentrene definerer roller og ansvar seg i mellom, sier Trommald.

Direktoratet har organisert Opptrappingsplanen i et prosjekt for å integrere tjenestene til psykisk syke mer med utviklingen av den ordinære helse- og sosialtjenesten. De ulike delprosjektene reflekterer fokusområdene i årene som kommer: kommunale tjenester, spesialisthelsetjenester, måling/evaluering, kultur og holdningsendring og kommunikasjon.

ADHD-behandling i fengsel

Flere undersøkelser viser at det i fengslene er en overopphopning av personer med psykiske lidelser, herunder ADHD. Denne gruppen har ofte sammensatte problemer slik at det er vanskelig å gi dem et tilstrekkelig tilbud. SHdir og Ringerike fengsel har nå satt i gang en kartlegging av omfanget av ADHD blant norske fanger. Opp til 2,1 millioner kro-

ner er avsatt til prosjektet, som vil gå over tre år. Prosjektet tar sikte på å utrede, diagnostisere og behandle. I tillegg ønsker man å gripe tak i psykiske og sosiale problemer som ofte følger med lidelsen. Skolering og arbeidstrening vil stå sentralt i behandlingsopplegget.

www.shdir.no



Nye faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen

Sosial- og helsedirektoratet har i 2004 arbeidet med å få på plass nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen i Norge. Disse blir utgitt i første del av 2005.

De nye retningslinjene skal flytte oppmerksomheten i svangerskapsomsorgen fra rent rutinemessige undersøkelser av de gravide til målrettet informasjon, råd og veiledning. Det skal bli enklere for gravide kvinner og deres familier å ta ansvar for egen helse. Dette er i tråd med nyere kunnskap om hva som har best effekt, og hva de gravide selv ønsker.

Færre, men bedre kontroller

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utført en kritisk gjennomgang av det vitenskapelige grunnlaget for svangerskapsomsorgen og introdusert en ny modell med minimum fire konsultasjoner. For å unngå sykeliggjøring av friske gravide med normale svangerskap, har direktoratet lagt vekt på å få til en svangerskapsomsorg uten flere undersøkelser enn nødvendig. Retningslinjene foreslår derfor færre kontroller enn det som har vært anbefalt til nå, i alt åtte kontroller til og med uke 40. Deretter tilbys videre kontroll i uke 41, før eventuell henvisning til overtidsvurdering. Dette basisprogrammet er likt for både første- og flergangsgravide kvinner.

Retningslinjene er en erstatning for det gjeldende standardprogrammet omtalt i NOU 1984: 17 Perinatal omsorg i Norge og Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten 1995. Basisprogrammet beskriver innholdet i kontrollene: informasjon til kvinnen, anbefalte rutineprøver, anbefalte prøver på indikasjon og identifisering av problemer som trenger henvisning til spesialister og spesialisthelsetjenesten.

De fleste er friske

I de fleste svangerskapene bærer en frisk mor på et friskt barn. Det anslås at

25 prosent av gravide har en tilstand eller risiko som krever henvisning til høyere behandlingsnivå med spesiell omsorg og utvidet hjelp. Det skal gis en individuell omsorg slik at kvinner med behov for mer tid og flere kontroller enn anbefalt skal få tilbud om det. Kvinnens behov og ønsker skal være utgangspunktet.

Svangerskapsomsorgen skal medvirke til å redusere sosial ulikhet i helse. Forholdene skal derfor legges til rette for gravide med spesielle behov. Risiko-grupper skal få ekstra oppfølging. Dette er en stor utfordring. Det krever et forpliktende flerfaglig og tverrsektorielt samarbeid.

Brukerversjon

Direktoratet vil utgi en brukerversjon av retningslinjene. Denne skal gi gravide kunnskap om hva de kan forvente av innhold i tjenesten. Informasjonen utvikles i samarbeid med målgruppen, slik at form og innhold er best mulig tilpasset gravide og deres partnere. For minoritetskvinner og familier utarbeides det informasjon om rettigheter og det norske systemet når det gjelder svangerskap, fødsel og barseltid, også i tett samarbeid med målgruppene.

Utvidet informasjonsplikt

Den lokale organiseringen av svangerskapsomsorgen er den enkelte kommunes ansvar. Det anbefales at den gravide skal kunne velge hvor hun vil ha sin oppfølging, hos fastlegen eller jordmor eller en kombinasjon av disse. Tilgjengelig og tydelig informasjon er avgjørende for at valgfriheten kan oppfylles.

Allmennleger og jordmødre i svangerskaps- og fødselsomsorgen har fått en utvidet plikt til å gi informasjon og ta kvinnen med i de vurderinger som skal

foretas. Pasientrettighetsloven medfører at den gravide har rett til å medvirke i valget mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.

Kontinuitet

Et nasjonalt råd for fødselsomsorg er opprettet for å bistå i omstillingsprosessen innen fødselsomsorgen. Nivåinndelingen av fødeinstitusjoner krever seleksjon av gravide på svangerskapskontrollene. Målet er et fortsatt desentralisert og differensiert fødetilbud. Grunnlaget for å lykkes med dette er blant annet systematisk samarbeid mellom jordmødre og leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Målet i stortingsmeldingen om fødselsomsorgen er kontinuitet gjennom hele forløpet, ikke bare i svangerskapsomsorgen, men også i forbindelse med fødselen og barseltiden.

Det blir utarbeidet et nytt helsekort for gravide. I første omgang vil det foreligge i papirversjon. Det vurderes også å lage det i elektronisk form.

Psykisk helse

På flere områder avdekker retningslinjene kunnskapshull med hensyn til om tiltak er effektive eller ikke. Et eksempel er psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. En egen kunnskapsoppsummering om temaet er nå utarbeidet for å kunne anbefale tiltak som kan forebygge psykiske plager og sykdom blant gravide og nybakte mødre.



Osteoporose på dagsordenen

Osteoporose er et stort folkehelseproblem som har fått for lite oppmerksomhet gjennom flere år. I 2005 setter Sosial- og helsedirektoratet i verk et handlingsprogram som skal sette problemet på dagsordenen.

Internasjonalt ligger Norge i verdens-toppen når det gjelder bruddskader. Årlig brykker 9 000 personer hoften og 15 000 håndleddet. Et stort antall får ryggvirvelbrudd. Osteoporose, eller beinskjørhet, er en medvirkende faktor ved flertallet av bruddene.

På landsbasis regner man med at mellom 96 000 og 225 000 norske kvinner har osteoporose. Norske kvinner og menn er blant dem med lavest beinmasse i Europa. Forskning har ennå ikke kunnet avdekke hvorfor det er slik. Beinmassen øker med alder hos unge mennesker og når sitt maksimum i 20–30 årsalderen. Beinmassen senere i livet er avhengig av hvor høy den maksimale beinmassen var og hvor stort beintapet blir senere. Arv har stor betydning for hvor høy den maksimale beinmassen blir, og den påvirkes trolig også av kalsiuminntaket og av fysisk aktivitet i barne- og ungdomsalder. Lav beintetthet er den viktigste risikofaktoren for brudd.

Osteoporotiske brudd reduserer livskvaliteten til dem som rammes og koster samfunnet store beløp. Antall fall antas å øke de neste 25–30 år, ifølge en ekspertrapport fra WHO (2004). Årsaken er at vi får en stadig økende andel eldre i befolkningen. Fallforebygging kan derfor ha stor betydning for helsen i eldre år.

Med dette som bakgrunn har Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) laget et nasjonalt handlingsprogram for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd. Programmet skal gjelde i perioden 2005–2008.

Livsstil har betydning

Handlingsprogrammet peker ut tre sentrale målgrupper som skal nås gjennom forebyggende tiltak:

- 1) Barn og unge
- 2) Kvinner i 40–60-årsalderen
- 3) Eldre kvinner og menn.

Målsettingen med forebyggingsarbeidet er å legge forholdene slik til rette at befolkningen får bygd opp og vedlikeholdt en sterkest mulig beinmasse, og forebygge fall som kan resultere i brudd.

De sterkeste risikofaktorene for osteoporose og brudd er alder og kjønn. Dette er faktorer vi ikke kan få gjort noe med. Men en stor europeisk studie tyder på at også ulike livsstilsfaktorer har betydning. Over halvparten av hoftebruddene kan forklares ut fra livsstil og levevaner, anslås det.

Et bredt anlagt folkehelsearbeid, med vekt på sunne levevaner, ses derfor på som den langsiktige strategien for å redusere osteoporose. I tillegg til lav beinmasse, som er den viktigste risikofaktoren, er nemlig røyking, lav vekt,

mangelfullt kosthold og lite fysisk aktivitet svært viktige faktorer.

Tiltakene

Mye av forebyggingsarbeidet retter seg mot barn og unge. Her er skoler og barnehager viktige arenaer. Mye tyder på at en høyt kalsiuminntak i kosten kan øke maksimal beinmasse hos barn og unge. Alle barnehager og skoler bør derfor ha tilbud om melk. Skolene og barnehagene bør også ha et mattilbud til dem som ikke har med seg mat. På ungdoms- og videregående skoler bør det være salg av mat, heter det i handlingsprogrammet. Skoler og barnehager skal også tilrettelegge for mer fysisk aktivitet. For eldre elever er det viktig å forebygge røyking og uheldig slanking.

For kvinner i alderen 40–60 år er det viktig å sette i verk tiltak for å øke kunnskapen om forebyggelse av osteoporose og brudd. Kunnskap om betydningen av livsstil, som å redusere røyking eller slutte å røyke, uheldig slanking og fysisk inaktivitet, bør det legges særlig vekt på. For eldre kvinner og menn bør det settes i verk tiltak som kan hindre tap av beinmasse og forebygge fall. Her har kommunene en viktig rolle, for eksempel når det gjelder vintervedlikehold av gangveier. Pleie- og omsorgssektoren bør gi de eldre råd om hvordan de kan øke muskelstyrke og balanseevne. Det bør oppfordres til bruk av hoftebeskyttere på sykehjem.

Forskning er viktig

Selv om er rekke av risikofaktorene for osteoporose er kjent, er det likevel mye vi ikke vet om fenomenet. Vi har ennå ikke en tilfredsstillende forklaring på hvorfor Norge er i verdenstoppen når det

gjelder denne type brudd. Videre forskning på området er derfor viktig. Det stilles øremerkede midler til rådighet for forskning gjennom Norges forskningsråd, nasjonale og regionale helseforetak og andre offentlige instanser. SHdir vurderer om det bør opprettes et nasjonalt kompetansesenter for forebygging, behandling og rehabilitering av osteoporosepasienter.

Veileder

En veileder i diagnostikk, behandling og forebygging av osteoporose er utarbeidet for allmennleger. SHdir har nå veilederen under revisjon og skal i løpet av 2005 publisere en nyrevidert utgave. Her vil diagnostisering av osteoporose bli utførlig omtalt.

Lav beinmasse brukes sammen med andre risikofaktorer til å identifisere personer som er aktuelle for spesifikke tiltak. Ut fra beregninger kan det være hensiktsmessig å måle beinmassen på rundt 75 000 norske kvinner i alderen 50–65 år. Disse har særlig stor risiko for å få lav beinmasse. Hensikten er å finne fram til personer som kan ha nytte av legemidler eller andre spesifikke bruddforebyggende tiltak. Norske og svenske ekspertkomiteer har ikke anbefalt allmenn screening. Slik måling har for lav forutsigbarhet i forhold til senere brudd, mener de.

Osteoporose har gjennom flere år vært et lavt prioritert område. De regionale helseforetakene vil møte økende utfordringer når det gjelder å sørge for nødvendige helsetjenester til denne pasientgruppen. Det følger ingen nye penger med dette handlingsprogrammet. Ressursene som finnes tilgjengelige hos de ulike aktørene, skal utnyttes på en mer effektiv måte.



Sunne valg skal bli lettere tilgjengelige

Gjennom handlingsplanen for fysisk aktivitet, som ble lansert i desember 2004, har åtte departementer forpliktet seg til å ta utfordringen med å øke aktivitetsnivået i befolkningen. Handlingsplanen skal bremse utviklingen av fysisk inaktivitet og vektøkning.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har ledet arbeidet med å lage handlingsplanen som skal gå fra 2005 – 2009. Sosial- og helsedirektoratet har hatt sekretariatsfunksjon. Planen er en oppfølging av St. meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge. Gjennom handlingsplanen skal vi

komme nærmere målet om at barn og ungdom er i daglig fysisk aktivitet minst én time, og at voksne er fysisk aktive minst en halv time hver dag. Tiltakene tar særlig sikte på å fremme fysisk aktivitet blant de som er minst aktive og bidra til økt hverdagsaktivitet generelt, og er delt i sju tiltaksområder:

- Aktiv fritid – Flere i fysisk aktivitet på fritiden
- Aktiv hverdag – Muligheter for fysisk aktivitet i barnehage, skole og på arbeidsplass
- Aktivt nærmiljø – Fysiske omgivelser som fremmer en aktiv livsstil
- Aktiv etter evne – Fokus på fysisk aktivitet i sosial- og helsetjenesten
- Sammen for fysisk aktivitet – Sektorovergripende og samordnet innsats for å fremme fysisk aktivitet i befolkningen
- Et bedre kunnskapsgrunnlag – Styrket kunnskapsgrunnlag og bedre kompetanse om fysisk aktivitet og helse
- Kommunikasjon – Folkeopplysning om fysisk aktivitet og helse – motivering til en aktiv livsstil

Det er lagt vekt på at økt fysisk aktivitet skal oppnås gjennom tiltak på flere samfunnsområder og arenaer – innenfor barnehage, skole, arbeidsplass,

transport, nærmiljø og fritid. Dette krever samarbeid mellom ulike sektorer og forvaltningsnivåer, og åtte departementer står sammen om utformingen og oppfølgingen av planen. Resultatet er over hundre tiltak innen disse sju ulike innsatsområdene.

Viktig for folkehelsen

Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse er godt dokumentert. Regelmessig fysisk aktivitet beskytter mot utvikling av hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, diabetes type 2, overvekt, fedme, tykktarmskreft, brystkreft og andre kreftformer. Fysisk aktivitet er også viktig for muskel-, skjelett- og leddhelse. I tillegg til at fysisk aktivitet forebygger en rekke sykdommer, er aktiviteten også en kilde til glede, livsutfoldelse og positive mestringsopplevelser.

Sosiale forskjeller

Generelt er nivået av fysisk aktivitet i den norske befolkning for lavt, og det er klare sosiale forskjeller i aktivitetsnivå. Andelen fysisk inaktive er høyest i grupper som på andre områder er sosialt og helsemessig minst privilegerte.

En indikator på redusert aktivitetsnivå er den vektøkningen som har skjedd de

siste tiårene. Blant voksne har vekten økt med 5–6 kilo siden 1985. Andelen voksne med fedme er i gjennomsnitt 8 prosent, og økningen i forekomst av fedme ser ut til å være størst blant yngre voksne. I Oslo har 9-åringene av begge kjønn og 15-årige gutter hatt en vektøkning på 3 kilo siden 1975, og 15-årige jenter har blitt ca 2 kilo tyngre i samme periode. Andelen overvektige 8. klassinger i Norge har økt fra 7,5 prosent i 1993 til 11,5 prosent i 2000.

Kunnskap om overvekt og fedme

Sommeren 2003 fikk SHdir i oppdrag fra Helsedepartementet å vurdere når overvekt og fedme aktivt bør forebygges, og når det anses å være et problem som skal behandles. Oppdraget har også gått ut på å foreslå tiltak for ulike pasientgrupper på ulike nivåer i helsetjenesten.

Det er grunnlag for å hevde at dagens tilbud til personer med overvekt/fedme i den offentlige helsetjenesten ikke er tilfredstillende, og at det er behov for å styrke dette tilbudet. Rapporten «Forebygging og behandling i helsetjenesten» (SHdir 03/2004) oppsummerer kunnskapsgrunnlaget innen området og munnar ut i ni forslag til tiltak.

Skoledagen er viktig

Siden barn og unge tilbringer store deler av dagen på skolen, er det viktig for elevenes helse at forholdene legges til rette for fysisk aktivitet og måltider i løpet av skoledagen. Norske tiåringer sitter i gjennomsnitt ti timer hver dag, spiser mye sukker, men lite frukt og grønnsaker. Og halvparten av elevene i grunnskolen får under 20 minutter spisepause.

Prosjektet «Fysisk aktivitet og måltider i skolen», ble startet opp i 2004. Dette er et prosjekt som avdeling for fysisk aktivitet og avdeling for ernæring i SHdir gjennomfører sammen med Utdanningsdirektoratet. Målet er å tilrettelegge for mer daglig fysisk aktivitet og gode rammer for måltider i skolen. Helsedepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet har bevilget tre millioner kroner hver i 2004 og i 2005 til utprøving og initiering av gode modeller. Hittil deltar ca. 200 barne- og ungdomsskoler, og ordningen utvides i 2005 til også å gjelde videregående skoler.

SOSIALTJENESTEN:

Hjelper brukerne å se muligheter

I 2003 satte Sosial- og helsedirektoratet i gang et arbeid for å utvikle et kartleggingsverktøy som skal avklare arbeidsevne hos brukere av sosialtjenesten. I 2004 ble verktøyet tatt i bruk i mange av landets kommuner.

Kartlegging i sosialtjenesten (KIS), er et støtteverktøy som skal gjøre det enklere for sosialtjenesten å fokusere på og følge opp personer som står i fare for varig å miste tilknytning til arbeidslivet. Arbeidet med å utarbeide verktøyet er forankret i Tiltaksplan mot fattigdom, St.meld. nr. 6 (2002–2003).

Mangler oversikt

Bakgrunnen for utarbeidelsen av verktøyet stammer fra erfaringene som ble gjort i et nasjonalt tiltaksforsøk overfor langtids sosialhjelpsmottakere i 13 av landets kommuner og en devaluering av forsøket som ble foretatt av Høgskolen i Oslo (Lødemel 2002). Denne konkluderte med at sosialtjenesten mangler tilstrekkelig innsikt i brukernes behov og problemer. Tjenesten mangler også et verktøy for å systematisere og strukturere informasjonen, slik at de kan få en slik oversikt. Forsøket viste at når tjenestene involverer seg tettere med brukerne, viser det seg ofte at problemene er mer komplekse enn det som kommer fram under et kort møte hos en saksbehandler.

Å ta regien i eget liv

Kartleggingsverktøyet er tuftet på en grunnleggende respekt for enkeltindividets frihet og selvbestemmelse. Gjennom stor grad av brukermedvirk-

ning og dialog skal kartleggingen forsøke å bidra til å styrke den enkelte brukers mulighet for mestring og kontroll over eget liv. Brukeren skal selv delta aktivt i kartleggingen. De skal fylle ut skjemaet (egenkartlegging) selv med veiledning av en ansatt i tjenesten. Egenkartleggingen skal bidra til at brukeren blir bevisst sine egne ressurser, interesser og eventuelle begrensninger i forhold til arbeidslivet. Målet er å motivere og klarlegge mulighetene for å komme i arbeid eller bli selvforsørget på annen måte.

Aktiv dialog

Til sammen 31 kommuner prøvde ut KIS-verktøyet første halvår av 2004. Utviklingen av verktøyet har vært tett forankret i tjenestefeltet. Ansatte og brukere av sosialtjenesten er invitert til aktiv dialog og utprøving under arbeidet. Utprøverkommuner, med Kristiansund i spissen, bidro til en dynamisk og intensiv arbeidsmåte i utarbeidelse, utforming og bearbeiding av verktøyet fram til den endelige versjonen ble tilbudt kommunene høsten 2004.

Stor interesse

311 av landets kommuner var representert da Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) sammen med Fylkesmannen

presenterte verktøyet for ansatte i sosialtjenesten i alle landets fylker. SHdir har det overordnede, faglige ansvaret for arbeidet med KIS og vil ha fokus på at flest mulig kommuner tar verktøyet i bruk i 2005. Fylkesmannen vil ha en lokal pådriver- og opplæringsrolle og etablere nettverk for kommuner som praktiserer KIS og veilede dem i bruk.

123 kommuner har lastet ned den endelige dataversjonen av verktøyet. Mange kommuner bruker KIS i et aktivt samarbeid med lokal aetat. Verktøyet brukes også i undervisningen av 3. klasse sosionomstudenter/ Bachelor ved Høgskolen i Østfold

«Hvorfor er ikke jeg i jobb?»

SHdir ønsker å bidra til at alle landets kommuner gis tilgang til et enhetlig, tydelig og strukturert verktøy som tydeliggjør de ulike brukergruppernes behov. Mange kommuner melder tilbake at KIS bidrar til å lette samarbeidet innad i sosialtjenesten og mellom sosialtjenesten og andre etater.

Brukere sier at KIS hjelper dem i å se muligheter. Etter egenkartleggingen spurte en bruker: «Hvorfor er jeg egentlig ikke i jobb?»

Web-side er etablert under www.tiltak.no/kis





Mer kunnskap om bostedsløshet

Sosial- og helsedirektoratet bevilget innen utgangen av 2004 tilskudd til 45 kommuner og bydeler for å hjelpe bostedsløse med å finne et trygt og godt sted å bo.

Det er et overordnet mål fra regjeringens side at alle mennesker i Norge skal bo bra, også de som trenger hjelp til å skaffe seg bolig og hjelp til å klare å beholde boligen.

I de senere år har det vært et økende fokus på at enkelte har store problemer med å etablere og opprettholde et godt boforhold. Ofte er det ikke nok bare å skaffe disse en bolig. Det kan også være nødvendig å følge opp boforholdet. I Tiltaksplan mot fattigdom (St.meld. nr. 6, 2002–2003) vil regjeringen styrke og utvikle kommunale oppfølgingstjenester tilknyttet bolig til bostedsløse.

Kommunene rapporterer om at de fleste som får hjelp til å skaffe seg bolig, trenger flere tjenester. En stor utfordring er å få til en samordning på tvers av etater og nivåer, slik at man kan gi et individuelt tilpasset opplegg for booppfølging.

To kartlegginger

Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) har en sentral rolle når det gjelder styrking og utvikling av oppfølgingstjenester til bostedsløse i kommunene. Som kunnskapsforvalter skal direktoratet skaffe til veie informasjon for å kunne sette inn de riktige tiltakene.

SHdir har vært oppdragsgiver for to kartlegginger om bostedsløshet. I 2003 kartla Byggforsk hvor mange bostedsløse det er i Norge, og Fafo kartla tjenester til tidligere bostedsløse. Kartleggingen som Byggforsk foretok, var en oppfølging av tilsvarende kartlegging i 1996, blant annet for å se om det var skjedd endringer siden den gang. Man

fant at det hadde vært en nedgang fra 6200 til 5200 bostedsløse fra 1996 til 2003. Nedgangen finner man hovedsakelig i storbyene. Spesielt utmerker Oslo seg. Her har det vært en reduksjon på ca. 1200 bostedsløse, fra 1996 til 2003, noe som betyr en halvering. En annen endring er at flere av de bostedsløse sliter med rusmiddelavhengighet og/eller psykiske lidelser. Det er nå flere som bruker narkotika enn alkohol blant dem uten bolig.

Økt fokus, men tilfeldig og fragmentert satsing

Tidligere bostedsløse er positive til den hjelpen de har fått, særlig der de opplever å bli forstått og behandlet som «vanlige mennesker», viser Fafos kartlegging av tjenesteapparatet.

I de fleste kommunene/bydelene samarbeider flere etater om arbeidet med bostedsløse. Tre fjerdedeler av de ansatte har et positivt inntrykk av dette samarbeidet.

Det viser seg vanskeligst å yte god hjelp overfor mennesker med rusmiddelavhengighet. Her er også kompetansebehovet blant tjenesteyterne stort. Den økte statlige og kommunale satsningen har gjort at oppmerksomheten på bostedsløshet har blitt større. Men fortsatt er utfordringene store, viser kartleggingen. Satsingen på bekjempelse av bostedsløshet er for tilfeldig og fragmentert.

Nasjonal strategi

Husbankens Prosjekt Bostedsløse skulle utvikle metoder og modeller for at bostedsløse skulle mestre å etablere og

opprettholde et boforhold. Arbeidet startet i 2000 og ble avsluttet i 2004. Blant annet gjennom kunnskap fra dette prosjektet har man lagt grunnlag for en nasjonal strategi som skal gjennomføres i perioden 2005–2007. Her er det konkretisert resultatmål som omhandler reduksjon i begjæringer og utkastelse av boliger, bruk av midlertidig husvære og kvalitetskrav til midlertidig husvære. For å nå disse ambisiøse målene må mange parter spille på lag. Særlig viktige blir fylkesmannsembetene og Husbankens regionkontorer, som har som oppgave å være pådrivere overfor kommunene og å bistå dem underveis.

Utfordringer framover

Kommunene står overfor store utfordringer framover. Fafos kartlegging slår fast at det er behov for ressursøkning i kommunene for å utvikle egnede bolig- og tjenestetilbud. Men det er også behov for nytenkning på området. Kommunene har en tendens til å velge tradisjonelle løsninger, mens erfaringer fra Prosjekt bostedsløse viser at det er viktig å tenke nytt for å lykkes. Det er blant annet mulig å tilby permanent bolig allerede fra starten av, i stedet for at personen skal være innom en kjede av ulike boalternativer. Det viser seg også å være vel så effektivt med ambulerende tjenester som permanent personale i et boligtiltak.

Sist, men ikke minst, er det en utfordring å få til tverrfaglig samarbeid, og å utvikle gode metoder for å trekke brukerne mer aktivt med i utformingen av tiltaket.



NY ARBEIDS- OG VELFERDSORDNING (NAV):

Gode erfaringer med nye samarbeidsformer

Til våren vil regjeringen legge fram et forslag for Stortinget om å samordne Aetat, trygdeetaten og sosialkontortjenesten. I 2004 har nye organisasjonsmodeller blitt prøvd ut i flere kommuner.

Målet for en ny reform for velferdsforvaltningen er å få flere mennesker ut i arbeid og aktiv virksomhet og færre på trygd og sosialhjelp. Velferdsforvaltningen skal bli mer brukerrettet og mer effektiv. Brukerne med sammensatte behov skal ikke være kasterballe mellom etatene, men møte en felles førstelinje som skal tilby rådgivning og oppfølging.

Lokale forsøk

Sosial- og helsedirektoratet har, i nært samarbeid med Rikstrygdeverket og Aetat-Arbeidsdirektoratet, ansvar for å iverksette og drive forsøk på dette området. Gjennom forsøkene skal man få erfaringer som kan danne grunnlag for å utarbeide en best mulig organisasjonsmodell. Det har vært opprettet 17 lokale forsøk som har fått tilskudd til drift (Samordningsforsøket). Forsøksperioden startet i 2003 og vil videreføres ut 2005.

Felles førstelinje

Utgangspunktet for Samordningsforsøket er at det etableres en felles førstelinje for sosialtjenesten, trygdeetaten og Aetat. Førstelinjen kan opprettes i, eller i tilknytning til, offentlige servicekontor.

Forsøkene legger opp til å finne ut om det er eventuelle kulturelle konflikter og faglige barrierer mellom etatene, og identifisere om det finnes juridiske begrensninger for samarbeid mellom dem.

Prosjektene har stor frihet til å organisere seg, og organiseringen varierer. Tre hovedmodeller er valgt for felles førstelinje:

- Tverretatlige team er opprettet ved siden av moderetatene. (Dette er den vanligste modellen).
- Moderetatene er samlokalisert og supplert med tverretatlige team.
- Etatene er samorganisert etter nye prinsipper (for eksempel overføring av oppgaver fra kommune til stat eller omvendt).

Forslaget om en ny arbeids- og velferdsforvaltning er et ledd i regjeringens helhetlige strategi for et mer inkluderende samfunn og arbeidsliv. Arbeid er den viktigste strategien for velferd og mot fattigdom og sosial nød. Arbeids- og velferdspolitikken viktigste oppgaver er å legge til rette for deltakelse i arbeidslivet for alle som kan, og å sikre økonomisk og sosial trygghet for alle. Andre viktige ledd i regjeringens strategi er:

- samarbeidet med partene i arbeidslivet om et mer inkluderende arbeidsliv
- forslag til en ny arbeidsmiljølov
- en ny arbeidsmarkedslov
- introduksjonsordningen for innvandrere
- regjeringens tiltaksplan mot fattigdom
- forslag om en pensjonsreform
- videreutviklingen av stønader og tiltak som virkemidler i arbeids- og velferdspolitikken.

(Kilde: St.prp. nr. 46)

Fem fokusområder

For å sikre at gjennomføringen av prosjektene rettes inn mot arbeidet med å samordne tjenestene fra de ulike etatene, har forsøkene blitt tildelt ulike fokusområder. Disse er følgende:

- Utvikling av felles verktøy for avklaring og funksjons-/arbeidsevne til bruk i den nye førstelinjen
- Utvikling av felles grunnlag for individuelle planer/handlingsplaner for brukere med sammensatte problemer
- Forsøk med hvilken rolle koordinator/rådgiver i førstelinjen skal ha
- Modeller for samarbeid med andre sentrale tjenester med særlig vekt på helsetjenesten og utdanningssektoren
- Modeller for brukermedvirkning og dialog

Gode resultater allerede

Samordningsforsøket evalueres av Telemarksforskning, og det er foreløpig lagt fram to evalueringsrapporter.

Tidlig i prosjektperioden viste det seg at mulighetene for å «kaste ball» mellom etatene er redusert. Brukerne blir oppfattet som et felles ansvar. Det er ingen andre å skyve krevende brukere over til.

Det er for tidlig å si om flere brukere kommer i arbeid. Utviklingen på arbeidsmarkedet oppleves som den største barrieren, både når det gjelder tilbudet av ledige jobber og at dagens arbeidsmarked stiller krav som mange av brukerne har problemer med å oppfylle. Informantene i prosjektene er imidlertid sikre på at den nye måten å arbeide på legger bedre til rette for at flere kommer i jobb.

Erfaringene har vist at mange saker kan løses allerede i mottaket. Dette gir

brukerne et bedre tilbud, og gir fagmedarbeiderne rom for å arbeide med mer krevende saker.

Tverrfaglige team en suksess

Ett suksesskriterium synes å være opprettelse av tverretatlige team med fast bemannede medarbeidere fra de tre etatene. De som har opprettet dette, opplever et mindre gap mellom opprinnelige planer og dagens praksis enn de prosjektene som har hatt større ambisjoner om integrering av tjenestene. I de prosjektene hvor man forsøker å bygge opp nye grenser på tvers av de tradisjonelle, er utfordringene størst. Det viser seg vanskelig å trekke opp og definere nye, klare grenser for virksomhetens oppgaver. Og når grenser og prinsipper for løsning av oppgaver ikke er entydige, har saksbehandlerne en tendens til å falle tilbake til en tradisjonell og velkjent arbeidsdeling.

Mulig å finne gode samarbeidsmodeller

Mye nyttig kunnskap og nyttige erfaringer, både positive og negative, har kommet på bordet gjennom disse forsøkene. Resultatene så langt tyder på at det er mulig å finne samarbeidsmodeller som vil være et godt fundament når det gjelder å realisere det overordnede målet om å få flere i arbeid. Erfaringene viser imidlertid at dette arbeidet er mer ressurskrevende enn de ansatte opprinnelig hadde tenkt. En av hovedutfordringene i det siste og avsluttende forsøksåret blir derfor å ha fortsatt trykk på utviklingsarbeidet og skape resultater, samtidig som den løpende produksjonen blir ivaretatt på en hensiktsmessig måte.



SPOR:mag er et magasin som blir sendt 10. klassingene hver høst. Magasinet skal forsøke å gi et helhetlig og nyansert bilde på hva det betyr å velge helse- og sosialfag.

Vellykkede kampanjer i 2004

I 2004 har Sosial- og helsedirektoratet gjennomført flere kampanjer. Alkohol-kampanjen og tobakkskampanjen rettet seg mot hele befolkningen. Rekrutteringskampanjen for å få flere til å velge helse- og omsorgsyrker, rettet seg mot ungdomsskoleelever.

Alkoholkampanjen «Alvorlig talt» hadde ett formål: Å redusere skadevirkningene av alkohol. Kampanjen var basert på tre hovedelementer:

Øke kunnskapen om alkoholens skadevirkninger

- Styrke bevisstheten om at virkemidler som aldersgrenser, skjenkereglene, promillegrenser, avgifter og salg gjennom vinmonopol bidrar til å redusere skadevirkningene av alkohol
- Gi råd til foreldre om hvordan de skal snakke med barna sine om alkohol

Ikke skremselskampanje

Alkoholkampanjen var verken en avholdskampanje eller en skremselskampanje. Den rettet heller ikke søke-lyset på det moderate alkoholforbruket. Fokus var på hvordan man kan begrense de negative sidene av alkohol.

Kampanjen rettet seg mot befolkningen generelt, men primært foreldre. Erfaringer viser nemlig at kampanjer rettet direkte mot ungdom, ikke har hatt gode resultater. Derfor ønsket man med denne kampanjen å nå ungdom gjennom foreldrene.

I flere kanaler

Kampanjen bestod av informasjon gjennom redaksjonell omtale, TV-reklame, TV-filmer, annonser i ukepresse og

på nettsider. Kampanjens nettsted: www.settegrenser.no har tips til foreldre og en oversikt over kampanjens elementer. Informasjonsstrategien ble satt i verk fire måneder før kampanjen ble lansert.

Rapporter fra medieovervåkning tyder på at kampanjen lyktes i å sette alkohol på dagsordenen, at faglige perspektiver ble ivaretatt i debatten. Websidene har fått god respons og fikk forholdsvis høye besøkstall i kampanjeperioden. Det ser ut til at annonsering på Internett var en effektiv måte å kanalisere brukerne inn på siden.

Kampanjen skal evalueres av forskere ved SIRUS og Universitetet i Oslo.

Røykfrie serveringssteder

«Alle har rett til en røykfri arbeidsplass». Dette var hovedbudskapet i Sosial- og helsedirektoratets røykekampanje i 2004.

1. juni trådte loven om røykfrie serveringssteder i kraft. Fra april til juni gjennomførte direktoratet en omfattende PR- og massemediekampanje. Serveringsbransjen fikk informasjon gjennom to masseutsendelser og gjennom annonsering i bransjemedier. Publikum fikk informasjon gjennom annonse på TV, kino, boards og Internett. Gjennom ulike undersøkelser, konferanser og

markeringer kom SHdirs budskap til orde på redaksjonell plass. En medieanalyse konkluderte i ettertid med at dekningen var balansert, og at direktoratet i hovedsak lyktes med å få fram hovedbudskapet om at alle har rett til en røykfri arbeidsplass.

Større aksept for lovendringen

Erfaringer fra New York, California og Irland, som allerede hadde innført en tilsvarende lovendring, viste at informasjon var avgjørende for en vellykket overgang til røykfrie serveringssteder. En evaluering av den norske massemediekampanjen bekrefter dette. De som ble eksponert for kampanjebudskapet forut for lovendringen, aksepterte i større grad hovedargumentasjonen for lovendringen enn de som ikke var eksponert.

Rapporter fra Arbeidstilsynet, de kommunale tilsynene og media tyder på at loven i all hovedsak følges.

En rekke konsekvenser av lovendringen blir i løpet av 2005 evaluert av SIRUS, HEMIL og Statens arbeidsmiljøinstitutt.

Øke rekruttering til helse- og sosialfag

Det har i mange år vært nedgang i søkning til helse- og sosialfagene i videregående skole. Den største utfordringen

er å rekruttere nok hjelpepleiere og omsorgsarbeidere og å redusere andelen ufaglærte i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.

I 2003 ble det startet opp en rekrutteringsplan som skal sikre nok tilgang på kvalifisert personell. Denne ble videreført i 2004.

Magasin og nettsted

Som en del av rekrutteringsplanen startet SHdir en rekrutteringskampanje rettet mot elever i 10. klasse i ungdomsskolen. Det ble laget et magasin som blir sendt 10. klassingene hver høst: SPOR:mag. Magasinet skal forsøke å gi et helhetlig og nyansert bilde på hva det betyr å velge helse- og sosialfag. Ikke minst viser det alle valg- og påbyggingsmuligheter denne studieretningen gir.

Det er også lagd et nettsted, www.spormag.no, som er knyttet til magasinet. Dette har vært veldig populært. I februar 2004 hadde det hele 100 000 treff.

For å få fram at helse- og omsorgsyrkene er meningsfulle ble det også spilt inn en fjernsynsfilm, «Institusjonen», som ble sendt på NRK1 våren 2004. Denne fikk gode seertall. Det er lagd en versjon av filmen som kan benyttes til undervisningsformål.

www.shdir.no

Økonomi

Drift

Kap 0720/3720 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 (alle tall i 1 000 kroner).

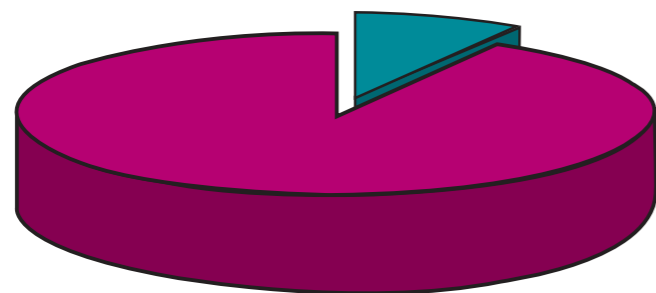
2004		Budsjett	Regnskap
Kap. 0720.01	Drift	401 570	438 260
Kap. 3720	Inntektskrav	-24 103	-55 043
Kap. 0720.21	Spesielle driftsutgifter	49 565	49 716
SUM		427 032	432 933

Overforbruk skyldes mindre inntekter for Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.

Tilskuddsmidler

Tilskuddsmidlene i 2004 har en total ramme på 6,034 milliarder kroner og kommer fra følgende departementer:

Arbeids- og sosialdepartementet, tilskuddsmidler	507 590
Helse- og omsorgsdepartementet, tilskuddsmidler	5 526 471



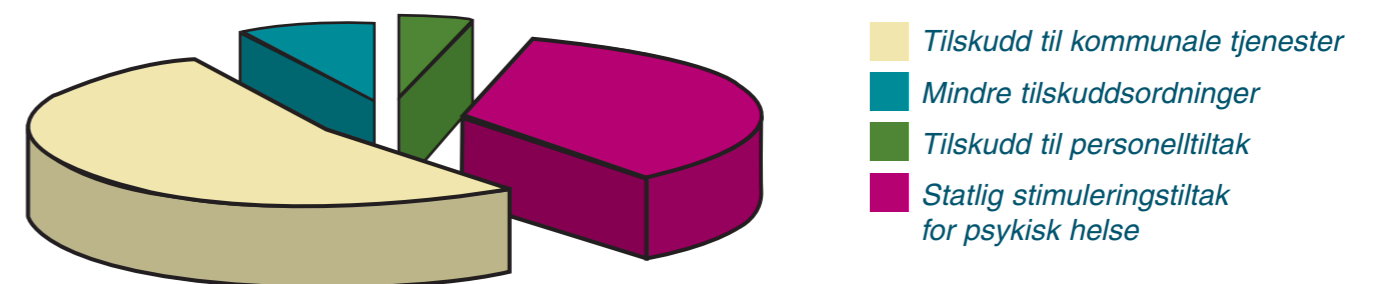
Tildeling av tilskuddsmidler til SHdir

- Arbeids- og sosialdepartementet, tilskuddsmidler
- Helse- og omsorgsdepartementet, tilskuddsmidler

2004		TILDELINGER FRA ARBEIDS- OG SOSIALDEPARTEMENTET	
Div. kap.		Budsjett	Regnskap
Kap. 0620	Utredningsvirksomhet, forskning m.m.		
Post 21	Spesielle driftsutgifter	2 505	1 765
Kap. 0621	Tilskudd til kommunale tjenester, organisasjoner m.v.		
Post 21	Spesielle driftsutgifter	107 501	112 369
Post 63	Tilskudd til rusmiddeltiltak	125 728	117 679
Post 70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mm	82 582	86 387
Post 71	Tilskudd til frivillig arbeid	59 150	59 614
Post 74	Tilskudd til pensjonsistenes og funksjonshemmedes organisasjoner mv	124 150	124 140
Post 75	Kompetansesentra mm	8 479	8 064
Sum tildeling		510 095	510 018

2004		TILDELINGER FRA HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET	
Div. kap.		Budsjett	Regnskap
Kap. 0702	Helse og sosialberedskap	36 444	36 538
Kap. 0703	Internasjonalt arbeid	50	50
Kap. 0719	Helserfremmende og forebyggende arbeid	47 080	46 899
Kap. 0724	Tilskudd til personelltiltak	222 555	209 279
Kap. 0725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	33 640	50 951
Kap. 0726	Habilitering og rehabilitering	69 321	66 973
Kap. 0727	Tannhelsetjeneste	14 100	13 338
Kap. 0728	Forsøk og utvikling mv	68 241	58 784
Kap. 0729	Annen helsetjeneste	74 346	73 772
Kap. 0732	Regionale helseforetak	23 888	21 601
Kap. 0742	Forpleining, kontroll, tilsyn psyk. pasienter	25 596	3 711
Kap. 0743	Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse	1 958 283	1 878 050
Kap. 0751	Apotekvesen og legemiddelfaglige tiltak	5 000	5 122
Kap. 0761	Tilskudd til kommunale tjenester	2 947 927	2 911 360
SUM		5 526 471	5 376 428

Regnskapstallene er inkludert belastningsfullmakter gitt til Fylkesmennene og Husbanken.



Tilskuddsmidler fra Helse- og omsorgsdepartement fordelt på tiltak

- Tilskudd til kommunale tjenester
- Mindre tilskuddsordninger
- Tilskudd til personelltiltak
- Statlig stimulerings tiltak for psykisk helse

Publikasjoner fra Sosial-og helsedirektoratet: 2002-2005

Faglige retningslinjer

- IS-1086 Retningslinjer for bruk av tannrestaureringsmaterialer.
- IS-1136 Guidelines on the Use of Dental Filling materials
- IS-1171 Røykeavvenning i primærhelsetjenesten. Retningslinjer
- IS-1179 Retningslinjer for svangerskapsomsorgen.

Veiledere

- IS-1008 En god start. Veileder til bruk i diagnoseprosessen ved funksjonshemninger hos foster og barn.
- IS-1013 Veileder for individuell plan
- IS-1014 Veileder for individuell plan- kortversjon.
- IS-1022 Retningslinjer for helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere.
- IS-1040 Veileder i dokumentasjonen for pleie- og omsorgstjenesten
- IS-1041 Veileder i saksbehandling for pleie- og omsorgstjenesten – kortversjon.
- IS-1060 Seksuelle overgrep mot barn. En veileder for hjelpeapparatet.
- IS-1063 Osteoporose.
- IS-1065 Veileder plan for videreutdanning i eldreomsorg.
- IS-1066 Veileder plan for videreutdanning i psyksisk helsearbeid.
- IS-1068 Veileder for oppfølging (informasjonshefte)
- IS-1104 Veileder i miljørettet helsevern
- IS-1137 Tilgjengelige møter, kurs, konferanser, et hjelpemiddel for deg som arrangør og som ønsker å inkludere alle
- IS-1135 Brukerveiledning for tilskuddsforvaltningssystemet PANDORA.
- IS-1145 Planlegging og evaluering av forebyggende arbeid- en veiledning.
- IS-1149 Assistert befruktning med donorsæd- oppheving av sædgivers anonymitet
- IS-1153 Helsestasjon for ungdom.
- IS-1154 Kommunalt helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder i forskrift.
- IS-1184 Veileder for transfusjonstjenesten i Norge.
- IS-1186 Videreutdanning i barsel-og barnepleie
- IS-1187 Videreutdanning i rehabilitering.
- IS-1190 Helsetjenestetilbud til innsatte i fengsel.
- IS-1193 Praktisering av ny bestemmelse om avvergelsesplikt i lov om forbud mot kjønnslemslestelse av 15. des.1995 nr. 74.
- IS-1194 Tilgjengelige nettsteder. Veileder for bestillere og leverandører.
- IS-1200 Skjønnsmessig fastsettelse av forventet ventetid for rapportering til Fritt Sykehusvalg- Norge.
- IS-1201 Kvalitet i pleie og omsorgstjenestene.
- IS-1216 Smarthusteknologi – Planlegging og drift i kommunale tjenester.

Rapporter

- IS-1001 Partydop og ungdomskultur.
- IS-1004 Tobacco Liigaton World wide.
- IS-1006 Ol- concensus conference
- IS-1007 Rusmiddelforebygging ved høgskolene (evaluering)
- IS-1011 Fysisk aktivitet og helse- anbefalinger
- IS-1018 Sjelden samorganisering.
- IS-1019 Anbefalinger for spebarnsernæring
- IS-1037 En gjennomgang av forskningslitteraturen om tiltak for å redusere røyking blant ungdom.
- IS-1067 Ungkost – 2000 (4-åringer).
- IS-1074 A review of research literature on Initiatives to reduce adolescent smoking.
- IS-1074 Spedkost (6 mnd.).
- IS-1077 Distriktsmedisinske Senter (DMS)

- IS-1079 Utvikling i norsk kosthold
- IS-1081 Årsmelding for den off. tannhelsetjenesten 2001
- IS-1083 Informasjonshefte til nyoppdagede HIV-positive.
- IS-1084 Utvikling av norsk kosthold- 2002. Kortversjon.
- IS-1085 Et funksjonshemmet system?
- IS-1088 Effektiv veifinning i bygninger Hefte 1 Informasjonssystemer.
- IS-1089 Effektiv veifinning i bygninger. Hefte 2 Brukeren i bygningen.
- IS-1090 Selvbetjening av alle?
- IS-1091 Tilrettelegging av arbeidsplasser for yrkeshemmede. Delrapport I
- IS-1092 Tilrettelegging av arbeidsplasser for yrkeshemmede. Delrapport II
- IS-1098 Det europeiske året for funksjonshemmede 2002?
- IS-1099 AGREE-Instrument. Evaluering av faglige retningslinjer.
- IS-1100 Fattigdomshøringen 2003.
- IS-1101 Hvis jeg var arbeidsgiver- et inkluderende arbeidsliv slik unge vil ha det.
- IS-1102 Skapt for bevegelse- i arbeidslivet.
- IS-1105 Sluttrapport Dent-O- sept.
- IS-1121 Nasjonalt nettverk for kommersialisering av helseinnovasjon.
- IS-1124 Konferanse rapport- Tannhelse.
- IS-1127 Opptappingsplanene for psykisk helse 1999-2006.
- IS-1128 Opptappingsplanen for 1999-2006.
- IS-1129 Konferanse om forebyggende tannpleie15-16 nov. 2002.
- IS-1130 Skolenes utearealer. Om behovet for arealnormer og virkemidler.
- IS-1132 Mat og prestasjon.
- IS-1138 Konferanse om ny strategi for forebygging av astma, allergi og inneklimate masykdommer.
- IS-1143 Utvikling av norsk kosthold 2003.
- IS-1144 Utvikling av norsk kosthold 2003. Matforsyningsstatistikk.
- IS-1150 Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten.
- IS-1151 Helse-og sosialfagene i videregående opplæring. Rekruttering, fagstruktur og yrkestiler.
- IS-1152 Tiltak mot selvmord 2000-2002, sluttrapport.
- IS-1153 Helsestasjon for ungdom.
- IS-1155 Distribution of tasks between professions in Dental Health Services.
- IS-1156 Fysisk aktivitet i skolehverdagen
- IS-1158 Amalgambruk i tannhelsetjenesten
- IS-1159 En undersøkelse av pasienter som har følt seg usikre med sine amalgamfyllinger.
- IS-1160 Fysisk aktivitet for mennesker med funksjonshemninger- en anbefaling.
- IS-1162 Og bedre skal det bli.
- IS-1169 Nyfødtsmedisin- en faglig og organisatorisk gjennomgang.
- IS-1181 Helsemessige gevinster av økt folatinntak? Hvordan nå ut til ønsket målgruppe.
- IS-1183 Internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- IS-1199 Habilitering av barn. En faglig vurdering og tilrådning.
- IS-1212 Nasjonal plan for selvhjelp
- IS-1213 Global strategi for fysisk aktivitet, kosthold og helse.
- IS-1214 Tilgjengelighet til kollektivtransport
- IS-1217 Utviklingen i norsk kosthold.
- IS-1218 Utviklingen i norsk kosthold. Matforsyningstall og forbruksundersøkelser.
- IS-1219 Norske næringsstoffanbefalinger
- IS-1220 Videreutdanning i kreftomsorg og lindrende pleie.
- IS-1221 Videreutdanning i veiledning
- IS-1224 Et krafttak mot ungdomsrøykingen- ungdomsstrategien 2003-2007.
- IS-1225 Deltakelse og innflytelse
- IS-1230 FUTT-rapport (sluttrapport)
- IS-1231 FUTT-rapport (samlingsrapport)

Pressemeldinger

<http://www.shdir.no/omdirektoratet>



Årsmelding 2004

Sosial- og helsedirektoratet
www.shdir.no

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

Har du spørsmål? Kontakt kommunikasjonsdirektør Margrete Halvorsen, mobil 480 82 722