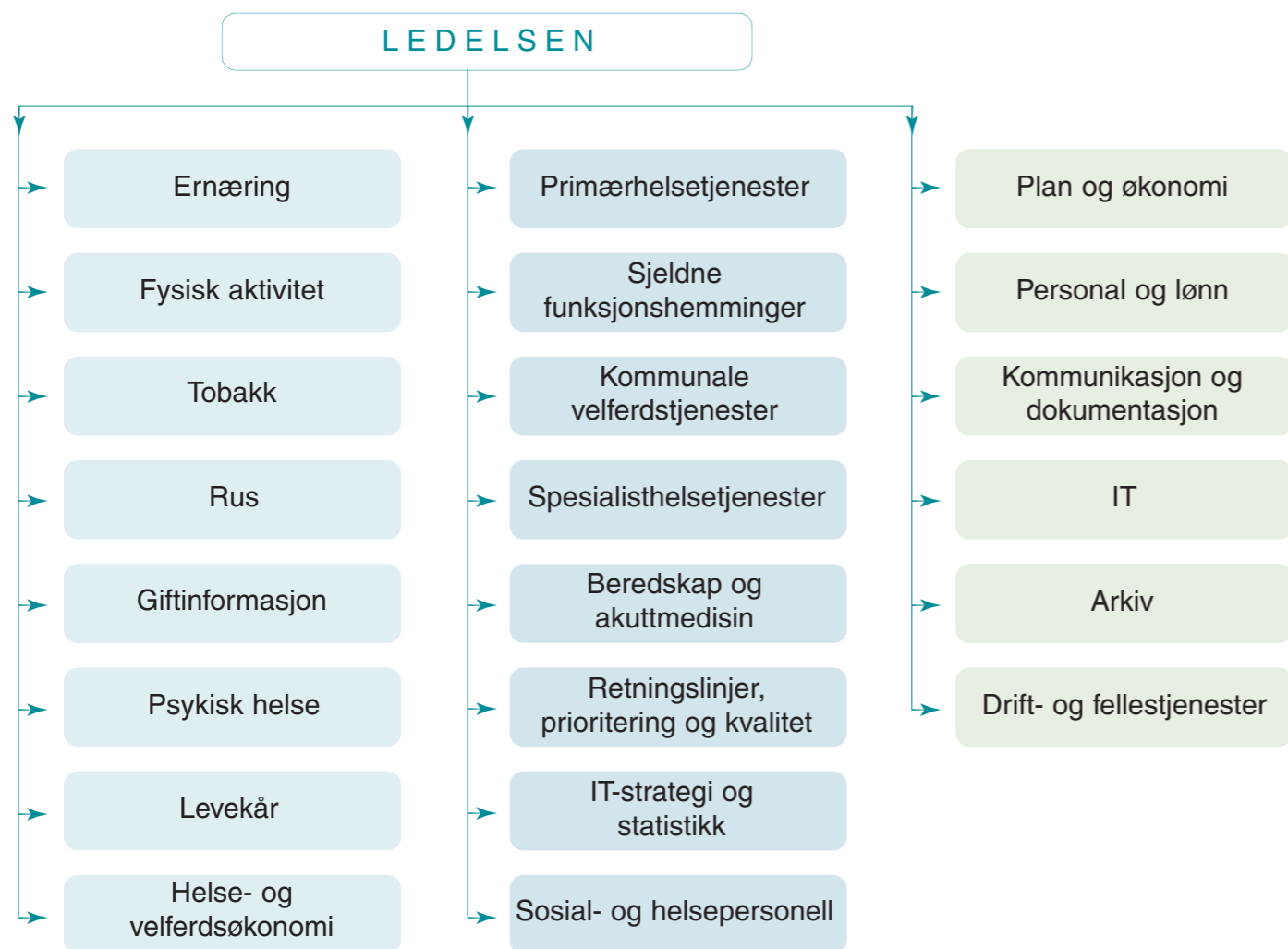




Årsmelding 2005



Forord

I denne årsmeldingen vil vi vise bredden i Sosial- og helsedirektoratets ansvar. Den viser mangfoldet av saker vi er opptatt av; fra pandemiforbereidelse og behandling av hjerneskadde til røykfrie serveringssteder og fattigdomsbekjempelse.

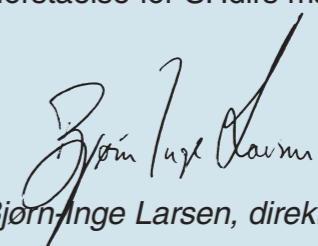
Det som skjer i helse- og sosialtjenesten har stor oppmerksomhet blant pasienter, brukere og pårørende, politikere, sentrale og lokale myndigheter, i pressen og blant de som jobber i tjenestene. Dette gjør at det er svært inspirerende å få bidra på de områdene direktoratet arbeider. SHdir skal være fagorgan, iverksetter av politikk og forvalter av lovverk. I årsmeldingen vil du finne eksempler på temaer der SHdir opptrer i alle disse rollene.

I SHdir ønsker vi at arbeidet vårt skal merkes. Kampanjene om tobakk og alkohol vekker stor oppmerksomhet og fører til debatt både i mediene og rundt middagsbordet. Det må de også, skal de bidra til endringer i holdninger eller adferd. Andre vil ha lagt merke til den sentrale rollen SHdir har i kriser, slik fugleinfluenzaen preget mediene i høst, og slik Tsunamien preget fjorårets start.

På andre, men minst like viktige områder, er SHdir mindre synlig. Vi arbeider for å fremme kvaliteten i både sosial- og helsetjenesten i et nært samarbeid med utøverne på ulike nivåer. Dette skjer ved at vi utvikler og iverksetter veiledere og retningslinjer basert på siste oppdaterte og tilgjengelige kunnskap, vi utvikler handlingsplaner på viktige områder som for eksempel rehabilitering og diabetes og lager systemer slik at vi kan følge kvaliteten i tjenestene gjennom etablering av indikatorer. I dette arbeidet er det viktig at de tiltak som iverksettes bidrar til å redusere helseforskjellene som følge av sosial ulikhet, og at arbeidet bidrar til at det tilbudet brukere og pasienter over hele landet får er likt.

SHdir utvikler nå en strategisk plan. Som følge av dette har vi delt inn virksomheten vår i fem sentrale virksomhetsområder, tverrgående satsingsområder og gjennomgående funksjoner. Årets årsmelding følger denne strukturen. Mange av våre nærmeste samarbeidspartnere på lokalt og regionalt nivå, vil kjenne igjen inndelingen. På denne måten håper vi at Årsmeldingen kan bidra til å skape enda større forståelse for SHdirs mangfoldige virke.

God lesing.


Bjørn Inge Larsen, direktør i SHdir

Innhold

SENTRALE VIRKSOMHETSOMRÅDER	4
Folkehelse	4
Spesialisthelsetjeneste	8
Primærhelsetjeneste	12
Sosialtjeneste, pleie- og omsorgstjeneste	16
Levekår	20
TVERRGÅENDE SATSINGSOMRÅDER	24
Psykisk helse	24
Habilitering og rehabilitering	28
Rusmiddelområdet	32
Legemidler og medisinsk utstyr	36

GJENNOMGÅENDE FUNKSJONER OG VIRKEMIDLER	38
Kvalitetsutvikling i helse- og sosialsektoren	38
Prioritering	42
Sosial- og helseberedskap	44
IT-strategi og dokumentasjon	46
Personell	48
Internasjonalt arbeid	51
Finansiering	52
BUDSJETT OG ØKONOMI	54
PRESSEMELDINGER OG PUBLIKASJONER	56



www.shdir.no

Folkehelse

Andre aktiviteter

- Kartlegging av mat og måltider i barnehagen
- Videreutvikling av skolefruktordningen
- Arbeid for å fremme økt fysisk aktivitet og gode måltider i skolen, nå også videregående skoler
- Aktive skolebarn
- Program om fysisk aktivitet i helsefremmende arbeid i kommunehelsetjenesten (FYSAK-satsingen)
- Rapport: Økt fysisk aktivitet for mennesker med funksjonshemninger
- Rapport om utviklingen i norsk kosthold
- Rapport om 2-åringers kosthold
- Tilskuddsordningen til frivillige organisasjoner gjennom økt fysisk aktivitet
- Kommunikasjonsstrategien relatert til handlingsplan for fysisk aktivitet
- Satsing på gravide og røykeslutt
- Røyketelefonens oppfølgingstjeneste
- Behandling av blyforgiftninger
- Sniffing
- Førstehjelp ved uhell med hydrogenfluorid
- Utdeling av ernæringsprisen
- Videreutvikling av Grønn resept

For mer info se www.shdir.no

NYE ANBEFALINGER FOR KOSTHOLD OG FYSISK AKTIVITET

Norske anbefalinger for ernæring ble revidert i 2005. For første gang er fysisk aktivitet integrert i anbefalingene, som nå heter Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet.

Anbefalingene legger grunnlaget for planlegging av et kosthold som:

- Sikrer behovet for næringsstoffer i forbindelse med vekst og funksjon
- Gir forutsetninger for en generelt god helse og minsker risikoen for sykdommer som har sammenheng med kostholdet

De nye anbefalingene gir også råd om fysisk aktivitet som grunnlag for god helse. Sammen med et sunt kosthold, kan regelmessig fysisk aktivitet redusere risikoen for utvikling av hjerte- og karsykdommer, kreft, overvekt og diabetes.

Barn og unge bør få mest mulig tid til fysisk aktivitet og være fysisk aktive, minimum 60 minutter hver dag. Voksne bør være fysisk aktive (for eksempel hurtig gange) i minimum 30 minutter hver dag. Fysisk aktivitet utover denne varigheten og intensiteten vil resultere i ytterligere helsegevinst.

Gjelder friske

Anbefalingene gjelder primært for grupper av friske mennesker og bør brukes som retningslinjer ved planlegging av kosthold for grupper. De kan også brukes som grunnlag for undervisning og opplysning om kosthold, for mat- og ernæringspolitikk og ved vurdering av kosthold.

Sammensetningen av kostholdet varierer vanligvis fra måltid til måltid og fra dag til dag. Anbefalingene gjelder i prinsipp for gjennomsnittskosten i en

lengre periode, det vil si en uke eller mer. Verdiene i anbefalingene refererer til de mengder som skal spises. Derfor skal det tas hensyn til tap av næringsstoffer ved tilberedning når man planlegger på basis av anbefalingene.

Basert på WHO

De norske anbefalingene bygger på en gjennomgang av den nasjonale og internasjonale vitenskapelige litteraturen om sammenhengen mellom kosthold, fysisk aktivitet og helse. De er laget på grunnlag av Nordic Nutrition Recommendations 2004, utarbeidet av en nordisk ekspertgruppe. Disse er igjen i tråd med anbefalinger utgitt av Verdens helseorganisasjon i 2003. Anbefalingene tar utgangspunkt i dagens kosthold og nåværende ernærings situasjon i de nordiske land. De nye norske anbefalingene erstatter Norske næringsstoffanbefalinger 1997.

Anbefalingene omfatter:

- Anbefalinger for fordeling av energigivende næringsstoffer (fett, karbohydrat, protein) som andel av totalt energinntak (E%), og anbefalinger for inntak av kostfiber
- Anbefalinger for inntak av vitaminer og mineralstoffer
- Anbefalinger for inntak av salt
- Anbefalinger for inntak av alkohol
- Referanseverdier for energiinntak
- Anbefalinger for fysisk aktivitet

Anbefalingene kan lastes ned på SHdir sin hjemmeside:
www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1219_2606a.pdf

STOR TILFREDSHET MED RØYKFRIE SERVERINGSSTEDER

Fra 1. juni 2004 ble det forbudt å røyke på barer, puber, restauranter og andre serveringssteder i Norge. I 2005 har Sosial- og helsedirektoratet overvåket utviklingen i serveringsbransjen. Erfaringene er gode.

Bakgrunnen for lovendringen var å bedre arbeidsmiljøet for de ansatte. De hadde i de 15 årene som hadde gått siden røykeloven ble innført i 1988, ikke hatt det samme vernet mot passiv røyking på arbeidsplassen som andre arbeidstakere.

Oppslutningen om lovendringen er stadig økende i befolkningen. En spørreundersøkelse gjort i 2001 ga som resultat at bare 30 prosent var positive til røykfrie serveringssteder. I mai 2005 var andelen positive 68 prosent, og i oktober 2005 hadde andelen steget til 76 prosent. Både tilsynsmyndigheter, publikum og de ansatte er enige i at loven følges i svært stor grad.

Lovendringen gir bedre helse

Målinger som er gjort av innneklimaet på serveringssteder før og etter lovendringen, viser klare forbedringer. Luftkvaliteten på serveringssteder er blitt betydelig bedre. Den totale støv-konsentrasjonen er nå tilnærmet lik den i vanlige kontorbygg. Ikke-røykende ansatte ved serveringsstedene har fått en bedring av lungefunksjonen i arbeidstiden. De ansattes lungefunksjon blir ikke lenger redusert i løpet av arbeidsskiftet. Også ansatte som selv røyker har nå mindre nikotin i urinen

når de er ferdig med skiftet, viser undersøkelser gjort av Statens arbeidsmiljøinstitutt.

En av ti ansatte i serveringsbransjen har sluttet å røyke etter at røykeloven ble innført.

Økonomien er stabil

Spådommene om hvordan det ville gå med serveringsbransjen etter overgangen til røykfrie serveringssteder var mange. En hel del regnet med at det ville bli magre tider for bransjen. Mange mente også at det ville bli vanskelig å få folk til å respektere forbudet.

Disse spådommene har i liten grad slått til. Rapporter fra publikum, de ansatte i bransjen og tilsynsmyndighetene tyder på at det har vært få problemer knyttet til håndheving av forbudet. Forbudet blir i høy grad respektert.

Det er heller ikke grunnlag for å si at serveringsbransjen har hatt en varig omsetningsreduksjon på grunn av røykeloven. Rapporter har slått fast at økonomien i bransjen jevnt over er stabil. De ansatte mener håndhevingen er mye enklere enn med de forrige bestemmelsene, som forutsatte at i ett og samme lokale skulle halvparten av lokalet være røykfritt.

HEMIL-senteret (Universitetet i Bergen) og Statens institutt for rusmiddel-forskning er i gang med en omfattende evaluering av røykfrie serveringssteder.

GIFTINFORMASJONEN GJØRES ELEKTRONISK

Giftinformasjonen har hatt et manuelt system med opplysninger om forgiftninger og forgiftningsbehandling i over 40 år. Systemet er gammeldags og krevende å vedlikeholde og oppdatere. Prosjektet GISBAS er derfor satt igang. Det skal gjøre kvalitetssikret, standardisert dokumentasjon om akutte forgiftninger tilgjengelig elektronisk.

Prosjektet startet i 2002 og er beregnet avsluttet i 2008. Et datasystem er nå utviklet. Arbeidet med å legge inn informasjon som kan brukes til å besvare henvendelser er i full gang. Systemet brukes allerede til å registrere standardisert informasjon om alle henvendelsene til Giftinformasjonen.

Nær 40 000 henvendelser

Avdeling for giftinformasjon (Giftinformasjonen) har en døgnåpen telefon-tjeneste (22 59 13 00) for å svare på henvendelser om akutte forgiftninger og forgiftningsrisiko. Hit ringer blant annet privatpersoner, helsepersonell, politi og tollvesen. Spørsmålene kan dreie seg om forgiftningsrisiko, symptomer og eventuell behandling av forgiftninger med planter, legemidler, sopp, kjemikalier, husholdningsprodukter mv. Henvendelsene besvares fortløpende, faren vurderes og eventuelle behandlingsråd gis.

I 2005 hadde Giftinformasjonen 38 590 henvendelser, og ca. to tredeler av henvendelsene kommer fra allmennheten. I vel syv prosent av de akutte henvendelsene var Giftinformasjonens vurdering at det kunne utvikles en alvorlig forgiftning.

Hovedutfordringene

I 2005 har hovedutfordringene og aktivitetene for GISBAS-prosjektet

blant annet vært å videreføre arbeidet med å systematisere informasjon som skal legges inn i datasystemet. Det har gjennom året blitt etablert system for dokumentasjonen innen forskjellige områder, f.eks. legemidler, planter, teknisk/kjemiske produkter. Litteratursøk, innlegging av dokumentasjon og kvalitetssikring har for alvor kommet i gang.

Aktivitetene i 2005

I 2005 har:

- Interne rutiner blitt etablert og prøvd ut, og det har vært gjort et stort arbeid med å tilpasse rutiner til det nye elektroniske systemet for dokumentasjon
- Innhenting, vurdering, innlegging og kvalitetssikring av dokumentasjon ikke bare av personell i GISBAS-prosjektet, men også av toksikologifaglige medarbeidere i avdelingen
- Feilmelding og endringer (spesifisering og testing) av programvaren har vært utført etter behov
- Opplæringsprogrammet for nyansatte har blitt oppdatert, opplæring har blitt gjennomført
- Møter og skriftlig kommunikasjon med Riksarkivaren har pågått i forbindelse med vurdering av om dokumentasjonen i GISBAS skal bevares for ettertiden
- Møter med blant annet Helsebiblioteket har blitt holdt, med tanke på å etablere et såkalt emnebibliotek om forgiftninger
- En innstilling er utarbeidet der det vurderes å elektronisk importere opplysninger om teknisk/kjemiske produkter via Produktregisteret, som allerede mottar en stor mengde produktinformasjon

Spesialisthelsetjenesten

Andre aktiviteter

- Kartlegging av forebyggende arbeid i regionale helseforetak
- Forskrift og oppfølging av blod-direktivet
- Rapport om tinnitus
- Handlingsplan for redusert insidens av alvorlige rupturer ved fødsel
- Etablering av Nasjonalt nettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren (Innomed.)
- Organisering av rammevilkår for privat spesialistpraksis
- Arbeid med revisjon av rundskriv til spesialisthelsetjenesteloven
- Nasjonal koordinator for organdonasjon
- Fagmøte for godkjente donorsykehus
- Etablert fagnettverk for organdonasjon
- Retningslinjer for bruk av humant papillomvirus test (HPV-test)
- Billighetserstatninger. 55 saker Kysthospitalet, Tromsø

For mer info se www.shdir.no



ULTRALYD OG FOSTERDIAGNOSTIKK

Fosterdiagnostikk utføres for å få informasjon om fosterets genetiske egenskaper, eller for å påvise eller utelukke utviklingsavvik. Det omfatter undersøkelse av fosteret, celler fra fosteret eller den gravide. Følgende metoder benyttes:

- Risikoberegning:
Ultral lydundersøkelse. Utført ved uke 11–13 kan undersøkelsen blant annet si noe om risiko for kromosomfeil hos fosteret. Blodprøve av mor (dobbeltest/trippeltest)
- Diagnostiske metoder:
Prøve av morkake eller fostervann. Kan påvise kromosomfeil eller alvorlig, arvelig sykdom hos fosteret (dersom sykdomsgenet er kjent)

Fosterdiagnostikk kan bare utføres når det foreligger indikasjon for dette (38 år ved termin, risiko for arvelig sykdom og/eller kromosomavvik m.v.). Det skal gis tilbud om genetisk veiledning før eventuell fosterdiagnostikk.

Fosterdiagnostikk utføres i dag ved seks universitetssykehus som har fått godkjenning fra direktoratet.

Retningslinjer for bruk av ultralyd

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd i forbindelse med svangerskap. Retningslinjene omfatter bruk av ultralyd i den alminnelige svangerskapsomsorgen og i forbindelse med fosterdiagnostikk. De fastslår at:

- formålet med undersøkelsen ved uke 18 er å bestemme termin, antall fostre, morkakens beliggenhet og å gjøre en orienterende undersøkelse av fosterets utvikling og anatomi
- formålet med ultralydundersøkelse

på medisinsk indikasjon er å avklare en klinisk situasjon

- ved indikasjon for fosterdiagnostikk bør den gravide få tilbud om ultralydundersøkelse før eventuell fostervannsprøve (og morkakeprøve)
- kvinnen har rett til informasjon om eventuelle funn og tilbud om videre utredning

Godkjenning av ny metode

I 2005 har direktoratet godkjent dobbeltest og trippeltest som fosterdiagnostisk metode. Dobbelt- og trippeltest måler to eller tre markører i mors blod. Dobbelttesten utføres ved uke 8–13, og brukes til å beregne sannsynlighet for at fosteret har en av de vanligste kromosomfeilene (for eksempel Downs syndrom). Trippeltest utføres ved uke 14–20, og kan i tillegg si noe om risiko for ryggmarg- eller bukveggbrokk.

Dobbelttest kombinert med ultralydundersøkelse gir en sikrere risikoberegning enn ultralydundersøkelse alene.

Informasjonsmateriale om ultralyd og fosterdiagnostikk

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet ny informasjonsbrosjyre om ultralyd i svangerskapet. Brosjyren omtaler spesielt undersøkelsen ved uke 18, gir informasjon om funn som kan bli gjort og svarer på spørsmål som ofte dukker opp i forbindelse med undersøkelsen.

Det er også utarbeidet ny informasjonsbrosjyre om fosterdiagnostikk. Dette er først og fremst en brosjyre om hvem som kan få tilbud om fosterdiagnostikk, hvilke metoder som benyttes, hva som kan oppdages og ulike vanskelige valg man kan bli stilt overfor.

DIABETES – EN AV DE STØRSTE HELSEUTFORDRINGENE

Hvert minutt dør seks personer i verden som følge av diabetes eller diabetesrelaterte sykdommer. I alle land det fins data fra, øker utbredelsen av sykdommen.

Diabetes er i ferd med å bli en epidemi.

Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet i 2005 et utkast til en nasjonal plan for forebygging, forskning og behandling av diabetes.

Diabetes er en livstruende kronisk sykdom med store belastninger for den enkelte, familien og samfunnet. Vi vet ikke sikkert hvor mange mennesker som har diabetes i Norge. Sannsynligvis har ca. 90 000–120 000 mennesker kjent diabetes. Like mange antas å ha uoppdaget diabetes. Forekomsten ventes å øke de neste årene.

Dette er begrunnelsen for at direktoratet foreslår en rekke ulike tiltak i et utkast til nasjonal plan for diabetes.

Forebygge

Det er en klar sammenheng mellom levevaner og utviklingen av type 2-diabetes. Ved å sette inn innsatsen tidligere i sykdomsforløpet, gå fra bare å behandle til å drive mer med forebygging, er det mulig å bremse diabetesepidemien. Nøkkelen ligger i å endre levevaner; mer fysisk aktivitet, sunne matvaner og en røykfri tilværelse. De generelle forebyggingsstrategiene mot overvekt er sentrale i alt fremtidig arbeid for forebygging av type 2-diabetes, og er derfor sentrale i utkastet til nasjonal plan. Uten en mer offensiv forebygging vil diabetesbehandling legge beslag på en atskillig større del av helseutgiftene enn sykdommen gjør i dag.

Mangler systematiske data

Norge mangler systematiske data for hvor mange som har diabetes, hvordan de behandles, kvaliteten på behandlingen og hvordan det går med dem. Utkast til diabetesplan dokumenterer at det er behov for en standardisert elektronisk diabetesjournal både i primær- og spesialisthelsetjenesten og et sentralt diabetesregister. Planen inneholder også forslag til hva som bør inngå i et rutinemessig kontrollprogram av mulige diabetespasienter.

Behov for forskning

Sammenlignet med de andre nordiske landene ligger Norge etter innen diabetesforskning, ikke på kvalitet, men når det gjelder omfang, solide miljøer og langsiktighet i arbeidet. Diabetesforskningen i Norge har imidlertid bedret seg betydelig i det siste tiåret. Utkast til nasjonal plan slår fast at det er grunn til økt satsing. I tillegg til den mer tradisjonelle basalmedisinske og kliniske forskning, er det grunn til forskning på helsetjenesten (kvalitet og evaluering av praksis) og på forebyggende tiltak.

Forankret i fagmiljøene

En nasjonal plan må ha sterk forankring i fagmiljøet. I planarbeidet har Sosial- og helsedirektoratet hatt et nært samarbeid med Norges Diabetesforbund, fagmiljøene i primær- og spesialisthelsetjenesten og forskningsmiljøene ved universitetene og Folkehelseinstituttet.

ØKT FOKUS PÅ HJERNESKADDE

Alle mennesker med alvorlig hjerneskade bør få et adekvat og likeverdig tilbud, uavhengig av bosted. I dag er behandlings- og rehabiliteringstilbudet til denne pasientgruppen svært varierende og ofte mangelfullt.

Både en lett, moderat og alvorlig hjerneskade kan få alvorlige konsekvenser for pasienten og for pårørende. Skaden og behovene som oppstår som følge av den stiller store krav til samfunnet, både i behandlings- og rehabiliteringsfasen på spesialistnivå og på lang sikt på kommunalt nivå, i skolevesenet og i arbeidslivet.

Rapport om rehabiliteringstilbud

Sosial- og helsedirektoratet har i samråd med en arbeidsgruppe fra de regionale helseforetakene og Landsforeningen for Trafikkskadde i Norge tatt stilling til hva rehabiliteringstilbudet til mennesker med alvorlige hodeskader bør inneholde og hvordan det bør organiseres. Arbeids-

gruppen avsluttet arbeidet med rapporten i 2005. Rapporten «Et reddet liv skal også leves» beskriver problemstillinger og synspunkter og gir en innstilling på overordnet nivå. Hovedvekten er lagt på den tidlige, intensive fasen av rehabiliteringsprosessen. Konkret gjennomføring og igangsetting av tiltak krever en betydelig nasjonal satsing.

Anbefalinger

Direktoratet anbefaler blant annet:

- økt satsing på tidlig, intensiv og systematisk nevrorehabilitering i regionale enheter
- etablering av et personentydig hjerneskaderegister
- forbedret samhandling og klarere ansvars plassering
- økt vekt på utvikling av egnede bo- og behandlingstilbud.

Rapporten kan lastes ned fra SHdir sin hjemmeside: www.shdir.no

Primærhelsetjenesten

REKORDLAVE ABORTTALL

Det har vært en jevn nedgang i aborter i Norge de siste årene. Nedgangen har vært størst blant de yngste. Det har imidlertid ikke vært en nedgang i abortraten for aldersgruppen 20–24 år. Det er en hovedutfordring å snu denne trenden i årene fremover.

Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) styrer det nasjonale arbeid med å fremme seksuell og reproduktiv helse. Det handler om å styrke seksualitetens lyse sider ved å skape forutsetninger for seksuell autonomi og trygg seksuell identitet. Lett tilgjengelig kunnskap, gode tjenester og lett tilgjengelig prevensjon er hovedstrategiene i arbeidet med å forebygge uønskede svangerskap, hiv og seksuelt overførte infeksjoner.

Flere får klamydia

Forebygging av klamydia blant ungdom og unge voksne er en utfordring. Klamydiatallene har økt de siste årene, noe som delvis skyldes flere reelle tilfeller av klamydia og at flere nå tester seg.

SHdir planlegger en rekke prosjekter for å øke kunnskap om klamydia generelt, om konsekvenser av klamydia og om at klamydia er lett å teste og behandle. Det er også behov for å øke helsetjenestens arbeid og fokus på smitteoppsporing.

Design en kondom

Økt bevissthet om og bruk av sikker prevensjon er et viktig satsingsområde i SHdir sitt arbeid med å bedre seksuell helse.

Lett tilgjengelige og gratis kondomer er viktig for å forebygge uønskede svangerskap og seksuelt overførbare infeksjoner blant ungdom. Hvert år deler SHdir ut to millioner gratis kondomer på alle landets helsestasjoner, skolehelsetjenesten, videregående skoler, utekontaktene, fritidsklubber og gjennom frivillige organisasjoner.

Det er viktig å skape engasjement og oppmerksomhet rundt kondombruk. I 2005 utlyste direktoratet derfor en konkurranse med tittelen «Kle opp kondomet!». I underkant av 200 forslag til design av en kondompakning ble sendt inn av ungdom.

Ungdomshelsestasjonene blir brukt

Lokale ungdomshelsestasjoner (HSU) tilbyr prevensjon, tester, undervisning og rådgivning til unge. Det er nå 320 slike tilbud rundt om i landet. Oversikt over disse finnes på www.unghelse.no.

Landsdekkende info- og rådgivningstjenester til ungdom og unge voksne:

- prevensjonstips på SMS: 500–1000 henvendelser månedlig
- www.klara-klok.no, nasjonal ungdomshelsestasjon på internett har ca. 16 000 henvendelser månedlig
- Senter for ungdom, samliv og seksualitet – SUSS-telefonen har ca 30 000–40 000 henvendelser årlig

Mer informasjon:
www.shdir.no/seksuellhelse

Andre aktiviteter

- Høyere vaksinedekning mot sesong-influensa
- Tannhelsetjenesten.Høringsuttalelse
- Voldtekstmottak blir etablert i alle fylker
- Fagkonferanse for fengselshelsetjenesten i region Øst og Sør
- Smittevernberedskap
- Bedre kvalitet på fengselshelsetjenesten
- Handlingsprogram for forebygging og behandling av osteoporose
- Tverrsektoriell strategi mot astma, allergi og inneklimesykdommer
- Bedring av barn og unges miljø og helse
- Deltagelse i det europeiske arbeid med miljørettet helsevern
- Samhandling med innvandrergupper om helsespørsmål
- Styrking av samfunnsmedisinsk kompetanse i kommuner og helseforetak
- Helsesamarbeid med Kina
- Bidra til nasjonal handlingsplan for veitrafikksikkerhet
- Bidra til helsekonsekvensutredninger
- Stimulere til interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern og smittevern
- Bidra i Nettverk for miljølære i regi av Undervisningsdirektoratet
- Oppfølging av arbeidet med kvinnelig kjønnslemlestelse
- Implementere handlingsplanen mot menneskehandel
- Implementere handlingsplan mot fysiske og seksuelle overgrep mot barn
- Styrke helsetjenesten til asylsøkere og flyktninger
- Tilbud til mennesker som får plager av elektromagnetiske felt
- Bedre helseerklæringer for sjøfolk og oljearbeidere

For mer info se www.shdir.no

NORSK SAMFUNNSMEDISIN SKAL STYRKES

Ledelsen i Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) laget i 2005 en skisse til en handlingsplan for samfunnsmedisin. Målsettingen er å styrke kompetansen innen norsk samfunnsmedisin og organisere arbeidet bedre.

Norsk medisin har et udekket behov for langsiktighet og helhetstilnærming. Det har to utredninger om norsk samfunnsmedisin slått fast (Utredning nr. 3 fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling *Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin*, og Magne Nylennas utredning *Medisin + Samfunn = Sant*).

Sammenhenger og langsiktighet

Dagens spesialiserte helsevesen må suppleres med større omtanke for sammenhenger og langsiktighet. Samfunnsmedisin, som ofte defineres som grupperettet legearbeid, er et fagfelt som bør ivareta disse oppgavene langt bedre enn det blir gjort i dag. SHdir har derfor gått i gang med å finne løsninger på hvordan det samfunnsmedisinske tilbudet kan bedres i Norge.

Samfunnsmedisinen står overfor store utfordringer. I Stortingsmelding nr 16 (2002–2003) ble det særlig pekt på tre problemer:

- Den medisinske legespesialiteten har uklar profil og innhold
- Det er liten interesse for samfunnsmedisin blant legene

- Det er vanskelig å rekruttere leger til kommunelege-1 stillinger i kommunene.

Tydeliggjøre organiseringen

Målet for handlingsplanen, som skal gå over 5 år, er for det første å tydeliggjøre organiseringen av norsk samfunnsmedisin. SHdir skal nå sette ned en prosjektgruppe som skal arbeide med organiseringen. Roller skal tydeliggjøres og det skal tilrettelegges for bedre samhandling mellom viktige aktører. En plan for kommunenes medvirkning i samfunnsmedisinsk arbeid skal lages, og det skal etableres et rapporteringssystem.

Heve kompetansen

Kompetanseheving er den andre viktige målsettingen. Å legge en plan for dette blir den viktigste og mest ressurskrevende delen av opptrappingsplanen for samfunnsmedisin.

SHdir ønsker å etablere faglige nettverk mellom samfunnsmedisinere og arrangere årlige nasjonale og regionale møter for fagutvikling, erfaringsformidling og nettverksbygging. Det skal også etableres utdanningsstillinger i samfunnsmedisin i kommunene, helseforetakene og i statlig helseforvaltning. Forskning på samfunnsmedisinske problemstillinger skal styrkes.

ASTMA OG ALLERGI – ET ØKENDE FOLKEHELSEPROBLEM

Sosial- og helsedirektoratet har nå ferdigstilt en strategiplan for forebygging av astma, allergi og innklimaplager.

Astma, allergi og inneklimalplager er et økende folkehelseproblem, og regnes for å være blant våre vanligste folkesykdommer. Dette er helseplager som rammer mange, og som er svært kostnadskrevende for samfunnet.

Ved behandlingen av St. meld. nr. 37 (1992–1993) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid* (Forebyggingsmeldingen) vedtok derfor Stortinget at forebygging av astma, allergi og inneklimalplager skal være et eget innsatsområde. Dette ble fulgt opp med en handlingsplan for forebygging av astma og allergi og inneklimalplager 1998–2002, videreført av Sosial- og helsedirektoratet i 2003. Den nye strategiplanen gjelder for perioden 2004–2009 og er utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Innhentet oppdatert kunnskap

Mange av årsakene til astma, allergi og inneklimalplager er fortsatt uklare. Det finnes likevel mye kunnskap om hva som øker risikoen for å utvikle og forverre disse sykdommene og plagene. SHdir har gjennomført en bred

prosess med berørte fagmiljøer og organisasjoner med innhenting av oppdatert fagkunnskap og prioriterte tiltak i arbeidet med den nye strategiplanen.

Tverrsektorielt samarbeid

Strategien inkluderer de tiltakene som allerede pågår innen forebygging av astma, allergi og inneklimalplager og nye tiltak som de aktuelle aktørene har planlagt. Et fortsatt tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid er viktig, ettersom virkemidlene i arbeidet med å forebygge astma, allergi og inneklimalplager ikke bare kan knyttes til helsesektoren, men er forankret i en rekke ulike sektors ansvarsområder. Et viktig siktemål med strategien har også vært å få samordnet og synliggjort den samlede innsatsen på feltet. Strategien fokuserer spesielt på tre innsatsområder som tiltak for måloppnåelse:

- Inneklima i barnehager, skoler og arbeidsplasser
- Forskning
- Økt fokus på vurdering av astma, allergi og inneklimalrelaterte plager som ledd i samfunnsplanleggingen

Strategiplanen kan lastes ned fra SHdir sin hjemmeside: www.shdir.no

Andre aktiviteter

- Bidra i utredning om normering av legetjenester i sykehjem
- Utarbeidet veileder til individuell plan for dem med behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Planlagt opplæringsprogram om tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier
- Utarbeidet innhold i og grunnlaget for et nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemmede
- Nominert og delt ut «Det Nytter»-prisen 2005
- Bedre forståelsen og kunnskapsgrunnlaget for «bestiller- og utførermodell» (bum) i pleie- og omsorgstjenesten
- Forvaltet tilskuddsordningen «Ressurskrevende brukere»
- Bestilt og behandlet evalueringer av Samordningsforsøkene
- Kartlagt og initiert tiltak for å unngå at unge personer med nedsatt funksjonsevne skal bo på alders/sykehjem og institusjon
- Forvaltet tilskuddsordning mot barnefattigdom
- Utgitt NAVISEN
- Forvaltet tilskuddsordning, bedret kunnskapsgrunnlaget og sikret informasjonstiltak i arbeidet med å avskaffe bostedsløshet
- Koordinert arbeidet med nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helse-tjenester til rusmiddelmissbrukere
- Bidratt med informasjon i arbeidet for å bekjempe menneskehandel
- Utvidet og fremmet innsats for å øke kommunenes bruk av KIS – Kartleggingsverktøy i sosialtjenesten

For mer info se www.shdir.no

TILBUDET TIL PERSONER MED DEMENS ER FOR DÅRLIG

Personer med demens har fortsatt for få og for dårlige tilbud. Den omfattende satsingen på norsk eldreomsorg fra 1996 har i liten grad ført til en bedring for denne gruppen.

Det viser en ny kartlegging som Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens har foretatt i 2005.

Kartleggingen viser at det nå finnes flere og bedre tilbud enn i 1996/1997 da St.meld nr 50: *Handlingsplan for eldreomsorgen* kom. Men økningen i antallet personer med demens, gjør at like mange som for snart ti år siden står uten et tilrettelagt tilbud.

Utfordrende

Svært mange vil i høy alder utvikle demens i tillegg til annen sykdom. Det stiller helsepersonell overfor store utfordringer når en pasient ikke selv er i stand til å beskrive symptomer eller å gi tilbakemelding på behandling.

Det krever både ressurser og planlegging i kommunene og pleie- og omsorgstjenestene for å tilrettelegge, differensiere og øke kapasiteten i tjenestetilbudet. Dessuten er det helt nødvendig å heve kompetansen, blant annet for at kommunehelsetjenesten skal kunne foreta en sikker utredning og diagnostisering.

Stadig flere rammes

Nesten 70 000 nordmenn har demens. Av disse er om lag 1500 under 65 år. Rundt 75 prosent av beboerne ved sykehjem har utviklet sykdommen. Bare mellom en tredel og en firedel av disse har et tilrettelagt tilbud.

Om lag 10 000 nye utvikler demens hvert år. Vi regner med at ca 250 000 personer er berørt av sykdommen.

Prognoser konkluderer med at i år 2040 vil ca 120 000 personer ha utviklet demens, dersom vitenskapen ikke finner frem til helbredende eller forebyggende medisin. Det finnes per i dag ingen effektiv medikamentell behandling mot demens. Gode og tilrettelagte omsorgs- og boligtilbud, med stabilt personell og god faglig kunnskap, gir bedre livskvalitet og bedre helse – både for dem som er rammet og for de pårørende.

Nytt verktøy

Langt fra alle personer som har demenssymptomer er utredet og diagnostisert. God utredning og sikker diagnose er nødvendig for å utelukke annen sykdom og for å kunne tilrettelegge tjenestetilbudet til dem som er rammet av sykdommen og deres pårørende.

For å heve og sikre kvaliteten i utrednings- og diagnostiseringsarbeidet har Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens utarbeidet et utredningsverktøy til bruk for fastleger og ansatte i pleie- og omsorgstjenestene. Utredningsverktøyet og veileder kan lastes ned hos Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens: www.nordemens.no

3-årig prosjekt

Sosial- og helsedirektoratet leder et 3-årig nordisk prosjekt «Demensomsorg i Norden». Det er planlagt en avslutningskonferanse for prosjektet i Oslo våren 2006 med presentasjon av prosjektets resultater. Prosjektets satsingsområder er: Tjenester til personer med demens som har minoritet bakgrunn, lovverk, utredning, yngre personer med demens, pårørende-arbeid og gode tjenestetilbud.

NAV – EN AMBISIØS REFORM

En ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV) ble vedtatt i Stortinget våren 2005. Dette er den største forvaltningsreformen i norsk historie. Sosial- og helsedirektoratets ansvar for NAV er i hovedsak knyttet til rollen som fagdirektorat for sosialtjenesten.

Flere mennesker skal ut i arbeid og aktiv virksomhet. Færre skal på trygd og sosialhjelp. Dette er målet for den nye reformen. Etatene skal også bli mer brukerrettet og mer effektive. Brukere med sammensatte behov skal ikke være kasteballer mellom etatene, men møte en felles førstelinje som skal gi dem råd og oppfølging.

Det blir opprettet førstelinjetjenester med et felles arbeids- og velferdskontor i alle kommuner. Disse tar opp i seg oppgaver fra dagens Aetat og trygdeetat, som skal legges ned. Sosialtjenesten beholder ansvaret for sine oppgaver etter Lov om sosiale tjenester.

Høyt ambisjonsnivå

Ambisjonsnivået for reformen er høyt. Sammenslåingen av statsetatene skal gjennomføres på kort tid, innen 1. juli 2006. De lokale arbeids- og velferdskontorene skal etableres fra 1. januar 2007 til 31. desember 2009, det innebærer tre kontorer per uke i tre år. Dette krever omfattende og detaljert planlegging.

Et godt samarbeid mellom stat og kommune er særlig viktig for at NAV skal bli vellykket. Et så tett samarbeid mellom stat og kommune har aldri vært gjennomført tidligere.

SHdirs videre arbeid med NAV

Sosial- og helsedirektoratet skal medvirke til at ansatte i sosialsektoren får tilført ny kompetanse i forhold til de utfordringene som den nye arbeids- og velferdsforvaltningen skal fokusere på.

Sammen med departementet, Kommunenes Sentralforbund og NAVs interimorganisasjon skal SHdir bidra til at kommunene er informert om arbeidet med NAV både sentralt og lokalt.

Samordningsforsøkene

Sosial- og helsedirektoratet har, i nært samarbeid med Rikstrykdeverket og Aetat-Arbeidsdirektoratet, hatt ansvar for å iverksette og drive forsøk på nye arbeidsmåter og arbeidsverktøy i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Gjennom forsøkene har man fått erfaringer som kan danne grunnlag for å utarbeide en best mulig organisasjonsmodell. Det har vært gjennomført 15 lokale prosjekter som har fått tilskudd til drift (Samordningsforsøket). Forsøksperioden startet i 2003 og ble avsluttet 31. desember 2005.

FORBEREDT PÅ NY GJELDSKRISE

Sosial- og helsedirektoratet har i 2005 trappet opp arbeidet med privat økonomisk rådgivning/gjeldsrådgivning, i nært samarbeid med andre sentrale aktører på området. Man ønsker å være forberedt hvis en ny gjeldskrise skulle oppstå.

Mot slutten av 1980-tallet og på begynnelsen av 1990-tallet hadde mange norske husholdninger gjeldsproblemer. Det ble satt inn mottiltak fra myndighetenes side i form av blant annet gjeldsordningsloven, som har som formål å gi personer med alvorlige gjeldsproblemer en mulighet til å få kontroll over egen økonomi.

Kommunene ansatte rådgivere som spesielt skulle ivareta personer med stor gjeldsbyrde. Barne- og familiedepartementet, i samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet og fylkesmennene, iverksatte kompetansehevende tiltak overfor kommunene.

Det rapporteres det nå om at et økende antall gjeldssaker blir meldt til namsmennene. Samtidig er det registrert økning i utlansveksten. Skulle vi få en samfunnsutvikling der renta går opp, ledigheten vokser og at dagens høye boligpriser holder seg i lang tid fremover, kan disse faktorene til sammen danne grunnlag for en ny gjeldskrise.

Trapper opp arbeidet

For å være i forkant av en slik utvikling, har Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) bedt Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) om å bidra til å trappe opp arbeidet med økonomisk rådgivning og gjeldsrådgivning. Tilbakemeldingene fra fylkesmennene tyder på et økende behov for økonomisk rådgivning i tjenestefeltet. Det er

store forskjeller fra kommune til kommune.

Arbeidsgruppe

SHdir leder og koordinere en operativ arbeidsgruppe som skal:

- Øke bevisstheten i befolkningen om gjeldsproblematikk
- Sikre god kvalitet på økonomisk rådgivning/gjeldsrådgivning ved å øke kompetanse i sosialtjenesten og hos andre aktører i kommunene
- Styrke det statistiske grunnlaget på området

Informasjonsbrosjyrer

Arbeidsgruppen har utarbeidet informasjonsbrosjyrer om økonomisk rådgivning. Disse er lagt ut på Internett og kan lastes ned/kopieres over og tilpasses kommunens eget behov for detaljinformasjon. Se www.shdir.no/publikasjoner.

Ferdig trykte brosjyrer kan bestilles fritt tilsendt ved henvendelse til Kommuneforlaget eller www.shdir.no/publikasjoner

Konferanser

Det har i løpet av 2005 vært arrangert to seminarer for kommunene, et på Gardermoen og et i Stjørdal. I tillegg arrangerte Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med Høgskolen i Agder, en nasjonal konferanse 27.–28. oktober 2005. Konferansen hadde som formål å skape en større allmenn bevissthet om økonomiske problemer for privatpersoner som problem for samfunnet som helhet og for de personer og foretak som konkret blir berørt.

Levekår



Andre aktiviteter

- Publikasjonen Senior i Norge og Senior Fakta
- Fattigdomskonferansen
- Omlegging av tilskuddsordningen til funksjonshemmedes organisasjoner
- Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne er etablert
- Undersøkelse om funksjonshemmedes behov for støtte til ferie
- Oppfølging av regjeringens handlingsplan for økt tilgjengelighet
- Ledelinjer i gategrunn – en veileder
- Universell utforming og tilgjengelighet – politikk og lovgivning i inn- og utland. (Hefte)
- Generelle og spesielle finansieringsordninger for økt tilgjengelighet til bygg og uteområder

For mer info se www.shdir.no

SOSIAL- OG HELSEDIREKTORATETS ARBEID MED FATTIGDOM

Sosial inkludering som mål:

Direktoratets arbeid i regjeringens fattigdomssatsing tar utgangspunkt i arbeidet med sosial ulikhet i helse, forskning og kunnskapsoppsamlinger samt praktiske erfaringer fra tiltak og forsøk direktoratet har vært involvert i.

Sosial- og helsedirektoratet har på denne bakgrunn satt sosial inkludering som målsetting i arbeidet med fattigdomsproblemer, og ikke et mål om utelukkende å bekjempe inntektsfattigdom.

Hvorfor sosial inkludering som mål?

Begrunnelsen for å angi sosial inkludering som mål, er begrunnet i muligheten for

- et bredere perspektiv på individ og samfunn
- å stille andre spørsmål om samfunnsutviklingen
- å se på flere dimensjoner enn inntektsfattigdom

Hvordan jobber SHdir med målsettingen sosial inkludering?

Man må ut fra dette velge riktig definisjon av fattigdom og jobbe med et bredt sett av tiltak på en rekke sektorer med hovedmålet *sosial inkludering*. SHdirs rolle som fagdirektorat, forvalter og iverksetter av helse- og sosiallov- og politikk går som en rød tråd gjennom organisasjonens arbeid med å fremme sosial inkludering.

Direktoratet jobber blant annet med å

- utjevne store helseforskjeller

Siden helseforskjellene består til tross for velstandsutviklingen, må forskjellene i velstand mellom folk være en vel så viktig forklaring som det absolute nivået på velstand for hver enkelt av oss.

- sikre sosial inkludering i utvikling av tjenester og kompetansetiltak i NAV-reformen
- støtte og iverksette tiltak som fremmer aktivisering og arbeidstrening
- fremme behovet for inntektssikring gjennom universelle ordninger
- følge med i utviklingen av økonomisk sosialhjelp
- bidra aktivt med å bekjempe bostedsløshet og utvikle det boligsosiale arbeidet og fremme behov for rehabiliteringstjenester vi ser i kjølvannet av denne satsingen
- utvikle og iverksette tiltak i det kommunale rehabiliteringsarbeidet overfor rusmiddelmissbrukere
- vurdere og støtte helsetjenester overfor utsatte grupper: Særlig er det grunn til å tro at langvarig fattige og sosialhjelpsmottakere lider av omfattende, men diffuse og sammensatte helseproblemer. Direktoratet ønsker å gjennomgå helsetjenesten for å se i hvilken grad tjenesten selv bidrar til å produsere sosiale forskjeller
- øke mulighet for deltakelse gjennom støtte og initiativ til egenorganisering, selvhjelp og likemannsarbeid
- støtte til frivillige organisasjoner – blant annet Batteriet som skal bidra til egenorganisering og støtte for organisasjonene
- støtte og initiere brukermedvirkning – både på system- og individnivå
- iverksette tiltak for å redusere barnefattigdom

FOKUS PÅ SOSIAL ULIKHET I HELSE

At helse gjennomgående er dårligere blant personer med kort utdanning eller lav inntekt, er et moralsk og demokratisk problem, mener en ekspertgruppe Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) har satt ned for å arbeide med sosial ulikhet i helse.

I perioden 1990–1997 var dødeligheten blant norske menn i alderen 45–59 år med barne- eller ungdomsskoleutdanning mer enn dobbelt så stor som dødeligheten blant menn i alderen 45–59 år med universitets- og forskerutdanning.

Sosiale ulikheter i helse angår alle. SHdir la i 2005 frem en plan som reder grunnen for en nasjonal strategi mot sosiale ulikheter i helse.

Gradientutfordringen

«Gradientutfordringen», som er tittelen på direktoratets plan, tar til orde for en todelt tilnærming til utfordringene.

For det første er det behov for mer kunnskap om sosiale ulikheter i helse og deres årsaker. Det er viktig at beslutningstakere blir mer bevisste på sosiale ulikheter i helse.

For det andre må ulike tiltak – på alle forvaltningsnivåer og innenfor flere sektorer – rettes inn slik at de kan bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse. Et viktig virkemiddel for å nå dette målet er helsekonsekvensutredninger, som kan utvikles som et verktøy for å vise de virkninger ulike

tiltak har på den sosiale fordelingen av helse.

Ekspertgruppe

I 2005 ble det satt ned en ekspertgruppe, som skal arbeide med dette temaet i perioden 2005–2008. Gruppen har vedtatt et sett med handlingsprinsipper for å takle sosial ulikhet i helse. Et av disse prinsippene er at arbeidet mot sosiale ulikheter i helse bør ha eksplisitte målsettinger. For at dette skal bli mer enn tomme ord, er det nødvendig at politikere og offentlige beslutningstakere forplikter seg til å følge opp med politikk og tiltak som virker. Forskningsbasert kunnskap er nødvendig for å vite i hvilken retning utviklingen går, og om politikk og tiltak virker som tenkt.

Kunnskapsstatus

SHdir har i 2005 også blant annet gitt ut rapporten «Sosiale ulikheter i helse i Norge», som er en kunnskapsoversikt over de siste 20 års forskning på sosial ulikhet i helse i Norge. Rapporten vil være et nyttig verktøy for forskere, byråkrater og andre som vil vite mer om – eller jobbe mer mot – sosiale ulikheter i helse.

Les mer om sosial ulikhet i helse på: www.shdir.no

DISKRIMINERING PÅ AGENDAEN

I 2005 fikk Norge midler fra EU til bevisstgjøring og bekjempelse av diskriminering.

Midlene til prosjektet «National awareness-raising to combat discrimination» – ble gitt gjennom EUs handlingsprogram mot diskriminering (Community Action Programme to combat discrimination 2001–2006).

Arbeids- og inkluderingsdepartementet har det formelle ansvaret for prosjektet og samarbeider med Kommunal- og regionaldepartementet. Sosial- og helsedirektoratet er ansvarlig for gjennomføringen.

Mer kunnskap og debatt

De overordnede målene som prosjektet skal bidra til er å:

- fremme kunnskap og debatt om diskriminering i Norge
- bedre forståelsen av fenomenet
- øke konsensus om skillelinjene mellom ulovlig diskriminering og lovlig forskjellsbehandling
- bidra til kunnskap om effektfulle veier for å bekjempe diskriminering

EUs antidiskrimineringsprogram skal bidra til å bekjempe direkte eller indirekte diskriminering på grunn av rase eller etnisk opprinnelse, religion eller tro, seksuell orientering, funksjonshemming eller alder.

Kunnskapsoppsummering

I prosjektets første fase ble det foretatt en kunnskapsoppsummering av hva vi i dag vet om diskriminering på nevnte

grunnlag. Kunnskapsoppsummeringen er tatt inn i et utkast til rapport fra prosjektet. Endelig rapport kommer i januar 2006.

I Norge registreres i liten grad hendelser som innebærer diskriminering. Flere har etterlyst en bedre registrering. Vi mangler også gode undersøkelser av omfanget av diskriminering. Det er metodisk vanskelig å kartlegge omfang.

Statistisk Sentralbyrå deltar sammen med Senter mot etnisk diskriminering (SMED) og samarbeidspartnere i Danmark og Nederland i et metodeutviklingsprosjekt som kobler en representativ undersøkelse om opplevd diskriminering med levekårsdata. Prosjektet vil legge frem anbefalinger til måleverktøy for Norge i november 2005.

22. august ble det avholdt en idédugnad med berørte parter om hva som kan være aktuelle tiltak for å bekjempe diskriminering. Prosjektet utarbeidet på denne bakgrunn forslag som ble behandlet på en nasjonal konferanse 11. og 12. oktober 2005. Anbefalingene om strategier og tiltak for å bekjempe diskriminering er tatt med i den endelige rapporten. Disse vil stå for SHdir sin regning.

Psykisk helse



Andre aktiviteter

- Kartlegging av akuttjenesten
- Handlingsplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang
- Etablering av regionale ressursentre for vold og traumatisk stress
- Plan for brukermedvirkning
- Psykisk helse i skolen
- Etablering av nasjonalt knutepunkt for selvhjelp
- Kartlegging av behov for boliger og tjenester til personer med psykiske lidelser
- Utarbeidet forslag til tiltak, i samarbeid med POD og UDI, for utfordringer knyttet til asylsøkere med sammensatte helseproblemer og utagerende atferd

For mer info se www.shdir.no

NY VEILEDER FOR PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNENE

Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet i 2005 en egen veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene.

Veilederen inneholder gode råd og eksempler på hvordan man skal lykkes med tilrettelegging for mestring, behandling og oppfølging av mennesker med psykiske problemer. Veilederen inneholder også rammer for arbeidet; organisering, kompetanse og planlegging.

Behandling i kommunene

Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser er i ferd med å endre seg, både nasjonalt og internasjonalt. Institusjonskapasiteten er bygd kraftig ned, mens lokalbaserte tilbud i form av kommunale tjenester og distriktspsykiatriske sentra bygges opp. Utviklingen er i tråd med anbefalinger fra Verdens Helseorganisasjon.

Psykisk helsearbeid i kommunene er hjørnesteinen i dette tjenestetilbudet og et område som de senere årene er blitt

styrket. Landets kommuner er godt i gang med å bygge og utvikle tjenester, men det er stor variasjon i hvor langt arbeidet er kommet. Det har vært lagt vekt på strukturelle mål som antall fagpersonell og antall boliger. I tiden fremover er det behov for å legge mer vekt på innholdet i tjenestene, kvalitet og effekt for brukeren.

Viktige erfaringer

Veilederen for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene bygger på erfaringer som er gjort og legger vekt på å bidra til at de kommunene som ikke er kommet så langt skal få et grunnlag for sitt videre arbeid.

Det er et mål at det psykiske helsearbeidet skal bli mer synlig og tydelig, og at den faglige kvaliteten i dette arbeidet skal styrkes.

Se mer på www.psykisk.no under kommune

10 gode råd for godt psykisk helsearbeid

- Sørg for god kompetanse på psykisk helse, psykiske lidelser og arbeid med mennesker som strever med slike lidelser.
- Gi brukeren forutsigbarhet og stabile relasjoner.
- Skap bedre tjenester gjennom brukermedvirkning.
- Fang tidlig opp utsatte personer gjennom et tett tverrfaglig samarbeid. Bruk tid på oppsøkende virksomhet.
- Kartlegg den enkeltes boligbehov sammen med brukeren og pårørende. Finn en egnet bolig tilpasset brukerens økonomi.
- Legg til rette for at den enkelte skal kunne utnytte egen arbeidsevne.
- Skap et sted å samles. Samarbeid med brukerne om driften av lokalene, gi rom for at brukerne kan velge ulike samværsformer.
- Baser samhandling og samarbeid på gjensidig respekt for deltakernes roller og kompetanse.
- Arbeid målrettet ut fra oversikt over risikofaktorer og helsetilstanden i befolkningen.
- Forankre planer bredt for å utnytte ressursene, slik at de gir størst mulig effekt for brukeren.

VERDENSDAGEN FOR PSYKISK HELSE 2005: MED RETT TIL Å BLI SETT



Barn, familie og nettverk var tema for dette årets markering av «Verdensdagen for psykisk helse». Slagordet som ble brukt i brosjyrer og annet informasjonsmateriell var «Med rett til å bli sett». Å bli sett gjør noe med barns selvfølelse – som igjen er positivt for den psykiske helsen. Målet var – og er fremdeles – økt åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser, synliggjøring av tjenester og samarbeid mellom tjenester.

For å markere Verdensdagen var

flere hundre offentlige etater, frivillige organisasjoner og idrettslag med på å sette fokus på barn og unges oppvekstvilkår rundt om i landet. Det ble avholdt 1200 små og store arrangementer i forbindelse med Verdensdagen i 2005, en økning på nesten 50 prosent fra året før. Akershus fylke gjennomførte flest arrangementer i 2005 med Oppland, Telemark og Rogaland på de neste plassene.

Mental Helse Norge er koordinator for Verdensdagen og har gjennom flere år bygget opp et nasjonalt nettverksapparat med fylkes- og lokal-kontakter. Det er disse som i all hovedsak har generert ulike aktiviteter og arrangementer, men de har også fått god hjelp av lokale ildsjeler og initiativtakere over hele landet.

Over halve Norge har hørt om Verdensdagen. Andelen av befolkningen som har lagt merke til Verdensdagen er økende. I 2002 svarte 41 prosent at de hadde lagt merke til markeringen, i 2005 var tallet 52 prosent.

Pårørende skal få hjelp og bli hørt

Det er utarbeidet en tiltaksplan for økt støtte til og samarbeid med pårørende og andre nærpersoner til mennesker med psykiske lidelser. Pårørendes organisasjoner har vært sterkt involvert i arbeidet med tiltaksplanen.

Sentralt i planen har vært å utarbeide god informasjon om hvordan en kan ivareta sin rolle som pårørende, og hvilke rettigheter og støttemuligheter de pårørende har.

VEIEN VIDERE

Hvordan sikre at mennesker med psykiske lidelser får et godt tilbud etter at de øremerkede midlene til psykisk helse bortfaller i 2008?

Dette er utgangspunktet for en bred prosess Sosial- og helsedirektoratet har hatt med de regionale helseforetakene, yrkesorganisasjonene, brukerorganisasjoner, fylkesmennene og enkelte kommuner i 2005. Hensikten har vært å finne frem til riktige og gode måleindikatorer for tjenestene. Opptrappingsplanen for psykisk helse inneholder en rekke kvantitative mål som antall årsverk og antall plasser. De nye målene som nå er i ferd med å meisles ut vil ha fokus på det kvalitative innholdet i tjenestene som tilbys.

Helse- og omsorgsdepartementet peker i Statsbudsjettet for 2006 på

åtte hovedutfordringer for å bedre kvaliteten på tjenestene i perioden frem mot 2008. For hver av disse vil det utarbeides egnede mål og indikatorer som kan følges opp i forhold til kommunene og spesialisthelsetjenesten også i tiden etter 2008.

På disse områdene kommer det indikatorer:

1. Mestring
2. Tilgjengelige tjenester
3. Brukermedvirkning
4. Faglig innhold
5. Forebygging
6. Samhandling og samordning
7. Tillit og kunnskap om tjenestene
8. Produktivitet og effektivitet

Veileder ADHD

I 2005 ble en veileder for diagnostisering og behandling av ADHD både for voksne og for barn gitt ut. Den beskriver hvilke krav som skal oppfylles ved utredning og diagnostisering, og hvilke tilbud om behandling som skal finnes. 1. mai 2005 kom det et nytt regelverk for legers rekvireringsrett til sentralstimulerende legemidler. Se mer www.psykisk.no

Hold deg oppdatert

Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser er i utvikling. Nyhetsbrevet «Psykisk» følger Opptrappingsplanen for psykisk helse og kommer både i papirutgave og som elektronisk nyhetsbrev. Du kan abonnere på begge ved å sende ditt navn og adresse til psykisk@shdir.no

www.psykisk.no

 Sosial- og helsedirektoratet



Magasin

Nyhetsbrev

Habilitering og rehabilitering

ALLE SKAL HA LIKE MULIGHETER

Andre aktiviteter

- **Sjelden samorganisering. Samlet plan for organisering, koordinering og finansiering av kompetansesenter for sjeldne sykdommer**
- **Populær servicetelefon som gir informasjon om sjeldne diagnoser**
- **Nordisk samarbeid om sjeldne diagnoser har resultert i felles internettportal www.rarelink.no**
- **Ledet arbeid med å knytte Nasjonalt kompetansesystem for døvblinde til regionale helseforetak Helse Øst overtar**
- **Ledet arbeidet med å knytte Nasjonalt autismenettverk til regionale helseforetak**
- **Utgitt fire nummer av bladet Sjeldenheten**
- **Ledet arbeidsgruppe om tilbud til personer med Huntingtons sykdom**
- **Koordinering og faglig oppfølging av alle 16 kompetansesentrene for sjeldne funksjonshemninger**
- **Gjennomført brukerundersøkelser av Autismenettverket og Døvblinde-systemet**
- **Startet prosjekter for å gi personer som er døvblinde muligheter til å være yrkesaktive**
- **Startet prosjekt for å bedre datagrunnlag for forekomst av ulike sjeldne diagnoser i Norge**

For mer info se www.shdir.no

Rehabilitering og habilitering skal bidra til at mennesker med nedsatt funksjonsevne får muligheter til deltakelse i samfunnet på egne premisser. Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) har i 2005 levert Helse- og omsorgsdepartementet et utkast til nasjonal plan for rehabilitering.

Planen er en strategi for å styrke helsetjenestens og brukernes rolle i individuelle rehabiliteringsprosesser. Den omfatter både habilitering og rehabilitering av mennesker med kroniske sykdommer og funksjonstap. Planen beskriver hvordan forskrift om habilitering og rehabilitering er fulgt opp i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det foreslås strategier for å sikre at tjenestene ytes i samsvar med målsettingen i forskriften.

Forutsetter samarbeid

Habilitering og rehabilitering er individuelle lærings- og mestringsprosesser knyttet til brukerens egen innsats for å nå sine habiliterings- og rehabiliteringsmål. Brukeren er definert som den som har behov for rehabilitering, samt familien eller andre nære pårørende.

Habilitering og rehabilitering forutsetter at flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats. Aktuelle aktører er alle de instanser som kan bidra til at personen skal kunne nå sine habiliterings- og rehabiliteringsmål.

Tiltak

I alt foreslås det fem mål for arbeidet:

- Sikre den enkeltes rett til nødvendig habilitering og rehabilitering

- Styrke tjenestene slik at de blir virkningsfulle, trygge, sikre, samordnet, tilgjengelige og rettferdig fordelt
- Styrke rekruttering og kompetanseheving av tjenesteutøvere
- Styrke forskning
- Sikre finansiering

21 tiltak er knyttet til disse målene. Blant annet blir det foreslått en kartlegging som skal gi en kunnskapsbasert statusbeskrivelse. Dette for å dokumentere behovet for habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Det blir også foreslått å utvikle spesielle tiltak for ungdom med kroniske sykdommer eller funksjonshemninger.

Mange som har behov for habilitering eller rehabilitering vil også ha behov for tiltak fra den nye arbeids- og velferdsordningen (NAV), enten det gjelder bistand til å komme i arbeid eller å få andre stønader og tekniske hjelpemidler. Det er derfor viktig med et nært samarbeid mellom NAV og helsetjenesten ved utprøving av modeller for en felles førstelinjetjeneste.

Systematiske forskjeller

Det er nå seks år siden Stortinget behandlet rehabiliteringsmeldingen St.meld. nr. 21 (1998–1999). Flere av forslagene i denne er fulgt opp. Likevel viser nasjonale levekårsundersøkelser at det er systematiske forskjeller mellom mennesker med og uten funksjonsnedsettelse når det gjelder deltagelse på samfunnsarenaer som utdanning, arbeid, sosialt liv, organisasjonsliv og fritidsaktiviteter.

GJENNOMGANG AV VOKSENHABILITERINGSTJENESTEN I 2005

På oppdrag fra HOD har SHdir foretatt en gjennomgang av voksenhabiliteringstjenesten. Formålet var «å klargjøre hvordan voksenhabiliteringstjenesten fungerer i dag med hensyn til brukergrupper, innhold, kompetanse, kapasitet og samarbeid med andre deler av spesialisthelsetjenesten og øvrig hjelpeapparat.»

SHdir fant det nødvendig å søke ekstern bistand. Nordlandsforskning fikk i oppdrag å innhente informasjon fra alle landets kommuner, fra ansatte i voksenhabiliteringstjenestene og fra brukerorganisasjoner. SHdir henvendte seg til alle RHF'ene og ba dem uttale seg om hvordan de vurderer denne tjenesten i egen region. Det ble nedsatt en referansegruppe med representanter fra RHF'ene, KS, brukerorganisasjoner, lederne av arbeidsutvalgene for voksenhabilitering og barnehabilitering og fra SHdir.

Gjennomgangen viser at voksenhabiliteringstjenesten fortsatt i stor grad er en tjeneste for personer med psykisk utviklingshemning. Tjenesten selv uttalte at dette er den høyest prioriterte gruppen og at tjenestens kompetanse er best på dette området. Det er brukere som ikke mottar tjenester fra voksenhabiliteringstjenesten blant annet fordi de «ikke passet inn» i det som defineres som målgruppe. Det er sannsynligvis store mørketall for grupper med behov som ikke blir henvist. Hvorvidt disse blir ivaretatt av andre deler av spesialisthelsetjenesten fremgår ikke av gjennomgangen.

Det fremgår også at mange innen målgruppen har behov for betydelig

bedre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, både innen somatikk og psykiatri enn det de får i dag. Samarbeidet med deler av spesialisthelsetjenesten kan ofte være problematisk, særlig forholdet til psykiatrien.

Kommunene etterspør hjelp ved krisehåndtering og mulighet for døgnplasser og kort-/ langtidsbehandling for enkelte brukere.

Rapport fra Nordlandsforskning viser at voksenhabiliteringstjenestene er svært ulikt organisert. Noen er organisert sammen med psykiatri, noen sammen med barnehabiliteringstjenesten. Dette kan føre til at tjenesten utvikler seg ulikt og derved gir svært ulike tilbud til målgruppen.

Kompetansen domineres av vernepleiere/miljøarbeidere. Legedekningen er lav, noe som kan føre til dårlig ivaretagelse av medisinske behov hos brukerne. Det er underdekning av somatiske og psykiatriske tjenester og mangel på psykologtjenester.

Gjennomgangen viser at det er store ulikheter i henvisningsprosedyrer.

Direktoratets vurdering og anbefaling

Gjennomgangen har avdekket mangler og behov som direktoratet mener det er nødvendig å gripe fatt i på nasjonalt nivå. Det må diskuteres hva innholdet skal være, målgrupper, sammensetning av fagpersonell, krav til kompetanse, avgrensning mot andre tjenester, forhold til eksisterende lovverk m.m. Det er i gjennom-

gangen fremkommet tydelige signaler fra alle involverte parter om at det er behov for å få løftet feltet.

Direktoratet vil anbefale at det legges nasjonale føringer for hvordan habiliteringstjenesten for voksne bør utvikles fremover og hvilken funksjon denne tjenesten skal ha. Dette kan

være et grunnlag for RHF's utvikling av tjenesten og inkludering.

Direktoratet foreslår at det arbeides videre med tiltak for habiliteringstjenesten for voksne og at disse sees i sammenheng med Nasjonal plan for rehabilitering.

Rusmiddelområdet

Andre aktiviteter

- Rapport om alkohol og graviditet
- Evaluering av AKAN
- Evaluering av rusreformen igangsatt
- Støtte til frivillig rusforebyggende arbeid og rehabiliteringstiltak for rusmiddel-misbrukere
- Styrking av kommunenes forebygging av rusmiddelproblemer gjennom tilskudd til kompetansesentrene og ved videreføring av regionsprosjektet i utvalgte kommuner
- Godkjenning av sprøyterom i Oslo
- Videreføring av kvalitetsstrategi for rusfeltet
- Iverksett deler av Regjeringens handlingsplan mot pengespillproblemer
- Igangsatt evaluering av rusreformen
- Utarbeidet ny veileder om internkontroll etter alkoholloven for salgs- og sjenke-steder
- Avholdt seminarer for kommunene om endringer og forvaltning av alkoholloven i samarbeid med Fylkesmannen (i ni fylker)
- Bistått i Norges arbeid i.f.t. alkohol i WHO
- Videreført arbeidet med å kunnskaps-basere forebyggende arbeid med skolen som arena
- Revidert brosjyre om amming og graviditet
- Fått utarbeidet rapport om alkohol og graviditet
- Etablert et elektronisk register for alle bevillingshavere
- Støtte til rustelefonen og dopingtelefonen

For mer info se www.shdir.no

ALKOHOLLOVEN BLE ENDRET I 2005

Den 1. juli 2005 trådte det i kraft en rekke endringer i alkoholloven og alkohollovens forskrifter.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet har de siste årene mottatt en rekke innspill og synspunkter fra kommuner, frivillige organisasjoner og næringsdrivende på hvordan lovverket fungerer i praksis. Videre ble NOU 2003:4 *Forskning på rusfeltet* lagt frem våren 2003. Høsten samme år ble en stor internasjonal kunnskapsoppsummering «Alcohol: no ordinary commodity» gitt ut.

Begge disse publikasjonene har bidratt betydelig til økt kunnskap om den dokumenterbare effekten av de ulike alkoholpolitiske virkemidlene. Forholdet til EØS-avtalen har også krevd en ny vurdering av enkelte bestemmelser i alkoholloven.

Samlet sett har dette gitt grunnlag for en generell gjennomgang av alkoholloven, for å sikre at den fortsatt fungerer som et effektivt alkoholpolitisk redskap.

Eksempler på endringer

Det er innført et nytt system for inndeling av alkoholholdig drikk. Regelverkets inndeling av alkoholholdig drikk i typene øl, vin og brennevin er endret til en inndeling som baserer seg på alkoholinnhold (målt i volumprosent).

Kommunen har fått større frihet til å organisere sitt alkoholpolitiske arbeid mer effektivt, på bakgrunn av lokale forhold. En rekke endringer knyttet til

kommunal styring, saksbehandling og kontroll er derfor innført. Det er blant annet innført et nytt krav om internkontroll for alle salgs- og skjenkesteder. Direktoratet har utgitt en veileder IS-1337 om internkontroll, som finnes på våre nettsider www.shdir.no/ publikasjoner.

Bevillingsordningen for import og engrossalg av alkoholholdig drikk er erstattet av en registreringsordning i regi av toll- og avgiftsmyndighetene. Bevillingsordningen for tilvirkning videreføres.

Loven er videre endret slik at det nå er åpnet for avgiftsfritt salg av alkoholholdig drikk ved ankomst til norske flyplasser fra utlandet.

Sosial- og helsedirektoratet har opprettet et sentralt register over alle som har bevilling etter alkoholloven, samt alle grossister. Registeret er tilgjengelig på våre nettsider www.shdir.no/bevillingsregisteret.

I tillegg er alkoholreklameforbudets rekkevidde presisert i alkoholforskriften. Direktoratet hadde fire klagesaker vedrørende alkoholreklame til behandling i Markedsrådet i 2005, og fikk medhold i samtlige. Informasjon om sakene finnes på www.markedsradet.no.

Direktoratet har avholdt fylkesvise seminarer for kommunene om endringene i regelverket.

Oppdatert utgave av alkoholloven og -forskriften finnes på www.lovdata.no.

EN BEDRE BEHANDLING OG REHABILITERING AV RUSMIDDELBRUKERE

Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) ga i mai 2005 Helse- og omsorgsdepartementet anbefalinger om hvordan Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) bør utformes i fremtiden.

SHdir anbefaler at LAR:

- Integreres organisatorisk i helseforetakene, i den spesialiserte tverrfaglige behandlingen av rusmiddel-misbrukere.
- Alminneliggjøres faglig som del av det generelle tiltaksapparatet for rusmiddel-misbrukere.
- Reguleres gjennom samme lovgivning som annen spesialisert tverrfaglig rusmiddelbehandling.

Basert på evalueringer og forskning

Bakgrunnen for anbefalingene er to foreliggende evalueringer av LAR som ble ferdigstilt i desember 2004. Det var første gang det ble foretatt en nasjonal evaluering av LAR.

Evalueringene støtter seg til internasjonal forskning om substitusjonsbehandling. Den viser at LAR har reddet mange liv, samtidig som LAR har gitt mange rusmiddel-misbrukere en bedre tilværelse. I mange tilfeller har rehabiliteringsmål blitt nådd. Når det gjelder videre rehabilitering er resultatene mer blandet, blant annet på grunn av ressursproblemer i sosialtjenesten.

Et av de klareste forskningsfunnene er at LAR kan bidra til å redusere

antall overdosedødsfall. I forhold til den totale dødeligheten blant ubehandlede heroinbrukere, gir LAR en reduksjon av dødeligheten med 50 prosent eller mer. Ingen andre behandlingsformer har denne effekten.

Nasjonale retningslinjer

Sosial- og helsedirektoratet foreslo i sine anbefalinger at det skulle utarbeides nasjonale faglige retningslinjer for behandling med LAR og annen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddel-misbrukere.

I Statsbudsjettet høsten 2005 fikk direktoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å sette i gang arbeidet. SHdir har valgt å begynne dette omfattende arbeidet med å utarbeide en retningslinje for «Medikamentell behandling og rehabilitering av opiatavhengige».

Kvalitetsforbedring

Ut fra de erfaringene som høstes i arbeidet med disse retningslinjene, vil direktoratet gradvis utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for all behandling av rusproblemer på spesialistnivå, i tråd med oppdraget fra departementet. Dette arbeidet er en del av den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten for rusmiddel-misbrukere 2005–2015.

ALKOHOLKAMPANJEN «TØR Å SETTE GRENSER»

Høsten 2005 gjennomførte Sosial- og helsedirektoratet alkohol-kampanjen «Tør å sette grenser».

De langsiktige målsetningene for SHdirs kampanjearbeid på alkohol-feltet er:

- økt kunnskap om effektive virkemidler for å begrense alkoholskader
- økt bevissthet om alkoholskader
- økt bevissthet om foreldres betydning som rollemodeller og grensetter

Tema for årets kampanje var foreldres betydning for unges alkoholforbruk, både som rollemodeller og som grensetter.

Kampanjen omfattet mediearbeid, en TV-film, en radiospot, nettsiden www.settegrenser.no og et diskusjonsopplegg som ble utviklet for bruk i foreldresammenhenger på skoler og frivillige arenaer.

Kampanjen ga mye medieomtale, og i tillegg til kampanjetemaet var det stort fokus på ungdoms alkoholvaner og alkoholrelaterte skader i ungdomsgruppen.

Kampanjen ble evaluert av MMI. I følge MMI viser resultatene at holdningskampanjen fra Sosial- og Helsedirektoratets har maktet å skjerpe ungdomsskoleforeldres holdninger til ungdom og alkohol:

- Foreldre har skjerpet sine aldersgrenser mht ungdom og alkohol
- Det er en nedgang i troen på at «hjemmeservering» av alkohol til egne barn øker barnas evne til å omgås alkohol på en naturlig måte
- Langt flere foreldre mener nå at foreldre kan begrense barnas alkoholforbruk ved å nekte dem å drikke alkohol
- Troen på at foreldrenes informasjon eller formaning til barna kan påvirke barna til å drikke mindre alkohol (helt enig) øker

SHdir har samarbeidet med en rekke frivillige og statlige aktører i utviklingen av denne kampanjen. Ettersom kampanjen retter seg mot foreldre, var Foreldreutvalget for grunnskolen en viktig dialogpartner. Vi hadde også kontakt og møter med Kirken og Human-Etisk Forbund. En rekke av de frivillige organisasjonene på rusfeltet var viktige samarbeidspartnere gjennom hele prosessen. I forbindelse med diskusjonsopplegget har SHdir en avtale med Politidirektoratet og Barne-, ungdoms- og familieetaten om at lokale politikamre og familievernskontorer kan stille på foreldremøter som innledere. Bruken av diskusjonsopplegget vil bli nærmere kartlagt i løpet av våren 2006.

Legemidler og medisinsk utstyr

NY FORSKRIFT OM MEDISINSK UTSTYR

Justis- og politidepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte 15. desember 2005 ny forskrift om medisinsk utstyr.

Formålet med forskriften er å sikre at medisinsk utstyr ikke medfører fare for pasienter, brukere og eventuelt andre personers sikkerhet i forbindelse med produksjon, konstruksjon, omsetning og bruk av slikt utstyr. Forskriften gjennomfører de krav som følger av Norges forpliktelser etter EØS-avtalen.

Forskriften retter seg mot enhver som produserer, markedsfører eller omsetter utstyr for bruk i Norge eller annen EØS-stat, tekniske kontrollorgan og de som i sin virksomhet eier eller bruker medisinsk utstyr.

Krav om norsk språk

Det vil nå være et krav om at visse opplysninger om det medisinske utstyret må være på norsk, uavhengig av hvem som skal benytte det. Dette for å sikre trygg og korrekt bruk. Forskriften inneholder overgangsregler for utstyr som er plassert på markedet uten norsk språk.

Utstysregister

Enhver med forretningsadresse i Norge som produserer og markeds-

fører medisinsk utstyr i eget navn, eller som setter sammen utstyr som er CE-merket* (jmf. § 5–8), har plikt til å registrere seg i et offentlig utstysregister. Registreringen skal fra og med 1. januar 2006 foretas i Sosial- og helsedirektoratets og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskapsutstysregister. Registeret driftes av Sosial- og helsedirektoratet.

Den registreringspliktige er til enhver tid ansvarlig for at den informasjon Utstysregisteret inneholder er oppdatert.

Lenke til forskriften, retningslinjer og Utstysregisteret finnes på: www.shdir.no

** CE-merking (CE = Communauté Européenne) er det synlige bevis på at et produkt oppfyller sikkerhetskravene som er fastsatt i ett eller flere av ny metode-direktivene.*

Dette betyr av CE-merking er myndighetspålagt og det tilsier at produktet ikke skal være til skade for menneskers sikkerhet og helse eller for miljøet.

Andre aktiviteter

- Ny database for registrering av svikt og uhell
- Produsenter av selvtestingsutstyr (IVD) kartlagt

For mer info se www.shdir.no

Kvalitetsutvikling i helse- og sosialsektoren

FLERE KVALITETSINDIKATORER I 2005

I september 2003 publiserte Sosial- og helsedirektoratet for første gang resultater for de nasjonale kvalitetsindikatorerne for spesialisthelsetjenesten. Ved utgangen av 2005 er det publisert indikatorer på til sammen 16 områder.

Ti av indikatorene er innen somatikk og seks innen psykisk helsevern. Resultatene publiseres på institusjonsnivå på nettstedet for Fritt sykehusvalg, www.sykehusvalg.no.

Kvalitetsindikatorerne skal, sammen med informasjon om ventetider, være et nyttig verktøy for pasienter som vil benytte seg av retten til fritt sykehusvalg. Kvalitetsmålene vil bidra til at pasientene kan gjøre mer kvalifiserte valg av sykehus. Samtidig vil de også være et bidrag i arbeidet med kvalitetsutviklingen i den enkelte institusjon, og de gir viktig styringsinformasjon til ledelsen ved sykehusene og i de regionale helseforetakene.

Flere indikatorer i 2006

Sosial- og helsedirektoratet skal videreføre og videreutvikle systemet med nasjonale indikatorer innenfor spesialisthelsetjenesten i 2006. Målet er å få flere indikatorer som fokuserer på resultat av behandling. Flere områder av helsetjenesten skal omfattes, herunder helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere.

Pleie- og omsorgstjenesten

I 2005 ble det etablert system for å måle kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene ved bruk av indikatorer. Fem kvalitetsindikatorer ble utprøvd og publisert i 2005 på nettstedet www.bedrekommune.no.

Kvalitetsindikatorerne er utarbeidet i samarbeid mellom Kommunenes Sentralforbund, SHdir, utvalgte kommuner og relevante fagmiljø. Til nå er det brukt data som kommunene allerede registrerer i KOSTRA. Etter hvert vil det utvikles flere indikatorer som bruker data fra IPLOS.

REGISTRE SKAL GI BEDRE PASIENTBEHANDLING

Det er et helsepolitisk mål at det skal etableres medisinske kvalitetsregistre innenfor alle viktige medisinske fagområder. Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) har ansvar for å sikre nasjonal samordning ved etablering av nye og videreføring av etablerte registre.

I tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2005 ble

SHdir bedt om å:

- Utarbeide status for eksisterende kvalitetsregistre
- Utarbeide en helhetlig strategiplan med forslag til prioritering av eksisterende og planlagte registre
- Utarbeide utkast til forskrift som kan gi hjemmelsgrunnlag for samtykkebaserte registre

- Utarbeide forslag til felles løsninger for registrene, for eksempel tekniske

Sosial- og helsedirektoratet valgte å organisere oppgaveløsningene i ett prosjekt, kalt *Kvalitetsregisterprosjektet 2005*. Resultatet av prosjektet er samlet i en rapport som blir overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet i starten av 2006.

Rundt 60 kvalitetsregistre

Sosial- og helsedirektoratet har i dag kjennskap til ca. 60 medisinske kvalitetsregistre av varierende standard i Norge. Eksempler på kjente, vel-drevne registre er:

- Nasjonalt register for leddproteser
- Sentralregisteret for hjertekirurgi

- Pacemakerregisteret
- Norsk karkirurgisk register

Hvorfor kvalitetsregistre?

I medisinske kvalitetsregistre samles, ordnes og analyseres opplysninger om undersøkelse og behandling av ulike pasientgrupper. Hovedmålet med disse registrene er kvalitets-sikring og kvalitetsforbedring av de helsetjenester som ytes.

Medisinske kvalitetsregistre har over år vokst frem i spesialisthelsetjenesten som et viktig verktøy for fagmiljøet for kvalitetsforbedring av pasientbehandlingen og for å sikre at tjenestene er trygge og virkningsfulle.

involvere brukerne og gi dem innflytelse. De skal være samordnet og preget av kontinuitet. Det er også et mål at tjenestene utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Den helhetlige strategien er utviklet med utgangspunkt i en erkjennelse av at det foregår mye godt kvalitetsarbeid i sektoren allerede. Mye er bra, men vi ønsker å bidra til at det blir enda bedre. Tjenestene må kontinuerlig utvikles og forbedres, samfunnet

og behovene er i konstant endring og det er fortsatt systemer og tjenester som ikke fungerer som de burde.

Det videre arbeidet med strategien består i å utvikle konkrete tiltak innenfor hvert av innsatsområdene. Dette skal gjøres i arbeidsgrupper sammensatt av representanter fra ulike fagmiljøer, brukere, yrkesorganisasjoner og sentrale/regionale sosial- og helsemyndigheter. Arbeidsgruppene er nå nedsatt og har vedtatt et mandat.

BEDRE SOSIAL- OG HELSETJENESTER

«...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015)».

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med fagmiljøene utviklet en strategi for å styrke det systematiske kvalitetsarbeidet i norske sosial- og helsetjenester. Med denne strategien har SHdir trukket opp noen hovedlinjer for arbeidet med kvalitetsforbedring i de kommende årene. Strategien er overordnet og skal være en fellesnevner for utviklingen i sosial- og helsetjenesten. Det er ledere og utøvere i helse- og sosialsektoren som skal drive det videre arbeidet.

Strategien bærer navnet «... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015)». Den er i løpet av dette året konkretisert gjennom forslag til handlingsplaner på fem innsatsområder; styrke brukeren, styrke utøveren, forbedre ledelse og organisasjon, styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene og måle kvalitet i tjenestene. Strategien har vært ute på høring og fått bred tilslutning fra fagmiljøene.

Målet med strategien og handlingsplanene er tjenester som er virkningsfulle, trygge og sikre. Tjenestene skal

Andre aktiviteter

- For å forankre kvalitetsstrategien ble det høsten 2005 arrangert en konferanse for 460 deltakere fra RHF'ene, HF'ene, kommunehelsetjenesten, sosialtjenesten, utdanningssystemet og forskningsmiljøene. Deltakerne ble invitert til å bidra til å utforme morgendagens helse- og sosialtjenester gjennom konkrete innspill til arbeidsgruppene som skal jobbe videre med strategien. Konferansen skal gjentas årlig.
- I 2005 er det videreført og igangsatt arbeid med 30 retningslinjer og veiledere.

For mer info se www.shdir.no

Prioritering

Andre aktiviteter

- **Analyse av og tiltak for rett prioritering i kommunal helse- og omsorgstjeneste**
- **Vurdering av i hvilken grad helsetjenesten kan bidra til å forsterke eller kompensere for sosiale ulikheter i helse**
- **Verdier, virkemidler, kunnskapsgrunnlag og langsiktig satsing på tiltak innenfor rusfeltet**
- **Prioritering gjennom styring og ressursfordeling i spesialisthelsetjenesten**

For mer info se www.shdir.no

PRIORITERING

I tildelingsbrevet for 2005 til Sosial- og helsedirektoratet heter det at direktoratet skal prioritere tiltak som fremmer riktig prioritering i helsetjenesten og utjevner regionale forskjeller i praktisering av pasientrettigheter, og fokusere på tiltak som utvikler prioriteringsforskriften til et praktisk verktøy.

For å oppnå dette bes direktoratet blant annet etablere og lede et 2-årig samarbeidsprosjekt med de regionale helseforetakene. Målsetningen er en helhetlig strategi som kan gi større sikkerhet for at spesialisthelsetjenesten driver sin virksomhet i samsvar med gjeldende normer for prioritering, og at det innenfor rammen av strategien identifiseres tiltak som kan bidra til riktigere prioriteringer. Direktoratet laget i 2005 en rapport basert på data fra SINTEF HELSE for å identifisere systematiske forskjeller i tildeling av nødvendig helsehjelp og ventetid på behandling. Kartleggingen viser variasjoner mellom helseforetakene, innad i helseforetak og mellom ulike diagnosegrupper, aldersgrupper og kjønn. Disse forskjellene skal det utvikles tiltak for å harmonisere.

Helse Øst startet et samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet i 2004 med sikte på å kartlegge og videreutvikle arbeidet med prioritering og fristfastsettelse i spesialisthelsetjenesten.

Det er i 2005 startet opp en utvidelse av dette arbeidet til å omfatte alle landets regionale helseforetak. Prosjektet i Helse Øst kan betraktes som et pilotprosjekt. Erfaringene viser at det er mulig å engasjere dem som sitter med ansvaret på ulike nivåer. Det er en viktig arbeidsmetode å bringe disse personene sammen for å få en felles forståelse og oppnå størst mulig enighet. Mange viktige problemstillinger er identifisert. Rollene er til dels uavklarte mellom de ulike aktørene.

For å gjøre prioriteringsverktøyene til et bedre rammeverk, kreves en nøye planlagt og gjennomført prosess over tid. Disse prosessene må ha en sikker forankring i ledelsen på alle aktuelle nivå. Et viktig spørsmål er hvordan kommunehelsetjenesten og brukersynspunkter kan tas hensyn til i arbeidet med prioritering i spesialisthelsetjenesten.

Direktoratet har sekretariatsfunksjon for Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten. Prioritering i kommunehelsetjenesten ble i 2005 tatt opp som en ny og viktig utfordring som videreføres i 2006. En viktig sak for rådet i 2005 var spørsmålet om hvordan man prioriterer i forhold til innføring av ny og kostnadskreven teknologi.

FLERE FORBEREDELSE PÅ Å HÅNDTERE EN PANDEMI

Høsten 2005 kom fugleinfluensaviruset til Europa. Norske helsemyndigheter har fulgt nøye med på situasjonen. Man forbereder seg på en situasjon hvor viruset skifter egenskaper og begynner å smitte mellom mennesker.

Hvis det skulle skje, står Norge godt rustet når det gjelder medisinsk beredskap. I 2005 ble Sosial- og helsedirektoratets medisinske beredskapslager utvidet, og lageret av influensamedisinen Tamiflu økte fra 200 000 til 1,4 millioner behandlingskurer.

I 2005 undertegnet også Nasjonalt folkehelseinstitutt, på vegne av norske helsemyndigheter, en kontrakt med vaksineprodusenten Solvay Pharmaceuticals om leveranse av influensavaksine i tilfelle en pandemisituasjon.

Avtalen er en form for forsikringsavtale, der Folkehelseinstituttet betaler en årlig premie for å være prioritert ved leveranse av influensavaksine. Hvis WHO skulle erklære at vi står overfor en pandemisituasjon, vil Solvay starte vaksineproduksjon med utgangspunkt i det aktuelle influensaviruset. Avtalen med norske myndigheter omfatter fire millioner doser vaksine.

Norge har siden 2001 hatt en egen beredskapsplan mot pandemier. Planen har vært under revisjon i 2005 for å tilpasse den siste utviklingen og WHO's reviderte planverk, som kom våren 2005.

I november 2005 deltok Norge i en stor EU-øvelse på håndtering av en eventuell pandemi. Det er også blitt øvd på nasjonale beredskapstiltak.

BEDRE FORBEREDT VED KRISER OG ULYKKER

Brannvesenet, politiet og helsevesenet skal få et felles digitalt nødnett. Dermed kan nødetatene snakke sammen i et lukket samband blant annet ved større ulykker.

Ved krisesituasjoner som brann, ulykker, sykdom og kriminalitet, tas det for gitt at de tre nødetatene brann, politi og helse har et godt samarbeid internt og seg imellom. Dette forutsetter gode kommunikasjonssystemer, deriblant godt radiosamband.

De tre nødetatene har i dag separate analoge radiosamband over hele landet. Systemene er basert på gammel teknologi og er ikke avlyttings-sikre. Mulighet for å kommunisere

på tvers av etatene eller geografiske områder er begrenset. Dette var bakgrunnen for at Stortinget i desember 2004 vedtok å bygge ut et felles digitalt nødnett.

Det første utbyggingsområdet omfatter Østfold, Oslo, Akershus og søndre del av Buskerud. Første område skal være utbygget innen utgangen av 2006. Intensjonen er et landsdekkende nødnett innen 2009.

Viktig for helsetjenesten

Helsetjenesten, både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, er definert som kjernebrukere av nød-

nettet. SHdir ivaretar helsemyndighetenes oppgaver ved utbyggingen av et felles digitalt nødnett. Direktoratet har samarbeidet med Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) i dette prosjektet.

STORT UTBRUDD AV LEGIONELLA

I mai 2005 var det et større utbrudd av legionella i Østfold. Ti personer mistet livet.

Legionellautbruddet skapte betydelig frykt, fordi man lenge ikke visste hva som var smitekilden. Basert på tidligere erfaringer trodde man at smitten kom fra et kjøletårn, men det viste seg etter hvert at kilden var et skrubberanlegg ved en større fabrikk i Sarpsborg.

Legionella er en sykdom som forårsakes av legionellabakterier i biofilm (et belegg av biologisk materiale). Legionella kan forekomme alle steder der det er vann med passende temperatur (25–40°C) og tilgang på næringsstoffer. Det viktigste forebyggings tiltaket er godt vedlikehold og gode rutiner for rengjøring av aktuelle anlegg som avgir aerosoler (vanndråper som svever i luft).

SHdir gir forskrifter

Det er gitt egne forskrifter som pålegger de som er ansvarlige for innretninger som kan spre legionella å sørge for slikt vedlikehold. Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) forvalter disse forskriftene. Disse kan lastes ned fra SHdir sitt nettsted: www.shdir.no

Den 27. mai 2005 kom direktoratet med en midlertidig forskrift om tiltak for å hindre overføring av smittestoffer fra kjøleanlegg med kjøletårn eller lignende innretning. Da det viste seg at smitekilden i Østfold ikke å var et kjø-

I 2005 nådde nødnettprosjektet en viktig milepæl. De første tekniske og finansielle evalueringsrapporter ble ferdigstilt den 15. desember.

Les mer på nødnettprosjektets hjemmeside: www.nodnett.no

letårn, men en luftskrubber, var det nødvendig å lage en ny forskrift som omfattet alle innretninger som kunne tenkes å spre legionella via aerosol.

Denne kom 12. juli 2005 og pålegger virksomhetsansvarlige å gjennomføre tiltak i forhold til innretninger som kan spre legionellainfisert aerosol til omgivelsene, utendørs eller innendørs. Pliktene omfatter meldeplikt, kontroll av driften, rengjøringsprosedyrer, samt eventuell stans av driften dersom denne ikke er tilfredsstillende.

Unntak for dusjanlegg og veksthus

Utover høsten 2005 ble det nødvendig å gjøre visse unntak for dusjanlegg og veksthusgartnerier fordi disse innretningene ikke kunne fortsatt sin virksomhet dersom kravene til meldeplikt, rengjøring og desinfeksjon skulle opprettholdes. Helse- og omsorgsdepartementet startet samtidig arbeidet med utvikling av et permanent lovverk som blant annet skal bidra til å forebygge legionella-infeksjoner. Dette arbeidet ventes avsluttet i februar 2006.

Andre aktiviteter

- **Sivil-militært samarbeid**
- **Flodbølge-katastrofen i Sør/Øst-Asia – oppfølging av støttegruppen**
- **Pandemi-øvelse**
- **Barents rescue**

For mer info se www.shdir.no

IT-strategi og dokumentasjon



NYTT VERKTØY SKAL GI BEDRE MULIGHET TIL Å STYRE HELSETILBUDET LANDET RUNDT

Et nytt verktøy innføres for å gi bedre dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og de statlige helsemyndigheter. IPLOS er betegnelsen på det sentrale helseregisteret som skal gi oss bedre nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren.

Forkortelsen IPLOS står for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Statistikken er basert på individopp-

lysninger om søkere og tjenestemottakere av de kommunale pleie og omsorgstjenester. Av personvern hensyn skal informasjonen ikke være identifiserbar.

På tampen av fjoråret hadde 424 kommuner, hvorav 14 bydeler i Oslo innført eller var i gang med innføring av IPLOS.

SHdir har overordnet ansvar for inn-

føring og drift av IPLOS. Kommunene har ansvar for innføring og drift lokalt.

Alle kommuner i Norge har utnevnt en eller flere IPLOS-kontaktpersoner samt flere instruktører.

Kontaktpersonene i kommunen er et bindeledd mellom IPLOS-prosjektet og kommunen. De skal sørge for fremdrift i kommunen og rapporterer til prosjektet sentralt. Kontaktpersonene

IT-strategi og dokumentasjon

skal bidra til utvikling av og veilede i spørsmål om IPLOS, delta på kommunale arenaer hvor IPLOS benyttes i tillegg til å samarbeide med instruktørene. Instruktørene har ansvar for å gi opplæring i IPLOS til medarbeidere i egen kommune.

Mer om IPLOS på: www.shdir.no

VELLYKKET E-HELSE KONFERANSE I TROMSØ

Aldri før har så mange EU-ministere innen IT og helse møtt opp på den årlige e-helse konferansen som i 2005 ble avholdt i Tromsø. Konferansen ble arrangert i tett samarbeid med Nasjonalt senter for telemedisin.

Elleve europeiske ministre og mer enn 500 delegater fra 37 land bidro til at denne konferansen ble en suksess.

Årlig begivenhet

De siste tre årene er det blitt arrangert egne minsterkonferanser om e-helse. Overordnet målsetning med konferansene er å synliggjøre hvordan e-helse kan bidra til kvalitetsøkning og effektivisering av helsetjenester overfor helsemyndighetene. Under den første konferansen i Brussel i 2003, ble «Ministerial Declaration on eHealth» presentert og i dag har samtlige EU-land sluttet seg til deklarasjonen.

E-helse – et satsingsområde

E-helse er et stort satsingsområde i Europa, og for EU har IKT og helse vært et sentralt forskningsområde siden 1988. Telemedisin, elektroniske

pasientjournaler og helsekort er noen sentrale aktiviteter innen e-helse.

Norge ligger langt fremme på flere av disse områdene, blant annet står Nasjonalt Senter for Telemedisin i Tromsø bak flere banebrytende prosjekter. Det var ingen tilfeldighet at Norge ble forespurt om å holde den tredje, årlige e-helse-konferansen.

Folkehelse på programmet

Folkehelse var for første gang hovedtema for en e-helse-konferanse. Programmet ble til i tett samarbeid med EU-direktoratene DG SANCO og DG INFSO. Luxemburg hadde på den tiden presidentskapet i EU og var også tett på prosessen. Tre utfordringer stod sentralt:

- Hvordan understøtte økt mobilitet både innenfor og mellom landegrensene
- Hvordan bedre helseinformasjon og bidra til mer tilgjengelige tjenester for publikum
- Hvordan sikre tilgang til og kvalitet på behandling, pasientsikkerhet og produktivitet

Personell

Andre aktiviteter

- **Arbeidsmiljøet i pleie- og omsorgstjenesten**
- **Godkjenning av utøverorganisasjonene innen alternativ behandling i forbindelse med registerordning**
- **Nye retningslinjer for turnustjenesten til fysioterapeuter**
- **Veilederordning for turnusleger**
- **Statistikk for helse- og sosialpersonell**
- **Tilrettelegging av videreutdanning for hygienesykepleiere**
- **Desentralisert sykepleierutdanning**
- **Kurs i nasjonale fag for sykepleiere og sykepleiere fra land utenfor EØS-området**
- **Videreutdanning av helse- og sosialpersonell med yrkesutdanning fra videregående opplæring**
- **Program for utvikling av kliniske stiger**
- **Prosjekter for kompetanseoverføring mellom 1. og 2. linjetjenester**
- **Motvirke økende geografiske forskjeller av kvalifisert personell**
- **Tannhelse:**
 - spesialist- og videreutdanning av tannleger
 - videreutdanning av tannpleiere
 - kompetanseheving i folkehelsearbeid
 - kvalifikasjonskurs for tannleger fra land utenfor EØS
 - rekrutteringstiltak i samarbeid med AETAT
 - utvikling og drift av regionale odontologiske kompetansesentra
 - vikarordning for tannleger
- **Oppfølging av regelverket vedrørende godkjenning av helsepersonell**
- **Oppfølging av EØS-avtalen og Nordisk overenskomst vedrørende gjensidig godkjenning av helsepersonell.**
- **Forslag til ny og revidert forskrift om spesialistutdanning av helsepersonell**
- **Sekretariatsfunksjon for Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling**
- **Sekretariatsfunksjon for Rådet for spesialistutdanning av tannleger**

For mer info se www.shdir.no

UNDERVISNINGSSYKEHJEM

Undervisningssykehjemsprosjektet startet under «Nasjonalt geriatriprogram». Det ble videreutviklet som et fireårig prosjekt i 1998. Prosjektet skulle etablere avtaler om samarbeid mellom sykehjem, høyskoler og universitet. Samarbeidet hadde som formål å utvikle sykehjem til å bli arenaer for forskning og undervisning av studentene og styrke kompetansehevingen i pleie- og omsorgstjenesten.

Ordningen med undervisningssykehjemmene ble etablert som et permanent tiltak fra 1. januar 2004. Statlige bidrag finansieres fortsatt over Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell 2003–2006. Undervisningssykehjemmene bidrar til økt kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten ved å drive forskning, fagutvikling og kompetanseheving gjennom prosjekter forankret i sykehjemmet og samarbeid med sykehjem i andre kommuner.

Det er nå seks undervisningssykehjem som mottar statlig støtte etter at Agder er innlemmet med undervisningssykehjem i region sør. Det siste året er det innlemmet flere sykehjem som skal bli undervisningssykehjem under det regionale hovedundervisningssykehjemmet «paraply». Det er etablert avtaler med andre samarbeidsaktører i helse-tjenesten, og det er initiert et samarbeid mellom undervisningssykehjem og lokale sykehjem på viktige områder. Det er etablert gode samarbeidsrelasjoner med Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten, høyskoler og universiteter i landet. Undervisningssykehjemmene og Sosial- og helsedirektoratet sørger for at erfaringer fra prosjektene blir spredt og er lett tilgjengelige for alle kommuner. Dette vil ivaretas bedre i fremtiden, blant annet gjennom Undervisningssykehjemmenes nettside.

Av pågående og avsluttede forsknings- og utviklingsprosjekter ved undervisningssykehjemmene, kan nevnes:

- Pleie, omsorg- og behandling til sykehjemspasienten i livets slutfase
- Inkontinensprosjekt – Fysisk funksjon og daglig aktivitet for beboere med urininkontinens
- Pårørendeprojekt – Samarbeid med pårørende
- Intermediæravdeling
- Smerte og smertebehandling hos demente
- Hørsel – gode rutiner og oppfølging av sykehjemspasienter med nedsatt hørsel
- Munn- og tannprosjekt – Tenner for livet
- Reminisens og minneaktivitet
- Utvikling av standarder for bedre ernæringstilstand og måltid i sykehjem
- Rehabilitering og ettervern

Kompetanseutvikling for personell i spesialisthelsetjenesten

Innenfor tiltaket ble det i 2001 igangsatt et kompetansehevingsprogram for sykepleiere på prematuravdelinger som arbeider med for tidlig fødte barn. Det var vanskelig å rekruttere til stillinger, og faglig utvikling/oppdatering av personalets kompetanse ble ikke ivaretatt. Tiltaket har vært svært vellykket ved at det i landets helseregioner er gjennomført modulbaserte kompetanseprogram som er evaluert. I praksis har det vært god søkning til stillinger av godt kvalifisert personell og bibehold av personell. Tiltaket videreføres i 2005/2006 som en pilot med en «Videreutdanning i nyfødtdmedisin» på ett år ved Lovisenberg Diakonale høyskole og skal evalueres etter gjennomføringen.

FLERE VIL TIL OMSORGSYRKENE

Norge trenger 35 000 flere hjelpepleiere og omsorgsarbeidere innen 2025. Likevel har søkningen til hjelpepleierutdanningen sunket jevnt og trutt det siste tiåret. Men nå ser det ut til at trenden har snudd.

To år på rad har det vært en sterk økning i søkertallet til hjelpepleieryrket. I 2005 var økningen på rundt 16 prosent, og i 2004 på 12 prosent. Dette er trolig et resultat av økte studentkull, men også en indikasjon på at fagområdet blir mer populært. En av årsakene kan være en rekrutteringskampanje som Sosial- og helsedirektoratet står bak.

Kampanjen er del av Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell 2003–2006. Målsettingen med planen er å styrke rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og sosialtjenesten, med særlig vekt på pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.

Rekruttering

Det er særlig hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som det er stort behov for. De som starter utdanningen i 2006 vil få yrkestittelen helsearbeidere. Et hovedmål er å øke den årlige veksten i personell med fagutdanning på videregående nivå til 4500 personer per år.

Med tanke på den voksende andelen av eldre i befolkningen, er det viktig å motivere unge til å velge denne yrkesretningen. En annen løsning på

utfordringen, er å oppfordre kommuner til å utdanne sitt personale uten helse- og sosialfaglig bakgrunn til hjelpepleier eller omsorgsarbeidernivå. På landsbasis er det 35 prosent av personalet i pleie- og omsorgsyrkene som er uten helsefaglig bakgrunn.

Avlive myter

Rekrutteringskampanjen skal rekruttere ungdom ved å gi et realistisk bilde av utdanningen og yrket. Den avliver myter og viser frem mulighetene som yrket gir. Videre er målet å bidra til å bygge yrkes stolthet og å fremheve nytten av å være faglært. Tiltakene i kampanjen er nyhetsbrev fra grunnkurs helse- og sosialfag, nettstedet www.helseogsosialfag.no, et magasin for 10. klassinger og fylkespatroljen.

Lekkasje og tiltak

Selv om tilgangen på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere øker, øker ikke årsverkene tilsvarende. Mange går ikke inn i yrket, og mange blir ikke så lenge. Av de om lag 2500 som søkte hjelpepleier- og omsorgsutdanning i 1999/2000, finner vi om lag 44 prosent igjen i yrket i 2003. Og av de 2 850 som tok utdanningen som privatist ellers praksiskandidat i 2002, var rundt 88 prosent i yrket året etter. Sentrale temaer for å motivere personalet til å bli i tjenesten kan være arbeidsmiljøtiltak og reduksjon av deltid i helse- og sosialsektoren.

GLOBALT PERSPEKTIV

Internasjonale og globale rammebetingelser som økonomisk utvikling, demokrati, likestilling, fred og sikkerhet, miljø og handel er avgjørende for utviklingen av sosial trygghet og god helse. Samtidig er sosiale rettigheter og god helse avgjørende for økonomisk utvikling, fred og sikkerhet.

I stadig større grad ser vi at internasjonalt samarbeid er avgjørende for nasjonal politikk innenfor sosial- og helsesektoren. Dette er spesielt tydelig i forhold til EU-direktiver med direkte innflytelse på norsk regelverk. Verdens handelsorganisasjon (WTO) fremforhandler avtaler som er bindende for medlemslandene. Verdens helseorganisasjon (WHO) og andre FN-organer bidrar til avtaler, regler og konvensjoner, samt resolusjoner og erklæringer som er politisk og moralsk forpliktende. Internasjonal informasjonsutveksling og kunnskapsutvikling kan være avgjørende for nasjonens helse, slik vi klart kan se det i forhold til visse smittsomme sykdommer, og sykdom knyttet til livsstil.

Sosial- og helsedirektoratet

- følger sine nasjonale ansvarsområder ut i verden og har fra april 2005 hatt det nasjonale koordineringsansvaret i Norge for Verdens helseorganisasjon, WHO.
- følger opp utviklingsarbeid knyttet til nytt EU-regelverk og implementering og deltar blant annet i den nasjonale referansegruppen for EUs folkehelseprogram.
- deltar i de styrende organer i Europarådet.
- holder oversikt over og koordinerer rapportering av helse- og sosialdata til internasjonale databaser/organisasjoner og deltar i internasjonal

utvikling av statistikk på helse- og sosialpolitikken område. Dette arbeidet foregår hovedsakelig i OECD, EU og i WHO regi.

- har på flere fagområder et tett nordisk samarbeid og følger bl.a. opp aktiviteter i regi av Nordisk Ministerråd.
- bistår Helse- og omsorgsdepartementet i videreutviklingen av helse-samarbeidet i Norges nærområder. Dette gjelder den rådgivende programkomiteen for tilskudd til prosjekter under Barents helse- og sosialprogram og bistand med rådgivning knyttet til vurdering av tilskudd til prosjekter i nærområdene innenfor rammen av EUs nordlige dimensjons (EUND) og Partnerskap for helse og livskvalitet og aids-samarbeidet med Clinton Foundation.

I forståelse med UD vil Sosial- og helsedirektoratet kunne delta i vurdering av prosjekter knyttet til de nye EØS-finansieringsmekanismene.

Helse og bistand i samarbeid

Sosial- og helsedirektoratet og Norad inngikk i 2004 en samarbeidsavtale om å bringe fagkompetanse fra den sentrale helseforvaltningen inn i et samspill med det bistandsfaglige arbeidet. Rådgivningen er i hovedsak knyttet til bistandsarbeid på helse-sektoren og tilgrensede sosial områder. Dette skjer både i samarbeidsland og i bistandssamarbeid gjennom multilaterale kanaler.

Andre aktiviteter

- **Samarbeid med nærområdene (Norden og Russland)**
- **EØS-finansieringsmekanismer. Starter jobb i 2006**

For mer info se www.shdir.no

UTVIKLING AV DEN INNSATSSTYRTE FINANSIERINGEN

Sosial- og helsedirektoratet har hatt i oppdrag å utvikle de aktivitetsbaserte finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten.

Arbeidet med å utvikle nye kodeverk for laboratorier er videreført. Dette skal gi grunnlag for nye klassifikasjoner og betalingssystemer for prøver og analyser som er foretatt ved private og offentlige medisinske laboratorier.

Nytt kodeverk for integrerte systemer mellom polikliniske konsultasjoner og innleggelse i spesialisthelsetjenesten er prøvd ut. Dette skal gi et felles system for den innsatsstyrte finansieringen for begge omsorgsnivåene.

Arbeidet med å utvide ordningen for innsatsstyrt finansiering er ført videre for å kunne omfatte nye pasientgrupper innen psykiatri, rus og rehabilitering.

Ordningene skal utformes slik at de understøtter en helsefaglig god

tjeneste.

Proessen for å overføre ansvaret for forvaltning av aktivitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten fra departementet til Sosial- og helsedirektoratet ble startet. Etter dette får direktoratet et helhetlig ansvar for både kode- og klassifiseringsarbeid og forvaltning samt utvikling av aktivitetsbasert finansiering. Siktemålet er dels en tettere oppfølging, slik at eventuelle systemsvakheter i den aktivitetsbaserte finansieringen fanges opp og korrigeres så tidlig som mulig.

I utviklingsarbeidet vil direktoratet i stor grad støtte seg på de viktige kompetansemiljøene som allerede finnes, både i helseforetaksstrukturen og forskermiljøer. Arbeidet som er startet i 2005 er en viktig begynnelse på et mer langsiktig arbeid mot bedre og mer omfattende finansieringsordninger for helsetjenesten.

Helsekonsekvensutredninger

Sosial- og helsedirektoratet har arbeidet med å få integrert helse i konsekvensutredninger nasjonalt og internasjonalt. I samarbeid med Miljøverndepartementet er helsehensyn innarbeidet i veiledere til ny forskrift om konsekvensutredninger. En rapport er utarbeidet om status for å ta inn helse i samfunnsmessige konsekvensutredninger. Dessuten er det utarbeidet to forprosjekter som dreier seg om økonomisk verdsetting av liv, helse og trivsel og om hvordan fordelings effekter kan synliggjøres i konsekvensutredninger. En rapport er utarbeidet med fokus på hvordan frukt og grønnsaker i grunnskolen kan brukes som forebyggingstiltak.

Økonomi

DRIFT

Kap 0720/3720 Sosial- og helsedirektoratet
Budsjetttrammene er gitt ved tildelinger i stortingsproposisjon nr. 1, overførte midler, tilleggstildelinger i Revidert nasjonalbudsjett, endring i bevilgning/omgruppering i tillegg til disponible inntekter (alle tall i 1 000 kroner).

2005		Budsjett	Regnskap
Kap. 0720.01	Drift	420 567	443 528
Kap. 3720	Inntektskrav	-15 400	-39 198*
Kap. 0720.21	Spesielle driftsutgifter	53 893	52 371
Kap. 0720.22	Elektroniske resepter, kan overføres	30 000	4 851
	Sum	489 060	461 552

* Midlene overføres til 2006

TILSKUDDSMIDLER

Tilskuddsmidlene i 2005 har en total ramme på 6,708 milliarder kroner og kommer fra følgende departementer:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet, tilskuddsmidler	456 581
Helse- og omsorgsdepartementet, tilskuddsmidler	6 252 141

2005 TILDELINGER FRA ARBEIDS- OG INKLUDERENDEDEPARTEMENTET			
Kap.	Post	Budsjett	Regnskap
620	21	Handlingsplan mot handel med kvinner og barn	500 493
621		Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet	
	21	Spesielle driftsutgifter	71 685 68 064
	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, kan overføres	147 451 141 785
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid m.v., kan overf.	99 545 99 415
	74	Tilskudd til pensjonistenes og funksjonsh. organisasjoner	137 400 137 299
		Sum tildeling	456 581 447 056

2005 TILDELINGER FRA HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET			
Kap.	Post	Budsjett	Regnskap
702		Helse og sosialberedskap	195 800 192 468
703		Internasjonalt arbeid	2 000 2 000
719		Helsefremmende og forebyggende arbeid	49 895 50 033
724		Tilskudd til personelltiltak	242 082 241 520
726		Habilitering og rehabilitering	95 134 94 109
727		Tannhelsetjeneste	15 300 15 571
728		Forsøk og utvikling mv	68 616 67 549
729		Annen helsetjeneste	78 377 77 868
732		Forsøk og utvikling i sykehussektoren, kan overføres	700 710
742		Forpleining, kontroll, tilsyn psyk. pasienter	26 891 2 638
743		Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse	2 571 142 2 549 678
751		Apotekvesen og legemiddelfaglige tiltak	7 400 7 360
761		Tilskudd forvaltet av SHdir	2 898 804 2 891 318
		Sum tildeling	6 252 141 6 192 822

Regnskapstallene er inkludert belastningsfullmakter gitt til Fylkesmennene.

Pressemeldinger og publikasjoner 2005

Pressemeldinger

- 17.01.2005 En av fire nordmenn røyker
- 31.01.2005 Sosiale ulikheter i helse angår alle
- 02.02.2005 Nasjonal konferanse om svangerskap og fødsel
- 02.02.2005 Barnehagen en viktig folkehelsearena – høringsutkast til ny barnehagelov
- 02.02.2005 Norsk helsepersonell til Thailand
- 02.02.2005 Pressemelding fra prioriteringsrådet om syke barn
- 03.02.2005 Kommunearkene 2004 er nå tilgjengelige
- 03.02.2005 Dramatisk økning i alkoholforgiftning blant unge kvinner
- 03.02.2005 Sædgivers anonymitet oppheves
- 08.05.2005 Unge bør spise mer frukt og grønt
- 22.02.2005 Sykehusene må vise sine resultater
- 04.03.2005 Drep en kamerat, eller hell ut ulovlig sprit
- 09.03.2005 Tilråd at medisinske beredskapstiltak mot mulig influensa-pandemi trappes opp
- 31.03.2005 Rattsutvalgets innstilling – hørings svar fra SHdir
- 06.04.2005 Verdens helsedag 7. april med mor og barn
- 14.04.2005 Sniffing av lightergass er farlig
- 15.04.2005 Reiseråd
- 20.04.2005 Totalavhold gjennom hele svangerskapet
- 21.04.2005 Sunne kostvaner hos norske spedbarn, men rom for forbedringer
- 22.04.2005 Ekjord AS mister bevillingen i tre måneder
- 29.04.2005 Vedrørende begjæring om oppsettende virkning – Ekjord AS
- 05.05.2005 Norske studenters kjøp av likdeler i Ungarn
- 05.05.2005 Handlingsprogram for forebygging og behandling av beinskjørhet
- 09.05.2005 Populære informasjonstjenester for ungdom
- 12.05.2005 Ungdomskampanje om rus og rusmidler
- 19.05.2005 Kartlegging av mat og måltider i barnehager
- 31.05.2005 31 mai – Verdens røykfrie dag
- 01.06.2005 Bedre arbeidsmiljø og helse for de ansatte
- 07.06.2005 Alkoholkampanjen evaluert
- 07.06.2005 Gravide skal få færre, men bedre kontroller
- 09.06.2005 Stor rift om midlar til fysisk aktivitet og måltid i skulen
- 21.06.2005 Samarbeid Bufdir. – SHdir. 2005 36,5 millioner kroner til kommunalt arbeid med rusmiddelmissbrukere

- 08.06.2005 Mer dagkirurgi og kortere sykehusopphold
- 08.07.2005 19 000 flere barn og unge får behandling
- 08.07.2005 Pressemelding fra Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten
- 20.07.2005 Bedre behandlingstilbud for tinnitusrammede
- 10.08.2005 Unntak for dusjanlegg
- 25.08.2005 Aksjon Gå-til-skolen
- 26.08.2005 En av fire på ulike tiltak gikk over i ordinært arbeid
- 29.08.2005 Mulig for alle å påvirke morgendagens sosial- og helsetjenester
- 30.08.2005 Reiseråd Malaysia
- 12.10.2005 Individuell plan: Ny veileder med brukerbrosjyre og plakat
- 14.10.2005 Magasin om helse- og sosialfag i Se og Hør
- 19.10.2005 Konferanse om osteoporose og ulykker i nærmiljø
- 24.10.2005 Hva mener brukerne i samordningsforsøket?
- 26.10.2005 Fokus på grensesetjing i ny alkoholkampanje
- 28.10.2005 Pandemikomiteén drøftet fugleinfluensasituasjonen
- 02.11.2005 Arbeidet med elektroniske resepter er i gang
- 16.11.2005 Mye bra ved mattilbudet i barnehager
- 16.11.2005 Aktive tiltak mot barnefattigdom 2005
- 16.11.2006 Personellsituasjonen i helse- og sosialsektoren
- 22.11.2005 Lav kjennskap til anbefalinga om 30 minutt fysisk aktivitet
- 28.11.2005 Nytt verktøy for bedre psykisk helse
- 30.11.2005 Rogaland sterkere på psykisk helse
- 02.02.2005 Vi drikker mindre brus
- 02.02.2005 For dårlig tilbud til personer med demens i norske kommuner
- 02.12.2005 Designkonkurransen – Kle opp kondomet
- 05.12.2005 Vil hindre utstøting av mennesker med psykiske lidelser fra arbeidslivet
- 07.12.2005 Utviklingstrekk for somatikk og psykisk helsevern
- 09.12.2005 Alkoholkampanjen har satt i gang foreldrediskusjon
- 12.12.2005 Foreldre mener de kan påvirke ungdommen til å drikke mindre
- 12.12.2005 Norske toåringar har i hovedsak et sunt og variert kosthold
- 22.12.2005 Lavterskeltiltak gir bedre helse og livskvalitet

Veiledere og Faglige retningslinjer

- IS-1234 Program for opplæring av personell uten formell fagutdanning i pleie- og omsorgssektoren
- IS-1244 Diagnostikk og behandling av hyperkinetisk forstyrrelse ADHD
- IS-1253 Individuell plan 2005
- IS-1255 Veileder for apotekansatte i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- IS-1310 Ledelinjer i gategrunn
- IS-1331 Tilgjengelighet til valg

- IS-1332 Veileder i psykisk helsearbeid for voksne
- IS-1337 Intern kontroll etter alkoholloven
- IS-1322 Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd

Rapporter

- IS-1236 Smarthus for yngre
- IS-1237 Evaluering av samordningsforsøkene mellom Aetat, Sosialtjenesten og Trygdeetaten
- IS-1238 Psykososiale tjenester ved katastrofer. Hvilke tiltak viser positiv effekt?
- IS-1240 Statens seniorråds høring om boligpolitikk
- IS-1248 Spedkost 12 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant spedbarn i Norge
- IS-1251 Førerrett og helse
- IS-1252 Samspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren
- IS-1254 Fysisk aktivitetsnivå i Norge 2003
- IS-1256 Utvikling og utprøving av fysisk form hos barn 4–12 år
- IS-1259 Et sunt kosthold for god helse – forslag til strategisk plan for 2005–2009
- IS-1260 Styringshjulet 2005 (Finnmark, Troms, Nordland)
- IS-1261 Styringshjulet 2005 (N-Trlag, S-Tr-lag Møre og Romsdal)
- IS-1262 Styringshjulet 2005 (Sogn og Fjordane, Hordaland, Rogaland)
- IS-1263 Styringshjulet 2005 (V-Agder, A-Agder, Telemark, Vestfold)
- IS-1264 Styringshjulet 2005 (Buskerud, Oppland, Hedmark)
- IS-1265 Styringshjulet 2005 (Oslo, Akershus, Østfold)
- IS-1275 1 år med røykfri servering. Hvordan har det gått?
- IS-1279 Rehabiliteringstilbudet til mennesker med alvorlig hjerneskade
- IS-1280 Forebygging av skader og ulykker, en strategiplan for sektorover-gripende samarbeid
- IS-1281 Frukt og grønnsaker i skolen, beregning av samfunnsøkonomisk lønnsomhet
- IS-1282 Sosioøkonomiske ulikheter i helse
- IS-1283 Tilbud til personer med Huntington sykdom
- IS-1284 Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret?
- IS-1286 De harde fakta – sosiale forhold av betydning for helsen
- IS-1287 Status for det tobakkskadeforebyggende arbeidet per 2004
- IS-1289 Kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmis brukere
- IS-1290 En sjelden historie. Kortversjon
- IS-1291 Blodtransfusjonstjenesten i Norge
- IS-1294 Evaluering av finansieringssystemet for poliklinisk radiologi

- IS-1295 Universell utforming og tilgjengelighet – politikk og lovgivning i inn- og utland
- IS-1296 Evaluering av Peto-tilbudet ved universitetssykehuset Nord-Norge – seksjon for barnehabilitering
- IS-1299 Kosthold blant 2-åringer
- IS-1304 Forskning på sosiale ulikheter i Norge
- IS-1308 Publikasjonsoversikt Deltasenteret
- IS-1309 Statistikk om helsepersonellens arbeidstid, lønn og inntekt
- IS-1315 Plan for brukermedvirkning
- IS-1320 Et nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemmede
- IS-1324 Mat og måltider i barnehagen – en spørreundersøkelse blant styrere og pedagogiske ledere
- IS-1325 Utviklingen av norsk kosthold
- IS-1326 Utviklingen i norsk kosthold. Matforsyningstall og Forbruksundersøkelser
- IS-1327 Når matinntaket blir for lite. Forslag til strukturelle tiltak for forebygging og behandling av underernæring
- IS-1329 Partnerskap for folkehelse i Norge – Statusrapport til partnerskaps-konferansen 6. og 7. desember 2005
- IS-1330 Samspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren gjennomføringsplan 2006
- IS-1333 Tannhelse-data for tre- og femåringer.
- IS-1334 Kartlegging av tann- og munnhelse hos sykehjembeboere
- IS-1338 Evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet, januar 2006
 Postadresse: Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
 Besøksadresse: Universitetsgaten 2, Oslo
 Telefon: 24 16 30 00
 Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet
 v/ Trykksaksekspedisjonen
 e-post: trykksak@shdir.no
 Telefon: 24 16 33 68
 Telefaks: 24 16 33 69
 Ved bestilling oppgi bestillingsnummer: IS-

Tekst:
 Foto: Nicolas Turrenc og Photodisc
 Grafisk design: Aase Bie
 Trykk: LoboMedia



Årsmelding 2005

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 nettsversjon på www.shdir.no/omdirektoratet

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