

Innleiing

For dei aller fleste er Noreg eit godt land å bu i. Det store fleirtalet i den norske befolkninga har i dag gode levekår og god helse. Samtidig blir norsk helseteneste internasjonalt rangert blant dei beste helsetenestene i verda.


Likevel står styresmaktene overfor store utfordringar i åra som kjem. Vi kan bli betre innanfor folkehelse og levekår, i utviklinga av helse- og sosialtenestene, i samarbeidet med andre sektorar og i kontakten med publikum og brukarane.

I året som gjekk, har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidd Strategisk plan 2007–2010. Den viser korleis direktoratet ønskjer å møte utfordringane i og overfor sosial- og helsesektoren i Noreg dei nærmaste åra. Dei overordna måla våre er å betre kvaliteten i sosial- og helse-tenesta, redusere forskjellane i helse og levekår, fremme faktorar som gir god helse i befolkninga, og betre grunnlaget for sosial inkludering for alle.

Parallelt med utarbeidinga av Strategisk plan har Sosial- og helsedirektoratet frå 1. juli 2006 gjennomført ei omorganisering. Direktoratet er no organisert rundt dei fem verksemdsområda våre: folkehelse, levekår, sosial tenester, primærhelsetenester og spesialisthelsetenester. I tillegg har vi prioritert desse arbeidsområda: psykisk helse, rus, helseøkonomi og finansiering. Vi har innført divisjonar, og dei store avdelingane har vorte mindre. Desse endringane meiner vi er med på å skape ein meir tilgjengeleg og tydelegare organisasjon, og dei gjer at det blir lagt betre til rette for å arbeide koordinert og strategisk, til beste for både medarbeidarar og samarbeidspartnarar.

Årsmeldinga for 2006 tek utgangspunkt i verksemdsområda våre, slik dei er definerte i Strategisk plan. Under kvart område vil du finne eksempel på hovudaktivitetar som skal hjelpe oss til å nå måla våre, og som samtidig illustrerer mangfaldet i det store ansvarsområdet til direktoratet.

God lesing.

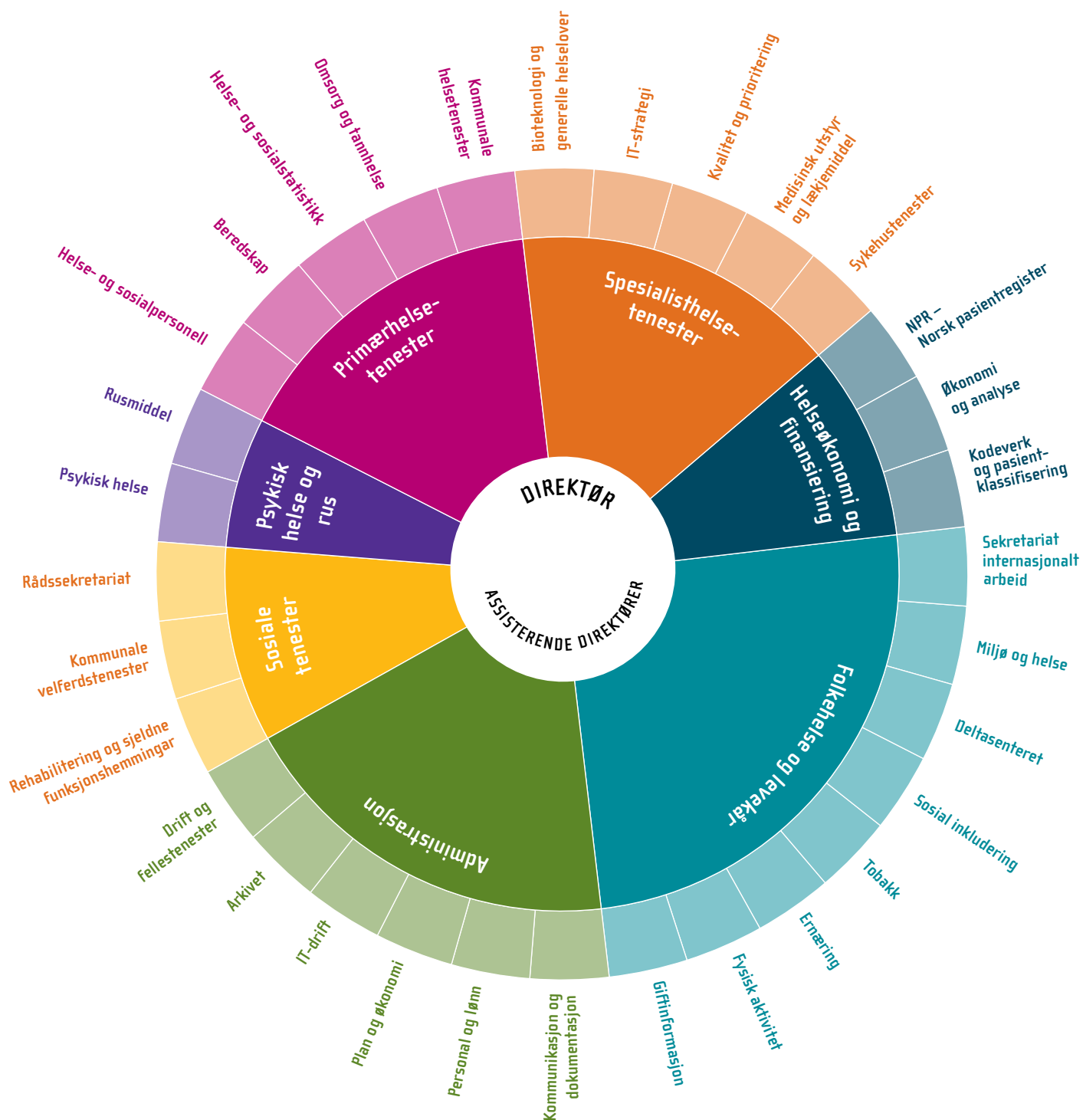


direktør Bjørn Inge Larsen

Innhald

Organisasjonskart	3
Visjon og verdier	4
Overordna mål	5
Folkehelse	6
Eit lyft for folkehelsa.....	6
Satsar meir på førebygging i skulen	7
Betre planlegging kan gi betre helse	8
Eit breitt internasjonalt engasjement.....	10
Levekår	12
Langt frå full deltaking for alle	12
Universell utforming skaper interesse	13
Eit breiare perspektiv på fattigdomsproblem	15
Sosiale tenester	17
Kva gir effekt i sosialkontortenesta?.....	17
Meir kunnskap om langtidsmottakarar av sosial stønad	18
Satsar sterkare på koordinerande einingar	20
Jakta på gode løysingar	21
Fleire døvblinde enn tidlegare medrekna.....	22
Primærhelsetenester	24
Kunnskap om kjønnslemlesting nyttar.....	24
Ein plan for betre demensomsorg	25
Tal som tel i kommunane	27
Vellykka rekrutteringsplan	28
Ny versjon av pandemiplanen.....	29
Spesialisthelsetenester	30
Banebrytande arbeid innanfor informasjonssikkerheit	30
Nasjonale strategier for kvalitetsforbetring	31
Sikker kommunikasjon når sekunda tel	31
Psykisk helse og rus	33
Betre tenester innanfor psykisk helse	33
Mange barn trengar betre oppfølging.....	35
Retningslinjer for lækjemiddelassistert rehabilitering.....	34
Nye rettleiarar på rusområdet	35
Helseøkonomi og finansiering	37
Ny driftsorganisasjon rundt ISF-ordninga	37
Nye pasientklassifikasjonar	38
Helserefusjonar blir flytte	38
Administrasjon	39
Økonomi	39
Pressemeldinger og publikasjonar.....	40

Organisasjonskart



Visjon og verdier

Visjonen til Sosial- og helsedirektoratet er: Sosial tryggleik og god helse for heile befolkninga. Visjonen samsvarer med overordna mål for utforminga av helse- og sosialpolitikken i Noreg, og gir motivasjon til å ta tak i utfordringane på både sosial- og helseområdet.

Sosial- og helsedirektoratet si verksemd skal vere prega av:

Fagleg styrke

Arbeidet er kunnskapsbasert og støttar seg på god fagleg utøving av skjønn.

Openheit

Arbeidet er prega av tydelegheit, opne prosessar og god kommunikasjon.

Samarbeid

Arbeidet inneber heilskapleg tenking, tverrfaglegheit og dialog.

Effektivitet

Arbeidet er prega av pragmatikk, målretta arbeid og god ressursutnytting.

Engasjement

Arbeidet er prega av interesse, inspirasjon og idealisme.

Overordna mål

Kvaliteten i arbeidet til direktoratet, både på området folkehelse og i sosial- og helsetenesta, blir synleggjort i møtet mellom brukar og utøvar, mellom direktorat og befolkning. Der vil arbeidet til sjuande og sist bli prøvd og målt. Sosial- og helsedirektoratet sitt arbeid overfor befolkninga, tenestene og samarbeidspartnarar er basert på denne tankegangen.

Sosial- og helsedirektoratet har fire overordna mål:

Betre kvaliteten i sosial og helsetenesta

Dette betyr systematisk arbeid for at tenestene skal vere verknadsfulle, trygge og sikre, involvere brukarar og gi dei innverknad, vere samordna og prega av kontinuitet, utnytte ressursane på ein god måte, og ta i bruk den beste tilgjengelege kunnskapen. Riktig prioritering av tenester og pasientar er ein grunnleggjande føresetnad for ei god samla helseteneste.

Redusere forskjellane i helse og levekår

Dette betyr systematisk arbeid for å bidra til betre fordeling av helse og levekår i befolkninga. Spesiell merksemd må rettast mot sosial ulikskap, situasjonen til personar med funksjonsnedsetjingar og geografiske forskjellar. Dette inneber også å arbeide for at tenestene skal vere tilgjengelege for alle og rettferdig fordelte.

Fremme faktorar som gir god helse i befolkninga

Dette betyr systematisk helsefremmande og sjukdomsførebyggjande arbeid på prioriterte folkehelseområde

Betre grunnlaget for sosial inkludering for alle

Dette betyr systematisk arbeid for å fremme likestilling, tilgjenge og deltaking for alle i samfunnet, og det kan ein oppnå gjennom universell utforming, nødvendig inntektssikring og rehabilitering for auka arbeidsdeltaking.

Folkehelse

Folkehelsearbeidet er den samla innsatsen for å påverke det som fremmar og held ved like helsa til befolkninga. Målet er fleire leveår med god helse i befolkninga som heilskap og reduserte helseforskjellar mellom sosiale lag, etniske grupper, kvinner og menn. Folkehelsearbeid blir kjenneteikna av at det ofte krev innsats på tvers av sektorar og forvaltningsnivå, gjennom strukturelle og befolkningsretta tiltak.

I det følgande vil du finne eksempel på sentrale aktivitetar på feltet i 2006.

Eit lyft for folkehelse

I 2006 gjennomførte Sosial- og helsedirektoratet to kampanjar som skal gi folkehelse eit lyft. Kampanjen «1-2-30» skal motivere folk til å røre meir på seg. Målsetjingane for kampanjen «Røyken tek pusten frå deg» var å bidra til at fleire ønskte å slutte å røykje, og å auke folks kunnskap om kols.

«Røyken tek pusten frå deg»

var ein del av ein langsiktig og heilskapleg strategi, og den fjerde nasjonale tobakkskampanjen sidan 2003. Det var første gong Sosial- og helsedirektoratet brukte personlege vitnesbyrd i ein stor massemediekampanje i Noreg. Kampanjefilmene viste tre personar med sjukdommen kols (kronisk obstruktiv lungesykdom) som stod fram med sine sterke personlege historier. Kampanjen skulle vise korleis røykjerelaterte sjukdommar kan føre til dårleg livskvalitet.

Fleire slutta å røykje

Kampanjen vart evaluert av Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) på oppdrag frå Sosial- og helsedirektoratet. Resultata viser m.a. at kampanjen vekte stor interesse, folks kunnskap om kols auka, og det var ein auke i prosentdelen som slutta å røykje i løpet av kampanjeperioden. Kampanjebodskapen vart oppfatta som opplysende, truverdig, overbevisande og fryktvekkjande, men utan å provosere.

1-2-30

Å få befolkninga i meir aktivitet er eit stort lyft som krev mykje samordning for myndigheiter, planleggjarar, fylkeskommunar, kommunar og frivillige organisasjonar. Åtte departement har derfor gått saman om ein handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009) – «Saman for fysisk aktivitet». Denne inneheld 108 tiltak, mellom anna ein femårig kommunikasjonsstrategi kalla «Betre helse på 1-2-30». Sosial- og helsedirektoratet har fått ansvaret for å gjennomføre strategien.

I januar opna helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad ein nasjonal konferanse som representerte

startskotet for handlingsplanen og informasjonsstrategien. I løpet av 2006 har direktoratet gitt støtte til sju konferansar rundt om i landet for å gjere handlingsplanen kjend. Ein nettstad for 1-2-30 er på lufta. Målsetjinga er å styrkje folks kunnskap om kor viktig det er å vere i fysisk aktivitet, og kor lite som skal til for å oppnå positive helseeffektar. For vaksne blir det tilrådd å vere i moderat aktivitet minst 30 minutt kvar dag. For barn gjeld minimum 60 minutt fysisk aktivitet per dag, av både moderat og høg intensivitet.

Satsar meir på førebygging i skulen

Skulen er sannsynlegvis den viktigaste arenaen for helsefremmande og førebyggjande arbeid blant barn og unge. I 2006 har Sosial- og helsedirektoratet satsa meir på førebyggjande arbeid i skulen.

Direktoratet sette i 2005 i gang eit prosjekt som skal bidra til å vidareutvikle grunn- og vidaregåande skular som levekårs- og folkehelsearena. Prosjektet skal samordne SHdirs interne arbeid med folkehelse i skulen. Dette skal skje i nært samarbeid med Utdanningsdirektoratet. I 2006 vart dette arbeidet vidareført på fleire område.

Fysisk aktivitet og måltider i skulen

Barn og ungdom aukar i vekt, dei har eit høgt sukkerinntak, dei et for lite frukt og grønnsaker, hoppar ofte over skulemåltidet og er for lite i aktivitet. Dette er bekymringsverdig.

Utdannings- og forskingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har frå 2004 til og med 2006 løyvd til saman 18 millionar kroner til det nasjonale prosjektet Fysisk aktivitet og måltider i skulen, med tilrettelegging for dagleg fysisk aktivitet og gode rammer for skulemåltidet.

Sosial- og helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet har i samarbeid stått for gjennomføringa av prosjektet. Målet har vore å kome fram til gode modellar for å leggje til rette for fysisk aktivitet og måltider, og på lengre sikt å spreie dei gode modellane til alle skular i landet. «Ein sunn elev er ein glad elev er ein lærevillig elev» er slagordet.

Ei anna målsetjing har vore å skape breitt engasjement og aktivitet i skulane på området. Skulane har kunna søkje om midlar for å delta i satsinga. Totalt har ca. 350 grunnskular og 18 vidaregåande skular teke del i prosjektet. Prosjektet starta skuleåret 2004–2005, og blir formelt avslutta våren 2007. Arbeidet skal vidareførast ut over prosjektperioden.

Tiltak baserte på kunnskap

Førebyggjande og helsefremmande tiltak i skulen skal vere kunnskapsbaserte. Dessverre viser det seg at fleire av dei tiltaka som i dag blir tilbydde i norske skular, i større grad er baserte på gode intensjonar enn på fagleg og empirisk forankring.

Hausten 2006 vart ein rapport om førebyggjande innsatsar i skulen lagd fram. Denne gir ein gjennomgang av dei mange ulike skuleprogramma som norske skular bruker for å redusere og førebyggje problemåtferd og vidareutvikle læringsmiljøet.

Fire forskargrupper som er oppnemnde av Sosial- og helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet, vurderte 29 ulike program innanfor problemåtferd, sosial kompetanse og rusmiddelførebyggjande arbeid i skulen. Konklusjonen var at det er store variasjonar i den faglege kvaliteten på desse programma.

Den faglege gjennomgangen forskargruppene har gjort, gir ei rettleiing om kva for tiltak og program som er kunnskapsbaserte og gir resultat. Denne gjennomgangen vil danne eit viktig grunnlag for det vidare arbeidet skular og myndigheiter skal gjere når det gjeld førebyggjande innsatsar i opplæringa.

FRI

Eit av dei programma som vart vurderte som effektivt, var det tobakksførebyggjande undervisningsprogrammet VER røykFRI. Hausten 2006 reviderte Sosial- og helsedirektoratet programmet i samarbeid med Utdanningsdirektoratet. Programmet heiter no FRI og blir brukt av over 60 prosent av elevane i ungdomsskulen.

FRI er eit undervisningsprogram som strekkjer seg over tre år. Det er utvikla i tråd med læreplanverket Kunnskapslyftet (LK06). Det handlar om å halde seg fri frå tobakk, men også om mykje meir: sosial og digital kompetanse, godt klassemiljø, bevisstgjerung av eigne val, vere fri og sjølvstendig. Arbeidsmetodane i FRI kan også brukast på andre område enn tobakk.

Programmet tilbyr femårlege leksjonar som er tilpassa lærar og elev i ein travel skulekvardag. Undervisningsmateriellet består av ein perm med tilhøyrande DVD og nettstaden www.fristedet.no.

Det er òg viktig å engasjere føresette, skulehelseteneste og andre i det tobakksførebyggjande arbeidet. Ei utfordring framover er derfor å byggje opp eit FRI-nettverk som kan bidra til at fleire skular bruker FRI på ein god måte

Betre planlegging kan gi betre helse

For mange innbyggjarar vil tilgjenget til utemiljøet og bygningar ha nær samanheng med god helse. Folkehelsearbeidet bør derfor knytast direkte til samfunns- og arealplanlegginga i fylke og kommunar. Denne problemstillinga blir teken opp i eit nytt prosjekt, «Helse i plan».

Det er ei utfordring for helsesektoren å ta i bruk plan- og bygningslova som planleggingsverktøy i folkehelsearbeidet. Samtidig er det ei utfordring for Miljøverndepartementet å utvikle plan- og bygningslova til å bli eit eigna verktøy for helsesektoren.

Dette er utgangspunktet for prosjektet «Helse i plan» som starta opp i 2006, og som skal gå over ein femårsperiode.

Prosjektet skal:

- Styrkje folkehelsa ved å forankre ulike folkehelseiltak, kommunalt og regionalt, gjennom å bruke plan- og bygningslova som verktøy
- utvikle og leggje til rette for oppbygging av plan- og prosesskompetanse i helsesektoren

Prosjektet er eit samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Miljøverndepartementet (MD) og er forankra i Sosial- og helsedirektoratet. Det kjem som ei direkte oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge (Folkehelsemeldinga).

Mange forsøkskommunar

Åtte fylke og vel 30 kommunar skal samarbeide om å prøve ut og forankre folkehelseiltak i kommuneplanen. Eit samarbeidsforum mellom fylkeskommune og fylkesmann er etablert. Dette skal byggje opp regional kompetanse som skal vere utgangspunkt for implementering av erfaringane.

Utdanningstilbod

Fleire høgskular skal samarbeide, med sikte på å lage utdanningstilbod for å styrkje plan- og prosesskompetansen i helsesektoren.

To høgskular (Høgskolen i Bodø og Høgskolen i Vestfold) vil alt frå våren 2007 tilby kurs på høvesvis 30 studiepoeng og 15 studiepoeng om plan- og prosesskompetanse i masterutdanningane sine om folkehelsearbeid. Frå hausten 2007 vil Universitetet for miljø- og biovitenskap (UMB) i samarbeid med Høgskolen i Oslo tilby ein master i folkehelsevitenskap. Der vil plankompetanse inngå som modul.

Kva for oppgåver er viktigast?

I utprøvingarbeidet står kommunane overfor ei rekkje sentrale utfordringar og problemstillingar, mellom anna: Kva for folkehelse tema/-oppgåver er viktigast i kommunen? Er det fysisk aktivitet, universell utforming, ernæring, tryggleiksskapande arbeid, ulikskapar i helse, helse i konsekvensutgreiingar? Korleis og i kva plantypar (samfunnsdelen av kommuneplan, temaplanar eller kommuneplanens areal) kan folkehelse tema/-oppgåver forankrast? Fleire kommunar er no godt i gang med dette arbeidet.

Kommunane må også ta stilling til kor realistisk det er å jobbe med fleire tema samtidig. Er det behov for å prioritere tema/iltak i kommunen? Ein viktig reiskap for kommunane i dette arbeidet er den nye nettportalen: www.shdir.no/kommunehelseprofiler som gir rask og enkel tilgang på nyttig statistikk om folkehelse i kommunane.

Eit breitt internasjonalt engasjement

Helse blir eit stadig viktigare tema globalt, og Noreg har høge ambisjonar og ønskjer å vere ein aktiv deltakar. Sosial- og helsedirektoratet hadde eit breitt internasjonalt engasjement i 2006.

Verdshelseorganisasjonen (WHO) spelar ei sentral rolle når det gjeld utviklingsarbeid innanfor helseområdet. Det var derfor gledeleg at direktør i SHdir, Bjørn-Inge Larsen, vart vald inn i styret (Standing Committee) til WHO's regionalkomité for Europa (WHO-EURO) i 2006. Larsen stilte som nordisk kandidat til styrevervet. Han vart vald inn etter valkamp og votering i regionalkomiteen.

Bjørn-Inge Larsen har følgjande tema på prioriteringslista for dette vervet: FNs tusenårs mål nr. 4 om nedkjemping av barnedøyingstala, helsesystem, migrasjon av helsepersonell, ulikskap og helse, kamp mot ikkje-smittsame sjukdommar, og patentrettar og helse. (www.who.int)

Tre store møte i WHO

Direktoratet organiserer det tverrgåande WHO-arbeidet med vekt på Noregs deltaking i dei styrande organa. Arbeidet er organisert som avgrensa prosjekt for kvart av dei tre store møta: WHO's styremøte i januar, Verda si helseforsamling i mai, og møtet i WHO's regionalkomité for Europa i september.

«Commission on Social Determinants of Health» vart oppretta av WHO i mars 2005. I løpet av 2006 deltok direktoratet på to møte i ei av undergruppene som ser på korleis helsetenester bidreg til, eller kan kompensere for skeivfordeling av sosiale determinantar for helse. Arbeidet skal avsluttast i første halvdel av 2007. (www.who.int/social_determinants)

EØS-finansieringsordningane

Noreg bidreg med 200 millionar euro per år til dei nye medlemslanda i EU. Rundt halvparten av midlane går til Polen. Helse er eit av dei prioriterte områda og utgjer ca. 10 prosent av midlane. Det er eit politisk ønske at ordningane skal vere med på å byggje langvarige relasjonar mellom Noreg og dei nye medlemslanda.

Direktoratet arrangerte i april ein sektorkonferanse om helse i Warszawa. Konferansen var retta mot helseinstitusjonar i Estland, Latvia, Litauen, Polen, Tsjekkia og Ungarn. (Les meir: www.eeagrants.org)

Barents helseprogram

Direktoratet sit i programkomiteen for Barents helseprogram, som er leidd av Helse- og omsorgsdepartementet. SHdir leier styringskomiteen for «The Barents HIV/AIDS Programme».

Utvikling

Direktoratet tek del i ulike utviklingsfaglege prosessar med relevans for helse- og sosialsektoren. Gjennom ei rammeavtale med Norad bidreg direktoratet til å bringe norsk fagkompetanse innanfor helse- og sosialområdet inn i norsk bistand. I 2006 dekte avtalen bidrag frå SHdir, Helsetilsynet, Kunnskapssenteret, Lækjemiddelverket og Folkehelseinstituttet. SHdir er Norads administrative kontaktpunkt. (www.norad.no)

Norads fattigdomskonferanse 2006

Direktoratet deltok i planlegginga av Fattigdomskonferansen og bidrog spesielt til temaet helsepersonell og kapasitetsbygging. Bjørn-Inge Larsen heldt innlegg om kva Noreg kan gjere i forhold til helsepersonellkrisa i utviklingsland. Innlegget la vekt på behovet for å «rydde i eige hus» og samtidig bidra internasjonalt. (Les meir: www.norad.no/default.asp?V_ITEM_ID=4630)

FNs tusenårsmål nr. 4

Som eit tiltak for å oppnå FNs tusenårsmål nr. 4 om nedkjemping av barnedøyingstala har statsministeren starta Tusenårsmål 4-programmet, eit samarbeidstiltak mellom statsministerens kontor, Utanriksdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og Norad. Hovudmålet for prosjektet er å finne nye måtar å kome gjennom «flaskehalsar» i vaksinasjonsprogramma, for dermed å kunne redusere barnedøyingstalet. Direktoratet sit i styret for dette initiativet.

(Les meir: www.un.org/millenniumgoals/ og www.norad.no/default.asp?V_ITEM_ID=3806)

Levekår

Levekårsarbeid er å bidra til betre fordeling av levekår i befolkninga og å leggje til rette for sosial tryggleik og gode levekår med særleg vekt på svaktstilte grupper. Som ein del av denne hovudtilnærminga skal direktoratet vere med på å førebyggje og hjelpe personar ut av fattigdom og sosial eksklusjon.

Levekårsarbeidet skal også medverke til at personar med nedsett funksjonsevne kan delta fullt ut i samfunnet, og bidra til å motverke sosiale forskjellar i helse.

I det følgande vil du finne eksempel på sentrale aktivitetar på feltet i 2006.

Langt frå full deltaking for alle

Det er framleis langt fram før personar med nedsett funksjonsevne er likestilte med andre i samfunnet. På dei fleste samfunnsområde er det framleis stor avstand mellom politiske mål om full deltaking og likestilling og det som skjer i det verkelege livet.

Dette var ein av konklusjonane då Manneråkutvalet presenterte utgreiinga «Fra bruker til borger» (NOU 2001: 22) i 2001. Og slik lydde også konklusjonen då rapporten «Full deltakelse for alle? Utviklingstrekk 2001–2006» vart lagd fram i oktober 2006.

Bak denne uavhengige oppfølginga av utgreiinga til Manneråkutvalet står Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt dokumentasjonssenter for personar med nedsett funksjonsevne. Representantar for åtte fagmiljø har vurdert tilstanden innanfor arbeidslivet, økonomiske levekår, transport, kultur og fritid, tilgjenge til byggverk og uteområde, opplæring og utdanning, bustad og IKT. Tidlegare medlemmer av Manneråkutvalet har gjennomført ei vurdering / ein analyse av korleis situasjonen er, fem år etter at dei la fram NOU 2001:22.

Dyster beskriving

Rapporten gir ei nokså dyster beskriving av utviklinga dei siste fem åra når det gjeld samfunns-situasjonen for funksjonshemma. Han viser at samfunnsskapt og haldningsmessige barrierar framleis eksisterer, og at nye er skapte i femårsperioden.

Dette er nokre av konklusjonane:

- Prosentdelen av funksjonshemma i arbeid har ikkje auka frå 2001 til 2006. Halvparten er deltidstilsette. Dette trass i at det er sett i verk ei rekkje nye tiltak, m.a. IA-avtalen.
- Personar med nedsett funksjonsevne har om lag 75 prosent av inntekta til befolkninga generelt. Ein manglar kunnskap om meirutgifter på grunn av funksjonsnedsetjinga, men også om økonomiske levekår generelt.

- Overføringer og skattlegging bidreg til ei viss inntektsutjamning. Etter skatt har personar med nedsett funksjonsevne vel 80 prosent av gjennomsnittleg inntekt i befolkninga.
- Berre sju prosent av den norske bustadmassen er fullt tilgjengeleg for rullestolbrukarar. 190 personar under 50 år bur framleis på sjukeheimar.
- Tilgjenget til utemiljø, bygg og anlegg aukar, men det er framleis svikt i kvaliteten, også i nye bygg og anlegg.
- Auka merksemd om tilgjenge til transport. Det er noko betring, men langt igjen.
- Sjølvbetening, der brukar samhandlar med maskin utan assistanse, er i aukande grad teken i bruk. Det blir stadig valt løysingar som ekskluderer funksjonshemma. Alternative serviceformer blir meir og meir borte.
- Offentlege nettstader har vorte meir tilgjengelege, mens nettstader generelt har store manglar i forhold til krav og standardar for tilgjenge.
- På opplærings- og utdanningsområdet har det ikkje skjedd mykje som har endra situasjonen for barn og unge med nedsett funksjonsevne, trass i ein uttala inkluderingsideologi.

Nye lover og ombod

Nasjonalt og internasjonalt har det i perioden vore auka vektlegging av menneskerettar og den rolla personar med nedsett funksjonsevne har som borgarar. Fleire land tek antidiskrimineringslovverk i bruk. Det er ei auka erkjenning av at manglande tilgjenge handlar om diskriminering. Arbeids- og inkluderingsministeren har varsla at han vil leggje fram ei diskriminerings- og tilgjengelov som også skal omfatte transport og IKT, og at krav om universelt utforma bygg og anlegg skal innarbeidast i plan- og bygningslova.

1. januar 2006 vart Likestillings- og diskrimineringsombodet etablert, og i 2005 fekk vi Nasjonalt dokumentasjonssenter for personar med nedsett funksjonsevne.

Saman kan dette innebere at fleire av dei systemretta mekanismane som Manneråkutvalet føreslo i sin strategi i 2001 for å lukke gapet mellom mål og røyndom, kjem på plass.

Universell utforming skaper interesse

Interessa for, og kunnskapen om universell utforming auka mykje i 2006. Universell utforming betyr utforming av produkt, omgivnader og tenester på ein slik måte at alle kan bruke dei i så stor utstrekning som råd, ut frå eigne føresetnader.

Deltasenteret i Sosial- og helsedirektoratet er statens kompetansesenter for deltaking og tilgjenge for menneske med nedsett funksjonsevne. Senteret arbeider for å betre tilgjenget innanfor mange samfunnsområde, og spreie kunnskap om universell utforming. Senteret gir råd med utgangspunkt i forskings- og utviklingsarbeid.

Lover i endring

Ei generell antidiskrimineringslov er varsla i løpet av 2007. Skjerpa juridiske krav krev kunnskap om korleis ein kan ta vare på mangfaldet i befolkninga.

Universell utforming er på veg inn i lovverket innanfor sektorar som IKT, planlegging og transport. Deltasenteret samarbeider med departementa om korleis universell utforming kan konkretiserast innanfor ulike fagområde.

Ny forskrift til konsekvensutgreiing etter plan- og bygningslova vart innført 1. april 2005. Kva tilgjenge befolkninga har til bygningar, uteområde og tenester, skal utgreiast der det er aktuelt. Deltasenteret rettleier i korleis forskrifta kan følgjast opp i kommunal planlegging.

Etterspørselen etter publikasjonar frå senteret og fagleg utviklingsarbeid har vore stor i 2006.

Regjeringa sin handlingsplan

I 2006 har Deltasenteret prioritert oppfølginga av Regjeringa sin handlingsplan for auka tilgjenge for personar med nedsett funksjonsevne. Handlingsplanen har tiltak under 15 departement og vedkjem alle satsingsområda til senteret. Som ei følgje av dette har dei tilsette ved senteret delteke med foredrag på mange arrangement i regi av kommunar, fylkeskommunar og utdanningsinstitusjonar, og støtta pilotkommunane.

Universell utforming i offentleg sektor

Deltasenteret har gjennomført ein introduksjon til universell utforming for saksbehandlarar og leiarar i fleire departement. Målet er å bidra til at departementa kan ivareta sitt sektoransvar på dette området.

Endring av regelverket for offentlege innkjøp inneber at myndigheiter og andre frå og med 1. januar 2007 skal ta omsyn til universell utforming ved planlegging av innkjøp.

Deltasenteret har utarbeidd ein rettleiar om universell utforming i offentlege innkjøp. Rettleiaren skal sendast ut av Fornyings- og administrasjonsdepartementet saman med deira eige rettleiingsmateriell.

Tilgjenge-indikatorar

Samferdselsdepartementet gav i 2006 Deltasenteret i oppdrag å utarbeide eit forslag til tilgjenge-indikatorar innanfor kollektivtransport. Arbeidet vart gjennomført med fleire møte med dei underliggjande etatane til Samferdselsdepartementet, transportørar, forbrukarråd og organisasjonane til dei funksjonshemma. Resultatet er eit sett tilgjenge-indikatorar som kan brukast til å måle tilgjenget til alle ledd i reisekjeda. Indikatorane skal testast ut, og arbeidet med å utvikle og kvalitetssikre tilgjenge-indikatorar blir vidareført på nasjonalt og nordisk nivå.

Demokrati for alle

Gjennom prosjektet Funksjonshemmedes muligheter til å delta i valg og utøve sine rettigheter som folkevalgte har ein sett søkjelys på barrierane som hindrar funksjonshemma i å delta i

politisk aktivitet. Det er utarbeidd to rettleiarar og iverksett informasjonsverksemd fram mot valet i 2007.

Informasjonskampanjen Inga hindring har i første del av 2006 retta seg mot fagfolk i kommunane. Frå og med hausten 2006 og fram mot valet skal informasjonsverksemda rettast mot den politiske leiinga i kommunane, valstyre og politiske parti. Siktemålet er å betre tilgjenge til valet i 2007 og rette større merksemd mot politisk deltaking for menneske med nedsett funksjonsevne.

Eit breiare perspektiv på fattigdomsproblem

Sosial- og helsedirektoratet har i 2006 i større grad retta blikket mot sosial inkludering, ikkje berre som eit mål om å nedkjempe inntektsfattigdom, men også som mål i arbeidet med fattigdomsproblem.

Ved å bruke sosial inkludering som mål får ein sjanse til å:

- ha eit breiare perspektiv på individ og samfunn
- stille andre spørsmål om samfunnsutviklinga
- sjå på fleire dimensjonar enn inntektsfattigdom

Frivillig sektor

SHdirs arbeid med å fremme sosial inkludering går gjennom eit breitt sett av tiltak på ei rekkje sektorar. Arbeid i forhold til frivillig sektor og støtte til frivillige organisasjonar er viktig. Dette arbeidet gir auka sjansar til deltaking, mellom anna gjennom støtte og initiativ til eigenorganisering, sjølvhjelp og likemannsarbeid (aktivitetar og arbeid mellom personar i same gruppe eller situasjon).

Direktoratet gir mellom anna tilskott til aktivisering og arbeidstrening av personar med lita eller inga tilknytning til arbeidsmarknaden i regi av frivillige organisasjonar. Formålet er å prøve ut nye, ulike modellar for slik aktivisering og arbeidstrening. SHdir har iverksett ei evaluering som skal liggje føre ved årsskiftet 2007/2008. Evalueringa vil gi grunnlag for å vurdere ei permanent tilskottsordning.

Direktoratet styrkjer også samarbeidet med frivillig sektor gjennom tilskott til frivillige organisasjonar og private stiftingar som utfører arbeid for vanskelegstilte. Dessutan er det gitt direkte tilskott til sjølvhjelpsaktivitetar.

Batteriet blir vidareført

Direktoratet har initiert oppstarten av og gitt driftsstøtte til «Batteriet». Dette er eit servicekontor for frivillige organisasjonar, som mellom anna skal bidra til eigenorganisering, gi råd og støtte til

oppstart og utvikling av organisasjonar, tiltak og prosjekt på dette feltet. Dette vil auke sjansane for deltaking, sjølvhjelp og likemannsarbeid.

Batteriet har vorte evaluert, og er vurdert som svært vellykka. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har no bestemt seg for å vidareføre Batteriet, førebels ut 2010, og med ei fordobling av ressursinnsatsen. Ein sterkare landsdekkjande funksjon vil stå sentralt i denne utvidinga.

Meirutgifter i utsette grupper

Kan det vere slik at enkelte låginntektsgrupper har eit sett med nødvendige utgifter slik at dei kjem ned til eller jamvel under fattigdomsgrensa? Særleg har meirutgifter knytte til kronisk sjukdom og funksjonsnedsetjingar vorte trekte fram, slik som meirutgifter til medisinar, ulike helsetenester og tannhelse, til kommunale eigendelar og til brukarbetaling for å kunne leve eit liv som vanleg samfunnsborgar. Det har òg vorte reist spørsmål om det er ei opphoping av slike utgifter i låginntektsgruppene, og korleis dette slår ut for kronisk sjuke og personar med nedsett funksjonsevne.

SHdir har iverksett eit breitt opplagt arbeid for å skaffe betre kunnskap og dokumentasjon om denne typen meirutgifter. For utgifter til helsetenester finst det skjermingsordningar i form av eigendelstak 1 og 2. Noko tilsvarende finst ikkje for andre typar utgifter som er nemnde ovanfor.

Store variasjonar i eigendelar

SHdir har i 2006 fått kartlagt i kva omfang norske kommunar bruker eigendelar på ulike sosiale tenester – tolv til saman. Dette er tenester mange personar med nedsett funksjonsevne er avhengige av for å kunne leve eit sjølvstendig liv.

Undersøkinga viser at det er store variasjonar mellom kommunane med tanke på kva tenester dei tilbyr, om det er eigendelar på tenestene, og storleiken på eigendelen. Undersøkinga har ikkje kartlagt breidd og omfang av tenestetilbodet i kommunane.

Sosiale tenester

Arbeidet på området sosiale tenester skal bidra til økonomisk og sosial tryggleik for enkeltmennesket. Vi skal styrkje moglegheita for menneske i ein vanskeleg livssituasjon og leggje til rette for at alle kan delta. Arbeidet rettar seg mot innbyggjarar med behov for rehabilitering og sosiale tenester, innbyggjarar med funksjonsnedsetjingar og sjeldne funksjonshemmingar i alle aldersgrupper. I dette arbeidet vil direktoratet søkje kontakt og dialog med dei regjeringsoppnemnde råda for funksjonshemma og seniorar.

I det følgjande vil du finne eksempel på sentrale aktivitetar på feltet i 2006.

Kva gir effekt i sosialkontortenesta?

Sosialt arbeid i sosialtenesta er eit felt det tradisjonelt er forska lite på. Det er bakgrunnen for eit nytt prosjekt som vart starta i 2006 – Høgskole- og universitetssosialkontor (HUSK).

Gjennom statsbudsjettet for 2006 vart det avsett midlar til forsøk for å utvikle nye samarbeidsformer mellom forskning, utdanning, praksis og brukarar. Formålet er å bidra til ei styrking av kompetanse og kvalitet i sosialkontortenesta.

Forsøksperioden er frå 2006 til 2011. I 2006 inviterte SHdir høgskular og universitet med mastergradsstudium innanfor sosialt arbeid til å søkje om å delta i forsøket. Søknadene vart vurderte av ei nordisk ekspertgruppe som avla innstilling til ei styringsgruppe, og fire prosjekt frå seks miljø vart valde til å delta.

HUSK-prosjekt blir oppretta i:

Midt-Noreg: Universitetet i Trondheim og Høgskolen i Sør-Trøndelag

Stavanger: Universitetet i Stavanger

Kristiansand: Høgskolen i Agder

Oslo-regionen: Høgskolen i Oslo og Diakonhjemmets sosialhøgskole

Ved utgangen av 2006 er 20 kommuner inkludert i prosjektene.

Betre tenester

Målsetjinga med prosjektet er å utvikle eit tenesteapparat som legg til rette for inkludering, og som fremmar tenester som er verknadsfulle, trygge og sikre. Brukarane skal i stor grad involverast og få innverknad. Tenester som er baserte på beste tilgjengelege kunnskap, skal bli meir samordna og prega av kontinuitet. Ressursane skal utnyttast på ein god måte, og dei skal vere tilgjengelege og rettferdig fordelte.

Undersøkingar viser at fleire brukarar er misnøgde med ytingar og tenester frå sosialkontortene-
neste. Mykje av denne misnøya dreier seg om korleis brukarane blir møtte og følgde opp av
dei tilsette i tenesta.

Meir kunnskap i praksis

Kunnskap og kompetanse i sosialtenesta er svært kvardagsnær. Sosial- og helsedirektoratet ønskjer
at prosjektet skal resultere i ein meir kunnskapsbasert praksis, der oppdatert kunnskap er tilgjengeleg
for tenesteutøvarar og brukarar. Eit mål er at sosialtenesta skal vere i kontinuerleg utvikling.

Det strategiske målet med forsøket er:

- å fremme strukturar og arenaer for forpliktande og likeverdig samarbeid mellom sosialkontor-
teneste, forskning, utdanning og brukarar
- å styrkje praksisbasert forskning
- å styrkje kunnskap som grunnlag for praksisutøving

Det skal lagast forpliktande samarbeidsavtalar mellom universitet/høgskole og utvalde
kommunar. Desse skal gjelde i heile forsøksperioden på fem år.

Og betre skal det bli!

Overordna målsetjing for HUSK er forankra i Nasjonal strategi for kvalitetsforbetring i sosial-
og helsetenesta «og bedre skal det bli!». Prosjektet må også ta omsyn til dei organisatoriske
endringane som følgje av Ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV).

Har erfaringsgrunnlag

Forsøket nyt godt av erfaringar frå Sverige og Finland, som har gjennomført liknande forsøk
med nye samarbeidsformer mellom forskning, undervisning og praksis. I begge land har for-
søket resultert i permanente tiltak.

I Noreg er det tidlegare gjennomført eit liknande prosjekt med undervisningssjukeheimar.
Prosjektet, som varte ut 2003, er no etablert som ei fast ordning med fem senter med kvart sitt
spesialfelt og med god geografisk spreing.

Meir kunnskap om langtidsmottakarar av sosial stønad

**I løpet av 2006 har vi fått meir kunnskap om situasjonen til langtidsmottakarane av sosial
stønad og korleis dei kan knytast til arbeidsmarknaden.**

Kunnskapen dannar grunnlaget for sentrale verkemiddel i Stortingsmelding nr. 9 (2006–2007)
Arbeid, velferd og inkludering, som vart lagd fram hausten 2006.

Nærmare halvparten av sosialhjelpsmottakarane mottek stønad meir enn seks månader, viser tal frå Statistisk sentralbyrå.

Langtidsmottakarar av sosial stønad har i dei siste åra vore ei viktig målgruppe i fattigdomspolitikken. Det er sett i verk ulike tiltak for å styrkje tilknytninga deira til arbeidslivet. I den nye stortingsmeldinga frå regjeringa blir innsatsen styrkt. Her blir det føreslått å innføre ein ny kvalifiseringsstønad, som er knytt til eit eige kvalifiseringsprogram.

Mange har psykiske problem

Ein studie Høgskolen i Oslo har gjort av funksjonsevna til langtidsmottakarar i 2006, viser at desse som gruppe har svakare mental og fysisk helse og ein svekt sosial kapital. På fleire område har langtidsmottakarar svakare helse enn ein gjennomsnittleg uføretrygda. Dette gjeld spesielt psykisk helse. Heile 58 prosent av langtidsmottakarane rapporterer stor grad av psykiske plager. I overkant av ein fjerdedel seier at helseproblema er av ein slik art at det avgrensar den sosiale omgangen deira.

Studien viser vidare at svært mange rapporterer om oppvekstproblem. Det dreier seg ofte om dårleg økonomi, konflikhtar mellom foreldre, problem med å følgje med på skolen og langvarig mobbing. Mange langtidsmottakarar gir òg opp at dei har hatt eller har rusmiddelproblem.

Økonomien forsterkar problema

Funna samsvarer med andre undersøkingar av langtidsmottakarar som er gjorde tidlegare, og som peikar mot ei gruppe menneske med svekt livskvalitet. I tillegg til økonomiske problem dreier det seg om svekt sjølvaktning, tap av autonomi, store psykiske og somatiske helseproblem og innslag av rusmiddelproblematikk.

Studiane indikerer også at dårleg økonomi fører til eller forsterkar problema, og viser at ein betra og meir føreseieleg økonomisk situasjon er med på å styrkje evna til å meistre kvardagen.

Kvalifiseringsprogram

I den nye stortingsmeldinga føreslår regjeringa å innføre ein kvalifiseringsstønad som er retta mot langtidsmottakarar, og som varer inntil to år. Stønaden blir knytt til ei forplikting om tett individuell oppfølging gjennom eit tilrettelagt kvalifiseringsprogram. Kvalifiseringsprogrammet skal vere arbeidsretta og i utgangspunktet basert på fulltidsaktivitet.

Forslaget om kvalifiseringsstønad er i tråd med nyare forskning som viser at tilrettelagde tiltak med arbeid som mål har effekt overfor målgruppa.

Erfaringane må takast i bruk

Det er viktig at erfaringane frå forsøka blir brukte i innfasinga av kvalifiseringsstønaden i dei nye lokale Arbeids- og velferdskontora. Forskinga viser til at gode avklaringsprosessar, inkludering av brukarane, individuell og heilskapleg tilnærming over tid er sentrale føresetnader for å lykkast.

I denne sammenhengen er SHdirs forsøk om Tettare individuell oppfølging og Kartlegging i sosialtenesta svært relevant. Begge handlar om avklaring av arbeidsevne og relevante tilnærmingar i oppfølgingsarbeidet overfor målgruppa. På bakgrunn av desse erfaringane vil SHdir, i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet, utarbeide ei ramme for iverksetjinga av den nye kvalifiseringsstønaden.

Satsar sterkare på koordinerande einingar

I 2006 er det gjennomført ei kartlegging av koordinerande einingar i helseføretak. Arbeidet med å gi ut informasjonsmateriell med gode eksempel frå kommunar og helseføretak er starta.

Samhandling mellom tenestenivåa og koordinering er viktig for å sikre nødvendige tenester til menneske med behov for hjelp frå fleire delar av hjelpeapparatet. Derfor skal det finnast ei koordinerande eining for habiliterings- og rehabiliteringsverksemda i kommunane og i spesialisthelsetenesta.

Ei spørjeundersøking i 2006 viste at 45 prosent av helseføretaka hadde etablert ei koordinerande eining for rehabilitering, fem år etter at forskrift om habilitering og rehabilitering stilte krav om dette. Alle dei fem regionale helseføretaka hadde planar som omfatta etablering av koordinerande einingar (SKUR-rapport nr 3/2006).

Sosial- og helsedirektoratet meiner det er behov for auka satsing på etablering av koordinerande einingar for habilitering og rehabilitering i kommunar og helseføretak. Direktoratet vil bidra med eksempel på gode løysingar og følgje utviklinga vidare.

Eit felles omgrepsapparat

Utviklingsnettverket «Samsynt og framsynt», som omfattar fem kommunar og tre helseføretak, har kome med ein rapport med kjenneteikn og kriterium for god praksis for koordinerande einingar. Nettverket kjem også med tilrådingar til sentrale styresmakter, kommunar og helseføretak.

Ei av tilrådingane er å utvikle eit felles omgrepsapparat for å bidra til betre samhandling. Nettverket peikar på at omgrepet «koordinerande eining» ikkje er sjølvforklarande, og at det er behov for utvikling av felles informasjon og kompetanseutvikling for fleire delar av tenesteapparatet i kommunar og helseføretak.

Synleg og tilgjengeleg

Ei kommunal koordinerande eining for habilitering og rehabilitering skal vere synleg og tilgjengeleg. Ho skal kunne ta imot spørsmål om behov for re-/habilitering både frå enkeltbrukarar og

andre delar av tenesteapparatet. Ho skal vere eit fast kontaktpunkt overfor spesialisthelsetenesta, slik at det skal vere lett å kome i kontakt med det kommunale tenestetilbodet. Regionale helseføretak skal sørge for kontaktpunkt for tverrfagleg samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Dette for å sikre kontinuitet i det samla re-/habiliteringstilbodet for kvar enkelt brukar av tenestene. Koordinerande einingar i spesialisthelsetenesta skal ha oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionane og oversikt over og kontakt med einingane i kommunane.

Jakta på gode løysingar

I 2006 avslutta Sosial- og helsedirektoratet eit program som har starta opp jakta på gode løysingar. Målsetjinga er å finne dei gode tiltaka som kan gi barn med nedsett funksjonsevne og familiane deira eit betre tenestetilbod.

Programmet TaKT (tilrettelegging av det kommunale tenestetilbodet til barn med nedsett funksjonsevne og familiane deira) er eit resultat av Stortingsmelding nr. 40 (2002–2003) «Nedbygging av funksjonshemmende barrierer». Programmet har gått over to år.

Programmet har lagt vekt på å samle inn gode eksempel på modellar og tiltak som har vist seg å gi familiane eit betre tilbod. Deretter har ein ønskt å spreie kunnskapen. Eit opplæringsprogram som rettar seg mot saksbehandlarar og andre som samarbeider med familiane, er sett i gang.

Brukarane, det vil seie foreldre med barn med nedsett funksjonsevne, har teke del i planlegginga og gjennomføringa av programmet.

Konferansar

I 2006 er det i samarbeid med Fylkesmannen gjennomført erfaringskonferansar i alle fylke, til saman 22 (to konferansar i fylka Nordland, Troms og Møre og Romsdal). Talet på deltakarar har variert frå 40 til 150.

På konferansane har forskarar presentert studiar relaterte til kommunal tenesteyting overfor barn med nedsett funksjonsevne. Det har også vorte vist til gode eksempel, prosjekt og modellar frå kommunar og andre instansar. I tillegg har foreldre presentert sine erfaringar frå det dei meiner kjenneteiknar det gode møtet med hjelpeapparatet.

Populære opplæringsprogram

Østlandsforskning, i samarbeid med Høgskolen på Lillehammer og Senter for Livslang Læring, har fått oppdraget med å utvikle og gjennomføre opplæringsprogrammet. Etter pilotgjennomføringa i Sør-Trøndelag våren 2006 blir opplæringsprogrammet gjennomført i dei andre 18 fylka

hausten 2006 og våren 2007. Til saman blir det 54 samlingar (fire fylke vart avslutta i 2006).

Det er stor etterspørsel etter å få delta i opplæringa, og det er føreslått at opplæringsprogrammet vidareførast.

Ein ønskjer større deltaking frå brukarorganisasjonane, og frå skule og barnehage. For å oppnå koordinerte tenester og tverrfaglegheit bør ein i tillegg invitere med andre instansar utanfor kommunen, som for eksempel tilsette i Arbeids- og velferdsetaten, barnehabiliterings-tenesta og barne- og ungdomspsykiatrien.

Ein eventyrfilm

Det er produsert ein DVD til bruk i opplæringa. Prinsesse Märtha Louise introduserer filmen, som er på 35 minutt og bygd opp som eit eventyr med tittelen «Jakten på de gode løsningsene». Hovudpersonane er familien Askeladd – mor, far, Per og Pål og vesle Ester, som er funksjonshemma. Vi følgjer dei på vegen frå den første forvirrande tida på sjukehuset, gjennom møte med ulike hjelparar i det mangehovda tenesteapparatet og fram til dei finn løysingar for tilværet, inspirert av andre foreldre og i samarbeid med gode hjelparar. Filmen inneheld også fire reportasjar som eksempel på «Gode løysingar»: tre frå Larvik kommune og ein om teamorganisering i Lillehammer.

Nettstad og publikasjonar

TaKT har eigen nettstad www.shdir.no/takt som vart opna januar 2006. Her ligg generell informasjon om TaKT, publikasjonar, presentasjon av gode eksempel, faglege presentasjonar frå konferansane og opplæringsprogrammet, program for samlingane o.a.

To publikasjonar er utarbeidde i programmet: «Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien?» (IS-1298) og «Gode løsninger – hva er det? – hvor finnes de?» (IS-1318).

Fleire døvblinde enn tidlegare medrekna

Langt fleire eldre lir av kombinert syns- og høyrselstap enn ein tidlegare har rekna med. Kombinasjonen av desse sansetapa gir betydelege sosiale og praktiske problem.

Ein ny kartleggingsmetode som er utvikla ved forskingsinstituttet NOVA, viser at heile fire prosent av brukarane av pleie- og omsorgstenester har eit så alvorleg kombinert sansetap at det kan definierast som døvblindheit. Talet er endå høgare for dei som bur på institusjon, nærmare ti prosent.

Kombinerde alvorlege sansetap (KAS) er først og fremst å finne blant eldre over 80 år. Heile åtte prosent over 80 år kan lide av dette doble sansetapet, meiner forskarane. Dette talet blir truleg dobla fram mot 2050.

Kombinerte sansetap får naturleg nok særleg store konsekvensar for evna til å kommunisere, tileigne seg informasjon, orientere seg og ta seg fram på eiga hand. Tilstanden kan derfor lett føre til isolasjon.

Mangel på kompetanse

Førebels konklusjonar som forskarar ved NOVA har gjort, tilseier at det er mangel på kompetanse om sanseproblematikk og kombinerte sansetap blant dei som arbeider med eldre. Sosial- og helsedirektoratet ønskjer derfor å heve den generelle kompetanse om aldersrelaterte endringar i syn og høyrsel hos personen sjølv, pårørande og dei kommunale tenestene.

Informasjonsmateriell og møte

SHdir har i samband med det gitt ut informasjonsmateriell om kombinert syns- og høyrselstap i 2006. Direktoratet ønskjer også å sikre gode samarbeidsrutinar og ansvarsdeling mellom instansar som er involverte i rehabiliteringsprosessen. Det har vorte halde fleire møte om dette i 2006.

For å betre livskvaliteten til eldre med KAS må tilstanden identifiserast så tidleg som mogleg og tiltak setjast i verk. Tidleg identifisering og adekvate tiltak krev større vektlegging og systematisk kartlegging av tilstanden hos eldre der dei møter helsetenesta og hjelpeapparatet, og at rehabiliteringsprosessen blir tilpassa dei særlege behova til gruppa.

Alvorleg, kombinert sansetap er ei funksjonshemming som ein delvis kan motverke med hjelpemiddel og tilrettelegging av omgivnadene.

Primærhelsetenester

Primærhelsetenesta er grunnmuren i helsetenesta og skal sikre alle med behov for helse- og omsorgstenester nære og gode tilbod. Direktoratet sitt arbeid rettar seg mot primærhelsetenesta og omfattar alle helse- og omsorgstenester som er pålagde ved lov eller avtale med kommunar eller fylkeskommunar. I primærhelseområdet inngår også tre tverrgående verkemiddelområde: personell, statistikk og beredskap.

I det følgande vil du finne eksempel på sentrale aktivitetar på feltet i 2006.

Kunnskap om kjønnslemlesting nyttar

Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å auke kompetansen hos helsepersonell for å unngå kjønnslemlesting av unge jenter. Direktoratet meiner at ein framleis bør satse på openheit og dialog for å få til ei haldningsendring i dei aktuelle gruppene, slik at praksisen med kjønnslemlesting tek slutt.

I 2004 ønskte eit fleirtal på Stortinget ei utgreiing om helseundersøkingar av alle barns kjønnsorgan, som eitt av fleire tiltak for å førebyggje kjønnslemlestingar. Helse- og omsorgsdepartementet bad i 2006 SHdir om å lage denne utgreiinga. Rapporten vart lagd fram hausten 2006.

Direktoratet vart mellom anna bedd om å vurdere kva denne typen observasjon inneber, og på kva nivå i helsetenesta han eventuelt bør gjerast. SHdir vart også bedd om å vurdere på kva alderstrinn observasjonen bør gjennomførast, kva slike undersøkingar eventuelt vil koste, og om tiltaka kan gjennomførast innanfor dagens lovgiving.

SHdir kan av faglege grunner ikkje tilrå rutinemessig klinisk observasjon av barns kjønnsorgan som eit tiltak for å førebyggje kjønnslemlesting. Rådet for legeetikk rår ifrå eit slikt tiltak ut frå etiske vurderingar, og det må lovendring til dersom tiltaket skal setjast i verk. Gjennomføring av tiltaket vil også føre til brot på sentrale menneskerettar og barnekonvensjonen, viser utgreiinga.

Gjennom Regjeringa sin handlingsplan mot kjønnslemlesting 2000–2004 har åtte departement koordinert arbeidet på tvers av sektorane. I dette arbeidet har det vore lagt vekt på frivilligheit, samarbeid, kunnskapsformidling og open dialog.

Tillit er avgjerande

Tillit til helsetenesta er heilt avgjerande for å nå dei jentene det gjeld. Avskrekkande tiltak vil vere ein uheldig strategi som kan undergrave den tilliten som over lang tid er bygd opp, og det haldningsskapande arbeidet som er igangsett.

Helsetenesta byggjer på grunnleggjande prinsipp om pasientautonomi og pasientmedverknad. Desse prinsippa er lovfesta i helselovgivinga. Helsevesenet i Noreg er bygd opp for å ivareta befolkninga si helse innanfor ein tradisjon der frivillig deltaking er viktig. Eige ansvar for helse og rett til medbestemming er sentrale omgrep. Å bruke helsetenesta for straffeforfølgingsformål vil medføre rolleforvirring og vere eit brot på desse prinsippa, blir det peika på i utgreiinga.

Kunnskapen blir spreidd

I dag er det oppretta ei rekkje regionale nettverk av gynekologar, jordmødrer, helsesystrer og minoritetskvinner. Desse bruker kvarandre som rådgivarar og har jamleg kontakt. Gjennom desse nettverka blir kunnskapen òg spreidd ut til dei berørte miljøa. Det blir gitt informasjon om at denne ekspertisen finst, og kvar dei kan få behandling. Helsevesenet har kunnskap om helsa til jentene og kan gi behandling til dei som treng det.

Erfaringane frå dei sju poliklinikkane i Noreg som reopererer omskorne kvinner, viser at kunnskap nyttar. Desse får stadig større pågang frå jenter og kvinner som er omskorne, og som ønskjer å reopererast.

Ein plan for betre demensomsorg

Helse- og omsorgsdepartementet gav i 2006 Sosial- og helsedirektoratet i oppgåve å utarbeide ein heilskapleg plan for ei styrkt demensomsorg.

Planen er klar i løpet av våren 2007. Ca. 50 personar frå kommunar, fag- og forskingsmiljø, spesialisthelsetenesta, interesse- og fagorganisasjonar og utdanningsinstitusjonar tek del i arbeidet med planen og skal følgje han i dei første fire åra.

Departementet ønskjer at planarbeidet skal rettast mot forskning, utviklingstiltak, kompetanseheving, rekruttering, buformer og samarbeid med pårørande. Det bør leggjast vekt på tiltak som kan iverksetjast før det blir aktuelt med eit heildøgnsstilbod. Det er viktig å lette omsorgsbyrda for dei pårørande. Planen bør få klart fram kva slags tilbod det er forventa at spesialisttenesta gir til denne pasientgruppa, og korleis arbeidet best kan organiserast.

Stadig fleire blir ramma

I dag finst det om lag 66 000 personar med demens i Noreg, og ca. 9 000–10 000 blir ramma kvart år. På grunn av auken i talet på eldre over 80 år reknar ein med at talet på personar som blir ramma av ein demenssjukdom, kjem til å vere ca. 100 000 i 2030 og ca. 140 000 i 2040. Vi reknar òg med at om lag 250 000 personar, inkludert pårørande, kjem borti sjukdommen i dag.

Informasjonskampanje

Ein demenssjukdom omfattar alt frå starten langt fleire enn den som blir sjuk. Det er dei pårørende som oftast observerer dei første åtferdsendingane, får mistanke om sjukdom, blir konfronterte med angsten og uvissa til den sjuke. Det er også dei som må søkje medisinsk hjelp og bistand for personen som har demens. Dei pårørende er ei samansett gruppe og har forskjellige behov. Målet er at alle kommunar skal tilby samtalegrupper og pårørandeskular.

Ein føresetnad for å kunne gi formålstenleg behandling og omsorg er at pasienten er tilstrekkeleg utgreidd.

På grunn av at det er så mange personar som kjem borti demenssjukdom, er det behov for å skape meir openheit om demenssjukdommane gjennom å gjere informasjon lettare tilgjengeleg. Direktoratet planlegg derfor ein treårig informasjonskampanje frå 2007 til 2010.

Rekruttering ei utfordring

Rekrutteringa til pleie- og omsorgstenestene kjem til å vere ei stor utfordring i åra framover. Etterspørselen etter personell vil bli spesielt stor frå 2020 og framover, på grunn av auken i talet på eldre over 80 år. Vi veit at mange av desse kjem til å vere personar med demens. Det bør derfor leggjast stor vekt på kunnskap om demenssjukdommar, både i grunn- og vidareutdanning av helse- og sosialpersonell.

Gåta omkring Alzheimers sjukdom og andre demenstilstandar er ikkje løyst. Vi har inga god behandling som kan stoppe sjukdommen. Samfunnsutgiftene er høge. Utfordringane er å få betre kunnskap om årsaker til demens, behandlinga og tenestetilboda. Det blir tilrådd at det blir utarbeidd eit program for forskning og utviklingstiltak for å auke kunnskapen

Tiltak i 2007

Dette er konkrete tiltak som skal iverksetjast i 2007:

- utvikle gode modellar for dagtilbod til personar med demens
- utvikle gode samhandlingsmodellar mellom spesialisthelsetenesta og kommunane for utgreiing og diagnostikk av demens
- styrkje rettleiingsmateriellet frå Nasjonalforeningen for folkehelsen og arbeidet deira lokalt
- spreie tilbodet om pårørandeskular og samtalegrupper til alle kommunar i landet
- førebu ein informasjons- og opplysningskampanje om demens
- utvikle ein opplæringspakke om demens som skal tilføre spesielt ufaglært personell ei grunnleggjande forståing av demensomsorg

Tal som tel i kommunane

I 2006 kom nettstaden Kommnehelseprofilar på lufta. Han gir raskt og enkelt tilgang til nyttig statistikk om folkehelse i kommunane.

Kor mange sosialhjelpsklientar finst det i din kommune, samanlikna med i nabokommunane? Kor mange legar er det, eller korleis er vasskvaliteten samanlikna med for fem år sidan? Og korleis har utdanningsnivået utvikla seg? Anten du er kommuneoverlege, jobbar i ei helseavdeling, ei planavdeling eller ved ei miljøvernavdeling, kan dette vere spørsmål som er interessante for planlegging av tenester og aktivitetar for befolkninga.

På nettstaden www.shdir.no/kommnehelseprofiler finn du denne informasjonen, og annan statistikk. Nettstaden, som vart lansert 28. august, har vorte svært populær i løpet av hausten. Ved å krysse av anten på fylket eller kommunen du er interessert i å vite noko om, og ein av dei 45 indikatorane, kan du få opp informasjon som blir presentert på mange ulike måtar. I løpet av 2007 vil det kome nye indikatorar.

Viktig for planlegging

God statistikk er avgjerande for god planlegging av kommunale tenester og aktivitetar for befolkninga. Kommunane har behov for ei sammenstilling av statistikk om helsetilstand og forhold som påverkar denne. Formålet med den nye nettstaden er å samle denne informasjonen på ein stad, lett tilgjengeleg for brukarane.

Sosial- og helsedirektoratet, Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet har gått saman om nettstaden, som presenterer tal som tel i arbeidet med samfunnsplanlegging, arealplanlegging og konsekvensutgreiingar.

Statistikken er sortert og presentert på kommune-, fylkes- og nasjonalt nivå. Dermed kan ein enkelt hente ut, samanlikne og kombinere akkurat dei opplysningane som vedkjem eitt bestemt prosjekt.

Bli inspirert av eksempel

På Kommnehelseprofilar er helsestatistikken aller viktigast. Bak tala finst både faktadokumentasjon, fagartiklar, litteraturtilvisingar og lenkjer til andre relevante nettstader. Ein kan også studere og la seg inspirere av eksempel på prosjekt og tiltakspakkar som har vore ein suksess i andre kommunar.

Vellykka rekrutteringsplan

Målsetjinga for rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell 2003–2006 har vore å auke tilgangen på fagutdanna personell i pleie- og omsorgstenestene med 4–5 prosent per år, og å redusere personell utan helse- og sosialfagleg utdanning. Mykje tyder på at det har lukkast.

Rekrutteringsplanen vart avslutta i 2006. Sosial- og helsedirektoratet har laga ein rapport som syner resultatata i dei tre første åra. Dei endelege resultatata for heile planperioden 2003–2006 kjem til å ligge føre i 2007 og kjem i ein sluttrapport. Planen blir grundig evaluert av ein ekstern aktør i 2007.

Fleire til høgskular

Auken i årsverk som er utførte av fagpersonell i åra 2003–2005, har vore om lag 2,3 prosent per år. Veksten dei to første åra har vore 4,1 prosent per år for yrkesgruppene med vidaregåande opplæring, og 6,3 prosent per år for høgskuleutdanna personell. Målet om vesentleg reduksjon av personell utan fagutdanning ser ikkje ut til å bli nådd. Resultatet vart ein reduksjon på 2 prosent for åra 2003–2005.

Dei viktigaste årsakene til resultatet er auka opptak til høgskulane, frå 4500 studentar i 1990 til 11 400 studentar i 2003. Dette har ført til at tilgangen på universitets- og høgskuleutdanna personell er tilfredsstillande (med unnatak for tannlegar og psykologar).

Når det gjeld yrkesgruppene med utdanning frå vidaregåande, er det færre ungdommar som søker seg til helse- og sosialfaga. På den andre sida har Kompetansereforma, saman med opplæringstilskot frå rekrutteringsplanen, gitt bra tilgang på vaksne hjelpepleiarar og omsorgsarbeidarar.

Innanfor helse- og sosialsektoren er det mange som sluttar for tidleg i arbeid. Det er stor utskifting blant sjukepleiarane, og blant hjelpepleiarar/omsorgsarbeidarar er det mange som går over på attføring/uførepensjon, sett i forhold til dei andre yrkesgruppene.

10 000 nye årsverk

Regjeringa har ei målsetjing om 10 000 nye årsverk i pleie- og omsorgstenesta innan 2009. Ein reknar då i høve til nivået i 2004. Helse- og omsorgsdepartementet legg til grunn at det vart 1900 nye årsverk i pleie- og omsorgstenesta i 2005. Det vil seie at det står att 8100 årsverk for dei fire åra 2006–2009.

Opptappingsplanen for psykisk helse skal innan 2008 ha finansiert 4770 årsverk i kommunane ved øyremerkte midlar. Av desse vart 2337 oppretta i åra 1999–2004. Reknar ein med årsverka i psykisk helsearbeid, står det att berre 6500 nye årsverk som skal opprettast i 2006–2009, eller om lag 1625 pr år.

For 2006 planlegg kommunane om lag 1770 nye årsverk i si helse- og sosialteneste samla, alle med fagutdanning. Om auken i rammeoverføringane til kommunane held fram i åra framover, er det fullt mogleg å nå målet om 10 000 nye fagutdanna årsverk, når ein inkluderer dei øyremerkte tilskota til psykisk helsearbeid. Om årsverka vil gå til eldreomsorga, er meir tvilsamt.

Framleis geografiske skilnader

Dei geografiske skilnadene i dekning av fagpersonell har ikkje vorte mindre i planperioden. Oslo/Akerhus har mykje dårlegare dekning av sjukepleiarar og hjelpepleiarar enn dei andre fylka. Dette heng saman med at mange kommunar vel å rekruttere ufaglærte, og at tilgangen frå vidaregåande opplæring er svak.

Av fylka er det berre Rogaland som kan rekne med å vere sjølvforsynt med helsefagarbeidarar i framtida. Kommunane har ei stor utfordring når det gjeld å leggje til rette for lærlingar i det nye helsearbeidarfaget i åra framover. Dette er derfor eit sentralt tiltak i Kompetanselyftet 2015 som avløyser rekrutteringsplanen, i fyrste omgang med ein plan for 2007–2010 med tiltak som er retta mot pleie- og omsorgstenesta i kommunane.

Ny versjon av pandemiplanen

Ein ny versjon av Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa vart utarbeidd av Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt i 2006.

Årsaka til denne siste revisjonen er utbrota av fugleinfluensa dei siste åra og WHO's og EUs tilrådingar om oppdaterte beredskapsplanar i kvart enkelt medlemsland.

Tiltak på alle nivå

Pandemiplanen byggjer på at det kan vere behov for å setje i verk omfattande tiltak, både i primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta, dersom det bryt ut ein pandemi. Tiltaka er først og fremst relaterte til helse- og sosialsektoren, men vedkjem også andre sektorar i samfunnet, som for eksempel utanriks- og justissektoren.

Pandemiplanen legg opp til å bruke eksisterande kriseplanar, varslingsystem, nettverk og organisasjonar. Kvar enkelt verksemd og kvart enkelt forvaltningsledd som planen vedkjem, må utarbeide eigne lokale kriseplanar eller vedlegg til eksisterande kriseplanar som er baserte på pandemiplanen.

Mange av beredskapstiltaka som blir føreslått, og anbefalingane om tilpassing til lokale planar som blir gitt, kan med fordel også brukast under dei årlege influensautbrota og eventuelt ved andre smittevernkriser.

Viktig med øvingar

Øvingar er eit viktig verkemiddel for å sikre og kontrollere at planar, varslings- og rapporteringslinjer og kommunikasjonsvegar fungerer godt. Justisdepartementet har ansvaret for at dette blir gjennomført på nasjonalt nivå, og tverrsektorielt. Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarleg for den overordna øvingsplanlegginga i helsesektoren.

Spesialisthelsetenester

Sosial- og helsedirektoratet skal gi faglege råd og rettleiing til helsetenesta og befolkninga. Direktoratet skal vere ein aktiv deltakar i arbeidet med å utforme, setje i verk og følgje opp nasjonal helsepolitikk innanfor området til spesialisthelsetenesta. Likeins skal direktoratet støtte opp om fagutvikling, kvalitetsforbetring og samhandling både internt i tenesta og med andre aktørar i sektoren. Direktoratet forvaltar lover og forskrifter innanfor helselovgivinga og koordinerer arbeidet på lækjemiddelområdet.

I det følgjande vil du finne eksempel på sentrale aktivitetar på feltet i 2006.

Banebrytande arbeid innanfor informasjonssikkerheit

Sosial- og helsedirektoratet har teke initiativ til og leidd arbeidet med utarbeiding av «norm for informasjonssikkerheit i helsesektoren». Arbeidet vart ferdig i 2006.

Norma er utarbeidd av dei sentrale aktørane i helsesektoren. Dette er den aller første «bransjevise åtferdsnorma» innanfor sikkerheit som er utvikla etter personopplysningslova. Ho er ein viktig milestolpe i arbeidet med å oppnå ei tilfredsstillande sikkerheit i helsesektoren.

Sensitive opplysningar

Ein vesentleg del av informasjonen i helsesektoren er sensitiv og må sikrast mot innsyn og uautoriserte endringar. Samtidig må fullstendig oppdatert, korrekt og relevant informasjon vere tilgjengeleg for helsepersonell som treng det. Dette medfører også at informasjon om pasientar må utvekslast mellom forskjellige institusjonar.

For å sikre at denne informasjonen blir behandla i samsvar med krava og intensjonane i lovverket, har ein samla sektor utarbeidd eit sett med felles minimumskrav som kvar enkelt verksemd skal rette seg etter.

Trygg informasjonsflyt

For å lette arbeidet med å innføre norma i verksemdene har ein i tillegg utarbeidd faktaark, som gir praktisk rettleiing i korleis enkeltkrav kan møtast.

Datatilsynet seier i si vurdering at dei reknar norma for å vere eit eigna verktøy til å etterleve føresegnene i lova. Dei understrekar kor viktig det er at bransjen blir samd om ei felles norm. Norma vil bli juridisk bindande for alle som er tilknytte Norsk helsenett. Dette betyr at desse verksemdene trygt kan utveksle informasjon utan at det må opprettast gjensidige sikkerheitsavtalar for å følgje krava i lova.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbetring

Nasjonal strategi for kvalitetsforbetring i sosial- og helsetenesta er no etablert som ei av dei viktigaste satsingane til Sosial- og helsedirektoratet. Dei neste åra blir kvalitetsarbeid og vektlegging av forbetring sett på dagsordenen og heva opp som like viktig som økonomi og talet på liggjedøgn. Målet er tenester som er verknadsfulle, trygge og sikre, som involverer brukarar og gir dei innverknad, er samordna og prega av kontinuitet, som utnyttar ressursane på ein god måte, og som er tilgjengelege og rettferdig fordelte.

Konferansen «...og bedre skal det bli!» vart arrangert for andre gong hausten 2006. Den bar også bod om at tida er inne, og at motivasjonen til å gjere reelle endringar og kvalitetsforbetringar er stor i alle delar av tenestene. Konferansen vart eit resultat av samla innsats frå svært mange kompetente menneske. Ikkje minst er det på sin plass å trekkje fram arbeidsgruppene og dei 84 medlemmene deira. Dei har gjort eit formidabelt arbeid som blir viktig for tilrådingane direktoratet kjem til å gi. 800 menneske følgde konferansen og opplevde to hektiske, inspirerende og lærerike dagar.

Arbeidet med kvalitetsstrategien held fram for fullt. Mykje kjem til å skje i året som kjem. Mellom anna blir «Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tenestene» ferdig i byrjinga av 2007. Rapporten byggjer på delrapportane til arbeidsgruppene. I tillegg til tiltak som tenestene bør gjennomføre, viser han kva for tiltak dei statlege styresmaktene vil gjennomføre for å leggje til rette for og støtte kvalitetsarbeidet i tenestene.

Sikker kommunikasjon når sekunda tel

Arbeidet med å førebu eit nytt, felles kommunikasjonssystem for brann, politi, helsetenesta og andre beredskapseiningar har pågått i fleire år. I 2006 forhandla dei tre nødetatane seg fram til eit felles og einskpleg kommunikasjonssystem gjennom Nødnettprosjektet.

Nødnettprosjektet er organisert som eit samarbeid mellom justis- og helsesektoren. Dei tre beredskapsetatane er representerte ved Sosial- og helsedirektoratet, Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerheit og beredskap. Justisdepartementet er konstitusjonelt ansvarleg.

Primærbrukarane av det nye nødnettet vil bli spesialist- og kommunehelsetenesta, i tillegg til politiet, brannetaten og andre beredskapsetatar.

Første byggjetrinn av nødnettet omfattar 54 kommunar rundt Oslo-fjorden: i Østfold, Akers-

hus, Oslo og Søndre Buskerud. Når første byggjetrinn er ferdig, skal ca. 3 300 helsearbeidarar vere tilgjengelege i nødnettet, i samsvar med forskrift om akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus.

Styrkjer beredskapsevna

Akuttmedisinske situasjonar krev aktørar som raskt er tilgjengelege for kvarandre, og som aktivt samhandlar om riktig behandling til rett tid og på rett stad. Dessutan er einskapleg kommunikasjon viktig mellom ulike delar av helsetenesta.

Nødnettet kjem til å vere eit hjelpemiddel som styrkjer beredskapsevna til kommunane og betrar sjansane for effektiv samhandling med spesialisthelsetenesta og beredskapstenestene. Ved hjelp av nødnettet kan den akuttmedisinske beredskapen og omsorgstenestene i kommunane støtte kvarandre gjensidig.

Avlyttingssikkert og saumlaust

I motsetning til det eksisterande helseradionettet vil det nye nødnettet bli avlyttingssikkert og «saumlaust» – ein slepp å skifte kanal når ein flytter seg over distriktsgrensene.

Det vil bli eigne samtalegrupper for helsetenesta i nødnett, der fortruleg pasientinformasjon kan formidlast og ingen andre kan kople seg inn for å lytte. Samtidig blir det enkelt å kome raskt i kontakt med andre i beredskap når det er nødvendig. Radioterminalane i det nye nødnettet skal ha alarmfunksjon, i tilfelle brukaren sjølv skulle kome i fare.

Når ordinære mobiltelefonar kan bli sperra på grunn av stor trafikkbelastning, blir det nye nødnettet det einaste kommunikasjonsmiddelet som er tilgjengeleg i beredskapssituasjonar.

Psykisk helse og rus

Arbeidet med psykisk helse har eit heilskapleg og langsiktig perspektiv. Det omfattar blant anna Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008), sjølvmoedsførebygging, vald og traumatisk stress, og dessutan juridisk arbeid knytt til lov om psykisk helsevern – mellom anna kontrollkommisjonane i psykisk helsevern.

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2008 er ei stor samfunnssatsing som varer lenge, og som har store økonomiske rammer. Overordna mål for Opptrappingsplanen er å betre den psykiske helsa til befolkninga, styrkje tenestetilbodet og bidra til størst mogleg normalisering av kvardagen for psykisk sjuke.

Det nasjonale og regionale arbeidet med vald og traume tek sikte på å styrkje helsetenester, kunnskapsutvikling og forskning med tanke på ulike grupper psykisk traumatiserte (valdsutsette, traumatiserte flyktningar, FN/NATO-veteranar, ulykkes- og katastrofeutsette).

Rusmiddelarbeidet er nær knytt til området psykisk helse, spesielt gjennom rusreforma og eit tettare samarbeid på tenestenivå. Sentrale oppgåver er rusførebyggjande arbeid, forvaltning av alkohollova, forvaltning av tilskotsordningar og å bidra til kvalitetsutvikling i behandlings- og tenestetilbodet. Direktoratet har også eit «følgje-med-ansvar» i forhold til utviklinga på rusmiddelområdet.

I det følgjande vil du finne eksempel på sentrale aktivitetar på feltet i 2006.

Betre tenester innanfor psykisk helse

I arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) vart det i 2006 særleg retta søkjelys mot innhaldet i tenestene. Sosial- og helsedirektoratet gav ut to rettleiarar – ein om psykisk helsearbeid for vaksne i kommunane og ein om tenestene i distriktspsykiatriske senter.

Kommunane driv no ei omfattande styrking av det psykiske helsearbeidet som ledd i gjennomføringa av Opptrappingsplanen. Ved utgangen av 2005 hadde tenestetilbodet auka med nær 3000 tilsette og 1952 omsorgsbustader sidan starten i 1999.

Rettleiar for psykisk helsearbeid for vaksne i kommunane beskriv tilbodet som kan bidra til at menneske med psykiske lidningar kan meistre eige liv. Dei mest sentrale elementa er ein tilfredsstillande bustad med tilstrekkeleg hjelp, arbeid og utdanning, sosialt fellesskap og meningsfulle aktivitetar og nødvendige helse- og sosialtenester. For å formidle budskapet i rettleiarar arrangerte Sosial- og helsedirektoratet saman med fylkesmennene og Kommunenes

sentralforbund fylkesvise konferansar. Meir enn 3000 fagpersonar, brukarar og politiske og administrative leiarar i kommunane deltok.

Variasjon i DPS-tilbodet

Utbygginga av distriktpsikiatriske senter (DPS) er snart fullført, og det er stor variasjon i tilbodet.

I 2006 kom ein ny rettleiar for DPS-a, som gjer innhaldet tydeleg og legg vekt på betre kvalitet i tenestene. Eit sentralt poeng er å gjere tenesta tilgjengeleg nok for brukarane, særleg i akutte krisesituasjonar. Rettleiaren får fram at DPS-a har hovudansvar for spesialistbehandlinga i sitt område. Kommunane skal tilby bustad og nødvendig omsorg, mens sentralsjukehusa skal gi eit tilbod ved behov for spesielt store ressursar. For å få tilstrekkeleg bemanning og ein god kvalitet på tilbodet er det nødvendig med ei omfordeling av ressursar frå sentrale institusjonar til DPS. I dag blir meir enn 60 prosent av ressursane brukte i sentralsjukehusa, mens under 40 prosent går til DPS-a.

Akuttkapasiteten vurdert

Sosial- og helsedirektoratet og dei regionale helseføretaka vurderte i 2006 kapasiteten i akutt-funksjonane i psykisk helsevern.

Kartlegginga viste store og uforklarlege variasjonar mellom helseføretaka, både når det gjeld beleggsprosent, dekningsgrad og prosentdelen av utskrivingsklare pasientar. Det er ingen systematiske samanhengar mellom talet på akuttplassar og dei andre kvantitative måla. Der det er flest akuttplassar i forhold til folketalet, er det ikkje nødvendigvis lågare belegg og lengre opphaldstider enn i område med eit lågt tal på akuttplassar i forhold til folketalet.

Ambulante akuttenester

I St.prp. nr. 1 (2004–2005) vart det sett som ein føresetnad at ambulante akuttilbod skal etablerast ved alle DPS, og at dei skal organiserast som ambulante akutteam. Slike team skulle utprøvast i løpet av 2005 og vere etablerte ved alle DPS innan utgangen av 2008. Tilrådingar for ambulante akutteam inngår i Rettleiar for DPS, IS-1388 og er grundig beskrivne i rapport IS 1358, «Du er kommet til rett sted...» Ambulante akutttjenester ved distriktpsikiatriske senter.

Mange barn treng betre oppfølging

Mange barn og unge av foreldre med psykisk sjukdom og/eller rusavhengigheit blir ikkje tekne godt nok vare på.

Sosial- og helsedirektoratet har derfor utarbeidd eit rundskriv til tenesteapparatet med ei sjekkliste knytt til kva omsorgs- og tenestebehov barn kan ha (IS 5/2006 «Oppfølging av barn til psykisk sjuke og/eller rusavhengige foreldre»).

Direktoratet anbefaler at aktuelle tenester etablerer rutinar/prosedyrar som skal kartleggje om

aktuelle tenestemottakarar har barn, og korleis situasjonen for barna er, og at dei sikrar nødvendig oppfølging eller tek initiativ til at oppfølging blir igangsett.

Betre tilgjenge til spesialisthelsetenesta

For barn og unge er det framleis uakseptabelt lang ventetid til psykisk helsevern. I tillegg er det store geografiske variasjonar i tilgjenget til poliklinikkane i psykisk helsevern for barn og unge.

Sosial- og helsedirektoratet har hatt sekretariatsfunksjonen i ei arbeidsgruppe med mandat til å føreslå korleis barn og unge med psykiske lidingar og unge rusmiddelmissbrukarar kan få styrkt retten til helsehjelp frå spesialisthelsetenesta. I vurderinga skulle behova til barn, unge og familiane deira leggjast til grunn for vurderingar og forslag. Arbeidet munnar ut i ein slutt-rapport, «Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer». Her blir det føreslått ei styrking av pasientrettane til barn og unge gjennom at det blir innført ein vurderings- og behandlingssgaranti.

Etablering av ambulante tenester er eit viktig ledd i arbeidet med auka tilgjenge og tidleg intervensjon. For å sikre likeverdige tenester, uavhengig av regionalt tilhøyr, er det eit mål at alle helseregionar i landet etablerer ambulante team i tilknytning til poliklinikk, klinikkavdeling eller behandlingssheim.

I overkant av ein femtedel av poliklinikkane/døgninstitusjonane i psykisk helsevern for barn og unge har alt etablert egne ambulante team/øyremerkte stillingar for ambulante arbeid. SHdir har bestilt ei kartlegging av eksisterande ambulante tilbod i spesialisthelsetenesta («Kartlegging og vurdering av ambulante tjenester for barn og unge i psykisk helsevern», Rapport. RBUP Aust og Sør, 2006).

Auka innsats for spedbarn og småbarns psykiske helse

SHdir har gitt støtte til etablering av eit kompetansenettverk for å bidra til kunnskapsutvikling, kompetanseheving og styrking av tiltak som fremmar spedbarn og småbarns psykiske helse. Funksjonane til kompetansenetteverket skal mellom anna auke og utvikle kunnskap om utviklingsvanskar hos spedbarn og småbarn i helsetenesta, barnevernet og i samarbeidande instansar. Nettverket blir drifta av RBUP Aust og Sør med SHdir som oppdragsgivar og BLD som samarbeidspartnar.

Retningslinjer for lækjemiddelassistert rehabilitering

I 1998 vart Lækjemiddelassistert rehabilitering (LAR) gjord landsdekkjande i Noreg. Ei evaluering av tilbodet i 2004 avdekte store ulikskapar i praktiseringa av regelverket rundt slik behandling.

I 2005 fekk Sosial- og helsedirektoratet derfor i oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide ei Nasjonalfagleg retningslinje for medikamentell behandling og rehabilitering av

opiatavhengige. For å kunne samkjøre med lovarbeidet i departementet vil ny retningslinje for LAR tre i kraft tidlegast 1. januar 2008.

Den eksterne ekspertgruppa som lagar utkast til retningslinje, har fått utarbeidd to kunnskapsoppsummeringar, ei av Kunnskapssenteret og ei av International Research Institute of Stavanger. Den siste legg vekt på sosialfagleg oppfølging. Samla gir oppsummeringane eit godt kunnskapsgrunnlag for delar av retningslinja, mens andre delar i stor grad må vere baserte på klinisk erfaring.

Sosial- og helsedirektoratet har i 2006 arbeidd med å lage dei nye retningslinjene, og eit endeleg utkast skal vere klart våren 2007. Sosial- og helsedirektoratet vil sende eit ferdig forslag på høyring hausten 2007.

Nye rettleiarar på rusområdet

Sosial- og helsedirektoratet har i 2006 gjort ferdig to nye rettleiarar på rusområdet. Ein ny rettleiar for vurdering av tilvisingar til tverrfagleg spesialisert rusbehandling er knytt opp til samarbeidsprosjektet «Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten». Den tek sikte på å konkretisere og operasjonalisere vurderingskriteria for rett til helsehjelp i spesialisthelsetenesta.

Målet er at rettleiaren skal bidra til føreseieleg og einsarta praksis, og at tenestene skal få ei felles forståing og praksis med tanke på å vurdere kva for pasientar som har rett til spesialisthelsetenester. Rettleiaren vart ferdigstilt av Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med ei gruppe frå dei regionale helseføretaka og representantar for brukarar, kommunane og forskning.

Rettleiar for kommunale rusmiddelpolitiske planar

Gjennom kontroll- og skjenkjeløyvepolitikken har kommunane store sjansar til å påverke rusmiddelsituasjonen lokalt. Alkohollova pålegg kommunane å utarbeide alkoholpolitiske handlingsplanar. For å styrkje kommunane sitt planarbeid på rusfeltet gav Sosial- og helsedirektoratet i 2006 ut ein ny rettleiar for rusmiddelpolitisk handlingsplan. Eit sentralt poeng i rettleiaren er behovet for ein einskapleg kommunal rusmiddelpolitikk som ser kontroll- og skjenkjeløyvepolitikk i samanheng med anna førebyggjande arbeid og innsatsar på rehabiliteringsområdet. Målet er at rettleiaren skal gjere det lettare for kommunane å utvikle heilskaplege planar med god kvalitet.

Rettleiaren vart følgd opp med informasjonstiltak retta mot kommunane, mellom anna gjennom magasinet «God rusforebygging» og regionale konferansar i regi av Kompetansesentra på rusfeltet.

Helseøkonomi og finansiering

Sosial- og helsedirektoratet skal forvalte og utvikle formålsretta finansieringsordningar. Gode kodeverk og klassifikasjonar dannar grunnlag for måling og beskriving av aktivitet. Norsk Pasientregister sørger for datafangst og analyse av grunnlagsdata og gir tilbake informasjon om ulike delar av helsetenesta. Samfunnsøkonomiske analysar og vurderingar av ressursbruk og tiltak i helse- og sosialsektoren er ein sentral del av verksemdsområdet.

I det følgande vil du finne eksempel på sentrale aktivitetar på feltet i 2006.

Ny driftsorganisasjon rundt ISF-ordninga

Helse- og omsorgsdepartementet overførte i 2006 ansvaret for ISF-ordninga til Sosial- og helsedirektoratet.

Direktoratet har i løpet av året etablert ein driftsorganisasjon og utvikla dei nødvendige samarbeidsrelasjonane med andre aktørar.

Avgjerda om å innlemme to avdelingar frå SINTEF Helse i direktoratet (Norsk pasientregister og Avdeling for pasientklassifisering og finansiering) frå 2007 var eit viktig steg for å samle og koordinere kompetansen på dette området.

Det har vore viktig å førebu og gjennomføre denne organisatoriske endringa utan å forstyrre viktige driftsfunksjonar undervegs.

Nye pasientklassifikasjonar

I 2006 vart aktivitetar under offentlege poliklinikkar innanfor somatiske sjukehus flytte til ordninga med innsatsstyrt finansiering (ISF).

Formålet med denne utvidinga av ISF-ordninga er å etablere eit gjennomgåande aktivitetsbasert finansieringssystem for all somatisk pasientbehandling.

Eit viktig grunnlag for ei vellykka iverksetjing er mellom anna etablering av nytt kodeverk for medisinske prosedyrar (NSMP).

I det vidare arbeidet med å utvikle ISF-ordninga mot rus og psykisk helse legg ein først og fremst vekt på å utvikle og etablere nødvendige kodeverk for desse fagområda. Eksisterande pasientklassifikasjonar er gjennomgått og vurderte.

Helserefusjonar blir flytte

Stortinget har i 2006 avgjort at forvaltningsansvaret for helserefusjonar skal flyttast ut av Arbeids- og velferdsetaten og organiserast som ein del av sosial- og helseforvaltninga.

Målet er å leggje til rette for betre samordning av finansieringssystema for heile helsetenesta, samtidig som Arbeids- og velferdsforvaltninga (NAV) kan konsentrere seg om arbeid og velferd.

Overføring av forvaltningsansvaret for helserefusjonar inneber store utfordringar når det gjeld IKT, økonomiforvaltning og organisering.

Det er etablert ein prosjektorganisasjon for overføring av ansvarsområdet helserefusjonar. Ei styringsgruppe med departementsråden i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som leiar skal leie arbeidet.

Ei arbeidsgruppe med representasjon frå SHdir, HOD og NAV har utgreidd alternative organisatoriske modellar for framtidig helserefusjonsforvaltning. Alle dei aktuelle løysingane inneber ei form for tilknytning til SHdir, ved at helserefusjonsforvaltninga anten blir ein underliggjande etat eller blir integrert i sjølve direktoratet. Saka blir send på høyring, og det skal takast stilling til framtidig organisasjonsmodell i løpet av første halvår 2007.

Administrasjon

I tillegg til å sikre kontinuerleg organisasjonsutvikling i Sosial- og helsedirektoratet skal administrasjonen sikre at direktoratet har effektive administrative arbeidsprosesser, og at dei andre verksemdsområda får levert gode støttetjenester til rett tid. Administrasjonen i direktoratet består av områda personal og lønn, plan og økonomi, IKT, arkiv, kommunikasjon, dokumentasjon, drift og fellestjenester. Ein eigen kompetansestrategi skal sikre at Sosial- og helsedirektoratet er ein lærande organisasjon med kompetente, utviklingsorienterte medarbeidarar.

Økonomi

Drift

Kap 0720/3720 Sosial- og helsedirektoratet

Budsjetttrammene er gitt ved tildelingar i Stortingsproposisjon nr. 1, overførte midlar, tilleggstildelingar i Revidert nasjonalbudsjett, endring i løyve/omgruppering i tillegg til disponible inntekter (alle tal i 1000 kroner).

2006				
Kap.	Post		Budsjett	Regnskap
0720	01	Drift	317 407	365 376
3720	02.16–18	Inntektskrav	-2 064	-49 126
		Delsum	315 343	316 250
3720	04	Alkoholtilverknad gebyr	-1 000	-940
0720	21	Spesielle driftsutgifter	53 631	53 564
0720	22	Elektroniske reseptar, kan overførast*	64 725	31 074
Sum kap. 720			432 699	399 948

* Midlane blir overførte til 2007

Tilskotsmidlar

Tilskotsmidlane i 2006 har ei total ramme på 7,119 milliardar kroner og kjem frå desse departementa:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet, tilskotsmidlar	352 491
Helse- og omsorgsdepartementet, tilskotsmidlar	6 766 462

2006 Tildelinger fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet				
Kap.	Post		Budsjett	Regnskap
621		Tilskot forvalta av Sosial- og helsedirektoratet		
	21	Spesielle driftsutgifter	65 971	64 597
	63	Rusmiddeltiltak og sosiale tenester, kan overførast	126 920	124 509
	70	Frivillig førebyggjande arbeid o.a., kan overførast	18 000	16 678
	74	Tilskot til organisasjonane til pensjonistar og funksjonshemma	141 600	141 317
Sum tildeling			352 491	347 101

2006 Tildelinger fra Helse- og omsorgsdepartementet				
Kap.			Budsjett	Regnskap
702		Helse og sosialberedskap	33 022	20 654
703		Internasjonalt samarbeid	500	500
718		Alkohol og narkotika	123 264	122 426
719		Helsefremmande og førebyggjande arbeid	149 516	149 089
724		Helsepersonell og tilskot til personelltiltak	181 150	175 139
726		Habilitering og rehabilitering	95 302	90 133
727		Tannhelseteneste	51 800	52 116
728		Forsøk og utvikling o.a.	55 144	54 046
729		Anna helseteneste	89 958	89 384
732		Forsøk og utvikling i sjukehussektoren, kan overf.	7 300	6 806
742		Forpleiing, kontroll, tilsyn psyk. pasientar	38 191	2 426
743		Statlege stimuleringstiltak for psykisk helse	3 056 241	2 957 264
751		Apotekvesen og lækjemiddelfaglege tiltak	13 000	12 776
761		Tilskot forvalta av SHdir	2 872 074	2 861 003
Sum tildeling			6 766 462	6 593 762

Rekneskapstala er inkluderte belastningsfullmakter som er gitt til Fylkesmennene.

Pressemeldinger og publikasjoner

- www.shdir.no/fagnytt/pressemeldinger
- www.shdir.no/publikasjoner