



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2013–2014)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2014

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3710–3750, 5572 og 5631

Innhold

Del I	Innledende del	7	Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning	60
1	Helse- og omsorgspolitikken ...	9	Kap. 723 Pasientskadenemnda	60
2	Profilen i budsjettforslaget	14	Kap. 3723 Pasientskadenemnda	61
3	Oversiktstabeller	21	Kap. 724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	62
Del II	Budsjettforslaget	23	Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	63
4	Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.	25	Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	63
Programområde 10			Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	65
Helse og omsorg		25	Kap. 726 Statens helsepersonellnemnd	65
<i>Programkategori 10.00</i>			Kap. 728 Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjons- diagnostikknemnda	66
<i>Helse- og omsorgsdepartementet mv.</i>		25	Kap. 729 Pasient- og brukerombud	67
Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet		26	<i>Programkategori 10.30</i>	
Kap. 701 IKT i helse- og omsorgssektoren .		27	<i>Spesialisthelsetjenester</i>	68
Kap. 702 Beredskap		30	Kap. 732 Regionale helseforetak	70
Kap. 703 Internasjonalt samarbeid		32	Kap. 3732 Regionale helseforetak	115
<i>Programkategori 10.10 Folkehelse</i>		34	Kap. 733 Rehabilitering og rehabilitering	116
Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt		35	Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	118
Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt		37	<i>Programkategori 10.50 Legemidler</i>	123
Kap. 711 Ernæring og mattrygghet		38	Kap. 750 Statens legemiddelverk	123
Kap. 3711 Ernæring og mattrygghet		39	Kap. 3750 Statens legemiddelverk	126
Kap. 712 Bioteknologinemnda		40	Kap. 751 Legemiddeltiltak	126
Kap. 713 Vitenskapskomiteen for mattrygghet		40	Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet	128
Kap. 3713 Vitenskapskomiteen for mattrygghet		41	<i>Programkategori 10.60</i>	
Kap. 715 Statens strålevern		41	<i>Helse- og omsorgstjenester i kommunene</i>	129
Kap. 3715 Statens strålevern		42	Kap. 761 Omsorgstjeneste	132
Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning		43	Kap. 762 Primærhelsetjeneste	147
Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning		44	Kap. 763 Rustiltak	157
Kap. 718 Rusmiddelforebygging		44	Kap. 764 Psykisk helse	163
Kap. 3718 Rusmiddelforebygging		46	Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.	172
Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet		47	<i>Programkategori 10.70 Tannhelsetjenester</i>	175
Kap. 719 Annet folkehelsearbeid		48	Kap. 770 Tannhelsetjenester	178
<i>Programkategori 10.20 Helseforvaltning</i>		50	<i>Programkategori 10.80</i>	
Kap. 720 Helsedirektoratet		51	<i>Kunnskap og kompetanse</i>	181
Kap. 3720 Helsedirektoratet		55	Kap. 780 Forskning	182
Kap. 721 Statens helsetilsyn		55	Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.	186
Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning		58	Kap. 782 Helseregistre	192
			Kap. 783 Personell	194

Programområde 30		7	Samhandling	239
Stønad ved helsetjenester	198	8	Kvalitet og pasientsikkerhet	241
<i>Programkategori 30.10</i>		9	Utviklingstrekk, kommunale tjenester	242
<i>Spesialisthelsetjenester mv.</i>	202	10	Psykisk helse	250
Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.	202	11	Rustiltak	255
<i>Programkategori 30.50</i>		12	Forskning og innovasjon	260
<i>Legehjelp, legemidler mv.</i>	207	13	Internasjonalt samarbeid	262
Kap. 2751 Legemidler mv.	207	14	Sektorovergripende miljøvern-politikk	266
Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling	211	15	Administrative fellesomtaler	268
Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.	212	Forslag		274
Kap. 2756 Andre helsetjenester	216			
<i>Programkategori 30.90 Andre helsetiltak</i>	218			
Kap. 2790 Andre helsetiltak	218			
Del III Omtale av særlige tema	219			
5 Anmodningsvedtak	221			
6 Folkehelsepolitikken	225			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 1 S

(2013–2014)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2014

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3710–3750, 5572 og 5631

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 27. september 2013,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

Del I
Innledning del

1 Helse- og omsorgspolitikken

1.1 Regjeringens mål

Det er et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom og sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

En trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Når sykdom rammer, skal helsetjenesten behandle og lindre på best mulig måte. Målet er flest mulig gode leveår for alle, og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen.

Helsetjenesten skal fortsatt være blant verdens aller beste – medisinsk, teknologisk og når det gjelder omsorg. Tjenestene skal ha høy kvalitet, være trygge, tilgjengelige, effektive, og med kortest mulig ventetider. For å lykkes med det, må vi ha en helsetjeneste som evner å endre seg i tråd med endrede behov og ny kunnskap.

Samhandlingsreformen som ble satt i verk 1. januar 2012, er en reform for økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. Reformen legger vekt på å skape et mer helhetlig helse- og omsorgstilbud, der pasienter og brukere har innflytelse, og der det er avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Habilitering og rehabilitering står sentralt. Gjennom samhandlingsreformen styrkes den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å gi pasientene et bedre tilbud nærmere der de bor, og spesialisthelsetjenesten videreutvikles.

Utredning og behandling av hyppig forekommende sykdommer og tilstander skal desentraliseres når dette er til det beste for pasienten. Likeledes skal utredning og behandling av sjeldne sykdommer og tilstander sentraliseres der det er nødvendig, for å sikre best mulig resultater, høy kvalitet og riktig ressursbruk.

Regjeringen har som mål at Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest forventet levealder, at befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte hel-

seforskjeller, og at vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen. Det skal legges til rette for en helsefremmende livsstil, slik at det blir enklere å ta sunne valg – det være seg i barnehagen, i skolen, i fritiden, og på arbeidsplassen. Folkehelsearbeidet skal være systematisk og langsiktig, og helse skal være et sektorovergripende mål. Prinsippet om at det skal være helse i alt vi gjør, skal ligge til grunn for folkehelsepolitikken på lokalt, regionalt og statlig nivå.

Regjeringen vil føre en helhetlig rusmiddelpolitikk i tråd med Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!. Forebygging og tidlig innsats står sentralt, og det skal være økt oppmerksomhet på innsats for pårørende og passiv drikking (skader og problemer som den som drikker påfører andre enn seg selv). Behandlingstilbudene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles og styrkes i tråd med samhandlingsreformen.

Kommunene og lokalmiljøet er den viktigste arenaen for folkehelsearbeid. Regionale og lokale helseutfordringer er utgangspunktet. Innsatsen skal skje i alle sektorer og være forankret i plan-systemet etter plan- og bygningsloven. Kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene de har ansvar for. Det skal legges til rette for mer forpliktende samarbeid mellom fastlegen og kommunen.

Regjeringen vil sikre at alle som trenger heldøgns omsorg skal få dette. For å nå målet må også hjemmetjenestene bygges ut, slik at de som ønsker å bo hjemme eller i omsorgsbolig kan motta nødvendige helse- og omsorgstjenester der. Regjeringen viderefører innsatsen til etablering av dagaktivitetstilbud til mennesker med demens. Regjeringen vil bidra til å utvikle en innovativ helse- og omsorgstjeneste i kommunene iht. Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg.

Pasienter og brukere skal få en tydeligere rolle i helse- og omsorgstjenesten. Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg. Regjeringen er opptatt av at spesialisthelsetjenesten, helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tannhelsetjenesten skal være tilpasset brukernes behov.

Gode IT-systemer er viktige verktøy for å bedre behandling, kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk. Regjeringen skal følge opp Meld. St. 9 (2012–2013) En innbygger – én journal, og videreutvikle helhetlige IT-systemer for helse- og omsorgstjenestene slik at nødvendige helseopplysninger følger pasienten hele veien. IT-systemene skal ta utgangspunkt i pasientenes og tjenestenes behov, samtidig som konfidensialitet og personvern blir ivaretatt.

1.2 Status for omsorg og helse

Foreløpige tall viser at Norge i 2012 brukte om lag 270 mrd. kroner på helse- og omsorgsformål. Det svarer til i overkant av 54 000 kroner per innbygger. Dette omfatter alle private og offentlige utgifter som går til forbruk eller investeringer i helsetjenester mv. Sammenliknet med andre OECD-land er det bare USA som bruker mer per innbygger. Det offentlige dekker om lag 85 pst. av de samlede helseutgiftene i Norge, noe som gjør at offentlige helsebevilgninger er høyere enn i USA, der relativt mer er privatfinansiert. Den offentlig finansierte andelen har vært stabil her i landet de siste årene, og noe høyere sammenliknet med første halvdel av 2000-tallet. Andelen av BNP som benyttes til helse- og omsorgsformål er omtrent på gjennomsnittet av OECD-landene når privat og offentlig finansiering ses under ett. Administrasjon utgjør 0,8 pst. av helseutgiftene, mot gjennomsnittlig 3 pst. i OECD-landene.

I 2012 var de samlede driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten om lag 114 mrd. kroner inkl. kapitalkostnader. De samlede kostnadene utgjorde i 2011 om lag 114 mrd. kroner (faste priser 2012). Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at antall årsverk var om lag 101 000 i 2012, dvs. en økning på 1 pst. fra 2011. Aktiviteten ved sykehusene fortsetter å øke. Det var 889 000 døgnopphold, 426 000 dagbehandlinger og om lag 4,9 mill. polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus i 2012. Nær 1,8 mill. pasienter hadde minst én kontakt ved somatiske sykehus. Den sterke veksten i ressursinnsatsen innen psykisk helsevern for barn og unge har bidratt til at stadig flere får behandling. Innen spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern barn og unge ble det i 2012 behandlet om lag 58 000 pasienter samlet i offentlig institusjoner og hos avtalespesialistene. Poliklinisk behandling er det dominerende behandlingstilbudet. Tilsvarende tall for spesialisthelsetje-

nesten for psykisk helsevern voksne var om lag 171 000 pasienter.

Gjennomsnittlig ventetid til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, inkl. psykisk helse og rusbehandling, var 74 dager i 2012. Dette er en nedgang på tre dager fra 2011. Tallet på antall nyhenviste til planlagt behandling i sykehus er stabilt i 2012 sammenliknet med 2011.

Antall oppholdsdøgn for utskrivningsklare pasienter i sykehus er halvert fra 2011 til 2012, som følge av at kommuner har etablert tilbud. Dette viser at kommunene har handlingsevne, og at ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter virker.

Omsorgstjenesten i kommunene utførte om lag 131 000 årsverk i 2012. Regjeringen har som mål å øke bemanningen i de kommunale omsorgstjenestene med 12 000 årsverk i perioden 2008–2015, målt ved utgangen av året. For perioden 2008–2012 viser tall fra Statistisk sentralbyrå at antall årsverk økte med om lag 10 000. Om lag 95 pst. av årsverkveksten består av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Antall årsverk økte i 2012 med om lag 2300.

Mer enn 272 000 personer mottok kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2012. Av disse var nærmere 44 000 beboere i institusjon, om lag 179 000 mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand (hjemmehjelp, hjemmевaktmester mv.), og i overkant av 49 000 fikk andre tjenester (avlastning, omsorgslønn, støttekontakt mv.). Om lag 122 000 var eldre over 80 år. Dette svarer til vel 45 pst. av det samlede antall tjenestemottakere. Av de over 80 år var i overkant av 90 000 hjemmeboende. Rundt 26 000 mottakere var innskrevet for langtidsopphold i institusjon.

Over en tredel av alle hjemmetjenestemottakere er nå under 67 år, og to tredeler av ressursene i hjemmetjenesten brukes på denne gruppen. De fleste av de nye brukerne er mennesker med psykiske problemer eller langvarige nevrologiske lidelser som multippel sklerose, Parkinsons sykdom, hjerneslag og skader. Dette stiller nye krav til omsorgssektoren og nye krav til kompetanse, personell og teknologi.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en tjeneste for barn og unge mellom 0 og 20 år og for gravide. I 2012 var det 3875 årsverk i tjenesten, en økning på 3 pst. fra året før. Om lag fire av fem kommuner tilbyr helsestasjon for ungdom.

Modellforsøket med rekruttering av psykologer til kommunene ble avsluttet i 2012. Evalueringen var positiv, og 99 kommuner hadde rekruttert til sammen 130 psykologer gjennom ordningen.

Boks 1.1 Helsetilstanden i Norge (2012-tall)

De siste 20 årene har alle grupper i Norge, uavhengig av utdanning og inntekt, fått bedre helse. Levealderen i Norge er blant de høyeste i verden. Gjennomsnittlig forventet levealder i 1970 var 71 år for menn, og 77 år for kvinner. I 2012 er tallene 79,4 år for menn og 83,4 år for kvinner. Levealderen øker i alle grupper, men økningen er størst i grupper med lang utdanning og høy inntekt.

Barn og unge

- Spedbarnsdødeligheten er svært lav, omkring 3 per 1000 levende fødte.
- 15–20 pst. av barn og unge har psykiske vansker som går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre. Om lag 8 pst. (70 000) av barn og unge har en diagnostiserbar psykisk lidelse. Angst, depresjon og atferdsproblemer er de vanligste lidelsene.
- 290 000 barn har foreldre med psykiske lidelser eller alkoholproblemer som går ut over daglig fungering.
- 16 pst. av 8–9-åringer har overvekt eller fedme. Av disse har 3,5 pst fedme.
- Aktivitetsnivået synker kraftig fra 9 til 15 års alder. Bare halvparten av 15-åringene er fysisk aktive minst 60 minutter hver dag. Statistikken viser at barn sitter mer stille og er mindre fysisk aktive enn før.
- Om lag 40 pst av 16-årige gutter drikker brus 5–6 ganger per uke, og under halvparten spiser grønnsaker 5–6 ganger per uke. Det er til dels store sosiale forskjeller. Blant unge jenter er det flere som spiser frukt og grønt og færre som drikker brus enn blant unge gutter.
- Røyking blant ungdom er mer enn halvert de siste fem årene. Om lag 7 pst. av 16–24-åringer røyker daglig, og om lag 13 pst. røyker av og til. Til sammenlikning utgjør andelen dagligrøykere i hele befolkningen 16 pst.
- Om lag 19 pst. av 16–24-åringer snuser daglig, og om lag 10 pst. snuser av og til. Samtidig har det vært en kraftig økning i andelen som bruker snus.
- Om lag 20 pst. har astma. Anslagsvis 6 pst. av barn under skolealder har plager pga. matalergi.

Voksne

- 35 pst. av alle dødsfall skyldes hjerte- og karsykdommer og 25 pst. skyldes kreft. Med bedre diagnostikk oppdages flere tilfeller av kreft tidligere.
- Stadig færre dør før pensjonsalderen. Forklaringen er at det er færre som dør av hjerte- og karsykdommer.
- Tre av ti oppgir at de har helseproblemer som påvirker hverdagen. Én av fire har muskel- og skjelettlidelser, 10–15 pst. har psykiske problemer.
- 10 pst. i yrkesaktiv alder mottar uførepensjon. Over 60 pst. av uførepensjonistene har enten en psykisk lidelse eller sykdommer i muskel- og skjelettsystem og bindevev. I 2011 var andelen med psykiske lidelser (31,6 pst.) for første gang høyere enn andelen med muskel- og skjelettlidelser.
- Psykiske lidelser er skyld i nær 20 pst. av sykefraværtdagsverkene i Norge. Angst og depresjon er de vanligste psykiske lidelsene.
- Bruk av rusmidler i Norge er lavt, men antallet overdosedødsfall er høyt.
- Alkoholforbruket er lavt i europeisk sammenheng, men alkoholkonsumet i Norge har lenge vært økende. Et betydelig antall mennesker rammes av passiv drikking – dvs. skader og problemer den som drikker påfører andre enn seg selv.
- Mellom 15 og 20 pst. av alle voksne anslås å lide av fedme (kroppsmasseindeks over 30).
- Antall personer med diabetes i Norge er anslått til 340 000, og av disse kan så mange som 100 000 ha sykdommen uten å vite det. Tilnærmet 90 pst. av pakistanske kvinner i Oslo har forhøyet risiko for å utvikle diabetes type 2.
- Fire av fem voksne er fysisk aktive mindre enn 30 minutter daglig.
- Om lag en av fem voksne spiser anbefalt mengde frukt og grønt daglig. Voksne inntar dobbelt så mye salt som anbefalt.
- Om lag 640 000 voksne røyker daglig, og om lag 400 000 røyker av og til. Hvert år dør om lag 5100 personer av sykdommer knyttet til røyking. I gjennomsnitt har den enkelte tapt 11 leveår sammenliknet med personer som ikke røyker.

Boks 1.1. forts.

- Mellom 250 000 og 300 000 personer anslås å ha kols (kronisk obstruktiv lungesykdom).
 - Om lag 8 pst. har astma. Det anslås at 2–3 pst. har plager pga. matallergi.
 - Hvert år forårsaker akutte forgiftninger om lag 500 dødsfall og 14 000 sykehusinnleggelser.
 - Om lag 1800 dødsfall hvert år skyldes ulykker. Skader og ulykker er årsak til rundt 10 pst. av alle døgnopphold i sykehus.
 - Forekomst av resistente sykdomsframkallende mikrober øker både hos dyr og mennesker. Norge er fortsatt blant de landene som er best stilt når det gjelder antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner.
- Det er lav forekomst av smittestoffer i drikkevann, mat og hos husdyr, men det er likevel nødvendig med systematisk tilsyn.

Eldre

- Én av fem som er 65 år eller eldre bruker mer enn ti reseptpliktige legemidler i løpet av et år.
- Om lag 40 pst. av eldre over 90 år rammes av demens.
- Mellom 20 og 50 pst. av pasienter på institusjon har en underernæringsstilstand (inkl. eldre, funksjonshemmede, langtidspasienter mv. i sykehus og sykehjem).

Antall årsverk i allmennlegetjenesten var 5020 i 2012, og hadde økt med 3,8 pst. fra 2011. Økningen fordeler seg med 132 årsverk til fastlegevirksomhet og 45 årsverk til institusjoner for eldre og funksjonshemmede (sykehjem). Ved utgangen av andre halvdel av 2012 var det rundt 4280 fastleger. En undersøkelse fra årsskiftet 2012/2013 viser at 83 pst. av innbyggerne er fornøyd med fastlegeordningen. Antall fysioterapiårsverk i kommunene viser en positiv utvikling. I 2012 var det registrert 4429 fysioterapeutårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I 2011 var det 332 autoriserte kliniske ernæringsfysiologer i Norge, hvorav åtte sysselsatt i kommunehelsetjenesten.

Om lag 1 million personer ble undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Fylkeskommunenes brutto driftsutgifter til tannhelsetjenester utgjorde om lag 2,9 mrd. kroner i 2012. I tillegg ble det gitt i underkant av 1,7 mrd. kroner i statlig stønad over folketrygden til å dekke utgifter til tannbehandling.

Ifølge Folkehelseinstituttet ble det solgt legemidler for i størrelsesorden 20 mrd. kroner i 2012. Sammenliknet med 2011 har omsetningen av humane legemidler økt med 3,5 pst. Om lag to tredeler av legemiddelutgiftene betales av helseforetakene og av folketrygden gjennom blåreseptordningen.

1.3 Sentrale utfordringer framover

Helsetilstanden i den norske befolkningen er god. Likevel er det tydelige sosiale helseforskjeller. Det er ulike årsaker til dette, fra grunnleggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som frafall fra utdanning og svak tilknytning til arbeidslivet og dårlig bomiljø, til påvirkningsfaktorer som levevaner og bruk av helsetjenester. Forskjeller i avgang fra arbeidslivet kan i noen grad henge sammen med sosiale forskjeller i arbeidsbelastning.

Det globale sykdomsbyrdeprosjektet peker på hvordan psykiske lidelser og rusavhengighet vil få økende vekt i sykdomsbyrden i årene som kommer. Psykiske helseproblemer som angst og depresjon og problemer knyttet til rusmiddelbruk står for flest tapte arbeidsår. Antall mottakere av uførepensjon som har lettere psykiske lidelser, øker særlig i aldersgruppen 20–39 år.

Den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge er i endring, i likhet med andre land i Vest-Europa. Fram til 2050 vil det bli mer enn dobbelt så mange personer over 67 år sammenliknet med i dag. De største utfordringene handler om hvordan befolkningen kan holde seg frisk og funksjonsdyktig så lenge som mulig, og hvordan helse kan vedlikeholdes, styrkes og bygges i alle deler av befolkningen. Det har vært en gradvis dreining i helse- og omsorgstjenesten fra behandling til tjenester som skal bedre livskvaliteten for kronisk syke og personer med nedsatt funksjonsevne.

Det er vesentlige utfordringer når det gjelder levevaner. Tobakk, alkohol, fysisk inaktivitet, usunt kosthold, overvekt og fedme øker risiko for kronisk sykdom vesentlig. Røyking er den enkeltfaktoren som betyr mest for dødeligheten. Alkohol er knyttet til en rekke somatiske sykdommer og øker risikoen for akutte skader, ulykker og psykiske lidelser. Det er for lite fysisk aktivitet i befolkningen. Aktiviteten er sosialt skjevfordelt, og utviklingen går i negativ retning. Fysisk inaktivitet er i seg selv en risikofaktor. Lange perioder med stillesitting er, uavhengig av fysisk aktivitet ellers, bl.a. knyttet til fedme, diabetes 2, kreft, hjerte- og karsykdommer og redusert levealder. Myndighetenes kostholdsanbefalinger følges i for liten grad. De største kostholdsutfordringene er for lite inntak av grønnsaker, frukt, grove kornprodukter og fisk og for høyt inntak av mettet fett og salt, samt for høyt sukkerinntak hos barn og unge.

Det er krevende å forebygge, avdekke, behandle og følge opp skader forårsaket av vold, overgrep og andre traumer. Dette er forhold som berører en rekke grupper, bl.a. barn og voksne utsatt for vold og overgrep, traumatiserte flyktninger og veteraner etter internasjonale operasjoner. Å være utsatt for vold og overgrep kan medføre en rekke helseutfordringer, også i lengre perspektiv.

Det er for lange ventetider til helsetjenester innen noen fagområder, det er til dels ulik prioriteringspraksis, og samhandling mellom tjenestene er ikke alltid god nok. De fleste er fornøyd med

behandlingen og får den hjelpen de trenger, men det er likevel pasienter som opplever mangelfull kvalitet eller som blir skadet som følge av ytelser i helsetjenesten. Det er fortsatt behov for omstillinger i sykehussektoren for å redusere ventetider, bedre kvalitet og oppnå mer effektiv ressursbruk.

Utfordringene i omsorgssektoren er knyttet til nye brukergrupper og en aldrende befolkning, samtidig som det vil kunne bli knapphet på fagpersonell og frivillige omsorgsytere. Dette må møtes med tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, og med tiltak for å stimulere samfunnets samlede omsorgsressurser og støtte pårørende og frivillige. Behov for medisinsk og tverrfaglig oppfølging og mangel på sosial kontakt og aktivitet i dagliglivet, er andre viktige utfordringer.

Det er pasienter som opplever brudd og svikt i helsetilbudet, og særlig i overgangen mellom sykehus og kommunen. Helsetilsynet har pekt på mangelfull kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem når pleietrengende skal overføres til sykehjem. Brukere opplever at de selv må styre samhandlingen mellom aktørene. Dette rammer særlig syke eldre, kronisk syke, barn og unge, psykisk syke, rusmiddelavhengige og mennesker som trenger rehabilitering.

Når det gjelder resistente mikrober kan den gode situasjonen for Norge endre seg fort. Om få år vil resistensproblemer kunne hindre vellykket behandling av infeksjoner og andre sykdommer som kreft og transplantasjonskrevende tilstander.

2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag er om lag 155 mrd. kroner. Dette er fordelt med 128,2 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og 26,8 mrd. kroner på programområde 30, Stønad ved helsetjenester, jf. tabell side 21.

Samlet foreslås om lag 8,3 mrd. kroner, eller 5,7 pst., mer enn i saldert budsjett 2013. Forslaget tar høyde for pris- og kostnadsvekst, herunder virkning av takstoppjøret for leger, psykologer og fysioterapeuter. Sett bort fra dette, samt flytting av enkelte oppgaver mellom departementene, foreslås bevilgningsnivået økt reelt med om lag 3,3 mrd. kroner, eller om lag 2,3 pst. sammenliknet med saldert budsjett 2013. Realveksten fordeles seg med om lag 2,4 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og vel 900 mill. kro-

ner på programområde 30 Stønader ved helsetjenester. Bevilgningsforslaget for programområde 10 er påvirket av nedgang i bevilgning til investeringslån til store sykehusbygg på til sammen om lag 470 mill. kroner som følge av prosjektframdrift og ferdigstilling.

Det foreslås i tillegg en styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 180 mill. kroner og økt investeringstilskudd til flere heldøgns omsorgsplasser med 101 mill. kroner over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, samt 30 mill. kroner til oppstart av byggeprosjekt for Norsk helsearkiv over Fornyings-, administrasjons- og kirke departementets budsjett. De viktigste styrkingene ut over anslag for regelstyrte ordninger går fram av boks 2.1.

Boks 2.1 Regjeringens hovedprioriteringer på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2013

Økt pasientbehandling	2 053 mill. kroner
IKT og medisinskteknisk utstyr i sykehusene	250 mill. kroner
Forskning i helseforetakene	100 mill. kroner
Forskningsstudie kreftlegemiddel.....	110 mill. kroner
Prostatacenter	16 mill. kroner
Elektronisk samhandling	50 mill. kroner
Nødnett	110 mill. kroner
Kvalitet og pasientsikkerhet.....	30 mill. kroner
Omsorgsplan 2015 og 2020.....	201 mill. kroner
Primærhelsetjeneste.....	90 mill. kroner
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste.....	180 mill. kroner
Arbeid og psykisk helse	20 mill. kroner
Vold og traumatisk stress.....	14 mill. kroner
Rusmiddeltiltak	40 mill. kroner
Tannhelse	40 mill. kroner
Folkehelsetiltak.....	45 mill. kroner
Vaksine mot rotavirus	20 mill. kroner
Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda.....	25 mill. kroner
Norsk helsearkiv.....	30 mill. kroner

Merknader: Styrking av helsestasjons- og skolehelsetjeneste med 180 mill. kroner og 101 mill. kroner i tilskudd til investeringer i heldøgns omsorgsplasser under Omsorgsplan 2015, bevilges over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. Norsk helsearkiv inngår i et byggeprosjekt på 75 mill. kroner over Fornyings-, administrasjons- og kirke departementets budsjett.

2.1 Økt pasientbehandling

Regjeringen foreslår å styrke sykehusenes økonomi med 2,4 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2013, hvorav 2 053 mill. kroner til drift, 250 mill. kroner til investeringer i medisinsk-teknisk utstyr og IKT og 100 mill. kroner til styrket forskning i spesialisthelsetjenesten.

Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, og regjeringen møter det økte behovet gjennom å styrke sykehusenes økonomi, slik at flere pasienter kan få behandling. Krav om reduksjon i ventetider videreføres og arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet styrkes. Ut over generell pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 3,1 pst., foreslås det 2 053 mill. kroner mer til drift. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Beløpet fordeler seg med 76 mill. kroner til videreføring av høyere aktivitet i 2013 enn forutsatt i saldert budsjett 2013 og 1 977 mill. kroner til reduserte ventetider, generell økt pasientbehandling og kvalitet.

Budsjettforslaget legger med dette til rette for en vekst i pasientbehandlingen på opp mot 2,3 pst., den høyeste budsjetterte aktivitetsveksten noensinne for helseforetakene. Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2013, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2013. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer på usikkert grunnlag at den demografiske utviklingen kan tilsi merutgifter for sykehusene på om lag 1,5 pst. i 2014. Det er da ikke tatt hensyn til forbedringen fra år til år i befolkningens helsetilstand. Det er lagt til rette for en vekst på 6 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi. For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF), legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 pst. Det er da tatt hensyn til at det i 2013 ble gjennomført en ekstra innsats for pasienter som venter på brystrekonstruksjon svarende til 100 mill. kroner, eller om lag 0,1 prosentenhet lavere vekst i pasientbehandling omfattet av ISF fra 2013 til 2014. Rekonstruksjon av bryst etter brystkreftbehandling skal fra 2014 håndteres innenfor de ordinære inntektsrammene. Til fradrag i vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått å utgjøre om lag 0,8 pst. av pasientbehandling omfattet av ISF.

Innenfor styrkingen på 1 977 mill. kroner, foreslås det å avsette midler til følgende tiltak:

De regionale helseforetakene skal kjøpe mer behandlingsskapasitet fra ideelle virksomheter.

Det er en målsetting å øke antall plasser med om lag 200 totalt i de fire helseregionene, og den økte kapasiteten skal rette seg mot pasienter med samtidige rus- og psykiske lidelser, pasienter med behov for akutt- og abstinensbehandling, gravide eller småbarnsfamilier med rusproblemer og unge med omfattende hjelpebehov. Kjøp av plasser fra ideelle virksomheter forutsettes gjort i tråd med gjeldende regelverk for offentlige anskaffelser. Denne prosessen vil ta noe tid. Det legges til grunn at avtaler inngått med ideelle virksomheter kan gjøres gjeldene i løpet av 2014. Regjeringen er opptatt av at de ideelle institusjonene sikres forutsigbarhet og langsiktighet ved gjennomføring av anskaffelser.

Det foreslås 20 mill. kroner til kliniske studier av bytte mellom biologiske og biotilsvarende legemidler. Når et biologisk legemiddel går av patent åpnes det for at andre produsenter kan lage tilvarende biologiske legemidler. Det er som oftest ikke mulig å lage helt identiske kopier av biologiske legemidler slik tilfellet er med syntetiske legemidler (generika), herav navnet biotilsvarende. Når europeiske legemiddelmyndigheter godkjenner et biotilsvarende legemiddel, er det en bekreftelse på at det har samme virkning som originallegemidlet. Ev. bytte mellom det originale biologiske legemidlet og det biotilsvarende legemidlet hos pasienter som allerede får behandling, er ikke en del av godkjenningen. Formålet med studiene er å dokumentere hvorvidt slikt bytte er trygt. Satsingen er i tråd med forslag om å styrke offentlig initierte kliniske studier innenfor andre fagområder enn kreftområdet, hvor det i dag pågår en satsing gjennom Norges forskningsråd. Behovet for offentlig initierte kliniske fase IV-studier på ulike fagområder er løftet fram av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering og i Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. Denne type forskning vil normalt ikke bli finansiert av kommersielle aktører og ofte heller ikke alltid være attraktiv for forskergrupper å initiere, men vil kunne gi resultater med stor samfunnsmessig verdi.

Det foreslås å opprette i alt syv nye nasjonale tjenester i 2014, fordelt på en ny nasjonal behandlingstjeneste og seks nasjonale kompetansetjenester. Det foreslås å styrke bevilgningen til regionale helseforetak med 14 mill. kroner for å understøtte oppgaver knyttet til kompetanseoppbygging og kompetansespredning ved de nye nasjonale tjenestene.

Det foreslås en styrking på 10 mill. kroner til igangsatt pilotprosjekt screening for tykk- og endetarmskreft i Vestre Viken HF, Bærum syke-

hus og Sykehuset Østfold HF, Moss. Kostnadene ved prosjektet, inkl. evaluering, er økt.

Internasjonale studier viser at den medisinskteknologiske utviklingen er blant de viktigste årsakene til kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten. Det er behov for mer kunnskapsbaserte beslutninger om innføring av ny teknologi og legemidler og utfasing av eksisterende metoder i spesialisthelsetjenesten. Det foreslås 5 mill. kroner til etablering av system for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten. Målet er å sikre likeverdig tilgang til nye metoder som er trygge, som har dokumentert effekt og som er kostnadseffektive. Systemet skal også sikre at metoder som er ineffektive og/eller skadelige for pasienter, ikke tas i bruk eller håndteres gjennom utprøvende behandling og kliniske studier. Systemet vil bidra til økt kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten og være et viktig virkemiddel for å understøtte kunnskapsbaserte prioriteringsbeslutninger i tjenesten.

2.2 IKT og medisinskteknisk utstyr i sykehusene

Det foreslås 250 mill. kroner mer sammenliknet med saldert budsjett for 2013 til IKT og medisinskteknisk utstyr i helseforetakene ut over allerede planlagt nivå. Ved Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013) ble det vedtatt å tilleggsbevilge 70 mill. kroner til IKT i sykehus i 2013. Tiltakene skal støtte opp om tiltakene i Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal, Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.

Satsingen i 2014 skal bl.a. legge til rette for raskere innføring av elektronisk samhandling mellom sykehus og andre aktører. Tiltak omfatter bl.a. elektroniske henvisninger og basismeldinger mellom sykehus, fastleger og pleie- og omsorgssektoren i kommunene, automatisk oppdatering av adresseregisteret og elektroniske fødselsmeldinger til Folkeregisteret. I tillegg kan midlene benyttes til investeringer og videreutvikling av IKT-systemene i sykehusene og til investeringer i medisinskteknisk utstyr.

2.3 Forskning i helseforetakene

Alle helseforetak er kunnskapsinstitusjoner og skal ha forskning som en integrert del av sin virksomhet. Forskning er viktig både for å bidra til ny kunnskap, og for å bidra til kompetanse og utvikling i sykehusene. Det foreslås å øke bevilgningen

til de regionale helseforetakene med 100 mill. kroner til styrking av forskning. Midlene skal bidra til å sikre forskning i helseforetakene, herunder private ideelle sykehus med driftsavtale med helseregionen. Midlene skal benyttes til å styrke tjenesterelevant og pasientnær klinisk forskning og helse-tjenesteforskning, som grunnlag for å sikre høy kvalitet og trygge og effektive tjenester. Det er særlig viktig med forskning innen områdene: hjerte-karsykdommer, muskel- og skjelettplager, alvorlige psykiske lidelser, helsetjenesteforskning, kreftforskning og nevrologiske sykdommer inkludert demens der det er etablert nasjonalt forskningssamarbeid på tvers av sykehusene. I tillegg skal styrkingen bidra med mer forskning knyttet til smerte- og utmattelsesykdommer som CFS/ME, fibromyalgi, borreliose mv.

2.4 Forskningsstudie kreftlegemiddel

Det foreslås 110 mill. kroner til forskningsstudie av ipilimumab, et nytt legemiddel for behandling av føflekkreft med spredning. Studien ble vedtatt startet opp gjennom Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013). Formålet er å få bedre kunnskap om hvilke pasienter som har nytte av behandlingen. Legemiddelet har begrenset effekt på sykdommen for de fleste pasientene. Basert på godkjent bruksområde er det anslått at om lag 100 personer i Norge årlig kan være aktuelle for behandling. Studien vil omfatte pasienter som kan ha nytte av medisinen og hvor behandlingen er innenfor godkjent bruksområde.

2.5 Prostatasenter

Det foreslås 15,5 mill. kroner til etablering av prostatasenter i de regionale helseforetakene. Prostatakraft utgjør 25 pst. av alle krefttilfellene hos menn, og er den vanligste kreftformen blant menn. Sentrene vil legge til rette for at pasienter med symptomer på prostatakraft kan få en rask avklaring av diagnose og god informasjon om videre oppfølging og behandling, og sette pasienten i stand til å ta informerte valg.

2.6 Investeringer i sykehus

De regionale helseforetakene har omfattende investeringsplaner. For å legge bedre til rette for å gjennomføre nødvendige investeringer vil regjeringen gi mulighet for å utvide rammene for nye

investeringslån fra 50 til 70 pst. av investeringskostnadene. Samtidig kan avdragstiden økes fra 20 til 25 år. Økt låneandel og lengre avdragstid vil gi helseforetakene større fleksibilitet og handlingsrom for nyinvesteringer. Endringene vil kunne gi helseforetakene mulighet til å komme raskere i gang med viktige investeringer i bygg, medisinskteknisk utstyr og IKT.

Det er videre lagt til grunn at de regionale helseforetakene kan videreføre utredning av protonterapisentre.

2.7 Elektronisk samhandling

Det er et mål at nødvendige helseopplysninger skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet. IKT-systemene som brukes av helsepersonell i dag støtter i for liten grad opp under dette. Regjeringen ønsker å modernisere IKT-plattformen og arbeide for en felles løsning for hele sektoren, jf. Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal. Det foreslås derfor 25 mill. kroner for å utrede og kvalitetssikre løsningskonsepter for felles journal.

Regjeringen har som mål at digitale tjenester skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere, og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig og helhetlig. Det foreslås derfor 20 mill. kroner til å videreutvikle tjenesten Min helse på nett. Gjennom tjenesten skal pasienter og brukere få elektronisk tilgang til egen journal. I tillegg skal innbyggerne få tilbud om selvbetjeningsløsninger og mulighet for elektronisk dialog med helsepersonell. Tjenesten skal være tilgjengelig på den offentlige helseportalen helsenorge.no.

Det foreslås 5 mill. kroner for å styrke informasjonssikkerheten. HelseCSIRT er et felles kompetansesenter for informasjonssikkerhet for helse- og omsorgssektoren. Formålet er å spre kompetanse om IKT-trusler og sikre sektoren med felles beskyttelsesmekanismer. Det er i tillegg et mål at det tilrettelegges for sikker identifi- sering av helsepersonell.

2.8 Nødnett

Det foreslås en særskilt bevilgning på 110 mill. kroner til å dekke de midlertidige kostnader spesialisthelsetjenesten har ved innføring av nødnett i kommunene i 2014. Ved Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013) ble det bevilget 58 mill. kroner til samme formål i 2013. På bakgrunn av

helsetjenestens evaluering av nødnett, har regjeringen besluttet at det skal leveres justerte løsninger for akuttmottak ved sykehusene og legevakter i kommunene.

2.9 Kvalitet og pasientsikkerhet

Det foreslås 30 mill. kroner til arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. I 2014 starter et femårig nasjonalt program for pasientsikkerhet. Programmet bygger videre på tiltak fra den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender. Programmet skal bidra til et nasjonalt løft for pasientsikkerheten særlig i kommunene og redusere pasientskader ved å implementere dokumenterte effektive tiltakspakker i hele tjenesten. Konkretisering av programmet skal gjøres i samarbeid med tjenesten, brukere og forvaltningen. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal ivareta sekretariatsfunksjonen for programmet.

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven vil styrke pasienters, brukeres og pårørendes stilling ved at de bl.a. gis innsyns- og uttalerett i tilsynssaker. Det foreslås derfor økt bevilgning til Statens helsetilsyn og fylkesmen- nene for å håndtere virkningen av lovendringene.

Det foreslås en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. 500 mill. kroner av budsjetttrammen til regionale helseforetak foreslås knyttet til en slik ordning. Ordningen innebærer at en del av bevilgningen gjøres avhengig av måloppnåelse ved bruk av kvalitetsindikatorer.

2.10 Omsorgsplan 2015 og 2020

Omsorgsplan 2015 videreføres gjennom tilsagn om tilskudd til 12 000 heldøgns omsorgsplasser, 12 000 nye årsverk i perioden 2008–2015, Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015. For å legge til rette for fortsatt sterk kommunal satsing, foreslås 101 mill. kroner til 2000 heldøgns plasser. Samlet tilsagnsramme er 2,02 mrd. kroner.

Samtidig som dagens Omsorgsplan 2015 gjennomføres, har arbeidet med å utvikle og innarbeide nye og framtidsrettede løsninger for å møte dagens og framtidens utfordringer startet. Tiltakene i Omsorgsplan 2020 vil inngå som nye elementer i dagens omsorgsplan og overlapper denne fram t.o.m. 2015.

Det foreslås til sammen 100 mill. kroner til oppfølging og konkretisering av hovedsatsingene

i Omsorgsplan 2020. Planen er presentert i Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Innst. 477 S (2012–2013). Den skal bidra til nyskaping og utvikling av nye løsninger i omsorgssektoren, gjennom bl.a. et program for velferdsteknologi, et innovasjonsprogram, et pårørendeprogram, en nasjonal frivillighetsstrategi og faglig omlegging og nye arbeidsformer.

For å gi mennesker bedre mulighet til å mestre eget liv og helse og bidra til trygghet i eget hjem, er det etablert et program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene. Det foreslås 34 mill. kroner til velferdsteknologiprogrammet.

Det foreslås 20 mill. kroner til et eget innovasjonsprogram som skal støtte og stimulere kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid på helse- og omsorgsfeltet.

Det er etablert et program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk, som skal bidra til at pårørende blir verdsatt og synliggjort og gi økt likestilling og mer fleksibilitet. Samlet foreslås 10 mill. kroner til programmet. I samarbeid med kommunesektoren og Frivillighet Norge skal det utvikles en strategi for å mobilisere, ivareta og støtte frivillige omsorgsytere og styrke samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor. Det foreslås 17 mill. kroner til tiltak for å styrke det frivillige arbeidet i sektoren.

Faglig omstillingsarbeid er nødvendig for å foredle omsorgstjenestenes pleiefaglige arbeid og sikre bred tverrfaglig kompetanse på rehabilitering, aktivitet, sosialt nettverksarbeid og miljøbehandling. Samlet foreslås 19 mill. kroner til faglig omstillingsarbeid.

2.11 Primærhelsetjeneste

Primærhelsetjenesten foreslås styrket med 90 mill. kroner. Det foreslås å styrke rekrutteringen av psykologer i kommunene med 40 mill. kroner. Dette åpner for at flere kommuner kan inkludere psykologkompetanse i sine tjenester. Regjeringen vil videre styrke kvaliteten og kompetansen i kommunal legevaktstjeneste med 50 mill. kroner.

2.12 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Det foreslås 180 mill. kroner til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Beløpet inngår i regjeringens forslag til vekst i kommunenes frie inntekter og vil bli fordelt til alle norske kommu-

ner basert på antall innbyggere 0–19 år, dog slik at alle kommuner er sikret en styrking på minst 100 000 kroner til tiltaket. Regjeringen vil bidra til å fortsette å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig forebyggende tjeneste for barn og unge opp til 20 år. En god helsestasjons- og skolehelsetjeneste er nødvendig for å nå mål knyttet til barn og unges psykiske helse og for bedret ernæring og økt fysisk aktivitet blant barn og unge. Tjenesten er også helt sentral for å forebygge og avdekke vold og overgrep, forebygge mobbing og redusere frafall i skolen. Tjenesten når ut til alle og har høy oppslutning.

Videre foreslås det å endre tilskuddsordningen på 20 mill. kroner over kap. 762, post 60. Det foreslås at 16 mill. kroner rettes inn mot styrking av skolehelsetjenesten i videregående skole, med vekt på særlig store levekårsutfordringer, dropouts mv. Videre foreslås det at 4 mill. kroner prioriteres til områdesatsing i Oslo indre øst til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

2.13 Arbeid og psykisk helse

De fleste som har et psykisk helseproblem deltar i arbeid. Samtidig står en stor del av befolkningen utenfor arbeidslivet. Psykiske helseproblemer er en viktig faktor i dette. Tidlig innsats og forebygging er viktig for å forhindre at psykisk syke faller ut av jobb, samtidig som tilhørighet til arbeidslivet er viktig for å hjelpe også alvorlig psykisk syke i rehabiliteringen. Derfor foreslås bevilgningen til arbeid og psykisk helse styrket med 20 mill. kroner, hvorav 7 mill. kroner skal gå til pilotprosjektet Rask psykisk helsehjelp, 10 mill. kroner skal gå til Individuell jobbstøtte og 3 mill. kroner til Fontenehus.

2.14 Vold og traumatisk stress

Det foreslås å styrke arbeidet mot vold og traumatisk stress med 14 mill. kroner. Helsemessige konsekvenser av å utsettes for vold kan være omfattende og potensielt livstruende. Helse- og omsorgstjenesten spiller en viktig rolle i å forebygge, avdekke, behandle og følge opp skader forårsaket av vold. For første gang er det lagt fram en stortingsmelding om vold i nære relasjoner, Meld. St. 15 (2012–2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Den er fulgt opp med handlingsplanen Et liv uten vold og strategien Barn-

dommen kommer ikke i reprise. Det er i dag for liten oppmerksomhet og kompetanse om vold og overgrep i helsetjenesten.

2.15 Rusmiddeltiltak

Ut over den foreslåtte økningen av behandlingsskapasiteten i spesialisthelsetjenesten, vil regjeringen styrke innsatsen på rusfeltet med ytterligere 40 mill. kroner i 2014. Dette er i tråd med Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Det foreslås 20 mill. kroner til å etablere nye lavterskeltilbud til gravide, mødre/foreldre med rus- og/eller psykiske problemer, 10 mill. kroner til utvikling av samarbeidsprosjekter mellom rusinstitusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling og kommunene om utskrivninger og 10 mill. kroner til etablering av egne drop-out team i de regionale helseforetakene. Siden 2005 er de særskilte bevilgningene til rusfeltet dermed økt med vel 1,2 mrd. kroner.

2.16 Tannhelse

Tannhelseområdet foreslås styrket med 40 mill. kroner som en konsekvens av utfasingen av særfradraget for store sykdomsutgifter, som trekkes fra i alminnelig inntekt på selvangivelsen. Midlene foreslås benyttet til en folketrygdbasert ordning for personer som er tannløse i underkjeven og økning av refusjoner til tannbehandling til dem med særskilte medisinske lidelser. Forslaget til en ny stønadsordning for personer som er tannløse innebærer at personer som pga. slag, allmennsykdommer eller andre forhold ikke er i stand til å kunne bruke løstsittende protese i underkjeven, kan få dekket utgifter til implantatfestede proteser.

Videre foreslås å styrke tiltak innenfor tannhelsetjenesten med 30 mill. kroner ved omdisponering fra folketrygdens stønadsordning til tannlegehjelp.

2.17 Folkehelsetiltak

Ut over styrkingen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten omtalt i avsnitt 2.12 ovenfor, foreslås det å styrke folkehelsefeltet med 45 mill. kroner som oppfølging av Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen.

For å sikre gode helsedata foreslås det å utvikle et kompetansemiljø for evaluering av folkehelseiltak og utvikle det nasjonale sykdomsbyrdeprosjektet ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Resultatene vil få betydning for prioriteringen og utviklingen av folkehelsearbeidet og skal foregå i nært samarbeid med det globale sykdomsbyrdeprosjektet.

Rent vann i springen er en forutsetning for god folkehelse. Det foreslås en veilednings- og støtteordning for å stimulere kommunale og private vannverk til oppgradering av gammelt eller dårlig ledningsnett. Tiltaket skal bidra til tryggere og mer stabil vannforsyning, særlig i Utkant-Norge der de fleste mindre vannverk ligger.

Det foreslås en styrking av den nasjonale atomberedskapen, bl.a. gjennom innkjøp av måleutstyr, økt øvingsaktivitet, kompetanseutvikling og en sterkere beredskapsorganisasjon.

I tillegg foreslås det å styrke områder som mattrygghet og ernæring, fysisk aktivitet, antidopingarbeid og forskning.

2.18 Vaksine mot rotavirus

Det foreslås 20 mill. kroner for at det nasjonale barnevaksineprogrammet f.o.m. juli 2014 skal inkludere vaksine mot spedbarnsdiaré forårsaket av rotavirus. Det tas sikte på at anskaffelse og innkjøp gjennomføres våren 2014. Uten vaksine rammer rotavirusinfeksjon praktisk talt alle barn under fem år med diaré og oppkast som i alvorlige tilfeller fører til uttørring. Det er estimert at vaksinen årlig vil spare 900 sykehusinnleggelseser, 7200 legekonsultasjoner og 29 000 hjemmepisoder. Det er ventet at innføring av vaksinen også vil redusere foreldres sykefravær. Vaksinen har få bivirkninger og sikkerheten er veldokumentert. Vaksinen har vært i bruk siden 2004 og mer enn 150 millioner doser er distribuert over hele verden.

2.19 Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda

Antall nye saker i offentlig og privat sektor relatert til pasientskadeordningen har økt over flere år, og forventes å stige ytterligere i 2014. Det foreslås å styrke Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda med til sammen 25 mill. kroner for å korte ned saksbehandlingstidene.

2.20 Norsk helsearkiv

Norsk helsearkiv skal etableres sammen med nytt sentraldepot for Arkivverket på Tynset. Det foreslås 75 mill. kroner over Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementets budsjett til oppstart av nytt bygg, hvorav om lag 30 mill. kroner vil omfatte de delene som skal huse funksjoner knyttet til helsearkivet.

2.21 Egenandeler

Det legges til grunn at egenandelene følger prisutviklingen og videreføres samlet på samme reelle nivå som i 2013. Prisonsregning av egenandelene under egenandelstakene svarer i sum til om lag 110 mill. kroner. I tillegg kommer økte utgifter til legemidler for forbrukerne, jf. omtale i avsnitt 2.22 nedenfor.

Det foreslås 34 mill. kroner for å doble overnattingsgodtgjørelsen i syketransportforskriften fra dagens 350 kroner til 700 kroner per døgn fra 1. januar 2014. Sentralisering av tjenestetilbud vil medføre lengre reiseveier, og overnatting kan bli nødvendig. Dagens sats ligger under det pasienten må betale for en hotellovernatting, og dette gir urimelige utslag, særlig for pasienter med lang reisevei til behandler.

Prisjusteringen og økningen av overnattingsgodtgjørelsen foreslås dekket ved å øke egenandelstak 1 fra 2040 til 2105 kroner og tak 2 fra 2620 til 2670 kroner fra 1. januar 2014. Videre foreslås

egenandelene for lege-, psykolog- og fysioterapi-tjenester, poliklinikk, lab/røntgen, opphold ved opptreningsinstitusjoner, klimareiser, samt pasientreiser økt med 1,5 pst. i gjennomsnitt. Egenandelen for pasientreiser, opphold ved opptreningsinstitusjoner og klimareiser, økes fra 1. januar. Øvrige egenandeler under takordningene økes fra 1. juli, som svarer til en økning på 0,8 pst. for året under ett.

2.22 Reduserte priser på byttbare legemidler

Det foreslås at prisnivået på legemidler til trinnpris reduseres gjennom økte kuttsatser. Samtidig foreslås det en endring av apotekavansen som skal sikre apotekene bedre betalt for den jobben de utfører ved resephåndtering og salg av legemidler uten generisk konkurranse. Omleggingen av apotekavansen, med økt kronetillegg og redusert prosenttillegg, vil føre til at avansen blir mindre avhengig av pakningens pris og i større grad avspeiler apotekenes arbeid med salg av legemidler. De foreslåtte endringene i pris- og avanseregulering er anslått å gi en innsparing for folketrygden på 124 mill. kroner. Fordi økning i kronetillegget i apotekavansen særlig slår ut for billige legemiddelpakninger, som ofte selges på hvit resept, anslås tiltakene å føre til at forbrukernes utgifter til legemidler vil øke med om lag 60 mill. kroner i 2014.

3 Oversiktstabeller

Utgifter fordelt på programkategorier

Betegnelse	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
			mill. kr
<i>Programområde 10 Helse og omsorg</i>			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	294,3	633,6	115,3
10.10 Folkehelse	1 794,2	1 884,3	5,0
10.20 Helseforvaltning	1 904,1	1 869,9	-1,8
10.30 Spesialisthelsetjenester	112 289,9	118 621,3	5,6
10.50 Legemidler	303,0	307,3	1,4
10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene	3 834,8	3 953,4	3,1
10.70 Tannhelsetjenester	163,5	199,2	21,9
10.80 Kunnskap og kompetanse	749,1	687,4	-8,2
Sum Helse og omsorg	121 334,5	128 159,0	5,6
<i>Programområde 30 Stønad ved helsetjenester</i>			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	4 328,5	4 623,0	6,8
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	20 817,7	21 993,6	5,6
30.90 Andre helsetiltak	230,0	235,0	2,2
Sum Stønad ved helsetjenester	25 376,2	26 851,6	5,8
Sum Helse- og omsorgsdepartementet	146 710,7	155 010,6	5,7

Stillinger og årsverk

Kap.	Virksomhet	2012	2013
700	Helse- og omsorgsdepartementet	198,0	204,3
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	713,1	730,1
715	Statens strålevern	112,1	114,5
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	44,5	42,0
720	Helsedirektoratet	1110,4	1222,8
	herunder: Helseøkonomiforvaltningen	563,3	547,0
721	Statens helsetilsyn	105,4	106,3
722	Norsk pasientskadeerstatning	131,8	142,9
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	45,1	43,1
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	145,6	159,5
729	Pasientombudene	65,3	67,5
750	Statens legemiddelverk	229,9	236,8
	Nemndssekretariater mv.	67,1	82,8

Merknad: Veksten i antall årsverk i Helsedirektoratet fordeler seg på alle fagområder, men er særlig knyttet til e-helse og IKT. Nemndssekretariater mv. omfatter sekretariatene for Bioteknologinemnda, Klagenemnda for behandling i utlandet, Pasientskadenemnda, Preimplantasjonsdiagnostikknemnda, Statens helsepersonellnemnd og Vitenskapskomiteen for mattrygghet.

Kilde: Statens sentrale tjenestemannsregister per 1. mars.

Anmodningsvedtak

Anmodningsvedtak er omtalt i del III, kap. 5.

Nr.	Dato	Vedtak
189 (2007–2008)	3. desember 2007	«Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenesten sikres.»
254 (2008–2009)	16. mars 2009	«Stortinget ber Regjeringen kartlegge hvilket habiliterings- og rehabiliteringstilbud barn og voksne får etter cochlea implantatoperasjon.»
255 (2008–2009)	16. mars 2009	«Stortinget ber Regjeringen kartlegge den tverrfaglige oppfølgingen barn med cochlea-implantat frem til skolestart.»
556 (2008–2009)	19. juni 2009	«Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen sak om organisering og vilkår for den fremtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet.»
686 (2010–2011)	17. juni 2011	«Stortinget ber regjeringen utrede videre de økonomiske og administrative konsekvensene og raskt komme tilbake til Stortinget med et forslag om rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse for brukere med stort behov innenfor den samme økonomiske rammen som gjelder i dag (jf. Innst. 424 L).»
408 (2011–2012)	1. mars 2012	«Stortinget ber regjeringen gjennomgå erfaringene fra ordningen med fast kontakt for ofre og pårørende i forbindelse med en krise og vurdere om den skal utvides til å bli en generell ordning for kommunene.»
412 (2012–2013)	19. mars 2013	«Stortinget ber regjeringen utarbeide en legemiddelmelding med en ny, helhetlig gjennomgang av hele legemiddelpolitikken.»

Del II
Budsjettforslaget

4 Nærmere omtale av bevilgningsforslagene mv.

Generell merknad til budsjettabeller under inntektskapitlene: Det er ikke knyttet bevilgningsforslag til postene 15–18, refusjon lønnsutgifter. Under inntektskapitler der det fremmes bevilgningsforslag, er ev. regnskap 2012 for postene 15–

18 ført samlet under betegnelsen Refusjon lønnsutgifter.

Budsjettkapitler uten bevilgning i 2013 og uten bevilgningsforslag for 2014, er ikke omtalt.

Programområde 10 Helse og omsorg

Programkategori 10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
700	Helse- og omsorgsdepartementet	182 288	186 088	206 951	11,2
701	IKT i helse- og omsorgssektoren			314 667	
702	Beredskap	46 050	38 590	39 941	3,5
703	Internasjonalt samarbeid	68 885	69 644	72 081	3,5
	Sum kategori 10.00	297 223	294 322	633 640	115,3

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
01–23	Statens egne driftsutgifter	276 288	276 122	517 286	87,3
70–89	Andre overføringer	20 935	18 200	116 354	539,3
	Sum kategori 10.00	297 223	294 322	633 640	115,3

Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2012	budsjett 2013	2014
01	Driftsutgifter	182 288	186 088	206 951
	Sum kap. 0700	182 288	186 088	206 951

Endringen sammenliknet med saldert budsjett 2013 er knyttet til lønns- og prisjustering, justering av husleie, flytting av IKT-oppgaver, samt økt aktivitetsomfang i departementet, jf. omtale under post 01.

Helse- og omsorgsdepartementets mål er å utforme en helhetlig og effektiv politikk for helse-tjenester (primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester), pleie- og omsorgstjenester, tiltak for rusmiddelavhengige og å fremme folkehelsearbeidet.

Departementet har ansvar innenfor følgende hovedområder:

- folkehelse
- primærhelsetjeneste
- spesialisthelsetjeneste
- pleie- og omsorgstjenester
- tannhelse
- psykisk helse
- rus og helse
- habilitering og rehabilitering
- pasientrettigheter
- legemidler
- bioteknologi og bioetikk
- helseberedskap

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for følgende underliggende virksomheter og foretak:

- Helsedirektoratet
- Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Norsk pasientskadeerstatning
- Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
- Statens helsetilsyn
- Statens institutt for rusmiddelforskning
- Statens legemiddelverk
- Statens strålevern
- Helse Nord RHF
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Norsk Helsenett SF
- AS Vinmonopolet
- dig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet

Følgende nemndsekretariater er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet:

- Sekretariat for Bioteknologinemnda
- Sekretariat for Statens helsepersonellnemnd
- Klagenemnda for behandling i utlandet
- Preimplantasjonsdiagnostikknemnda
- Sekretariat for Pasientskadenemnda
- Sekretariat for Vitenskapskomiteen for mattrygghet
- Klagenemnda for Vinmonopolets innkjøp

I sesjonen 2012–2013 er det lagt fram følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:

- Prop. 22 S (2012–2013) Endringer i statsbudsjettet 2012 under Helse- og omsorgsdepartementet
- Prop. 49 L (2012–2013) Endringer i folketrygdloven
- Prop. 55 L (2012–2013) Endringer i tobakkskadeloven (bevillingsordning mv.)
- Prop. 87 L (2012–2013) Endringer i helsepersonellova m.m. (utsending av epikrisar og utlevering av teiepliktige opplysningar til bruk i læringsarbeid og kvalitetssikring m.m.)
- Prop. 90 L (2012–2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi)
- Prop. 91 L (2012–2013) Endringer i psykisk helsevernloven (varsling av fornærmede og etterlatte, nattelåsing av pasientrom m.m.)
- Prop. 95 L (2012–2013) Endringer i bioteknologiloven (straffebestemmelsen og assistert befruktning til personer med seksuelt overførbare sykdommer)
- Prop. 100 L (2012–2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (styrking av pasienters, brukeres og pårørendes stilling m.m.)
- Prop. 107 L (2012–2013) Endringer i legemiddeloven (utvidet forbud mot dopingmidler m.m.)
- Prop. 118 L (2012–2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvenm.m.)

- Prop. 160 L (2012–2013) Endringer i helseregisterloven (Kreftregisteret)
- Prop. 168 L (2012–2013) Endringer i legemiddelloven (tiltak mot falske legemidler)
- Prop. 174 S (2012–2013) Endringer i statsbudsjettet for 2013 under Helse- og omsorgsdepartementet (som følge av endra takstar for legar, psykologar og fysioterapeutar)
- Prop. 177 L (2012–2013). Endring i pasientskadelova (institusjon under den kommunale helse- og omsorgstenesta)
- Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal (Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren)
- Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester (Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten)
- Meld. St. 16 (2012–2013) Beredskap mot pandemisk influensa
- Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg

- Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås følgende flytting:

- 3,5 mill. kroner fra kap. 720, post 21 knyttet til at den sentrale prosjektorganisasjonen for IKT i helse- og omsorgssektoren er integrert i departementets drift, jf. omtale under kap. 701 og 720.

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen økt med 1,5 mill. kroner knyttet til justering av husleie. Det foreslås videre 13,2 mill. kroner til å dekke økt aktivitetsomfang i departementet mot at driftsutgifter for underliggende etater reduseres tilsvarende.

Kap. 701 IKT i helse- og omsorgssektoren

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2014
		2012	saldert budsjett 2013	
21	Spesielle driftsutgifter			217 150
70	Norsk Helsennett SF			97 517
	Sum kap. 0701			314 667

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås følgende styrkinger og tiltak som oppfølging av Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – en journal:

- 25 mill. kroner til utredning og kvalitetssikring av journalløsninger
- 20 mill. kroner til brukertjenester i nasjonal helseportal
- 5 mill. kroner til informasjonssikkerhet

Budsjettkapittelet er nytt, og foreslås for å samle bevilgningene til IKT-tiltak i helse- og omsorgssektoren. Sentral IKT-samordning er avgjørende for å realisere målene i samhandlingsreformen, jf. også Meld. St. 9 (2012–2013) og Innst. 224 S (2012–2013). Store nasjonale prosjekter som kjernejournal, e-resept og nasjonal helseportal er satt i gang, og gjennomgang av lov- og regelverk er startet. Norske Helsennett SF er etablert og KITH AS er innlemmet i Helsedirektoratet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Hoveddelen av bevilgningen dekker oppfølging av Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal.

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås følgende flyttinger:

- 135,8 mill. kroner fra kap. 720, post 21 knyttet til prosjektutgifter
- 36,4 mill. kroner fra kap. 720, post 22 knyttet til prosjektutgifter i forbindelse med videreutvikling av elektroniske resepter

Én innbygger – én journal

Regjeringen foreslår å modernisere IKT-plattformen og arbeide mot en felles nasjonal løsning som inkluderer hele helse- og omsorgssektoren. Med én journal vil helsepersonell kunne få tilgang til relevante opplysninger uavhengig av hvor pasien-

ten eller brukeren har vært utredet eller behandlet tidligere. Det skal utredes ulike alternative løsninger. Arbeidet er omfattende og utføres i tett samarbeid med sektoren. Gjennomgang av det aktuelle lovverket er startet.

Helsenorge.no

Digitale tjenester på nett skal gjøre kontakten med helse- og omsorgssektoren enklere og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig og helhetlig. Helsenorge.no er etablert og skal tilby digitale tjenester for en enklere hverdag for pasienter og brukere i møte med helse- og omsorgssektoren. Portalen videreutvikles med nye tjenester.

Helsenorge.no skal inneholde kvalitetssikret informasjon om sykdom og behandling, og veiledning til tjenestetilbud og rettigheter. Portalen skal gi tilgang til egen helseinformasjon, mulighet for elektronisk kommunikasjon med helsepersonell, og selvbetjeningsløsninger. Portalen skal fungere som en integrert del av helsetilbudet og også inkludere telefontjenester. Mer av innholdet skal oversettes til flere språk og det skal legges til rette for å informere innvanderbefolkningen. Flere kvalitetsindikatorer skal presenteres.

Nasjonal kjernejournal

Formålet med en kjernejournal er økt pasientsikkerhet gjennom tilgang til livsviktig informasjon som legemidler (medisinkort), allergier og annen kritisk informasjon. Tilgang til slik informasjon vil være av vesentlig betydning for både fastlegene, pleie- og omsorgstjenesten, legevakten, akuttmtak på sykehus og internt i sykehus.

Innbyggertjenester i kjernejournalen ble tatt i bruk for innbyggerne i pilotkommunene Trondheim, Melhus, Malvik og Klæbu i august 2013, og det ble da mulig å legge inn egne opplysninger og mulighet for å reservere seg. Helsepersonell på legevakt i pilotkommunene og akuttmtaket på St. Olavs hospital skal ta i bruk løsningene november 2013. I 2014 skal piloten utvides til Stavanger.

Det er lagt opp til gjenbruk av informasjon i sentrale registre som Norsk pasientregister og Reseptformidleren (databasen for elektroniske resepter).

E-resept

E-resept er en elektronisk løsning for å rekvirere og ekspedere reseptpliktige legemidler, medisinsk

utstyr og næringsmidler. For pasientene gir e-resept bl.a. mindre risiko for feilekspederinger og oversikt over egne resepter på helsenorge.no. E-reseptløsningen gir også støtte til forskriver i form av faktaopplysninger om legemidler og løsning for refusjonsoppgjør mellom apotek og staten.

Nasjonal utbredelse hos fastleger, apotek og bandasjister ble ferdigstilt februar 2013. Helseforetakene har også startet bruk av løsningen. Det er et mål at alle helseforetak skal være i gang i løpet av 2015.

E-reseptløsningen skal videreutvikles for å støtte bruk av multidose i pleie- og omsorgssektoren og for å gi bedre oversikt over pasientenes legemidler i nasjonal kjernejournal. Internasjonal utveksling av elektroniske resepter skal utredes.

Standardisering

En forutsetning for elektronisk samhandling, telemedisin og velferdsteknologiske løsninger, er bruk av felles arkitektur og standarder.

Forslag til forskrift om krav til IKT-systemer i helse- og omsorgssektoren er sendt på høring. Det skal etableres et eget testsenter for hele helse- og omsorgssektoren i Norsk Helsenett SF for å sikre at systemer fungerer sammen og utveksler informasjon korrekt. Testsenteret skal tilby bistand til aktørene for å kunne teste ut funksjonalitet i de elektroniske pasientjournalssystemene.

Informasjonssikkerhet

For å ivareta krav til informasjonssikkerhet skal det utredes å etablere en nasjonal sikkerhetsinfrastruktur for identifisering av helsepersonell. Utredningen skal omfatte ansattes ansvarsområder og autorisasjoner slik at tilgang til helseopplysninger kun gis de som har tjenstlig behov for det. Videre skal det vurderes løsninger for samtykke, reservasjon, sperring og fullmakter for innbyggerne.

Nasjonal styring og koordinering

Regjeringen vil bidra til å sikre en helhetlig og forutsigbar IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren. I dag er IKT-ressursene og -kompetansen spredt i mange miljøer, og det er mange beslutningstakere. Det er viktig å sikre en hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling mellom aktørene knyttet til utvikling, drift og forvaltning av IKT-systemer i sektoren. Oppgaver skal gjennomgås for å sikre en best mulig ressursutnyttelse.

Felles målbilder og koordinerte handlingsplaner skal utarbeides. Konsekvensutredninger og evalueringer skal gi bedre oversikt over bruk og effekter av IKT-prosjekter og –løsninger i helse- og omsorgssektoren.

Nasjonalt legevaktnummer 116 117

Et nasjonalt telefonnummer til kommunale legevaktsentraler vil bedre tilgjengeligheten til legevakt for innbyggerne. Helsedirektoratet er derfor gitt i oppdrag å etablere en ordning med felles legevaktnummer. Prosjektet ble startet i 2011. Et pilotprosjekt i Østfold med EU-harmonisert telefonnummer 116 117 startet i februar 2012. Helsedirektoratet bistår, i samarbeid med landets fylkesmenn, kommunene med å tilrettelegge organisatorisk og teknisk for en landsdekkende ordning. Etablering av telefonnummeret nasjonalt vil også avvente arbeidet med revidert akuttmedisinforskrift. Det tas sikte på innføring av det nasjonale telefonnummeret våren 2014. Det tas videre sikte på å sende på høring i løpet av høsten 2013 et forslag til revidert akuttmedisinforskrift som også vil omtale nasjonalt legevaktnummer. Prosjektet i Helsedirektoratet har en viktig koordinerende rolle også når det gjelder tilpasning til og understøttelse av nødnett og annen virksomhet i den akuttmedisinske kjeden som angår kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det vises for øvrig til omtale av legevakt under kap. 762.

Post 70 Norsk Helsenett SF

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås følgende flyttinger:

- 10 mill. kroner fra kap. 720, post 22 knyttet til servere for elektroniske resepter mv.
- 82,5 mill. kroner fra kap. 781, post 70 knyttet til omplassering av bevilgningen til Norsk Helsenett SF

Norsk Helsenett SF ble stiftet som statsforetak i 2009 og eies av Helse- og omsorgsdepartementet. Statsforetaket skal sørge for at det foreligger en hensiktsmessig og sikker infrastruktur for effektiv samhandling mellom alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. Norsk Helsenett SF har et ikke-økonomisk formål.

Informasjonssikkerhet

En av Norsk Helsenett SF kjerneoppgaver er å sørge for en sikker IKT-infrastruktur. Statsforeta-

ket har etablert HelseCSIRT (Computer Security Incident Response Team) som skal være helse- og omsorgssektorens felles kompetansesenter for informasjonssikkerhet. Senteret skal videreutvikles i 2014. Norsk Helsenett SF skal bistå i arbeidet med nasjonal sikkerhetsinfrastruktur.

IKT-infrastruktur og drift av nasjonale tjenester

Norsk Helsenett SF har ansvaret for å drifte ulike registre og nasjonale løsninger som er viktig for den elektroniske samhandlingen. Statsforetaket skal i 2014 sørge for sikker, stabil og effektiv drift av Adresseregisteret, nasjonal helseportal (helsenorge.no), nasjonal kjernejournal og andre løsninger og registre som statsforetaket har driftsansvar for. Statsforetaket skal også overta drift av database for elektroniske resepter (reseptformidleren) i løpet av 2014. Det skal vurderes om statsforetaket skal drifte andre administrative registre enn de gjør i dag.

Norsk Helsenett SF skal legge til rette for framtidsrettede løsninger som understøtter effektiv elektronisk samhandling mellom aktørene i sektoren. Helsenettet skal videreutvikles med robuste tjenester og tilstrekkelig kapasitet. En framtidrettet infrastruktur må også ta høyde for etablering av én journal, jf. Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal.

Norsk Helsenett SF skal etablere et testsenter for hele helse- og omsorgssektoren. Testsenteret skal tilby bistand til aktørene for å kunne teste ut funksjonalitet i de elektroniske pasientjournalssystemene. Testsenteret skal være i drift i løpet av 2014.

Utbredelse av elektroniske meldinger

Norsk Helsenett SF etablerte i 2012 et helhetlig program for utbredelse av elektroniske meldinger. Statsforetaket skal bidra med koordinering, rådgivning, kvalitetssikring og bistand i forbindelse med innføring av elektroniske meldinger i sektoren. Antall elektroniske meldinger som utveksles er mer enn doblet i løpet av 2013. Alle sykehus og fastleger, og tilnærmet alle kommuner er nå tilkoplede helsenettet. Det tas sikte på at resterende kommuner skal være på nettet i løpet av 2013. Målet med programmet er å bistå sykehus, kommuner og fastleger med å etablere elektronisk meldingsutveksling innen utgangen av 2014. Som en del av programmet, skal statsforetaket bistå aktørene med å ta i bruk Adresseregisteret (prosjekt OSEAN).

Kap. 702 Beredskap

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	42 255	35 171	36 402
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 795	3 419	3 539
	Sum kap. 0702	46 050	38 590	39 941

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2013.

Helseberedskapens formål er å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp kan tilbys ved krig og kriser og katastrofer i fredstid. Helseberedskap er en del av regjeringens innsats for samfunnsikkerhet.

Ansvar for helseberedskap følger av lov om helsemessig og sosial beredskap. Loven pålegger kommuner, regionale helseforetak, sykehus og staten å ha beredskapsplaner. Vannverk, Mattilsynet og næringsmiddelaboratorier har tilsvarende planplikt. Spesialisthelsetjenesteloven, smittevernloven, matloven, strålevernloven, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid har egne beredskapsbestemmelser. Helseinspektoratet, Statens strålevern og fylkesmennene gir veiledning til kommuner, regionale helseforetak og helseforetak, og bistår med øvelser og kompetansetiltak. Helsetilsynet og Mattilsynet fører tilsyn med etterlevelse av lovverket.

Terrorangrepet 22. juli 2011, terrorangrepet mot Statoil i Algerie 2013, orkanen på Vestlandet og katastrofen i Japan i 2011 er eksempler på hendelser hvor det er tatt i bruk planverk og satt i verk beredskapstiltak i helsesektoren.

Helseberedskap er integrert i de ulike fagområdene og finansieres i hovedsak over ordinære driftsbudsjetter, kap. 703, 710, 715, 719, 720, 732, 750 og 764. Det gis her en presentasjon av hovedområdene for helseberedskapsarbeidet.

Hovedinnsatsområdene er å:

- styrke sektorens krisehåndteringsevne basert på øvelser og hendelser
- sikre god strålevernberedskap, god smittevernberedskap og god kjemikalievernberedskap (helseberedskap ved miljøhendelser)
- sikre robust forsyningssikkerhet i helsetjenesten og næringen

- sikre et godt nasjonalt og internasjonalt helseberedskapssamarbeid

Mål for 2014:

- følge opp Meld. St. 21 (2012–2013) Terrorberedskap (Oppfølging av NOU 2012: 14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen) med sikte på at beredskapsplaner og systemer i helse- og omsorgssektoren skal ha god kvalitet og være samtrent lokalt, nasjonalt og internasjonalt
- oppgradere atomberedskapen
- revidere nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa
- revidere nasjonal koppeberedskapsplan og herunder vurdere behov for en nasjonal plan mot alvorlige smittsomme sykdommer
- implementere forskrift om beredskap ved helseskadelige miljøhendelser
- prioritere tilsyn med vannverk og bruke strengere virkemidler overfor vannverk som ikke oppfyller regelverket for levering av drikkevann.

Krisehåndteringsevne

Helsesektorens krisehåndteringsevne utvikles løpende på basis av analyser, beredskapsplanlegging, øvelser og hendelser. Terrorangrepene mot Norge 22. juli 2011 stilte norsk helsetjeneste på sin kanskje største prøve noensinne.

Helsesektorens innsats etter terrorangrepet 22. juli 2011 er gitt bred omtale i NOU 2012: 14, Rapport fra 22. juli-kommisjonen, jf. Meld. St. 21 (2012–2013) Terrorberedskap. Kommisjonens omtale av helsesektorens innsats samsvarer i stor grad med Helseinspektoratets rapport. Hovedkonklusjonen er at det ikke er behov for å endre hovedinnretningen på dagens helseberedskap. Samtidig er det identifisert en rekke læringspunkter, bl.a. om oppfølging av overlevende og pårørende, systemer og rutiner for varsling, kommuni-

kasjon og informasjon, inkl. nødmeldetjenesten, behov for nasjonale retningslinjer f.eks. om samarbeid mellom politi, brann- og redningsetaten og helsetjenesten på skadested, samt behov for å videreutvikle planer, rutiner og kompetanse.

For å bidra til en best mulig helseberedskap og helseinnsats ved framtidige kriser følger Helsedirektoratet opp anbefalte tiltak i samarbeid med regionale helseforetak, fylkesmenn, kommuner og andre berørte fagmiljøer. De regionale helseforetakene bidrar i direktoratets arbeid og følger opp tiltak som gjelder spesialisthelsetjenesten. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har gjort en stor innsats for å gi de som ble rammet og traumatisert et verdig og godt tilbud. Mange har fått støtte og behandling, samtidig som enkelte har opplevd å ikke få den hjelpen de trengte. Det pågår arbeid med en rekke forbedringstiltak. Rutiner for varsling og kommunikasjon i nødmeldetjenesten er under utbedring. HelseDirektoratet samarbeider med Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap om utarbeidelse av nasjonale retningslinjer og felles planverk for nødetatene på skadested. En nasjonal veileder for triagering av pasienter ved masseskader ble publisert i juni i år. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer (IS-1810) revideres og vil omfatte erfaringer etter 22. juli. Videre gjennomføres det tiltak i tjenesten for å heve kompetansen på oppfølging av mennesker som har vært utsatt for traumatiserende hendelser. Oppfølging av overlevende og pårørende etter 22. juli vil fortsatt være en prioritert oppgave. Det vises til omtale under kap. 764.

Strålevern-, smittevern- og kjemikalievernberedskap

Helsemyndighetene har etablert tiltak for å styrke strålevern-, smittevern- og kjemikalievernberedskapen, som også omfatter CBRN-hendelser (chemical, biological and radio nuclear) og pandemier. Det er etablert en landsfunksjon for behandling av nbc-skader ved Oslo Universitetssykehus HF. Videre er det etablert overvåknings-, måle- og analysekapasiteter, ulike innsatsteam, øvelser og kompetansetiltak for å vedlikeholde og utvikle beredskapen på området.

Statens strålevern leder Kriseutvalget for atomberedskap, jf. revidert kgl.res. av 23. august 2013 om Atomberedskap, sentral og regional håndtering. Kriseutvalget for atomberedskap oppgraderer atomberedskapen bl.a. på bakgrunn av trusselvurderinger og hendelser, som atomulykken i Fukushima, terrorangrepet 22. juli og hen-

delsen med brann i atomubåt romjulen 2011. Det foreslås 8 mill. kroner til styrking av den nasjonale atomberedskapen jf. omtale under kap. 715, post 21.

Pandemiberedskapen følges opp i tråd med prinsippene i Meld. St. 16 (2012–2013), jf. Innst. 298 S (2012–2013). Som ledd i dette vil det bli fastsatt en revidert nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har beredskapsgrupper med fagekspertter som skal bistå ved helseskadelige miljøhendelser. Departementet skal utarbeide forskrift for å gjennomføre beredskapselementene i folkehelseloven.

Forsyningsikkerhet av legemidler, materiell og drikkevann

Kommuner og helseforetak skal etter lov om helsemessig og sosial beredskap ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av materiell og legemidler for å sikre forsvarlige tjenester ved kriser og katastrofer.

HelseDirektoratet forvalter, som et supplement til helsetjenestens og næringens beredskap, avtaler med grossister om nasjonale beredskapslagre av legemidler og materiell som bevilgningen dekker. HelseDirektoratet har også ansvar for å koordinere sektorens forsyningsikkerhet av legemidler og medisinsk materiell.

Apotekloven pålegger apotek leveringsplikt for forhandlingspliktige varer. Grossistene plikter etter grossistforskriften å føre det utvalg av legemidler som etterspørres i det norske markedet, og skal kunne levere legemidlene til landets apotek innen 24 timer. Statens legemiddelverk forvalter legemiddeloven og apotekloven. EU-lovgivning, implementert i norsk rett, pålegger legemiddelfirmaer med markedsføringstillatelse meldepplikt til myndighetene om midlertidig eller permanent avbrudd i legemiddelforsyningen.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for nasjonal vaksineforsyning og har et beredskapslager av vaksiner og legemidler som immunglobuliner og sera.

Departementet mottok i 2012 en rapport fra HelseDirektoratet om nasjonal legemiddelberedskap. Rapporten gir anbefalinger for legemiddelberedskapen for ytterligere å sikre tilgang til viktige og kritiske legemidler ved ulykker, katastrofer, krisetilstander eller situasjoner med forsyningssvikt. Arbeidet med oppfølging av rapporten pågår.

Når det gjelder forsyning av drikkevann har om lag 75 pst. av vannverkene rapportert til Mat-

tilsynet at de har beredskapsplan etter lov om helsemessig og sosial beredskap og matloven. Hoveddelen av Norges befolkning mottar vann fra store vannforsyningssystemer med god kvalitet og gode beredskapsplaner. En del mindre vannverk mangler eller har mangler i sine beredskapsplaner. Gammelt og dårlig ledningsnett utgjør den viktigste sikkerhetsutfordringen. Det foreslås 15 mill. kroner til bedre drikkevann for befolkningen ved å bistå vannverk med å etterleve drikkevannsforskriftens krav, og ta igjen vedlikeholdsetter-slep. Det vises til kap. 711, post 21.

Helseberedskapssamarbeid nasjonalt og internasjonalt

Nasjonalt deltar departementet i Kriserådet og har ansvar for samarbeidsorganer som Helseberedskapsrådet, Pandemikomiteen og Kriseutvalget for atomberedskap. Internasjonalt deltar Norge i Verdens helseorganisasjon og Det internasjonale atomenergibyråets globale samarbeid om overvåking, analyse, varsling og tiltak ved

utbrudd av smittsomme sykdommer og strålerelaterede hendelser. Norge samarbeider med EU og Nato på helse- og mattrygghetsområdet og har en Nordisk helseberedskapsavtale som omfatter gjensidig informasjonsutveksling og assistanse ved kriser og katastrofer. Det vises til omtale av internasjonalt samarbeid i kapittel 13 i del III.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker særskilte beredskapstiltak som bl.a. plan- og systemutvikling, øvelser og andre kompetansetiltak, nasjonale beredskapslagre av legemidler og materiell, overvåknings-, måle- og varslingssystemer, laboratorieberedskap og bidrag til ulike innsatsteam.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til særskilte beredskapstiltak som landsfunksjonen for behandling av nbc-skader samt Røde Kors for tilrettelegging av pårørendeberedskap.

Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	51 745	54 863	56 783
70	Tilskudd, <i>kan overføres</i>	17 140	14 781	15 298
	Sum kap. 0703	68 885	69 644	72 081

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2013.

Formålet med Norges internasjonale helse-samarbeid er å fremme allmenn folkehelse og ivareta norske helsepolitiske hensyn i internasjonal sammenheng.

Stadig flere helseutfordringer er grenseoverskridende. Mens infeksjonssykdommer historisk har vært hovedutfordringen, er i dag ikke-smittsomme sykdommer den globalt viktigste årsaken til for tidlig død. Det har bl.a. sammenheng med økt levealder og flere eldre. Tobakksbruk, skadelig bruk av alkohol, usunt kosthold, manglende fysisk aktivitet, overvekt og fedme er viktige faktorer for å utvikle kroniske sykdommer. Helse-systemene i Norge og andre land og verdensdeler utfordres også av økt mobilitet av helsearbeidere

og pasienter. Folkehelsen utfordres videre av klimaendringer og miljøforhold verden over. Økte økonomiske forskjeller mellom land og innad i land fører til økt sosial ulikhet i helse. Samtidig er det en tendens at internasjonale normer og regler blir mer forpliktende og berører vår nasjonale helsepolitikk.

Norge må derfor delta i de fora hvor helsepolitiske beslutninger fattes for å fremme norske helseinteresser og bidra til at nasjonale tiltak utvikles i sammenheng med verden omkring. Gjennom samarbeid vil en også dra nytte av andre lands erfaringer og løsninger.

Internasjonalt helsesamarbeid er integrert i de ulike fagområdene og finansieres i hovedsak over ordinære budsjettkapitler. Hovedområder er FN/Verdens helseorganisasjon (WHO), Verdens handelsorganisasjon (WTO), EU/EØS, Europarådet,

nordisk samarbeid og Barentssamarbeidet. Norge har bilaterale helsesamarbeidsavtaler med Russland og Kina.

Det vises til kapittel 13 i del III for nærmere omtale av det internasjonale samarbeidet.

Mål for 2014:

- støtte gjennomføringen av styringsreformen i WHO, organisasjonens normative arbeid globalt og WHOs arbeid med ikke-smittsomme sykdommer, samt helseutfordringer knyttet til miljø og klima.
- fremme norske helse- og mattrygghetspolitiske hensyn ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser, programmer og byråer på helse- og mattrygghetsområdet
- delta i samarbeidet i Europarådet i tråd med norske interesser
- styrke samarbeidet og ivareta norske interesser i Nordisk Ministerråd
- ivareta norsk deltakelse i Barents helse- og sosialsamarbeid, bidra til gjennomføring av Barents helse- og sosialsamarbeidsprogram og videreføre helsesamarbeidet med Russland
- ivareta helsepolitiske hensyn i internasjonale handelsavtaler og frihandelsavtaler
- videreutvikle helseavtalen med Kina

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker kontingenter til programmer og deltakelse i byråer under EØS-avtalen og kostnader til ekspertstillinger i internasjonale organisasjoner. Norge deltar i programmer og byråer i EU under EØS-avtalen. Størrelsen på kontingentene til disse programmene og byråene fastsettes av EU og varierer fra år til år.

Bevilgningen dekker videre kontingent til Europarådet og bidrag til European Observatory on Health Systems and Policies.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til utdanning ved Nordic School of Public Health (NHV) for kandidater fra Norge.

Tilskudd til helse- og sosialprosjekter i Nordvest-Russland budsjetteres over Utenriksdepartementets kap. 118, post 70.

Programkategori 10.10 Folkehelse

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	1 229 649	1 201 954	1 255 027	4,4
711	Ernæring og mattrygghet	51 818	52 340	56 548	8,0
712	Bioteknologinemnda	8 583	8 720	8 847	1,5
713	Vitenskapskomiteen for mattrygghet			22 530	
715	Statens strålevern	92 966	121 394	113 047	-6,9
716	Statens institutt for rusmiddel- forskning	44 327	41 875	47 075	12,4
718	Rusmiddelforebygging	211 711	217 726	216 964	-0,3
719	Annet folkehelsearbeid	140 641	150 237	164 232	9,3
	Sum kategori 10.10	1 779 695	1 794 246	1 884 270	5,0

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
01–23	Statens egne driftsutgifter	1 558 376	1 562 413	1 635 421	4,7
30–49	Nybygg, anlegg mv.	27 879	18 417	18 859	2,4
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	18 945	22 416	23 156	3,3
70–89	Andre overføringer	174 495	191 000	206 834	8,3
	Sum kategori 10.10	1 779 695	1 794 246	1 884 270	5,0

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningene under programkategorien økt med 45 mill. kroner til evaluering av folkehelse tiltak, nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt, tryggere vannforsyning og atomberedskap, samt ulike tiltak knyttet til mattrygghet og ernæring, fysisk aktivi-

tet, antidopingarbeid og forskning. I tillegg foreslås 20 mill. kroner for at det nasjonale barnevaksineprogrammet f.o.m. juli 2014 skal inkludere vaksine mot spedbarnsdiaré forårsaket av rotavirus.

Regjeringen har satt tre mål for folkehelsepolitikken:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder.
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller.
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen.

Målene er nærmere beskrevet i Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. Meldingen er en samlet strategi for en folkehelsepolitikk for vår tid. Målene bygger på regjeringens strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller slik den er nedfelt i St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller og i Nasjonal helse- og omsorgsplan som ble lagt fram i Meld. St. 16 (2010–2011).

Gjennom folkehelsemeldingen legger regjeringen overordnede føringer for arbeidet med å følge opp det ansvaret nasjonale myndigheter er pålagt gjennom folkehelseloven. Det betyr for det første et ansvar for å identifisere folkehelseutfordringene gjennom å følge utvikling i helsetilstand og faktorer som påvirker helsen. For det andre innebærer det at beskrivelsen av folkehelseutfordringene skal danne grunnlag for planlegging av nasjonale tiltak. For det tredje har nasjonale myndigheter ansvar for å bistå kommunesektoren

og legge til rette for et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Folkehelsearbeidet er imidlertid ikke et ansvar for det offentlige alene. Hele samfunnet må bidra. Regjeringen inviterer derfor til samarbeid om folkehelse som et felles ansvar og vil bevisstgjøre og utfordre aktører også utenfor offentlig sektor. Det gjelder næringslivet, partene i arbeidslivet, frivillige organisasjoner og andre aktører som kan bidra til å bedre helsen i befolkningen. Se nærmere omtale i del III, kapittel 6 Folkehelsepolitikken.

Programkategorien omfatter bevilgninger til virksomhetene Nasjonalt folkehelseinstitutt, Vitenskapskomiteen for mattrygghet, Bioteknologinemnda, Statens strålevern, Statens institutt for rusmiddelforskning og statens overskuddsandel og utbytte fra AS Vinmonopolet. Programkategorien omfatter videre bevilgninger til nasjonalt og lokalt folkehelsearbeid, herunder oppfølging av Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen, St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, folkehelseloven og Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Kategorien omfatter spesielle driftsutgifter og tilskudd til bl.a. miljø og helse, fysisk aktivitet, kosthold og ernæring, tobakksforebygging og rusmiddelforebyggende arbeid. Kategorien dekker videre hiv-forebygging og annet smittevernarbeid, arbeid for mattrygghet og trygt drikkevann.

Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter	683 264	604 896	617 275
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	518 506	578 641	618 893
45	Større utstysanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	27 879	18 417	18 859
	Sum kap. 0710	1 229 649	1 201 954	1 255 027

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen økt med 7 mill. kroner til å utvikle et kompetansemiljø for evaluering av folkehelseiltak og utvikle et nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt. I tillegg foreslås 20 mill. kroner for at det nasjonale barnevaksineprogrammet f.o.m. juli 2014 skal inkludere vaksine mot spedbarnsdiaré forårsaket av rotavirus.

Folkehelseinstituttet skal gjennom forskning og formidling bidra til økt kunnskap om folkehelsen. På områdene smittevern, miljømedisin, epidemiologi, psykisk helse, internasjonal helse, rettsmedisin og rusmiddelforskning har instituttet beredskapsoppgaver og bidrar med kunnskap, råd og tjenester til myndigheter, helsetjeneste, rettsapparat, påtalemyndighet, politikere, media

og innbyggere. Instituttet skal drive helseovervåking for å følge befolkningens helsetilstand, drive forskning og gi vitenskapelig baserte råd, og det skal formidle kunnskap om hva samfunnet kan gjøre for å skape et helsefremmende samfunn. Videre er det instituttets oppgave å sikre Norge nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap. Instituttet skal gi rettsmedisinsk støtte til påtalemyndighet, politi og domstoler i forbindelse med straffesaker og tilsvarende saker med krav til høy rettssikkerhet. Instituttet driver helseregistre, helseundersøkelser, laboratorier og biobanker. Instituttet skal ivareta norske interesser og forpliktelser internasjonalt samt bistå departementet i dette arbeidet.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker driftsutgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås følgende flytting:

- 4,4 mill. kroner fra kap. 1620, post 01, knyttet til drift av Dødsårsaksregisteret

Det foreslås 7 mill. kroner til å utvikle et kompetansemiljø for evaluering av folkehelseiltak og videreutvikle det nasjonale sykdomsbyrdeprosjektet, i tråd med forslag i Meld. St. 34. (2012–2013) Folkehelsemeldingen. Det nasjonale prosjektet skal samarbeide nært med det globale sykdomsbyrdeprosjektet. Målet er å sikre gode helsedata som grunnlag for prioritering og utvikling av folkehelsearbeidet.

Folkehelseprofiler for fylker og kommuner ble utgitt første gang i 2012. Profilene skal gi bedre oversikt over helse og forhold som påvirker innbyggernes helse, og bidra til å styrke folkehelsearbeidet i kommunesektoren. Instituttet skal videreutvikle folkehelseprofilene og utvikle indikatorer og analyser om temaer som alkohol, tobakk og tannhelse, både på kommune- og bydelsnivå. Instituttet publiserte i 2012 et elektronisk nyhetsbrev som del av folkehelseprofilene, med oppdatert kunnskap og råd til kommunene.

Instituttet skal i 2014 prioritere å få bedre oversikt over befolkningens psykiske helse. Instituttet skal bl.a. utrede muligheten for å etablere et fellesregister for psykisk helse. Samarbeidet med Statistisk sentralbyrå er styrket for å få bedre overvåkingsdata innen psykisk helse. Statistisk sentralbyrå fullførte datainnsamlingen til helse- og levekårsundersøkelsen i første halvdel av 2013.

Det foreslås å etablere et drapsregister ved Folkehelseinstituttet. Forslaget er oppfølging av

NOU 2010: 3 Drap i Norge i perioden 2004–2009. Utvalget foreslo en rekke tiltak, herunder en permanent forskningsbasert ordning for gjennomgang av drapssaker i Norge. Formålet er å få kontinuitet i kunnskapsforvaltningen på området. Forskingen skal kobles med pågående forskning på selvmord og rus ved andre forskningsmiljøer. Analyse av data fra drapsregisteret vil legge grunnlag for forebyggende tiltak, både når det gjelder drap og voldelige handlinger som kan resultere i drap.

Overvåkingssystemet Sykdomspulsen skal gi sanntidsdata om sykdommer og symptomer basert på diagnoser fra primærhelsetjenesten. Det gjenstår et arbeid med å utvikle løsninger for å hente ut, analysere og presentere data. Systemet vil styrke beredskapsfunksjonen ved at kommuneoverlegene og Folkehelseinstituttet blir i stand til å oppdage og håndtere utbrudd av smittsomme sykdommer vesentlig raskere enn i dag.

Nasjonalt system for virusresistens (Ravn) har levert den første årsrapporten. Rapporten oppsummerer også tilstanden gjennom de siste årene.

Influensaovervåkingen og vaksineoppfølgingen skal styrkes og moderniseres i 2014. Arbeidet med å skaffe Norge en ny avtale om levering av vaksiner ved en influensapandemi startet opp i 2012.

Folkehelseinstituttet har utarbeidet en metode for å fange opp opphopning av sykdommer som ikke er smittsomme, f.eks. kreft, kronisk utmattelsessyndrom (ME) og multippel sklerose (MS). Slik opphopning er et av de prioriterte scenarioene i instituttets beredskapsplan.

Folkehelseinstituttet har ledet et forprosjekt om etablering av et fellesregister for legemiddelbruk. Rapport fra forprosjektet vil foreligge høsten 2013. Instituttet er sekretariat for Nasjonalt helseregisterprosjekt, jf. omtale under kap. 782.

Instituttet har styrket forskningen på diabetes, hjerte- og karsykdommer, Alzheimers sykdom, smertelidelser, utviklingsforstyrrelser, angst og depresjon. Metoder for vurdering av opphopning av sykdomstilfeller, sykdomsbyrdeanalyser, kunnskapsoppsummering på folkehelseområdet og forskning for å evaluere effekten av folkehelseiltak skal prioriteres i 2014.

Beredskapsarbeid på området miljømedisin var prioritert i 2012, spesielt rolleavklaringer mellom aktørene på helseområdet. Beredskapsplanen ble gjennomgått og det ble opprettet en funksjon som beredskapsdirektør. Instituttet har bidratt ved oppklaring av utbrudd av smittsomme sykdommer.

Folkehelseinstituttet er sekretariat for en ekspertgruppe på antibiotikaresistens med representanter fra Landbruks- og matdepartementet, Fiskeri- og kystdepartementet, Miljøverndepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Ekspertgruppen har fått i oppdrag å utarbeide en rapport som oppsummerer tilgjengelig kunnskap på området, inkl. identifisering av kunnskapshull og effektive virkemidler. Rapporten skal leveres høsten 2013.

Saksbehandlingstiden for rettsgenetiske saker innsendt fra politidistriktene er blitt betydelig redusert. Det prioriteres å understøtte politidistriktene i etterforskningsfasen i saker der raske foreløpige svar er særlig viktig. Helse- og omsorgsdepartementet har nedsatt en arbeidsgruppe som har fått i oppdrag å vurdere organisering av rettsgenetiske tjenester i offentlig regi, med frist for avgivelse høsten 2013.

ring av rettsgenetiske tjenester i offentlig regi, med frist for avgivelse høsten 2013.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker i hovedsak spesielle driftsutgifter til oppdragsvirksomhet og større tidsbegrensede prosjekter, bl.a. kjøp av vaksiner, mor og barn-prosjektet, helseregistre, ADHD-prosjektet og forsøksdyr.

Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Bevilgningen dekker større utstyrsanskaffelser og vedlikeholdsarbeider.

Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
02	Diverse inntekter	311 888	192 030	198 751
03	Vaksinesalg	111 073	99 300	99 300
15–18	Refusjon lønnsutgifter	422 961		
96	Salg av aksjer	21		
	Sum kap. 3710	438 272	291 330	298 051

Bevilgningen er bl.a. knyttet til inntekter fra laboratorievirksomhet, sakkyndige uttalelser og obduksjoner, vaksinedistribusjon, datautlevering, rapporter og offshorevirksomhet.

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen er bl.a. knyttet til inntekter fra konsulentoppdrag, laboratorieprøver, sakkyndige uttalelser, salg av forsøksdyr mv.

Post 03 Vaksinesalg

Bevilgningen er bl.a. knyttet til forsyning av vaksiner til kommunene mot sesonginfluensa og sykdom forårsaket av pneumokokkinfeksjon, vaksiner som dekkes av folketrygden etter blåreseptforskriften § 4, vaksiner mot sjeldne sykdommer samt reisevaksiner.

Kap. 711 Ernæring og mattrygghet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter	21 065	20 458	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	10 835	11 824	36 488
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	1 540	1 074	1 112
74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	18 378	18 984	18 948
	Sum kap. 0711	51 818	52 340	56 548

Sammenliknet med saldert budsjett for 2013 foreslås bevilgningen økt med 15 mill. kroner til bedre drikkevann. I tillegg foreslås bevilgningen økt med 2 mill. kroner til økt samarbeid med serverings- og matvarebransjen, 5 mill. kroner til Smilefjesordningen og 1,6 mill. kroner til kommunikasjonsarbeid om bedre kosthold. Det vises også til omtale under post 01 av flytting av 20,5 mill. kroner til nytt kap. 713.

Bevilgningen omfatter innsats for bedre kosthold i befolkningen, abonnementsordningen Skolefrukt og tilskudd til den frivillige organisasjonen Ammehjelpen. Bevilgningen omfatter også spesielle driftsutgifter til arbeid med mattrygghet og drikkevann, herunder kontingenten til protokollen for vann og helse i regi av Verdens helseorganisasjons europakontor og FNs økonomiske kommisjon for Europa (UNECE). I tillegg omfatter kap. 719 også midler til ernæringsarbeid.

Helse- og omsorgsdepartementets ansvar for områder regulert av matloven og kosmetikkloven er omtalt under programkategori 15.10, Matpolitikk og kap. 1115, Mattilsynet i Prop. 1 S (2013–2014) for Landbruks- og matdepartementet.

Post 01 Driftsutgifter

Sammenliknet med saldert budsjett for 2013 foreslås følgende endringer:

- 20,5 mill. kroner flyttes til kap. 713, post 01, knyttet til eget budsjettkapittel for Vitenskapskomiteen for mattrygghet, jf. omtale under kap. 713
- 0,2 mill. kroner mindretgift mot tilsvarende mindreinntekt over kap. 3711, post 02

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formålet med bevilgningen er å bedre kostholdet i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger gjennom tiltak basert på evaluering av Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) og Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen, samt arbeid med mattrygghet og drikkevann.

Bevilgningen skal dekke utredninger og utarbeidelse av anbefalinger, evalueringer, internasjonalt samarbeid og overvåking av kostholdet samt informasjons- og holdningsskapende arbeid på ernæringsområdet. Bevilgningen skal videre dekke Mattilsynets og Helsedirektoratets videreutvikling av kostberegningsprogrammet Mat på data og gjennomføringen av den landsomfattende kostholdsundersøkelsen blant barn og unge 2013–2014.

Det foreslås 15 mill. kroner til bedre drikkevann for befolkningen gjennom å bistå vannverk med å etterleve drikkevannsforskriftens krav. Satsingen skal understøtte de nasjonale målene på drikkevanns- og sanitærområdet som ventes fastsatt under Verdens helseorganisasjon/UNECEs protokoll om vann og helse i 2013. Aktuelle tiltak er informasjon om mål, frister, identifisering av kommuner og vannverk hvor tiltak må settes inn, økt innsyn, styrking av kompetanse på feltet og forskning på vann og sykdomsbyrde. Ordningen vil forvaltes av Mattilsynet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, og tiltak settes i gang i samarbeid med Miljødirektoratet.

Det foreslås 1,6 mill. kroner til arbeidet med å øke andelen av befolkningen som har et kosthold i tråd med nasjonale anbefalinger. Usunt kosthold øker risikoen for de fleste ikke-smittsomme sykdommene. Disse kan reduseres betydelig med et sunt kosthold. For å sikre et sunt kosthold i

befolkningen er det nødvendig å gjøre de norske kostrådene bedre kjent. Dette skal bl.a. gjøres ved å målrette, styrke og videreføre kampanjer som Små grep, stor forskjell.

Det foreslås 2 mill. kroner til økt samarbeid med serverings- og matvarebransjen, jf. Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. Blant temaene det skal samarbeides om, er regulering av markedsføring av usunn mat og drikke rettet mot barn, vurdering av innføring av merking av energi- og næringsinnhold i mat- og drikkevarer på serveringssteder, samt videreutvikling av nøkkelhullsmerket og tiltaksplanen for reduksjon av salt. Midlene skal også gå til initiativer for å understøtte forskning, overvåking og innovasjon innenfor mat, ernæring og helse.

Saltinntaket i befolkningen er dobbelt så høyt som anbefalt. Helsedirektoratet skal sette i verk en tiltaksplan for reduksjon av saltinntaket, herunder kommunikasjonstiltak. Helsedirektoratet skal også sette i verk tiltak for å stimulere til sunnere tilbud i kiosker og kantiner i offentlige instanser, herunder vurdere muligheten for å bruke ernæringskriterier i anbudsrunder.

Arbeidet med regulering av markedsføring av mat og drikke rettet mot barn og unge videreføres i samarbeid med matvarebransjen. I løpet av 2013 er det blitt enighet om et bransjestyrt selvreguleringssystem. Myndighetene vil være representert i Matvarebransjens faglige utvalg (MFU), videreføre sitt internasjonale engasjement og ha ansvar for overvåking og evaluering.

Det foreslås 5 mill. kroner til innkjøp av nødvendig teknisk utstyr til Mattilsynet for å kunne starte arbeidet med å innføre en landsdekkende smilefjesordning i serveringsnæringen fra 2014.

Mattilsynet har siden 2007 gjennomført et pilotprosjekt med en smilefjesordning i serveringsnæringen i Trøndelag og Møre og Romsdal. Pilotprosjektet er videreført fram til i dag for å gi erfaringsgrunnlag for å vurdere om ordningen bør innføres i bredere omfang. Smilefjes er dels en tilsynsordning, dels en ordning som informerer forbrukerne om de hygieniske forholdene ved serveringsstedet ved hjelp av et lett synlig symbol (smilefjes). Ordningen har ført til langt bedre etterlevelse av regelverkskrav og behov for færre oppfølgingsbesøk etter inspeksjoner. Forbrukerreaksjonene har vært positive.

Post 70 Tilskudd

Formålet med bevilgningen er å gi tilskudd til den frivillige organisasjonen Ammehjelpen. Ammehjelpen arbeider for å fremme amming og hjelpe mødre som trenger mer kunnskap om amming.

Post 74 Skolefrukt

Formålet med abonnementsordningen Skolefrukt er å stimulere til økt inntak av frukt og grønnsaker hos elever på rene barneskoler (1–7-skoler). Skolefrukt er også et verktøy for å oppfylle myndighetenes retningslinjer for skolemåltidet. Ordningen administreres av Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker på oppdrag fra Helsedirektoratet. Abonnementsordningen gjelder rene barneskoler (1–7-skoler), mens kommunenes gratisordning omfatter skoler med ungdomstrinn (1–10-skoler og 8–10-skoler). Abonnementsordningen videreføres parallelt med kommunenes lovpålagte gratisordning.

Kap. 3711 Ernæring og mattrygghet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2012	budsjett 2013	
02	Diverse inntekter	186	407	
16–18	Refusjon lønnsutgifter	186		
	Sum kap. 3711	488	407	

Det vises til nytt kap. 3713 Vitenskapskomiteen for mattrygghet.

Post 02 Diverse inntekter

Sammenliknet med saldert budsjett for 2013 foreslås følgende endringer:

- 0,2 mill. kroner flyttes til kap. 3713, post 02, knyttet til eget budsjettkapittel for Vitenskaps-

komiteen for mattrygghet, jf. omtale under kap. 3713

- 0,2 mill. kroner mindreinntekt mot tilsvarende mindreutgift over kap. 711, post 01

Kap. 712 Bioteknologinemnda

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter	8 583	8 720	8 847
	Sum kap. 0712	8 583	8 720	8 847

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2013.

Bioteknologinemnda er et frittstående og rådgivende organ, oppnevnt iht. bioteknologiloven og genteknologiloven. Nemnda drøfter etiske og samfunnsmessige spørsmål knyttet til bioteknologisk og genteknologisk virksomhet, informerer publikum, bidrar til samfunnsmessig bevisstgjøring og gir råd til norske myndigheter om bio- og genteknologi. Nemnda holder åpne møter, avgir uttalelser og arrangerer kurs for lærere og ungdom. Fra 2013 vil det etableres en ny nemnd, nemndas medlemmer reduseres fra 21 til 15 medlem-

mer hvorav alle er personlig oppnevnte. Åpenhet og innsyn skal legges til grunn for nemndas virksomhet, dette innebærer bl.a. åpne nemndsmøter og tilgjengeliggjøring av sakspapirer til møtene så langt gjeldende regelverk om taushetsplikt tillater. Det er sendt på høring et lovforslag som bl.a. foreslår at Bioteknologinemnda endrer navn til Bioteknologirådet.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Kap. 713 Vitenskapskomiteen for mattrygghet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter			22 530
	Sum kap. 0713			22 530

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 for tilsvarende bevilgning over kap. 711, foreslås bevilgningen økt med 2 mill. kroner til arbeid med helse- og miljørisikovurderinger av genmodifiserte organismer (GMO).

Vitenskapskomiteen utfører uavhengige vitenskapelige risikovurderinger for Mattilsynet, som grunnlag for å sikre trygg mat. Komiteen gjør også risikovurderinger knyttet til dyrehelse, planterehelse, dyrevelferd og kosmetikk for Mattilsynet. Vitenskapskomiteen utfører vitenskapelige miljø-

risikovurderinger av genmodifiserte organismer på oppdrag fra Miljødirektoratet. Vitenskapskomiteen er norsk kontaktpunkt for den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet, European Food Safety Authority (EFSA). Ny vitenskapskomité skal oppnevnes av Helse- og omsorgsdepartementet i 2014. I 2014 vil Vitenskapskomiteen prioritere rollen som norsk kontaktpunkt for EFSA og styrke arbeidet med uavhengige vitenskapelige risikovurderinger av høy kvalitet og kommunikasjon av disse.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilget 22,5 mill. kroner, fordelt med:

- 20,5 mill. kroner flyttet fra kap. 711, post 01
- 2 mill. kroner knyttet til styrking som omtalt ovenfor

Kap. 3713 Vitenskapskomiteen for mattrygghet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
02	Diverse inntekter			214
	Sum kap. 3713			214

Bevilgningen dekker betaling vitenskapskomiteen mottar som nasjonalt kontaktpunkt for EFSA, jf. tilsvarende bevilgning for 2013 over kap. 3711.

Post 02 Diverse inntekter

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås å flytte:

- 0,2 mill. kroner fra kap. 3711, post 02

Kap. 715 Statens strålevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter	77 548	77 130	77 715
21	Spesielle driftsutgifter	15 418	44 264	35 332
	Sum kap. 0715	92 966	121 394	113 047

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen økt med 8 mill. kroner til styrking av den nasjonale atomberedskapen. Det vises også til omtale av tekniske endringer under post 21.

Statens strålevern er fag- og forvaltningsmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet, radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall. Strålevernet ivaretar befolkningens helse, bl.a. ved tilsyn med all bruk av strålekilder i medisin, industri og forskning og med de to forskningsreaktorene i Norge. Videre overvåker Statens strålevern naturlig og kunstig stråling i miljø og yrkesliv. Den nasjonale atomberedskapen ledes av Strålevernet. Strålevernet driver forsknings- og utviklingsvirksomhet og internasjonale prosjekter til støtte for forvaltningen.

Fra 1. januar 2014 gjelder nye grenseverdier for radonnivået i inneluft i skoler, barnehager og utleieboliger. Strålevernet har utarbeidet en for-

valtningsstrategi for radon som skal danne grunnlaget for å implementere og håndheve radonkravene. I 2012 har Strålevernet fulgt opp kommunenes arbeid for å redusere radoneksponering ved å øke deres kompetanse gjennom fylkesvise seminarer. Strålevernet har publisert en veiledning om radon i arealplanlegging, bl.a. som en del av nettstedet miljøkommune.no.

Strålevernet vil i 2014 utvikle forvaltningspraksis for å håndheve betjeningskravet i solarier, utarbeide tilsynsmateriell og legge til rette for at kommunene kan gjennomføre en tilsynskampanje. 1. juli 2012 ble det innført 18-årsgrense for å tilby solarier til kosmetisk formål. Det ble i november 2012 gjennomført en tilsynskampanje for å kontrollere overholdelse av aldersgrensen. Strålevernet utarbeidet tilsynsmateriell til kampanjen. 163 kommuner og bydeler i Oslo gjennomførte tilsyn i nesten 700 solstudioer.

I 2012 ble det gjennomført et pilotprosjekt for å kartlegge linsedoser til radiologer og kardiologer som jobber innen hjertekirurgi. For å sikre strålevern av spesielt utsatt personell gjennomførte Strålevernet revisjonsbaserte tematilsyn med sykehus som utfører intervensjonsradiologi på hjertet i 2013.

Ledelse og sekretariat for atomberedskapen er lagt til Statens strålevern. Ved kgl.res. av 23. august 2013 er det fastsatt mandat og sammensetning av Kriseutvalget for atomberedskap med rådgivere og mandat for fylkesmannen. Strålevernet skal i 2014 skape gode arenaer for samarbeid og samvirke i atomberedskapsorganisasjonen, særlig med oppmerksomhet på å følge opp trusselvurderingen på atomområdet og sikre trygg mat og trygt drikkevann fri for radioaktiv forurensning.

Strålevernet er forurensningsmyndighet og miljødirektorat for Miljøverndepartementet. Strålevernet skal i 2014 utvikle gjennomføringen av det nye regelverket for radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall, forbedre kunnskapsgrunnlaget om helse- og miljøeffekter fra radioaktive stoffer og være orientert om utenlandsk tilførsel og kilder til radioaktiv forurensning av norske områder.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Kap. 3715 Statens strålevern

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
02	Diverse inntekter	17 698	41 061	28 280
04	Gebyrinntekter	4 196	4 334	4 486
05	Oppdragsinntekter	457	5 529	1 460
16–18	Refusjon lønnsutgifter	22 351		
	Sum kap. 3715	23 708	50 924	34 226

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen redusert med 18,5 mill. kroner, jf. tilsvarende mindreutgift omtalt under kap. 715, post 21.

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen er knyttet til salg av tjenester og prosjektfinansiering, f.eks. doseovervåking, yrkesek-

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker i hovedsak spesielle driftsutgifter til oppdragsvirksomhet og større tidsbegrensede prosjekter.

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen redusert med 18,5 mill. kroner, jf. tilsvarende mindreinntekt over kap. 3715, postene 02 og 05. Justeringen er knyttet til at Strålevernet gis tilgang til bevilgning over Utenriksdepartementets og Miljøverndepartementets budsjett gjennom belastningsfullmakt.

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen økt med 8 mill. kroner for å styrke den nasjonale atomberedskapen. Midlene skal benyttes til innkjøp av utstyr, utvikling av planverk og kompetanse og øvelser med trening i felten. Utstyr for måling av radioaktivitet i levende dyr, næringsmidler og vann mv. er nødvendig i en akutt krisefase for å kartlegge radioaktiv forurensning og screene personer som har oppholdt seg i forurenset område. Dette er i tråd med strategien for forvaltning av radioaktivitet i fôr og næringsmidler som er utarbeidet av Statens strålevern og Mattilsynet.

sponerte og kalibrering av solarier og strålekilder i sykehus.

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen redusert med 14,2 mill. kroner, jf. tilsvarende mindreutgift over kap. 715, post 21.

Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen er knyttet til inntekter fra tilsyn ved Institutt for energiteknikk.

Post 05 Oppdragsinntekter

Bevilgningen er knyttet til inntekter fra Innovasjon Norge mv.

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen redusert med 4,3 mill. kroner, jf. tilsvarende mindreutgift over kap. 715, post 21.

Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter	44 327	41 875	47 075
	Sum kap. 0716	44 327	41 875	47 075

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås en økning på 5 mill. kroner til en nasjonal kohortstudie om ungdoms rusmiddelbruk. Dette er i tråd med Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, som legger vekt på behovet for å innhente data om rusmiddelbruk blant ungdom.

Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus) er det nasjonale kompetanseorganet på rusmiddelsituasjonen i Norge. Instituttet driver samfunnsvitenskapelig forskning som bidrar til økt kunnskap om rusmidler, tobakk og avhengighet. Instituttet innhenter data om omfang, kartlegger sosiale og helsemessige skadevirkninger av bruk av rusmidler, årsakene til problemene og hvordan de skal kunne løses eller reduseres gjennom offentlig og privat innsats. Instituttet skal gjøre forskningsbasert kunnskap tilgjengelig og anvendbar for offentlig forvaltning og publikum gjennom dokumentasjon og formidling.

Instituttet er nasjonalt kontaktpunkt for Norges deltakelse i EUs narkotikaovervåkingssenter (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) og samordner den norske rapporteringen om narkotikasituasjonen til FNs kontor for narkotika og kriminalitet (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC).

Ansvar for datainnsamling, statistikk og rapportering om utviklingen i tobakksbruk flyttes fra Helsedirektoratet til instituttet fra 2014. Instituttet har i mange år hatt ansvar for dokumentasjon på rusmiddelområdet. Ved at instituttet får et samlet

ansvar for dokumentasjon av alkohol, narkotika, dopingmidler og tobakk, vil utviklingen på de ulike substansområdene i større grad kunne ses i sammenheng.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Sammenliknet med saldert budsjett for 2013 foreslås følgende endringer:

- 1,1 mill. kroner flyttet fra kap. 719, post 21, knyttet til ansvaret for tobakksovervåking
- 0,2 mill. kroner flyttet fra kap. 720, post 01, knyttet til ansvaret for tobakksovervåking
- 1,7 mill. kroner mindreinntekt mot tilsvarende mindreutgift over kap. 3716, post 02

Det foreslås 5 mill. kroner til en nasjonal kohortstudie om ungdoms rusmiddelbruk. Instituttet skal innhente data om ungdoms bruk av tobakk, alkohol, narkotika og dopingmidler. Dataene vil gi nyttig informasjon om årsaker til bruk og opprettholdelse av bruk, ulike typer av brukerkarrierer, transisjoner mellom ulike substanser, samt konsekvenser av bruk.

I samarbeid med Statistisk sentralbyrå startet instituttet i 2012 en ny rekke av befolkningsundersøkelser for å kartlegge bruk av alkohol, narkotika, dopingmidler og tobakk. Disse årlige undersøkelsene skal gi grunnlag for å beskrive utviklingen i bruk av ulike substanser over tid.

Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2012	budsjett 2013	2014
02	Diverse inntekter	4 660	3 427	1 847
16–18	Refusjon lønnsutgifter	4 660		
	Sum kap. 3716	5 878	3 427	1 847

Bevilgningen dekker oppdragsinntekter mv.

Post 02 Diverse inntekter

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen redusert med 1,7 mill. kroner, jf. tilsvarende mindreutgift over kap. 716, post 01.

Kap. 718 Rusmiddelforebygging

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2012	budsjett 2013	2014
21	Spesielle driftsutgifter	95 527	96 498	86 875
63	Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	15 250	15 957	16 484
70	Andre tilskudd, <i>kan overføres</i>	100 934	105 271	113 605
	Sum kap. 0718	211 711	217 726	216 964

Formålet med bevilgningen er å begrense rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader gjennom forebyggende tiltak.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås følgende flytting:

- 1,2 mill. kroner til kap. 718, post 70, knyttet til rett postering av tilskudd

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen redusert med 11,8 mill. kroner for å styrke andre rusmiddelforebyggende tiltak og forskning på folkehelseområdet.

Bevilgningen dekker utredninger, evalueringer, forsøksvirksomhet, internasjonalt samarbeid, informasjon og holdningsskapende arbeid, herunder:

- utvikling og spredning av metoder for tidlig intervensjon og mini-intervensjoner

- arbeidet med Ansvarlig alkoholhåndtering – sikre kvalitet i kommunenes arbeid med alkoholloven, tilrettelegging for mer effektiv kontroll og økt kompetanse på salgs- og skjenkestedene
- understøtting av fylkesmennenes veiledning overfor kommunene vedrørende forvaltning av alkohollovgevingen

Gjennom satsingen Ansvarlig alkoholhåndtering arbeider Helsedirektoratet med en helhetlig tilnærming for å styrke kommunenes forvaltning av alkoholloven. I tillegg til samarbeid, opplæring og kontroll legges det vekt på kunnskapsheving i alle ledd. Det er nødvendig at kommunene møter utfordringene helhetlig, fra utforming av planverk til innvilgelsespolitikk og kontroll.

Det foreslås 3,4 mill. kroner til driftsstøtte til Atferdsenteret (Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis AS). Atferdsenteret utvikler tverrfaglig kunnskap og styrker kom-

petansen i arbeidet med å forebygge og behandle alvorlige atferdsproblemer blant barn og unge. Senteret driver forskning, implementering, opplæring og videreutvikling av nye metoder i arbeidet med alvorlige atferdsproblemer tiltaksforskning knyttet til evaluering og utvikling av nye metoder og forskning om utbredelse og utvikling av atferdsproblemer blant barn og unge. Resultater fra Atferdssenterets kunnskapsutvikling brukes i Helsedirektoratets arbeid med rusforebygging og tidlig intervensjon.

Post 63 Rusmiddeltiltak

Bevilgningen går til tiltak for å stimulere til et kvalitetsmessig godt og samordnet rusmiddelforebyggende arbeid i kommunene, herunder stimuleringsarbeid knyttet til rusmiddelpolitiske planer. Tilskuddet skal bidra til bedre samordning og utnyttelse av lokale ressurser.

Videre dekker bevilgningen tilskudd til etablering og videreføring av kommunale rus- og kriminalitetsforebyggende koordinatorene, i samarbeid med Kriminalitetsforebyggende råd (Kråd). I 2012 ble det gitt tilskudd til lokale rusforebyggende koordinatorene til 36 kommuner. Helsedirektoratet skal i samarbeid med Kråd se nærmere på tilskuddsordningen og effekten av denne. Arbeidet med å øke antallet kommuner med rus- og kriminalitetsforebyggende koordinatorene i kommunene videreføres.

Bevilgningen dekker også tilskudd til rustelefonen og rådgivningstjenesten Klara Klok. Klara Klok er nærmere omtalt under kap. 762, post 73.

Tilskuddene forvaltes av Helsedirektoratet.

Post 70 Andre tilskudd

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås følgende flytting:

- 1,2 mill. kroner fra kap. 718, post 21, knyttet til rett postering av tilskudd

Bevilgningen dekker:

- driftstilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner, prosjekttilskudd til utvikling av frivillige rusforebyggende prosjekter og aktivitetstilskudd til frivillige rusforebyggende tiltak
- tilskudd til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og deres arbeid med forebyggende strategier rettet mot kommunene
- tilskudd til Dopingtelefonen
- driftstilskudd til Arbeidslivets kompetansesenter for rusmiddelspørsmål (Akan)

- tilskudd til rusmiddelforebygging i arbeidslivet
- tilskudd til utvikling og formidling av kunnskap om nasjonale folkehelseiltak
- driftstilskudd til Antidoping Norges arbeid mot doping som samfunnsproblem

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningene.

Formålet med ordningene for driftstilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner, prosjekttilskudd til utvikling av frivillige rusforebyggende prosjekter og aktivitetstilskudd til frivillige rusforebyggende tiltak er å styrke arbeidet til frivillige organisasjoner som arbeider for å redusere forbruk av rusmidler og skader forårsaket av rusmidler. Tilskuddsordningene skal stimulere til engasjement og ruspolitisk aktivitet både på nasjonalt og lokalt nivå, gjennom støtte til drift, prosjekter og aktiviteter som har rusmiddelforebygging som mål. Ordningene skal fremme kunnskapsbaserte strategier og demokratisk organisasjonsarbeid med frivillig innsats og lokalt engasjement.

Det ble i 2013 gitt tilskudd til 37 rusmiddelforebyggende prosjekter og aktiviteter, driftstilskudd til 15 rusmiddelpolitiske medlemsorganisasjoner, samt drifts- og aktivitetstilskudd til tre paraplyorganisasjoner (Actis, Av-og-til og Rusfri). Til sammen ble det gitt 77,9 mill. kroner i tilskudd. Evaluering av tilskuddsordningene skal etter planen settes i gang i 2013.

De sju regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har som en av hovedoppgavene å stimulere til utvikling av rusmiddelforebygging i kommunene. Kompetansesentrene forvalter tilskuddsordninger der det gis tilskudd til kommunene for å stimulere til rusforebyggende tiltak. De regionale kompetansesentrene er nærmere omtalt under kap. 763, post 72.

Dopingtelefonen er en telefon- og informasjonstjeneste som retter seg mot personer som bruker eller vurderer å bruke illegale dopingmidler, pårørende og tjenesteapparatet, f.eks. helsepersonell, politi og lærere. I Helsedirektoratets evaluering av Dopingtelefonen anbefales det at tjenesten opprettholdes. Helsedirektoratet følger opp evalueringen og vurderer framtidig lokalisering av tjenesten.

Arbeidslivets kompetansesenter for rusmiddelspørsmål (Akan) er et trepartssamarbeid mellom staten, NHO og LO. Akan fikk i 2013 11,5 mill. kroner i driftsstøtte over denne posten. Det foreslås en egen tilskuddsordning for driftsstøtte til Akan. Dette vil skille driftsstøtten til Akan fra støtten til de frivillige rusmiddelforebyggende organisasjonene. Akan-samarbeidet har gjennom 50 år

vært det viktigste rusmiddelforebyggende verktøyet i arbeidslivet.

Det foreslås å skille ut midler fra tilskuddsordningene for prosjekt- og aktivitetstilskudd til frivillige rusforebyggende organisasjoner til opprettelse av en tilskuddsordning for rusmiddelforebygging i arbeidslivet. Formålet er å støtte prosjekter og kunnskapsbaserte tiltak i regi av Akan og andre nasjonale fagmiljøer som kan være med å styrke arbeidsgivers kunnskap om og ansvar for rusmiddelforebyggende innsats. Arbeidsplassen er en arena som er velegnet for bevisstgjøring om rusmiddelbruk og samtidig en arena der en på et tidlig tidspunkt kan identifisere problematisk rusmiddelbruk. Tilskuddsordningen skal bidra til bruk og utvikling av kunnskapsbaserte, rusforebyggende metoder i arbeidslivet.

Det foreslås 3 mill. kroner til en tilskuddsordning for utvikling og formidling av kunnskap om nasjonale folkehelseiltak. 2 mill. kroner foreslås bevilget over kap. 719, post 79, slik at Helsedirektoratet til sammen vil forvalte 5 mill. kroner til ordningen. Målgruppen er statlige mottakere (f.eks. universiteter og høyskoler), kommuner, stiftelser, private bedrifter og organisasjoner. For-

målet er å styrke folkehelsearbeidet gjennom utvikling og formidling av kunnskap. Aktører får midler til å utvikle løsninger, metoder og verktøy som har nasjonal betydning og er egnet til å overføres til arbeid i kommuner og hos andre aktører. Hensikten er særlig å støtte kommuners og forsknings- og utviklingsmiljøers initiativer på folkehelseområdet. Tilskuddsordningen er avgrenset mot andre ordninger, slik at frivillige organisasjoner på rusområdet ikke kan søke.

Det foreslås 3 mill. kroner til en tilskuddsordning for driftsstøtte til Antidoping Norges arbeid mot doping som samfunnsproblem. Bruk av doping er lite utbredt i befolkningen som helhet, men kan være et betydelig problem i enkelte ungdomsmiljøer. Antidoping Norge driver verdi- og informasjonsarbeid for å forebygge doping. Antidoping Norges posisjon mellom frivillige og offentlige aktører gir stiftelsen gode forutsetninger for å være et knutepunkt i mobiliseringen mot doping. Gjennom samarbeid mellom Helsedirektoratet, politiet, tollvesenet og andre aktører, skal Antidoping Norge bidra til en styrket innsats i antidopingarbeidet. Driftsstøtte vil gi stiftelsen forutsigbare rammevilkår for dette arbeidet.

Kap. 3718 Rusmiddelforebygging

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2012	budsjett 2013	2014
04	Gebyrinntekter	1 407	1 652	1 710
	Sum kap. 3718	1 407	1 652	1 710

Bevilgningen er knyttet til gebyrordninger som forvaltes av Helsedirektoratet.

Post 04 Gebyrinntekter

Bevilgningen dekker bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk. Ordningen er

selvfinansiert, og gebyrene utgjør om lag 1 mill. kroner.

Bevilgningen dekker videre gebyr på statlige skjenkebevillinger gitt for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholoven § 5-2 første ledd nr. 1 og 2.

Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
85	Statens overskuddsandel	61 055	38 500	30 000
86	Utbytte	3	2	2
	Sum kap. 5631	61 058	38 502	30 002

Vinmonopolet skal innrette sin virksomhet iht. alkoholpolitiske målsettinger og i samsvar med vinmonopolloven og alkoholloven. For å sikre fortsatt oppslutning og legitimitet i befolkningen, er det viktig at Vinmonopolet utvikler seg i takt med samfunnets forventninger og behov.

Vinmonopolet er organisert som særlovsselskap etter lov av 19. juni 1931 om Aktieselskapet Vinmonopolet, og har enerett til detaljsalg av alkoholholdig drikk med høyere alkoholinnhold enn 4,7 volumprosent.

Gjennom sin enerett er Vinmonopolet et viktig tilgjengelighetsbegrensende alkoholpolitisk virkemiddel, og selskapet har et betydelig samfunnsansvar. Innenfor de alkoholpolitiske rammevilkårene skjer omsetningen i kontrollerte former og uten privatøkonomiske interesser. Det er omfattende dokumentasjon gjennom nasjonal og internasjonal forskning for at statlige detaljmonopol er meget effektive når det gjelder å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer.

Selskapet er forpliktet til å gi leverandørene og produktene markedsadgang på like premisser. Forbrukerne skal sikres mest mulig lik tilgjengelighet i hele landet. Det ble åpnet 11 nye butikker i 2012. Ved utgangen av året hadde Vinmonopolet 278 utvalg i seks butikkategorier hvor utvalget varierer fra om lag 300 produkter til om lag 1800 produkter. Bestilling kan også skje gjennom Vinmonopolets nettbutikk og kundesenter. Frakten er kostnadsfri for kunder som bor i kommuner uten vinmonopolbutikk.

Nemnda for prøving av Vinmonopolets beslutninger om innkjøp ble opprettet i 1997 som ledd i å sikre leverandørene markedstilgang på like vilkår. I 2012 mottok nemnda 17 klager. To klager ble avvist, og Vinmonopolet fikk medhold i 13 av klagen.

Vinmonopolet solgte totalt 79,9 mill. liter i 2012, en økning på 1,9 pst. fra 2011. Salget av svakvin økte med 2,2 pst. til 65,7 mill. liter. Salget av brennevin og brennevinsbaserte drikker gikk ned med 2 pst. til 11,9 mill. liter. Salget av sterkvin

gikk ned med 5,4 pst. til 670 000 liter, mens det ble solgt 1,4 mill. liter sterkøl, en økning på 23 pst. fra 2011. Salget av alkoholfrie drikker økte med 32,8 pst. til 223 000 liter.

Vinmonopolets omsetning var 11,9 mrd. kroner eksklusiv mva. i 2012. Av dette var 6,5 mrd. kroner avgifter til staten. Driftsresultatet var 123,1 mill. kroner, som er 4,2 mill. kroner høyere enn i 2011. Resultatoppgangen skyldes høyere bruttofortjeneste. Resultatet før skatt er på 167,5 mill. kroner. Av dette er 47 mill. kroner beregnet til skattekostnad og 60,3 mill. kroner til utbytte til staten. De resterende 60,3 mill. kroner er tilført egenkapitalen.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2012 et resultat på 5,6 mill. kroner. Hele årsresultatet ble tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Longyearbyen lokalstyre.

Selskapet skal videreføre arbeidet med å kostnadseffektivisere virksomheten for å bedre lønnsomheten og soliditeten uten at dette kommer i konflikt med sentrale alkoholpolitiske målsettinger.

Post 85 Statens overskuddsandel

Statens andel av driftsoverskuddet i Vinmonopolet i 2013 er fastsatt til 50 pst. av resultatet i 2012. Andelen foreslås uendret i 2014, jf. forslag V Diverse fullmakter, nr. 3. Forslaget bygger på en vurdering av selskapets framtidige kapitalbehov, bl.a. i forbindelse med utvidelse av butikknett, økt tilgjengelighet i sin alminnelighet og ønsket kapitalstruktur. Foreslått beløp er beregnet ut fra budsjettert resultat for 2013.

Post 86 Utbytte

Vinmonopolets aksjekapital utgjorde 50 000 kroner ved utgangen av 2013. Utbyttet er i vinmonopolloven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør 2500 kroner.

Kap. 719 Annet folkehelsearbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	83 303	78 107	84 391
60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	3 695	6 459	6 672
70	Smittevern mv., <i>kan overføres</i>	15 124	16 998	19 093
73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	33 459	34 575	35 385
79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	5 060	14 098	18 691
	Sum kap. 0719	140 641	150 237	164 232

Ut over pris- og lønnsjustering og flyttinger, foreslås bevilgningen økt med 11,9 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2013.

Formålet med bevilgningen er å styrke folkehelsearbeidet innenfor bl.a. områdene smittevern, fysisk aktivitet, tobakksforebygging, kosthold og ernæring, sosiale helseforskjeller, astma og allergi, ulykker og skader, radon og annet miljørettet helsevern. Kosthold og ernæring og alkohol er nærmere omtalt under henholdsvis kap. 711 og kap. 718.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker utredninger, evalueringer, forsøksvirksomhet, informasjon og holdningsskapende arbeid.

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås følgende flyttinger:

- 0,3 mill. kroner fra kap. 719, post 70, knyttet til nasjonalt program for pasientsikkerhet
- 1,1 mill. kroner til 716, post 01, knyttet til tobakksovervåking
- 0,8 mill. kroner til kap. 719, post 79, knyttet til arbeidet Skadeforebyggende forum utfører som nasjonalt kontakt- og samarbeidsorgan
- 2 mill. kroner til kap. 719, post 79, knyttet til rett postering av tilskudd

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen økt med 9,7 mill. kroner.

5 mill. kroner foreslås til tiltak for å fremme fysisk aktivitet. Det skal legges vekt på å øke andelen som følger helsemyndighetenes anbefalinger gjennom holdningsskapende arbeid og opplysning om betydningen av fysisk aktivitet og helsekonsekvenser av fysisk inaktivitet.

3,7 mill. kroner foreslås til et nytt, nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet som en oppfølging av Meld. St. 20 (2012–2013) På rett vei – kvalitet og mangfold i fellesskolen, Meld. St. 24 (2012–2013) Framtidens barnehage og Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. Senteret er lagt til Høgskolen i Bergen. Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider om senteret. Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet har ansvaret for faglig styring og oppfølging av senteret i tråd med eget mandat. Senteret skal ha en landsdekkende funksjon, og skal bl.a. synliggjøre og formidle sammenhengen mellom helse og barn og unges læring, læringsmiljø og læringsutbytte, med vekt på sunne måltider og fysisk aktivitet. Senteret skal videre være en ressurs for fagene mat og helse og kroppsøving.

1 mill. kroner foreslås til et flerårig forskningsprogram på sivilsamfunn og frivillig sektor for å styrke folkehelse relaterte problemstillinger i pro-

grammet. Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å delta i hele programperioden.

Med bakgrunn i økningen i forekomst av føflekkreft blant nordmenn, vil Helse- og omsorgsdepartementet sette i gang en bred utredning om mulige årsakssammenhenger og foreslå tiltak som kan motvirke den negative utviklingen.

Post 60 Kommune-tilskudd

Bevilgningen dekker støtte til lokalt folkehelsearbeid, bl.a. gjennom kommunebaserte utviklingstiltak og lokal implementering av nasjonale prioriterte satsinger på folkehelsefeltet. Det legges vekt på inkludering av minoritetsgrupper og på utjevning av sosiale helseforskjeller.

Deler av bevilgningen går til folkehelse tiltak i Groruddalssatsingen og Oslo Sør-satsingen.

Bevilgningen dekker også tilskudd til nettverk av Sunne kommuner og utviklingsarbeid innenfor steds- og nærmiljøutvikling.

Post 70 Smittevern mv.

Bevilgningen dekker tilskudd til frivillige organisasjoner for oppfølging av Nasjonal hivstrategi og drift av tiltaket Aksept i regi av Kirkens Bymisjon i Oslo. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet.

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås følgende flyttinger:

- 0,3 mill. kroner til kap. 719, post 21, knyttet til nasjonalt program for pasientsikkerhet
- 2 mill. kroner til kap. 762, post 70, knyttet til Antibiotikasenter for primærmedisin

Det foreslås 4,1 mill. kroner til Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslos tiltak Aksept. Aksept har 25 års erfaring med å arbeide med hivpositive i Norge og er et sentralt fag- og ressursmiljø for personer berørt av hiv.

Formålet med tilskuddsordningen til frivillige organisasjoner er å redusere nysmitte med hiv særlig i grupper med høy sårbarhet for hiv og at alle som lever med hiv skal sikres god behandling og oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell orientering og/eller praksis, bosted, etnisk bakgrunn og økonomi.

Post 73 Fysisk aktivitet

Bevilgningen dekker tilskudd til frivillige organisasjoner som arbeider med fysisk aktivitet. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet.

Formålet med tilskuddsordningen er å fremme fysisk aktivitet blant fysisk inaktive grupper i befolkningen og særlig barn og unge som faller utenfor de ordinære idretts- og aktivitetstilbudene.

I 2014 skal tilskudd gå til:

- sentrale organisasjonsledd innenfor idrett og friluftsliv med sikte på videreutvikling og tilrettelegging av aktiviteter og tilbud for å aktivisere fysisk inaktive
- lokalbaserte aktivitetstiltak i regi av frivillige lag og organisasjoner med utvikling og gjennomføring i et samspill med lokale myndigheter som f.eks. frivillighetsentraler, kommunale frisklivssentraler, kultur- og fritidstilbud mv.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker tilskudd til folkehelsearbeid bl.a. innenfor områdene smittevern, fysisk aktivitet, tobakksforebygging, kosthold og ernæring, sosiale helseforskjeller, astma og allergi, ulykker og skader, radon og annet miljørettet helsevern.

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås følgende flytting:

- 2,8 mill. kroner fra kap. 719, post 21, knyttet til rett postering av tilskudd

Kosthold og ernæring er nærmere omtalt i kap. 711. Bevilgningen dekker videre tilskudd til Hunt forskningssenter ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og tilskudd til Rettsgenetisk senter ved Universitetet i Tromsø. Tilskuddene forvaltes av Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet.

Det foreslås 1 mill. kroner i økt tilskudd til drift av Hunt forskningssenter. Senteret gjennomfører befolkningsundersøkelser i Nord-Trøndelag, driver medisinsk og helsefaglig forskning, forvalter forskningsdata og har en biobank som oppbevarer biologisk materiale og utleverer prøver til godkjente forskningsprosjekter. Det foreslås å øke tilskuddet til Norges astma- og allergiforbund med 0,5 mill. kroner for å kunne opprettholde tjenesten Pollenvarsling.

Programkategori 10.20 Helseforvaltning

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
720	Helsedirektoratet	1 185 608	1 222 270	1 085 886	-11,2
721	Statens helsetilsyn	105 179	104 076	127 255	22,3
722	Norsk pasientskadeerstatning	189 566	257 297	303 847	18,1
723	Pasientskadenemnda	53 998	48 043	61 757	28,5
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	37 204	37 159	37 692	1,4
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	192 753	165 147	182 294	10,4
726	Statens helsepersonellnemnd	8 372	8 125	8 234	1,3
728	Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda	2 714	3 199	3 244	1,4
729	Pasient- og brukerombud	61 293	58 831	59 691	1,5
	Sum kategori 10.20	1 836 687	1 904 147	1 869 900	-1,8

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
01–23	Statens egne driftsutgifter	1 776 642	1 770 327	1 705 521	-3,7
70–89	Andre overføringer	60 045	133 820	164 379	22,8
	Sum kategori 10.20	1 836 687	1 904 147	1 869 900	-1,8

Kap. 720 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter	966 735	985 176	1 040 644
21	Spesielle driftsutgifter	137 571	168 311	20 402
22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	63 992	44 783	
70	Helsetjenester i annet EØS-land	17 310	24 000	24 840
	Sum kap. 0720	1 185 608	1 222 270	1 085 886

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås følgende styrkinger og tiltak:

- 0,5 mill. kroner til videreutvikling av system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten
- 7,0 mill. kroner til utvikling av ny IKT-plattform i Helfo.
- 3 mill. kroner til forvaltning av den nasjonale forsøksordningen med kvalitetsbasert finansiering av sykehus. Det vises til omtale under kap. 732, post 71.

Helsedirektoratet er som fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet er fagorgan på folkehelse- og helse- og omsorgstjenesteområdet. Dette innebærer å:

- Ha ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelse, samt å følge med på utviklingen i helse- og omsorgstjenesten. På dette grunnlag skal direktoratet gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale myndigheter, regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen.
- Sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på utvalgte områder.
- Være et kompetanseorgan som myndigheter, ulike sektorer, tjenesteapparat, interesseorganisasjoner, fag- og utviklingsmiljøer, samt media ser det som naturlig å henvende seg til.
- Inneha spisskompetanse på helselovgivningen i Norge.

Direktoratet har en rekke forvaltningsoppgaver, herunder myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor helse- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet skal sikre at vedtatt politikk set-

tes i verk på helse- og omsorgsområdet i tråd med føringene som departementet gir. Direktoratet har ansvaret for å oppnå fastlagte mål og prioriteringer i tråd med styringssignalene fra departementet. Direktoratet har følgende hovedmål for sitt arbeid:

- Bedre kvalitet i helse- og omsorgssektoren
- Redusere forskjellene i helse og levekår
- Fremme faktorer som gir god helse i befolkningen

Direktoratets arbeidsmåte skal være kunnskapsbasert, tverrfaglig og helhetlig og skje i samarbeid med andre aktører nasjonalt og internasjonalt. Direktoratet skal ha særskilt oppmerksomhet på samhandling, både mellom ulike fagprofesjoner og på tvers av tjeneste- og forvaltningsnivå. Direktoratet skal også se helse i et globalt perspektiv.

Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) ble i 2009 etablert som Helsedirektoratets ytre etat som følge av overføring av forvaltningsansvaret på helserefusjonsområdet fra Nav. Helfo består av 6 regionale enheter, Helfo Pasientformidling, Helfo Utland og Helfo hovedkontor og servicesenter i Tønsberg. Helsedirektoratet med ytre etat ivaretar sentrale helserettigheter gjennom utvikling og forvaltning av viktige stønadsordninger for befolkningen.

Helfo har om lag 550 årsverk og forvalter om lag 28 mrd. kroner til stønad til enkeltpersoner som følge av rettigheter gitt i folketrygdlovens kapittel 5 og til oppgjør til behandlere og leverandører av helsetjenester. God informasjon om rettigheter, høy kvalitet i saksbehandlingen, effektiv kontroll og evne til å gripe inn ved misbruk er sentrale mål for virksomheten. Følgende overordnede mål er knyttet til helserefusjonsområdet:

- Brukerrettede tjenester
- Rett ytelse til rett tid

- Enklere regelverk
- Effektiv ressursbruk knyttet til forvaltning av helserefusjonsområdet
- Se finansieringsordninger i sammenheng

Resultatrapport 2012 og 2013

Hovedtyngden av Helsedirektoratets arbeid er knyttet til oppfølging av oppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet, herunder forvaltning av bevilgninger som departementet stiller til disposisjon. Omtalen av utviklingen på de forskjellige fag- og politikkområder hvor Helsedirektoratet har en rolle, er innarbeidet i teksten under de aktuelle bevilgninger og refusjonsordninger. Under kap. 720 begrenses omtalen til de viktigste tiltakene i direktoratet i 2012 og 2013:

- Innspill til ny fastlegeforskrift og til Stortingsmeldingene God kvalitet – trygge tjenester og Én innbygger – én journal.
- Oppfølgingen etter terroranslagene 22. juli 2011.
- Koordinering av arbeidet med samhandlingsreformen.
- Arbeid for et sunnere kosthold.
- Gjennomføring av to massemediekampanjer med tema røykeslutt/helseskader og passiv røyking/barn.
- Arbeid med forskrift og retningslinjer innen forebyggende helsearbeid i kommunene (helsetasjon og skolehelsetjeneste).
- Oppfølgingen av Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, bl.a. overdosestrategien og arbeidet med ansvarlig alkoholhåndtering.
- Revisjon av veilederen om helsetjenestetilbudet til flyktninger, asylsøkere og familiegjenfrente.
- Oppfølging av satsninger og aktiviteter under Omsorgsplan 2015. Det er bl.a. foretatt en ekstern evaluering av Kompetanseløftet 2015 fra starten for handlingsplanen i 2007 og fram til 2011.
- Pårørendearbeid, kompetanse-, kunnskaps- og kvalitetsutvikling innen demensomsorgen.
- Utarbeidelse av en fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- Videreføringen av tilskuddsordningen Psykologer i kommunen og oppstart av lavterskeltilbudet rask psykisk helsehjelp har bidratt til å øke tilgjengeligheten til tjenestene og til å forbygge problemutvikling i befolkningen.
- Direktoratet har i 2012 bistått aktuelle helseforetak i forberedelse og gjennomføring av forsøksordning med tannhelsetjenester på sykehus.
- Utarbeidet veileder for ny meldeordning for uønskede hendelser i Nasjonal enhet for pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret.
- Koordinert etablering av system for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten.
- Ledet styringsgruppen og bidratt i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender.
- Helsedirektoratet publiserte i 2012 veileder i samfunnsøkonomisk analyse med hovedvekt på analyse av kostnadseffektiviteten av nye helsetiltak.
- Spesialistgodkjenningsområdet har vist god framdrift selv om saksbehandlingstiden er økt og det er oppstått flere restanser enn ønskelig. Dette skyldes at regelverket er komplisert og at søknadene er mangelfulle. Ressurssituasjonen er bedret på dette området i 2013.
- Det er etablert en nettportal til den søknadsbaserte turnusordning.
- Antall restanser knyttet til faglige utredninger gjennom Stortingets rettferdsvederlagsordning er kraftig redusert.
- Arbeidet med kommunal medfinansiering (KMF) og kvalitetsbasert finansiering (KBF) har hatt høy prioritet.
- Tilgjengelige data av god kvalitet skal bidra til en bedre helsetjeneste. Det er i 2012 gjennomført i alt 700 utleveringer fra Norsk pasientregister hvorav 100 til forskningsformål. Det utarbeides faste månedlige leveranser av styringsdata som viser aktivitet og ventetid til regionale helseforetak/helseforetak. Det er videre etablert et system for nettbasert publisering av månedlige ventelistetall innen den 15. påfølgende måned.
- Det er publisert 6 nye nasjonale kvalitetsindikatorer i 2012. Etaten videreutvikler det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet på fagområdene kreft, pleie- og omsorg, psykisk helse og rus, hjerte- og kar, samt akuttmedisin.
- Lansert ny publiseringsløsning for kvalitetsindikatorer på www.helsenorge.no.
- Fornyet informasjonstjenesten Fritt sykehusvalg slik at det er enklere for pasienter å finne fram, samt innført mer og bedre informasjon om behandlingstilbud og ventetider. Helsedirektoratet forbereder en kampanje om Fritt sykehusvalg for å gjøre ordningen bedre kjent.
- Innenfor elektronisk samhandling har Helsedirektoratet gjort vesentlige satsninger når det gjelder styring og organisering, standardise-

ring, e-resept, kjernejournal og helsenorge.no. I 2012 ble målet om 80 pst. utbredelse av e-reseptløsningen nådd.

- Innen WHO-arbeidet ble det med helsedirektøren som forhandlingsleder gjort en avtale mellom 119 medlemsland om indikatorer og et sett frivillige globale mål for forebygging og kontroll av ikke-smittsomme sykdommer.

Direktoratet gjennomførte en omdømmeundersøkelse i 2012. Denne viser at Helsedirektoratet oppfattes å ha en høy kvalitet på faglige utredninger og et godt faglig nivå på lovfortolkning. Videre oppfattes direktoratets råd og anbefalinger som anvendelige og praktiske. Samtidig viser undersøkelsen at direktoratet kan forbedre den interne koordineringen og at ansvarsfordelingen mellom direktoratet og andre statlige forvaltningsorgan bør bli tydeligere. Resultatene fra omdømmeundersøkelsen brukes i videreutviklingen av organisasjonen.

Helserefusjonsområdet

Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) som er Helsedirektoratets ytre etat har ivaretatt løpende driftsoppgaver samtidig som virksomheten har tilpasset seg endrede rammebetingelser og deltatt aktivt i utviklingsarbeid.

Helfo har i 2012 opprettholdt høy aktivitet på søknadsbehandling til brukere og utbetaling av refusjonskrav til samhandlere. Det er bl.a. mottatt og produsert i overkant av 80 000 søknader om refusjon av utgifter til legemidler og i overkant av 60 000 individuelle søknader om refusjon av utgifter til tannbehandling.

Målrettet innsats med økt elektronisk innsending og effektivisering av arbeidsprosesser har gitt gevinster. I 2012 ble det stilt gevinstrealiseringskrav til Helfo på 14 årsverk. Gevinstrealiseringen har gått til dekning av drifts- og forvaltningskostnader for nye applikasjoner.

Saksinnngang for refusjonsordning for helsetjenester mottatt i et annet EØS-land etter folketrygdlovens § 5-24 a, planlagt ikke-sykehusbehandling, har fortsatt å øke i 2012. Saksinngangen var 9000 saker i 2012, mens opprinnelig estimat var på 3500 saker årlig. Sakene har også vist seg å være mer komplekse enn tidligere antatt.

Forordninger og forpliktelser overfor EØS innebærer fortsatt utfordringer innenfor utlandsområdet. Utlandsområdet er preget av et komplisert regelverk, begrenset systemstøtte og mangel på gode styringsdata.

I løpet av 2012 har antall tannleger som leverer oppgjør elektronisk økt fra 2700 til nær 3000. Om lag 65 pst. av disse leverer oppgjør elektronisk, mens i underkant av 35 pst. leverer på CD/diskett. Resultatet er oppnådd gjennom godt samarbeid med profesjonsforeningen og utstrakt informasjonarbeid og oppfølging fra Helfo.

Antall henvendelser til Helfo Servicesenter er nær fordoblet de siste årene, fra om lag 320 000 henvendelser i 2009 til nær 600 000 i 2012. Utviklingen fra 2011 til 2012 viser en liten nedgang i henvendelser. Ventetid på telefon er noe redusert i løpet av 2012, men ventetiden er fortsatt lengre enn målkravet. Andel besvarte telefoner og parametere for brukertilfredshet oppfylder målkravene. Brukerundersøkelser viser at 97,4 pst. av kundene er fornøyde med servicenivået til Helfo Servicesenter.

Det gjennomføres årlig risikoanalyser og utarbeides tilhørende kontrollstrategier og nasjonale og regionale kontrollplaner for helserefusjonsområdet. Økt elektronisk innsending av refusjonskrav fra behandlere og tjenesteytere styrker mulighetene for automatiske kontroller. I 2012 ble det satt i verk et internt utviklingsprosjekt for å forbedre Helfos resultater på kontrollområdet. Det er gjennomført flere tiltak som til sammen har ført til videreutvikling av kontrollmetodikk og en mer fokusert og samlet innsats.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester. Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås følgende flyttinger:

- 13 mill. kroner fra kap. 720, post 21 knyttet til faste utgifter til drift av tjenesten Helsenorge.no, herunder redaksjon og vedlikehold av løsninger.
- 1,5 mill. kroner fra kap. 720, post 21 i forbindelse med at Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH AS) er innlemmet i Helsedirektoratet f.o.m. 2012, jf. Prop. 120 S (2010–2011) og Innst. 420 S (2010–2011). Alle opparbeidede pensjonsrettigheter ble overført til direktoratet i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen, og skal nå dekkes over ordinært driftsbudsjett.
- 37 mill. kroner fra Arbeidsdepartementets budsjett kap. 605, post 01 til utvikling av Public 360. Flyttingen er iht. avtale mellom Helsedirektoratet og Nav.
- 0,5 mill. kroner fra kap. 782, post 21 til arbeidet med nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

- 0,8 mill. kroner til kap. 732, post 78 til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser.
- 0,2 mill. kroner til kap. 716, post 01 til tobakksovervåking.
- 1,140 mill. kroner til kap. 1605, post 01 (Direktoratet for økonomistyring) i forbindelse med implementering av Helfo stønadsområde som eget firma.
- 0,057 mill. kroner til kap. 1560, post 22 for betaling for eID på nivå 4.

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen redusert med 19,1 mill. kroner til å styrke andre tiltak.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås nytt kap. 701 for å samle bevilgningene til IKT-tiltak i helse- og omsorgssektoren.

Det foreslås følgende flyttinger:

- 3,5 mill. kroner til kap. 700, post.01 knyttet til lønn mv
- 135,8 mill. kroner til nytt kap. 701, post 21 knyttet til prosjektutgifter
- 14,5 mill. kroner til kap. 720, post 01.

Det foreslås å flytte 3,5 mill. kroner fra kap. 720, post 21 til kap. 700, post 01, knyttet til lønn mv. Dette er en formalisering av at den sentrale prosjektorganisasjonen i Helse- og omsorgsdepartementet nå er integrert i departementets drift. Det vises til omtale under kap. 700 og 701.

Det foreslås å flytte 135,8 mill. kroner til nytt kap. 701, post 21 knyttet til prosjektutgifter i Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.

Det foreslås å flytte 13 mill. kroner til kap. 720, post 01 knyttet til faste utgifter til drift av tjenesten Helsenorge.no, herunder redaksjon, vedlikehold av løsning/innhold, administrasjon og ledelse i direktoratet. Det foreslås videre å flytte 1,5 mill. kroner til samme post knyttet til at Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH AS) er innlemmet i Helsedirektoratet f.o.m. 2012, jf. Prop. 120 S (2010–2011) og Innst. 420 S (2010–2011). Alle opparbeidede pensjonsrettigheter ble overført til direktoratet i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen, og skal nå dekkes av ordinært driftsbudsjett.

Det vises til omtale under kap. 701.

Samhandlingsreformen

Det ble i 2011 etablert et fireårig gjennomføringsprosjekt for samhandlingsreformen. Det foreslås

videreført 20,4 mill. kroner til gjennomføringsarbeidet knyttet til samhandlingsreformen.

Midlene til samhandlingsreformen skal dekke helsedirektoratets arbeid med å følge opp reformen, herunder drifting av nasjonal tvisteløsningsnemnd. Videre skal midlene dekke drifting av det nasjonale nettverket for gjennomføring av reformen, samt KS sitt arbeid knyttet til gjennomføringsprosesser lokalt og sentralt. Det er inngått en intensjonsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om gjennomføring av reformen. For videre omtale av samhandlingsreformen vises til omtale under del III, programkategori 10.60, kap. 762, og kap. 732.

Post 22 Elektroniske resepter

Det foreslås nytt kap. 701 for å samle bevilgningene til IKT-tiltak i helse- og omsorgssektoren.

Det foreslås følgende flyttinger:

- 36,4 mill. kroner til nytt kap. 701, post 21
- 10 mill. kroner til nytt kap. 701, post 70

Det foreslås å flytte 36,4 mill. kroner til nytt kap. 701, post 21, knyttet til prosjektutgifter i forbindelse med videreutvikling av elektroniske resepter. Det foreslås videre å flytte 10 mill. kroner til nytt kap. 701, post 70, knyttet til servere for elektroniske resepter mv.

Det vises til omtale under kap. 701.

Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land

Det vises til omtale av refusjonsordningen for helsehjelp i andre EØS-land under programområde 30 Stønad ved helsetjenester. Forskrift om stønad til helsetjenester i annet EØS-land ble innført 1. januar 2011. Helfo skal refundere midler til pasienter innenfor bl.a. allmennlegetjenester, tannbehandling i fylkeskommunen jf. tannhelsetjenesteloven, ikke-sykehusbehandling i spesialisthelsetjenesten og fysioterapi over posten. Det ble utbetalt refusjoner for 17,3 mill. kroner på posten i 2012. 95 pst. av disse gjaldt fysioterapibehandling i utlandet.

Det vises til Stortingets behandling av Prop. 118 L (2012–2013) om bl.a. nødvendige lovendringer for å gjennomføre EUs pasientrettighetsdirektiv. Stortinget sluttet seg til regjeringens forslag om å utvide dagens forskrift til å omfatte forhåndsgodkjent sykehusbehandling. Forhåndsgodkjenning må gis i de tilfeller pasienten ikke har fått slik helsehjelp innen en helsefaglig forsvarelig tidsfrist i trygdelandet. Pasientrettighetsdirektivet er ikke ennå formelt innlemmet i EØS-

avtalen og det nærmere tidspunktet for når direktivet må være gjennomført i norsk rett er derfor ikke endelig avklart. Det foreslås bevilget 24,8

mill. kroner i 2014. Det er usikkerhet knyttet til omfanget av utvidelsen av forskriften.

Kap. 3720 Helsedirektoratet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
02	Diverse inntekter	44 040	2 643	2 736
03	Helsetjenester i annet EØS-land	16 547	24 000	24 840
04	Gebyrinntekter	5 732	3 131	3 241
05	Helsetjenester til utenlandsboende mv.			50 000
15–18	Refusjon lønnsutgifter	31 253		
	Sum kap. 3720	97 572	29 774	80 817

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene er bl.a. knyttet til salg av trykksaker og publikasjoner.

783, post 79. Ordningen er gebyrbelagt og omfatter spesialistgodkjenning av leger, optikere og tannleger. Det fastsettes også gebyrer for resertifisering av allmennleger.

Post 03 Helsetjenester i annet EØS-land

Helfo skal sende krav om dekning av utgiftene for refusjoner belastet kap. 720, post 70, til kommunene, fylkeskommunene og regionale helseforetak. Dette inntektsføres på kap. 3720, post 03. Det foreslås å bevilge 24,8 mill. kroner i 2014.

Post 05 Helsehjelp i Norge

Nyopprettet post som følge av overføring av budsjettansvar fra Arbeidsdepartementet (kap. 5701, post 74).

Posten omfatter refusjon fra utlandet for pasienter som har fått medisinsk behandling i Norge etter EØS-avtalen. Det foreslås at inntektene settes til 50 mill. kroner i 2014.

Post 04 Gebyrinntekter

Helsedirektoratet har ansvar for å godkjenne enkeltsoknader om spesialistgodkjenning, jf. Kap.

Kap. 721 Statens helsetilsyn

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter	98 993	91 686	127 255
21	Spesielle driftsutgifter	6 186	12 390	
	Sum kap. 0721	105 179	104 076	127 255

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen økt med 18 mill. kroner til å følge opp vedtatte endringer i helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Lov-

endringene styrker pasienters, brukeres og pårørendes stilling ved at de gis innsyns- og uttalerett i tilsynssaker og at helse- og omsorgstjenestens informasjonsplikt til pasienter og pårørende ved

uønskede hendelser tydeliggjøres. Lovendringene innebærer administrative og økonomiske konsekvenser for fylkesmennene og Statens helsetilsyn som følge av økt arbeidsmengde. Det foreslås derfor å styrke Statens helsetilsyn og fylkesmennene med henholdsvis 2,6 mill. kroner og 15,4 mill. kroner. Statens helsetilsyn får ansvaret med å forvalte tildelingen av midlene til fylkesmannsembetene.

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester i NAV og helse- og omsorgstjenester, er overordnet myndighet for klager som gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter, og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. Fylkesmannen er klage- og tilsynsinnsinstans og fører tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester i Nav, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid.

Statens helsetilsyn fører selv tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning og forvaltningen av forskningsbiobanker etter lov om medisinsk og helsefaglig forskning, samt tilsyn med blodbanker og virksomheter som håndterer humane celler og vev. Basert på avtale mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet fører Statens helsetilsyn også tilsyn med Forsvarets helsetjenester til norsk militært personell under operasjoner i utlandet.

Det overordnede faglige tilsynsansvaret innebærer å ha oversikt over sosiale og helsemessige forhold i befolkningen, med særlig vekt på tjenestenes plikt til å oppfylle utsatte gruppers rettigheter. Som overordnet myndighet er det også Statens helsetilsyns ansvar å ha god styring av tilsynet med tjenestene, herunder sørge for koordinering og harmonisering av tilsynet, vedlikehold og styrking av kompetanse, utvikling av tilsynsmetodikk, oppfølging av tilsyn og formidling av tilsynserfaringer.

Tilsynsmyndighetens klagebehandling, tilsyn og rådgivning skal medvirke til at:

- befolkningens behov for tjenester ivaretas
- sosiale tjenester og helse- og omsorgstjenester drives forsvarlig og folkehelsearbeid ivaretas
- barneverntjenester er forsvarlige og til barnas beste
- svikt i tjenestene forebygges, avdekkes og følges opp
- ressurser i tjenester brukes på en forsvarlig og effektiv måte

I tillegg skal tilsyn bidra til at befolkningen har tilrettelagt personell og tjenester.

Prioritering av områder for planlagt tilsyn bygger på vurderinger av fare for svikt i tjenestene og

de verdier og mål som er nedfelt i lover, forskrifter og nasjonal politikk. I risikovurderingene inngår kunnskap fra klagesaker, tilsynssaker (enkelt saker), revisjoner av virksomhetene, områdeovervåking og andre kilder. Tilsynsressursene styres mot områder av stor betydning for enkeltmenneskers rettssikkerhet der sannsynlighet for svikt er stor, der konsekvensene av svikt for barn og deres familie og andre tjenestemottakere er alvorlige, eller der de som trenger tjenester ikke selv kan forventes å ivareta egne interesser.

Virksomheter som har fått påpekt brudd på lov- og forskriftskrav fra tilsynsmyndigheten, skal sørge for at disse bringes i orden. Tilsynsmyndigheten følger med på at dette skjer.

Resultat 2012

Presentasjon av enkelte av tilsynserfaringene er plassert i tilknytning til omtalen av de berørte tjenesteområdene. For øvrige tilsynserfaringer og bredere omtale av Helsetilsynets måloppnåelse vises det til Statens helsetilsyns hjemmeside, tilsynsmelding og årsrapport.

Fylkesmennenes aktivitet innen Statens helse- tilsyns områder inkluderte i 2012:

- tilsyn med 187 barneverninstitusjoner og 1462 samtaler med barna
- landsomfattende tilsyn i 56 kommuner om barnevernstjenestens undersøkelser og evaluering av hjelpetiltak til hjemmeboende barn
- 88 systemrevisjoner etter lov om sosiale tjenester, hvorav 74 var del av landsomfattende tilsyn med behandling av søknader om økonomisk stønad fra personer med forsørgeransvar for barn
- 258 tilsyn etter helse- og omsorgstjenesteloven, hvorav 63 systemrevisjoner i det landsomfattende tilsynet med tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A til pasienter i sykehjem
- 56 systemrevisjoner med spesialisthelsetjenester, hvorav 28 var del av det landsomfattende tilsynet med håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft
- 395 klagesaker rettet mot barneverninstitusjoner
- 3157 klagesaker etter lov om sosiale tjenester (flesteparten til mat, boutgifter, klær og andre livsoppholdsutgifter)
- godkjenning av 992 vedtak om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning og innvilging av 739 søknader om dispensasjon fra utdanningskrav.

- 2690 vedtak i klagesaker etter helse- og omsorgslovgivningen

Fylkesmannen oppretter tilsynssaker på grunnlag av klager fra pasienter og pårørende og andre kilder, som handler om mulig svikt i tjenestene. Antallet nye tilsynssaker lå i 2012 omtrent på nivå med årene før (2765 saker). Statens helsetilsyn behandler de alvorligste tilsynssakene. I 2012 ble det behandlet 312 saker, hvorav 54 var rettet mot virksomheter. Statens helsetilsyn tilbakekalte 95 autorisasjoner. 14 helsepersonell fikk ny autorisasjon og 23 fikk begrenset autorisasjon.

Statens helsetilsyn mottok 246 varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. Av disse varslene gjaldt 75 pst. uventede dødsfall. 39 pst. av varslene gjaldt selvpåførte skader og 13 pst. hendelser i forbindelse med fødsler. Undersøkelsenheten gjennomførte 13 stedlige tilsyn. 99 saker ble overført til Fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging.

Statens helsetilsyn gjennomførte tilsyn med Forsvarets styring med dokumentasjon av helsehjelp gitt til norsk personell i utenlandsoperasjoner.

For å vurdere behovet for tilsynsaktivitet gjennomførte Statens helsetilsyn i 2012 en risikovurdering innen medisinsk og helsefaglig forskning.

Satsingsområder og mål for 2014

Statens helsetilsyn skal videreutvikle tilsynsmetodikken for å følge opp alvorlige hendelser, kartlegge om pasienter og pårørende har fått den informasjon de har krav på, og at virksomheten har satt i verk tiltak for å redusere risiko for at liknende skal skje igjen. Statens helsetilsyn vil legge til rette for økt medvirkning for pårørende som ikke har partsrettigheter.

Fylkesmennene skal gjennomføre landsomfattende tilsyn i 2014 som følger:

- fortsette tilsynet med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker som ble startet opp i 2013.
- føre tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune (2014 – 2015)
- føre tilsyn med hvordan kommunene følger utviklingen til barn som er plassert i fosterhjem

- videreføre tilsynet med Kvalifiseringsprogrammet i Nav: hvordan kommunene arbeider med tildeling av programmet og hvordan deltakerne følges opp i programperioden.
- legge til rette for et landsomfattende tilsyn med kommuners folkehelsearbeid: oversikt over helsetilstand og identifisering av folkehelseutfordringer.

Tilsyn med barnevernsinstitusjoner skal minimum gjennomføres i det omfang som går fram i forskrift om tilsyn med barn i barnevernsinstitusjoner for omsorg og behandling.

Avtalen mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet om tilsyn med helsetjenester til norsk personell i militære utenlandsoperasjoner videreføres ut 2014.

Resultatmål og saksbehandlingstid i 2014

Krav til saksbehandlingstid eller volum går fram av lover og forskrifter. I tillegg settes følgende krav:

Median saksbehandlingstid for tilsynssaker som avsluttes i Statens helsetilsyn skal være seks måneder eller mindre, ved maksimalt 300 nye saker, og hos Fylkesmannen fem måneder eller mindre, ved maksimalt 2500 saker.

Tilsynssaker etter barnevernloven og lov om sosiale tjenester i Nav skal ha en saksbehandlingstid og oppfølging som reflekterer sakens alvorlighet. Henvendelser som omfatter fare for liv, helse og overgrep skal alltid følges opp.

Av klagesakene som Fylkesmannen avslutter om helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester i Nav eller barnevern, skal minst 90 pst. ha en saksbehandlingstid på tre måneder eller mindre. Saker som gjelder dekning av nødvendige reiseutgifter til behandlingssted skal ha median behandlingstid på 3 måneder eller mindre. Fylkesmennene skal overprøve vedtak om bruk av tvang og makt etter pasient- og brukerrettighetsloven og behandle søknader om dispensasjon fra utdanningskrav innen tre måneder.

Fylkesmennene skal samlet gjennomføre tilsyn i et omfang tilsvarende

- minst 100 systemrevisjoner med sosiale tjenester i Arbeids- og velferdsforvaltningen.
- 57 tilsyn (3 per fylke) med kommunenes oppfølging av barn i fosterhjem.
- 370 systemrevisjoner med helse- og omsorgstjenestene (hvorav minst 70 skal rettes mot spesialisthelsetjenesten).

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 12,8 mill. kroner fra post 21 knyttet til undersøkelsen hos Statens helsetilsyn
- 4,1 mill. kroner fra kap. 854, post 21 knyttet til stillinger på barnevernområdet

Som følge av opprettelsen av en fast undersøkelse hos Statens helsetilsyn foreslås det å avvikle post 21 og flytte hele bevilgningen til post 01.

Statens helsetilsyn ble i 2013 styrket med 4 mill. kroner over Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets kap. 854, post 21, til stillinger som skal jobbe med tilsyn på barnevernområdet. Denne satsingen skal videreføres som en permanent ordning, og det foreslås derfor å flytte midlene til Statens helsetilsyn driftsbudsjett.

Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter	146 831	147 477	164 308
70	Advokatutgifter	27 991	32 904	34 056
71	Særskilte tilskudd	14 744	76 916	105 483
	Sum kap. 0722	189 566	257 297	303 847

Bevilgningen til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) foreslås styrket med 14 mill. kroner til behandling av saker fra offentlig helsetjeneste.

Bevilgningen styrkes med 0,5 mill. kroner til arbeidet med saker fra privat helsetjeneste. Beløpet finansieres gjennom en overføring fra fondet for privat helsetjeneste, se kap. 3722, post 50.

NPE behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har blitt påført skade etter behandling innen helsetjenesten. Vilårene som må være oppfylt for å få erstatning er nedfelt i pasientskade-loven. Ett av vilårene er at det foreligger et ansvarsgrunnlag og lovens utgangspunkt er at skaden må skyldes behandlingssvikt. Det er ikke et vilkår for erstatningsansvar at den som har voldt skaden har opptrådt uaktsomt eller forsettlig, slik det er etter alminnelig erstatningsrett. Saksbehandlingen er gratis for pasienten. NPE skal innhente alle relevante opplysninger og sørge for at saken blir tilstrekkelig utredet, og har innenfor sitt saksområde en alminnelig veiledningsplikt. Utgangspunktet er at pasienten ikke skal trenge advokat for å søke erstatning. Dersom lovens vilkår for å få erstatning er oppfylt, skal NPE fastsette erstatningen etter alminnelige erstatningsrettslige regler. Erstatningsutmålingen er individuell, og skal først og fremst dekke tap eller utgifter man har fått som følge av skaden. Hvis skaden er varig og betydelig, kan man i tillegg ha rett til menerstatning.

Det er etablert et styre for NPE. Styret fører bl.a. tilsyn med at erstatningsordningens samlede virksomhet er organisert i tråd med lover, forskrifter og instruksjoner.

NPE behandler søknader om erstatning på vegne av Legemiddelforsikringen. NPE fakturerer Legemiddelforsikringspoolen og Norsk Legemiddelforsikring AS for saksbehandlingstjenestene.

Fra opprettelsen av NPE i 1988 og til utgangen av 2012 har NPE mottatt nesten 60 000 erstatningskrav. Saksmengden – eksklusive legemiddelsaker – økte betydelig fra 4305 saker i 2011 til 5087 saker i 2012. 477 av sakene gjaldt privat helsetjeneste. 1397 pasienter fikk medhold i sitt krav om erstatning, mens 3120 fikk avslag. Gjennomsnittet for de siste fem årene viser at andelen pasienter som har fått erstatning har vært på i overkant av 32 pst.

I 2012 ble erstatningsutbetalingene i offentlig sektor om lag 684 mill. kroner. Dette er en nedgang på 15 pst fra 2011. Det ble utbetalt i overkant av 12 mill. kroner i saker fra privat helsetjeneste. Nedgangen i utbetalinger i 2012 skyldes kapasitetsproblemer i NPE på utmålingssiden. Det forventes imidlertid en økning i erstatningsutbetalingene både i 2013 og 2014. For erstatninger hvor erstatningens størrelse ble fastsatt i 2012, ble det i gjennomsnitt utbetalt 674 000 kroner per sak, varierende fra et minstebeløp på 5000 kroner og opp til 9 mill. kroner.

I 2012 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid for saker med hensyn til om erstatningssøker har krav på erstatning eller ikke 316 dager, mot 358 dager året før. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for å avklare erstatningens størrelse etter at det er fattet vedtak om erstatning, var 383 dager, mot 364 dager året før. Det har vært en prioritert oppgave å redusere saksbehandlingstiden i NPE. Med unntak for utmålingssakene i 2012, har saksbehandlingstiden gått ned for både ansvars- og utmålingssakene hvert år siden 2010. Det forventes en ytterligere nedgang i den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden for begge utredningsløpene i 2013 og 2014.

Saksavviklingen i NPE økte for fjerde år på rad i 2012.

Norsk pasientskadeerstatning vil fortsette arbeidet med utnyttelse av etatens erfaringsmateriale i kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid. Det er knyttet nærere kontakter med regionale helseforetak om bruk av erfaringsmateriale i skadedatabasen. NPE er også i ferd med å inngå et nytt samarbeidsprosjekt med Norsk gynekologisk forening om læring av gynekologisakene.

Finansieringssystemet for pasientskadeordningen

Finansieringssystemet for pasientskadeordningen baserer seg på forsikringsøkonomiske elementer. Det er et mål at synliggjøring av kostnadene ved feilbehandling skal spore aktørene til å forebygge skader og uhell i helsetjenesten. Hovedelementene i dagens system er:

- Kommuner, fylker, RHF og helseforetak dekker utgiftene til erstatninger som disse nivåene genererer.
- RHF betaler tilskudd som baserer seg på løpende skadestatistikk for de 5 siste årene. RHF som har et skadebilde som er bedre enn gjennomsnittet, kommer bedre ut enn RHF som har et dårligere skadebilde.
- Kommunene og fylkene betaler tilskudd basert på andel av befolkningen.
- Helseforetakene betaler en egenandel (10 000 kroner + 10 pst. av overskytende, oppad begrenset til 100 000 kroner) pr skade som gir en erstatningsutbetaling.

Over statsbudsjettet dekker staten driftsutgiftene til:

- Norsk pasientskadeerstatning (NPE)
- Pasientskadenemnda
- Dekning av privates bruk av advokater

Prognosene tilsier fortsatt vekst i antall saker og utbetalinger, bl.a. som følge av flere behandlinger og konsultasjoner i helsetjenesten og etablering av nye behandlingstilbud. Pasientenes kunnskap om erstatningsordningen og tilbøyelighet til å fremme krav påvirker også saksmengden. Erstatningsordningen er «langhalet» ved at det kan ta opptil ti år før det aller meste av skadene knyttet til et bestemt skadeår er oppdaget og ferdig behandlet.

NPE fikk ansvaret for å behandle saker fra privat helsetjeneste i 2009. Privat helsetjeneste må selv finansiere alle utgifter ved pasientskadeordningen, dvs. både erstatningsutbetalingene, saksbehandlingen i NPE og Pasientskadenemnda, samt advokatutgifter. De private aktørene betaler årlig tilskudd til NPE. Tilskuddene varierer mellom ulike grupper av helsepersonell, basert på en risikovurdering og omfang på virksomheten. Tilskuddene skal dekke alle framtidige kostnader knyttet til skader som måtte oppstå i året. Det er derfor etablert et eget fond med reserver for privat helsetjeneste.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Post 70 Advokatutgifter

Etter pasientskadeloven § 11 dekkes pasientens utgifter til advokathjelp dersom den som utreder saken har truffet vedtak om det, eller utgiftene regnes som tap som følge av skaden. Bestemmelsen gir pasienten rett til å få dekket nødvendige og rimelige utgifter til advokatbistand både i forbindelse med behandlingen i Norsk pasientskadeerstatning og i forbindelse med en ev. klage over vedtak i Norsk pasientskadeerstatning til Pasientskadenemnda.

Post 71 Særskilte tilskudd

Det foreslås bevilget 105,483 mill. kroner til dekning av erstatningsutbetalinger hvor staten har et særlig ansvar, som for vaksineskader. Det er funnet en overhyppighet av narkolepsi hos barn (4–19 år) som ble vaksinert med Pandemrix mot influensa A (H1N1) høsten 2009. I alle avtaler mellom stater og produsenter om levering av pandemivaksine var det forutsatt, med unntak for hendelser som skyldes ukorrekt fremstilling eller kontroll av vaksinen, at produsentene ikke er ansvarlig for finansiering av ev. framtidige erstat-

ninger knyttet til ukjente skader/bivirkninger fra vaksinene. Norsk pasientskadeerstatning skal behandle saker om erstatning knyttet til de aktuelle vaksinene, og ev. skader som følger av bruk av vaksinene blir dekket i tråd med dagens bestemmelser i pasientskadeordningen. Per 1. mai 2013 hadde NPE mottatt 332 saker knyttet til

Pandemrix. Det var fattet 209 ansvarsvedtak. I 56 saker ble det gitt medhold, hvorav barn med narkolepsi utgjorde 44. 9 saker er henlagt eller avvist. Ved inngangen til mai var det utbetalt 25,4 mill. kroner i erstatninger, hvorav 24,4 mill. kroner gjaldt narkolepsi.

Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
02	Diverse inntekter	-18	1 281	1 326
50	Premie fra private	12 498	17 900	18 400
15–18	Refusjon lønnsutgifter	3 095		
	Sum kap. 3722	15 575	19 181	19 726

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene er knyttet til behandling av søknader om erstatning på vegne av Legemiddelforsikringen. NPE fakturerer Legemiddelforsikringspoolen og Norsk Legemiddelforsikring AS for saksbehandlingstjenester.

Post 50 Premie fra private

Pasientskadeloven trådte i kraft for den offentlige helsetjenesten 1. januar 2003, mens den ble satt i kraft utenfor den offentlige helsetjenesten (privat

helsetjeneste) 1. januar 2009. Det er lovfestet at aktørene i privat helsetjeneste skal melde fra og yte tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning. Tilskuddene skal dekke saksbehandling og ev. erstatningsutbetalinger. Tilskuddene, som er fastsatt i forskrift, er differensiert i grupper basert på skaderisiko og omfang på virksomheten. Innbetaling av tilskuddene plasseres i et eget fond. Inntektene under post 50 er en overføring fra fondet til Norsk pasientskadeerstatning for å dekke etasens utgifter til saksbehandling av saker fra privat helsetjeneste.

Kap. 723 Pasientskadenemnda

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter	53 998	48 043	61 757
	Sum kap. 0723	53 998	48 043	61 757

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen økt med 11 mill. kroner til behandling av saker fra offentlig helsetjeneste. Bevilgningen foreslås videre økt med 2,0 mill. kroner til arbeidet med saker fra privat helsetjeneste. Beløpet finansieres gjennom en overføring fra fondet for privat helsetjeneste, se kap. 3723, post 50.

Pasientskadenemnda behandler klagesaker om erstatningskrav fra pasienter som mener at de er blitt påført skade etter behandling i helsetjenesten. Det er fortrinnsvis klagesaker som tidligere har vært behandlet i Norsk pasientskadeerstatning som behandles av Pasientskadenemnda, men i tillegg behandles også begjæringer om

gjenopptak av tidligere nemndsbehandlete saker. Både selve ansvarsvedtaket og erstatningsutmålingen kan påklages.

For å ha krav på erstatning må det foreligge et ansvarsgrunnlag. Vilkårene går fram av pasientskadeloven, og hovedregelen er at skaden må skyldes svikt ved behandlingen, uten at noen nødvendigvis kan lastes. Dessuten må det foreligge et økonomisk tap på minst 5000 kroner.

Klagesakene legges fram for en nemnd som settes med fem medlemmer i hvert møte. Helse- og omsorgsdepartementet utnevnte et ekstra sett med varemlemmer før sommeren 2013. Det er således i dag fem sirkulerende nemnder. Nemnda har et eget sekretariat som utreder klagesakene og legger disse fram for nemnda. Pga. saksøkningen i de senere år, med en dobling i antall saker i løpet av fire år, har nemnda delegert deler av sin vedtaksfullmakt til sitt sekretariat. I dag behandles om lag 35 pst. av alle innkomne klagesaker, fortrinnsvis enklere saker, etter en slik delegasjonsfullmakt.

Fra opprettelsen av Pasientskadenemnda i 2003 og til utgangen av 2012 har Pasientskadenemnda mottatt nesten 11 000 saker. Flertallet av sakene gjelder offentlig helsesektor, men tendensen har i de senere årene vært at andelen av saker fra privat helsesektor er økende. I 2012 var 10 pst. av alle innkomne saker relatert til privat helsesektor. I årene 2009–2012 har saksmengden økt med nesten 100 pst.

Noe mer enn 10 000 saker er behandlet av Pasientskadenemnda i perioden fra 2003–2012. Ansettelse av flere medarbeidere, utvidelse av delegasjonsfullmakten, samt oppnevning av flere nemndsmedlemmer, er blant tiltakene som har vært satt i verk for å øke saksavviklingen i Pasientskadenemnda. Fra 2011 til 2012 økte klagesaksavviklingen med nesten 26 pst. Til tross for iverksatte tiltak har antall saker under behandling økt,

og saksbehandlingstiden nærmet seg 13,5 måned i gjennomsnitt ved utgangen av 2012.

Gjennomsnittlig fører om lag 12,5 pst. av klagesakene fram for pasientene. I erstatningsutmålingssakene er omgjøringsprosenten en del høyere. Fra 1. januar 2004 ble Staten ved Pasientskadenemnda å anse som rette saksøkt i søksmål som tas ut mot ordningen. Totalt har det i perioden 2004–2012 innkommet mer enn 950 stevninger, noe som utgjør om lag 11 pst. av alle realitetsbehandlete saker i samme periode. Det er en betydelig vekst i antall stevninger. De økte fra 133 i 2011 til 175 i 2012. Antall saker under behandling i rettsapparatet har økt betydelig det siste året (40 pst. fra 2011 til 2012). Veksten i antall rettsaker ser ut til å fortsette. Dette skyldes i all hovedsak at flere og flere saker ankes videre fra tingretten til lagmannsretten, og at det kan ta opp til 1 ½ år fra enkelte lagmannsretter mottar en stevning fram til berømmelse.

Om lag 35 pst. av alle innkomne stevninger blir trukket før hovedforhandling, mens anslagsvis 25 pst. ender med forlik. Disse tallene har holdt seg svært stabile gjennom alle år. Av de i alt 323 rettskraftige dommene som er avsagt i perioden 2004 til 2012, er Staten ved Pasientskadenemnda frifunnet i 2/3 av disse. Høsten 2012 ble det inngått en rammeavtale med to advokatfirmaer, men målet er fortsatt at Pasientskadenemnda skal prosedere de fleste sakene selv.

Det forventes en vekst i antall nye klage- og gjenopptakssaker, samt nye stevninger i både 2013 og i 2014. Det er en målsetting at gjennomsnittlig saksbehandlingstid skal reduseres.

Pasientskadenemnda og Norsk pasientskadeerstatning samarbeider om en felles IKT-løsning.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Kap. 3723 Pasientskadenemnda

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
50	Premie fra private	3 300	500	2 500
15–18	Refusjon lønnsutgifter	287		
	Sum kap. 3723	3 587	500	2 500

Post 50 Premie fra private

Det vises til omtale under kap. 3722, post 50. Det foreslås overført 2,5 mill. kroner fra fondet for pri-

vat helsetjeneste til Pasientskadenemnda til dekning av nemndas utgifter til behandling av saker fra privat helsetjeneste.

Kap. 724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2012	budsjett 2013	2014
01	Driftsutgifter	37 204	37 159	37 692
	Sum kap. 0724	37 204	37 159	37 692

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2013.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell har ansvar for å behandle søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell utdannet i Norge og i utlandet. Helsedirektoratet har etatsstyringsansvaret. Autorisasjonskontoret har også administrative oppgaver i forbindelse med turnustjeneste for leger, fysioterapeuter og kiropraktorer, herunder tilskuddsforvaltning knyttet til turnustjeneste og enkelte andre tiltak.

Saksbehandlingen skal sikre at søkere som får autorisasjon og lisens har de kvalifikasjoner som kreves. Det er viktig for å ivareta pasientenes sikkerhet og bidra til å sikre god kvalitet på helsetjenestene. Det er 29 helsepersonellgrupper som omfattes av autorisasjonsordningen. Autorisasjonskontoret fatter årlig om lag 20 000 enkeltvedtak om autorisasjon eller lisens. 44 pst. av sykepleierne og 71 pst. av legene som får autorisasjon er utdannet utenfor Norge. Turnusordningen for leger ble i 2012 lagt om og autorisasjonstidspunktet endret til etter fullført utdanning for leger utdannet i Norge. Autorisasjonskontoret har ansvar for gammel turnusordning ut 2013. Antallet søknader hvor søkeren har sin utdanning fra EU/EØS-land utenfor Norden og land utenfor

EU/EØS er fortsatt høyt. Disse søknadene fører til mer arbeidskrevende saksbehandling. Restanser knyttet til behandling av søknader om autorisasjon fra tannleger utenfor EU/EØS løses i løpet av 2013.

Autorisasjonskontoret setter av interne ressurser til kontroll av egen saksbehandling, gjennom verifisering av søknadspapirer, jevnlig og formalisert stikkprøvekontroll og ved å heve den generelle kvaliteten på saksbehandlingen gjennom etablering av et kvalitetssystem. Kontoret samarbeider tett med ulike organisasjoner: Norsk sykepleierforbund, Den norske legeforening, Den norske tannlegeforening, Nokut, Oslo politikammer, Utlendingsdirektoratet, Nasjonalt identitetscenter og Landinfo mv. Autorisasjonskontoret fikk i 2012 ny hjemmeside, utvidet åpningstid på telefon og et styrket kundesenter som ledd i å styrke tilgjengelighet og kundeservice. Det er i 2013 opprettet et prosjekt for å forbedre service og tilgjengelighet. Det arbeides med etablering av elektronisk søkeportal og forhåndsbetaling av søknader som forenkler og effektiviserer søknadsprosessen.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
04	Gebyrinntekter	27 807	28 040	29 021
16–18	Refusjon lønnsutgifter	1 100		
	Sum kap. 3724	28 907	28 040	29 021

Post 04 Gebyrinntekter

Gebyrinntektene utgjør om lag 80 pst. av finansieringen av autorisasjonskontoret.

Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter	192 753	165 147	182 294
	Sum kap. 0725	192 753	165 147	182 294

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås følgende styrkinger og tiltak:

- 2,5 mill. kroner til system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten
- 12 mill. kroner til nasjonalt program for pasientsikkerhet.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) er et selvstendig forvaltningsorgan som etatstyres av Helsedirektoratet. Kunnskapssenteret skaffer fram, analyserer, formidler og støtter bruk av kunnskap. Målet er å medvirke til gode beslutninger og riktige prioriteringer på alle nivåer i helsetjenesten, å støtte kontinuerlig kvalitetsforbedring i helsetjenesten og å bidra til virksomme og trygge tjenester som ivaretar brukernes behov.

Kunnskapsbasert praksis og policybeslutninger

Kunnskapssenteret utarbeider systematiske oversikter og metodevurderinger om effekt og sikkerhet av tiltak i helsetjenesten og støtter utvikling av gode faglige retningslinjer og fagprosedyrer. Kunnskapssenteret utarbeider helseøkonomiske evalueringer og støtter arbeidet med de nasjonale krefthandlingsplanene.

Kunnskapssenteret samarbeider med nettverket av direktører for velferdsetatene om å etablere en kunnskapssenterfunksjon for velferdstjenestene. Hensikten er å bygge kapasitet for å lage systematiske oversikter og derved bidra til bedre beslutninger om policy og praksis i velferdstjenestene.

System for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Det er under etablering et nytt nasjonalt system for vurdering av nye metoder og ny teknologi i spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har ansvar for å utføre hurtige og fullstendige metodevurderinger etter bestilling fra regionale helseforetak eller Helsedirektoratet. Videre har kunnskapssenteret ansvar for å etablere og drifte nasjonale støttefunksjoner. Kunnskapssenteret har etablert en nasjonal ressursgruppe for mini metodevurdering som drifter en nasjonal database som skal inneholde alle mini metodevurderinger som de regionale helseforetakene sender inn til databasen.

Kunnskapssenteret deltar under ledelse av Helsedirektoratet og sammen med de regionale helseforetakene og Statens Legemiddelverk i en

nasjonal arbeidsgruppe som bidrar til å utvikle systemet videre. Arbeidsgruppen har bl.a. levert en rapport som har vurdert etablering, innhold og organisering av en metodevarslingsfunksjon i Norge. Departementet vil, i tråd med arbeidsgruppens anbefalinger, gi Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i ansvar å etablere og drifte funksjonen i nært samarbeid med Helsedirektoratet, Statens Legemiddelverk og de regionale helseforetak. Funksjonen skal basere seg på informasjon fra internasjonale samarbeidspartnere. Det foreslås 2,5 mill. kroner til dette arbeidet i 2014.

Det vises til omtale under kap. 720, post 01, kap. 732 og kap. 750, post 01

Kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid

Kunnskapssenteret utvikler og formidler metoder for forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet. Kunnskapssenteret bistår Helsedirektoratet med utvikling, analyse, drift og vurdering av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet, inkl. de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene.

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ble etablert i Kunnskapssenteret i 2007 for å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge uønskede hendelser. Den 1. juli 2012 trådte endringene i spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 i kraft. Meldinger om hendelser som har eller som kunne ført til betydelig skade på pasient sendes nå til Kunnskapssenteret i stedet for til Helsetilsynet. Det ble samtidig innført en ny bestemmelse § 3-3a om varsel om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Meldingene som Kunnskapssenteret mottar skal behandles med sikte på å bidra til læring og forbedring i helsetjenesten, både lokalt og nasjonalt. Kunnskapssenteret hadde ved utgangen av august 2013 mottatt totalt 9656 meldinger siden oppstarten i juli 2012. Dette er en betydelig økning sammenliknet med da denne type meldinger ble sendt til Helsetilsynet.

Kunnskapssenteret er sekretariat for den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender som startet i 2011 og avsluttes i 2013. Hovedmålet med kampanjen er å forebygge og redusere pasientskade. Kampanjen retter seg mot utvalgte innsatsområder. Det er en egen nettside for kampanjen, www.pasientsikkerhetskampanjen.no. I 2014 starter det 5-årige nasjonale programmet for pasientsikkerhet. Programmet skal bygge videre på tiltak fra kampanjen, herunder bidra til gjennomføring av påbegynte tiltak, videreutvikle brukerinvolvering, kommuneperspekti-

vet og bygge kompetanse i kvalitetsforbedringsarbeid. Konkretisering av programmet skal gjøres i samarbeid med tjeneste og brukere, og de sentrale beslutningene skal tas av styringsgruppen som ledes av Helsedirektøren, med bred representasjon på høyt ledelsesnivå. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal ivareta sekretariatsfunksjonen for programmet.

Det er avsatt 20,5 mill. kroner til nasjonalt program for pasientsikkerhet. Beløpet omfatter den foreslåtte styrkingen på 12 mill. kroner i 2014, samt videreføring av midler fra pasientsikkerhetskampanjen som er innarbeidet i driftsrammen til Kunnskapssenteret. Systematisk arbeid med pasient- og brukersikkerhet er en lovpålagt oppgave for helse- og omsorgstjenesten. Tiltak for å bedre pasientsikkerhet ligger også inne i ansvarsområdet til de statlige forvaltningsorganer. Utgangspunktet er derfor at programmet gjennomføres innenfor de ulike virksomheters og kommuners ordinære budsjetterammer og at relevante statlige etater bidrar med ressurser til gjennomføring av tiltak innenfor eget ansvarsområde.

Helsebiblioteket

Helsebiblioteket.no er en offentlig, nettbasert kunnskapstjeneste for alle grupper helse- og omsorgspersonell og studenter innen medisin- og helsefag.

Helsebiblioteket kjøper tilgang til lisensbelagte ressurser som oppslagsverk, databaser og tidsskrifter. Mye av innholdet er også tilgjengelig for befolkningen, herunder de mest anerkjente generelle medisinske tidsskriftene og to av verdens beste medisinske oppslagsverk. I tillegg har helsepersonell tilgang til 2300 tidsskrifter og de største databasene innen medisin og helsefag.

Helsebiblioteket er også en delingsplattform for norske retningslinjer, veiledere, fagprosedyrer og annet stoff som utvikles i det offentlige helse-Norge. Slik bidrar Helsebiblioteket til å redusere dobbeltarbeid, til kvalitetsforbedring og til deling og åpenhet i helsevesenet.

Helsebiblioteket utjevner tilgangen til faglitteratur på tvers av institusjoner og sektorer og bidrar til kvalitet i forskning og pasientbehandling ved å sørge for enkel tilgang til kunnskap.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten ble oppnevnt i 2007. Rådet fikk i 2011 utvidet sitt mandat til å omfatte hele helse- og

omsorgstjenesten, og navnet ble endret til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Rådets formål er å bidra til en helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioritering og en felles problem- og situasjonsforståelse, foruten å være en arena for dialog mellom ulike aktører i helse- og omsorgstjenesten. Sekretariatet for rådet er lagt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det er utviklet et eget nettsted for rådet, www.kvalitetogprioritering.no, der alle saker som rådet behandler, er åpent presentert.

Internasjonal aktivitet

Internasjonalt samarbeid er en del av aktiviteten til Kunnskapssenteret. Det bidrar til at det kan formidles relevant kunnskap fra internasjonale søsterorganisasjoner til norsk helseforvaltning og helsetjeneste. Kunnskapssenteret deltar internasjonalt i arbeidet med kvalitetsindikatorer og pasi-

entsikkerhet bl.a. gjennom samarbeid med Commonwealth Fund, EU Joint Action, OECD og European Observatory. Kunnskapssenterets arbeid innen global helse dreier seg mest om kunnskapshåndtering, med særlig vekt på bruk av forskning ved utarbeiding av anbefalinger (WHO-guidelines) og som grunnlag i politikkkutforming. Kunnskapssenteret ivaretar ansvaret for sekretariatsfunksjonen for Campbell Collaboration.

Post 01 Driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger til arbeidet med nasjonalt program for pasientsikkerhet:

- 0,5 mill. kroner overføres fra kap. 751, post 21
- 0,2 mill. kroner overføres fra kap. 769, post 21

Sammenliknet med saldert budsjett for 2013 foreslås bevilgningen redusert med 0,8 mill. kroner til å styrke andre tiltak.

Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
02	Diverse inntekter	51 158	136	141
15–18	Refusjon lønnsutgifter	2 401		
	Sum kap. 3725	53 559	136	141

Post 02 Diverse inntekter

Inntektene er knyttet til eksternfinansierte oppdrag.

Kap. 726 Statens helsepersonellnemnd

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter	8 372	8 125	8 234
	Sum kap. 0726	8 372	8 125	8 234

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2013.

Statens helsepersonellnemnd er en uavhengig klagenemnd som behandler klager fra helseperso-

nell om avslag på søknad om autorisasjon og spesialistgodkjenning, samt administrative reaksjoner som advarsel og tilbakekall av autorisasjon. Nemnda er også Apotekklagenemnd for enkelte avgjørelser truffet av Statens legemiddelverk.

Nemndas virksomhet skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste. Samtidig skal nemnda ivareta helsepersonellens rettssikkerhet.

I 2012 mottok Statens helsepersonellnemnd 132 klagesaker (151 i 2011). Nemnda behandlet 155 saker (130 i 2011). 83 av sakene er klager over vedtak fra Statens helsetilsyn, 70 er klager over vedtak fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell og 2 er klager over vedtak fra Helsedirektoratet. Nemnda fattet avgjørelse i 146 saker (125 i 2011) hvorav 130 ble stadfestet og 16 omgjort helt eller delvis. I tillegg ble tre saker avvist og seks opphevet og hjemvist til ny behandling. Det gir en omgjøringsprosenten på 11, som er på linje med foregående år. Apotekklagenemnda behandlet en klagesak og Legemiddelverkets vedtak ble der stadfestet.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for klagesaker var 4,1 måneder i 2012, en nedgang fra 2011, men fortsatt over målsettingen om at nemndas gjennomsnittlige saksbehandlingstid ikke skal

overskride fire måneder. Ved årsskiftet 2012–2013 hadde nemnda 35 saker under behandling, en nedgang fra 59 saker ved forrige årsskifte.

Domstolene hadde i 2012 fem av nemndas vedtak under behandling. Det falt dom i tingretten i tre saker, to av dommene er anket av helsepersonell og en av staten. Lagmannsretten fattet en kjennelse om saksomkostninger, og en sak er stanset i tingretten. Sivilombudsmannen behandlet to saker som vedrørte nemnda. Han fant ikke grunn til å sette i verk nærmere undersøkelse i noen av sakene.

Per andre tertial 2013 er det mottatt 175 klagesaker (90 per andre tertial 2012). Nemnda har behandlet 92 klagesaker (87 per andre tertial 2012) med en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på 3,9 måneder (4,0 per andre tertial 2012).

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Kap. 728 Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter	2 714	3 199	3 244
	Sum kap. 0728	2 714	3 199	3 244

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2013.

Klagenemnda for behandling i utlandet er en uavhengig nemnd som behandler klager etter pasient- og brukerrettighetsloven. Klagen gjelder avslag på søknad om dekning av utgifter til behandling i utlandet. Nemnda har fem medlemmer med personlige varamedlemmer.

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda (PGD-nemnda) er en uavhengig nemnd som behandler søknader om tillatelse til preimplantasjonsdiagnostikk etter bioteknologiloven. Nemnda har åtte medlemmer med personlige varamedlemmer.

Klagenemnda for behandling i utlandet og PGD-nemnda er organisert som én administrativ virksomhet.

Begge nemndene skal fatte godt begrunnede og forståelige vedtak. Saksforberedelsen skal være grundig, tillitvekkende og ha god kvalitet.

Nemndene skal ha raskest mulig saksbehandlingstid, med en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på under tre måneder. Virksomheten skal gi god og lett tilgjengelig informasjon til pasienter, helsetjenesten og myndighetene.

Klagenemnda for behandling i utlandet behandlet 37 saker i 2012 (26 i 2011). 5 pst. av klagen førte fram. Ett vedtak er opphevet og sendt tilbake til ny behandling i førsteinstansen. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 2,5 måneder. Nemnda hadde ved utgangen av året 6 ubehandlede saker. PGD-nemnda behandlet 34 saker i 2012 (32 i 2011). Nemnda innvilget 32 søknader om PGD. 6 pst. av søknadene ble avslått. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var i overkant av 2 måneder. Nemnda hadde ved utgangen av året 4 ubehandlede saker.

Klagenemnda for behandling i utlandet har i første tertial 2013 behandlet 20 saker (20 i 2012). 10 pst. av klagen har ført fram. Tre vedtak er

opphevet og sendt tilbake til ny behandling i førstestansen. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har vært 3 måneder.

PGD-nemnda har i første tertial 2013 behandlet 13 saker (11 i 2012). Alle søknadene om PGD har blitt innvilget. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har vært 1,5 måneder.

Kap. 729 Pasient- og brukerombud

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter	61 293	58 831	59 691
	Sum kap. 0729	61 293	58 831	59 691

Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen endringer sammenliknet med saldert budsjett 2013.

Formålet med Pasient- og brukerombudet er å ivareta pasienter og brukeres behov, interesser og rettsikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ordningen skal bidra til å bedre kvaliteten i tjenestene. Pasient- og brukerombudet er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet, men utfører sin virksomhet selvstendig og faglig uavhengig.

Pasientombudsordningen ble forankret i lov ved vedtakelsen av pasientrettighetsloven i 1999. Fra 1. januar 2003 ble ansvaret for ordningen overført fra fylkeskommunene til staten. Fra 1. september 2009 ble ordningen utvidet til også å omfatte kommunale helse- og omsorgstjenester, med unntak av miljørettet helsevern og tjenester etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Ordningens navn ble endret til Pasient- og brukerombudet. Som følge av utvidelsen steg antallet henvendelser med 10 pst. fra 2008 til 2009. Antall henvendelser var i 2009 samlet 13 687, i 2012 var antallet steget til 15 225. Av disse er rundt 25 pst. henvendelser om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det ble i 2012 foretatt en evaluering av utvidelsen av ombudsordningen. I regi av Helsedirektoratet ble det gjennomført et evalueringsprosjekt med deltakelse fra ombudene. Prosjektet gjennomførte en stor brukerundersøkelse og tre evalueringskonferanser med deltakere fra tjeneste-

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

stedene, pasient- og brukerorganisasjoner, media og tilsynsmyndigheter. Oppsummert ble det understreket at: Ombudene må ha en målsetting om en økning i henvendelser som gjelder kommunale helse – og omsorgstjenester. Dette innebærer økt synlighet i media, tettere kontakt med tjenestestedene og kommunenes administrative og politiske ledelse, økt kontakt med brukerorganisasjonene, en utvikling av hjemmesidene og mer aktiv bruk av sosiale medier.

Henvendelser til pasient- og brukerombudene handler oftest om brudd på lovfestede rettigheter, feilbehandling og pasientskader. Erfaringene etter utvidelsen er en dreining i arbeidsoppgaver. I saker fra spesialisthelsetjenesten, gis det oftest bistand i etterkant av helsehjelpen. I sakene fra kommunene, er behovet for bistand tydeligere på et tidligere tidspunkt i forløpet, f.eks. i forbindelse med søkeprosessen og i tildelingen og utformingen av tilbudet.

Pasient- og brukerombudene utgir årsmeldinger. Det lages en felles årsmelding. Meldingene gir informasjon om ombudenes virksomhet og kontakt med pasienter og brukere, og er en tilbakemelding til tjenestene med anbefalte tiltak. Årsmeldinger for 2012 er tilgjengelige på pasientogbrukerombudet.no.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Programkategori 10.30 Spesialisthelsetjenester

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
732	Regionale helseforetak	107 126 698	111 960 977	118 324 144	5,7
733	Habilitering og rehabilitering	169 793	156 323	151 795	-2,9
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak	186 943	174 127	147 868	-15,1
	Sum kategori 10.30	107 483 434	112 291 427	118 623 807	5,6

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
01–23	Statens egne driftsutgifter	77 822	80 652	77 020	-4,5
70–89	Andre overføringer	107 400 685	112 209 275	118 544 287	5,6
90–99	Utlån, statsgjeld mv.	4 927	1 500	2 500	66,7
	Sum kategori 10.30	107 483 434	112 291 427	118 623 807	5,6

Spesialisthelsetjenesten løser oppgaver som krever kompetanse og ressurser ut over det som dekkes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager, og fyller en viktig funksjon i en helhetlig behandlingsskjede. De fire regionale helseforetakene har ansvar for å tilby befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester (sørge for-ansvaret) og eier helseforetakene i regionen. De fire regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i de helseforetakene de eier. De regionale helseforetakene eier helseforetak som organiserer og drifter sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Sørge for-ansvaret ivaretas primært gjennom den offentlige helsetjenesten og driftsavtaler med ide-

elle institusjoner, supplert med ytterligere kjøp av tjenester fra andre private aktører.

En sentral målsetting med statens eierskap av de regionale helseforetakene er å sikre helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og god ressursutnyttelse for å drifte og videreutvikle gode spesialisthelsetjenester til befolkningen. Det forutsettes at drift og videreutvikling skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken og innenfor de rammene som er fastsatt økonomisk og i lover og forskrifter. Det helsepolitiske oppdraget samt tilde-ling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet.

Departementet holder seg orientert om foretakenes virksomhet og om virksomhetene drives i samsvar med de krav som er stilt gjennom årlig

melding, årsregnskap og årsberetning, samt gjennom månedlig rapportering med påfølgende oppfølgingsmøter og utvidet rapportering hvert tertial.

Helse Sør-Øst RHF ble etablert i 2007 og har det overordnede ansvaret for å sikre befolkningen i Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Helse Sør-Øst består av Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Vestre Viken HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF, Sørlandet sykehus HF, Sunnaas sykehus HF og Sykehusapotekene HF. Sykehuspartner er en egen enhet i Helse Sør-Øst RHF. Helse Sør-Øst forvalter driftsavtaler med Betanien Hospital, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Martina Hansens Hospital og Revmatismesykehuset. I tillegg forvalter Helse Sør-Øst avtaler med om lag 1100 avtalespesialister og om lag 80 avtaler med private institusjoner. Helse Sør-Øst har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 2,8 mill. innbyggere og hadde i 2012 76 000 medarbeidere som utførte 57 000 årsverk. Helse Sør-Øst har et samlet inntektsbudsjett på 68 mrd. kroner i 2013. Helse Sør-Øst RHF har om lag 160 medarbeidere. I tillegg kommer Sykehuspartner med om lag 930 ansatte.

Helse Vest RHF ble etablert i 2002 og har det overordnede ansvaret for å sikre befolkningen i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Helse Vest består av Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF og Sjukehusapoteka Vest HF. I tillegg eier det regionale helseforetaket Helse Vest IKT AS. Helse Vest RHF har driftsavtale med Haraldsplass Diakonale Sykehus som en del av lokalsykehusstilbudet, og forvalter avtaler med om lag 290 avtalespesialister og 25 avtaler med private institusjoner. Helse Vest har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 1,1 mill. innbyggere og hadde i 2012 26 000 medarbeidere som utførte 20 000 årsverk. Helse Vest har et samlet inntektsbudsjett på 23,6 mrd. kroner i 2013. Helse Vest RHF har om lag 50 medarbeidere.

Helse Midt-Norge RHF ble etablert i 2002 og har det overordnede ansvaret for å sikre befolkningen i Midt-Norge gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Helse Midt-Norge består av Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Rusbehandling Midt-Norge HF, Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Ambulanse Midt-Norge HF. I tillegg driver Helse Midt-Norge RHF Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IKT. Helse Midt-Norge RHF forvalter avtaler med om lag 135 avtalespesialister og 20 avtaler med private institusjoner. Helse Midt-Norge har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 700 000 innbyggere og hadde i 2012 21 000 medarbeidere som utførte 14 000 årsverk. Helse Midt-Norge har et samlet inntektsbudsjett på 18,2 mrd. kroner i 2013. Helse Midt-Norge RHF har om lag 60 medarbeidere. Helsebygg Midt-Norge har om lag 20 ansatte og Helse Midt-Norge IT om lag 270 ansatte.

Helse Nord RHF ble etablert i 2002 og har det overordnede ansvaret for at befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard får gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Helse Nord består av Helse Finnmark HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF, Helgelands-sykehuset HF og Sykehusapotek Nord HF. I tillegg eier det regionale helseforetaket Helse Nord IKT og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. Helse Nord forvalter avtaler med om lag 80 avtalespesialister og 25 avtaler med private institusjoner. Helse Nord har et samlet ansvar for en befolkning på om lag 475 000 innbyggere og hadde i 2012 14 000 medarbeidere som utførte 13 000 årsverk. Helse Nord har et samlet inntektsbudsjett på 15 mrd. kroner i 2013. Helse Nord RHF har om lag 56 medarbeidere, i tillegg kommer prosjektorganisasjonen for felles innføring av kliniske systemer på 15 personer. Helse Nord IKT har om lag 210 medarbeidere og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering 18 medarbeidere.

Programkategorien omfatter bevilgninger til drift og lån til de regionale helseforetakene (kap. 732), bevilgninger til tiltak innenfor habilitering/rehabilitering (kap. 733) og bevilgninger til tiltak innenfor psykisk helse- og rustiltak (kap. 734)

Kap. 732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	9 371	8 891	9 202
70	Særskilte tilskudd, <i>kan overføres,</i> <i>kan nyttes under post 72, 73, 74 og 75</i>	402 890	372 058	630 705
71	Kvalitetsbasert finansiering, <i>kan overføres</i>			497 000
72	Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	45 557 593	47 683 089	49 942 055
73	Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	15 964 238	16 738 286	17 567 979
74	Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	12 101 085	12 663 461	13 264 224
75	Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	10 713 841	11 225 820	11 783 643
76	Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	15 960 300	16 563 768	17 344 415
77	Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	2 885 865	3 134 246	3 404 908
78	Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	933 642	945 952	1 083 160
79	Raskere tilbake, <i>kan overføres</i>	514 013	530 975	549 559
82	Investeringslån, <i>kan overføres</i>	2 050 000	2 009 931	1 592 794
83	Opptrekksrenter for lån f.o.m. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	28 933	83 000	142 000
86	Driftskreditter			510 000
91	Opptrekksrenter for lån t.o.m. 2007, <i>overslagsbevilgning</i>	4 927	1 500	2 500
Sum kap. 0732		107 126 698	111 960 977	118 324 144

Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning (kap. 732, post 72–75) og aktivitetsbasert finansiering (kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering og kap. 732, post 77 Poliklinisk virksomhet mv.). I tillegg kommer bevilgninger til avtalespesialister (kap. 2711, post 70 og post 71) og private laboratorier og røntgeninstitutt (kap. 2711, post 76).

Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte sørge for ansvaret til de regionale helseforetakene. Fordelingen av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene bestemmes bl.a. av antall innbyggere i regionen, alderssammensetning, ulike sosioøkonomiske kriterier og kostnadsdata.

Hvert år rapporterer de regionale helseforetakene til departementet i årlig melding, som også inneholder en plandel. Innspillene her er en del av

grunnlaget for Helse- og omsorgsdepartementets særskilte satsingsområder og budsjettforslag for 2014.

Hovedtrekk i forslag 2014

Regjeringen foreslår å styrke sykehusenes økonomi med 2,4 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2013, hvorav 2 053 mill. kroner til drift, 250 mill. kroner til investeringer i medisinsk-teknisk utstyr og IKT og 100 mill. kroner til styrket forskning i spesialisthelsetjenesten.

Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, og regjeringen møter det økte behovet gjennom å styrke sykehusenes økonomi, slik at flere pasienter kan få behandling. Krav om reduksjon i ventetider videreføres og arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet styrkes. Ut over generell pris- og

lønsjustering av bevilgningene med 3,1 pst., foreslås det 2 053 mill. kroner mer til drift. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Beløpet fordeler seg med 76 mill. kroner til videreføring av høyere aktivitet i 2013 enn forutsatt i saldert budsjett 2013 og 1 977 mill. kroner til reduserte ventetider, generell økt pasientbehandling og kvalitet.

Budsjettforslaget legger med dette til rette for en vekst i pasientbehandlingen på opp mot 2,3 pst., den høyeste budsjetterte aktivitetsveksten noen sinne for helseforetakene. Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2013, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2013. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer på usikkert grunnlag at den demografiske utviklingen kan tilsi merutgifter for sykehusene på om lag 1,5 pst. i 2014. Det er da ikke tatt hensyn til forbedringen fra år til år i befolkningens helsetilstand. Det er lagt til rette for en vekst på 6 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi. For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF), legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 pst. Det er da tatt hensyn til at det i 2013 ble gjennomført en ekstra innsats for pasienter som venter på brystrekonstruksjon svarende til 100 mill. kroner, eller om lag 0,1 prosentenhet lavere vekst i pasientbehandling omfattet av ISF fra 2013 til 2014. Rekonstruksjon av bryst etter brystkreftbehandling skal fra 2014 håndteres innenfor de ordinære inntektsrammene. Til fradrag i vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått å utgjøre om lag 0,8 pst. av pasientbehandling omfattet av ISF.

Innenfor styrkingen på 1 977 mill. kroner, foreslås det å avsette midler til følgende tiltak: De regionale helseforetakene skal kjøpe mer behandlingsskapasitet fra ideelle virksomheter. Det er en målsetting å øke antall plasser med om lag 200 totalt i de fire helseregionene, og den økte kapasiteten skal rette seg mot pasienter med samtidige rus- og psykiske lidelser, pasienter med behov for akutt- og abstinensbehandling, gravide eller småbarnsfamilier med rusproblemer og unge med omfattende hjelpebehov. Kjøp av plasser fra ideelle virksomheter forutsettes gjort i tråd med gjeldende regelverk for offentlige anskaffelser. Denne prosessen vil ta noe tid. Det legges til grunn at avtaler inngått med ideelle virksomheter kan gjøres gjeldende i løpet av 2014. Regjeringen er opptatt av at de ideelle institusjonene sikres forutsigbarhet og langsiktighet ved gjennomføring

av anskaffelser. Det foreslås 20 mill. kroner til kliniske studier av bytte mellom biologiske og biotilsvarende legemidler. Det foreslås å opprette i alt syv nye nasjonale tjenester i 2014, og bevilgningen foreslås styrket med 14 mill. kroner. Det foreslås en styrking på 10 mill. kroner til igangsatt pilotprosjekt screening for tykk- og endetarmskreft i Vestre Viken HF, Bærum sykehus og Sykehuset Østfold HF, Moss. Det er behov for mer kunnskapsbaserte beslutninger om innføring av ny teknologi og legemidler og utfasing av eksisterende metoder i spesialisthelsetjenesten. Det foreslås 5 mill. kroner til etablering av system for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten.

Det foreslås 250 mill. kroner mer sammenliknet med saldert budsjett for 2013 til IKT og medisinskteknisk utstyr i helseforetakene ut over allerede planlagt nivå. Ved Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013) ble det vedtatt å tilleggsbevilge 70 mill. kroner til IKT i sykehus i 2013. Tiltakene skal støtte opp om tiltakene i Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal, Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.

Alle helseforetak er kunnskapsinstitusjoner og skal ha forskning som en integrert del av sin virksomhet. Forskning er viktig både for å bidra til ny kunnskap, og for å bidra til kompetanse og utvikling i sykehusene. Det foreslås å øke bevilgningen til de regionale helseforetakene med 100 mill. kroner til styrking av forskning. Midlene skal bidra til å sikre forskning i helseforetakene, herunder private ideelle sykehus med driftsavtale med helseregionen. Midlene skal benyttes til å styrke tjenesterelevant og pasientnær klinisk forskning og helse-tjenesteforskning, som grunnlag for å sikre høy kvalitet og trygge og effektive tjenester. Det er særlig viktig med forskning innen områdene: hjerte-karsykdommer, muskel- og skjelettplager, alvorlige psykiske lidelser, helsetjenesteforskning, kreftforskning og nevrologiske sykdommer inkl. demens der det er etablert nasjonalt forskningssamarbeid på tvers av sykehusene. I tillegg skal styrkingen bidra med mer forskning knyttet til smerte- og utmattelsesykdommer som CFS/ME, fibromyalgi, borreliose mv.

De regionale helseforetakene har omfattende investeringsplaner. For å legge bedre til rette for å gjennomføre nødvendige investeringer vil regjeringen gi mulighet for å utvide rammene for nye investeringslån fra 50 til 70 pst. av investeringskostnadene. Samtidig kan avdragstiden økes fra 20 til 25 år. Økt låneandel og lengre avdragstid vil gi helseforetakene større fleksibilitet og handlingsrom for nyinvesteringer. Endringene vil kunne gi helseforetakene mulighet til å komme

raskere i gang med viktige investeringer i bygg, medisinskteknisk utstyr og IKT. Det er videre lagt til grunn at de regionale helseforetakene kan videreføre utredning av etablering av regionale protonterapisentre.

Det foreslås 110 mill. kroner til forskningsstudie av ipilimumab, et nytt legemiddel for behandling av føflekkreft med spredning, som ble vedtatt startet opp gjennom Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013). Formålet er å få bedre kunnskap om hvilke pasienter som har nytte av behandlingen. Legemiddelet har begrenset effekt på sykdommen for de fleste pasientene. Basert på godkjent bruksområde er det anslått at om lag 100 personer i Norge årlig kan være aktuelle for behandling. Studien vil omfatte pasienter som kan ha nytte av medisinen og hvor behandlingen er innenfor godkjent bruksområde.

Det foreslås 15,5 mill. kroner til etablering av prostatasenter i de regionale helseforetakene. Prostatakraft utgjør 25 pst. av alle krefttilfellene hos menn, og er den vanligste kreftformen blant menn. Sentrene vil legge til rette for at pasienter med symptomer på prostatakraft kan få en rask avklaring av diagnose og god informasjon om videre oppfølging og behandling, og sette pasienten i stand til å ta informerte valg.

Rapportering 2012 og status 2013

I årlig melding for 2012 har de regionale helseforetakene rapportert hvordan de har fulgt opp oppgaver og styringsparametre i oppdragsdokumentet og foretaksmøter. Årlig melding, årsregnskap og årsberetning ble behandlet i foretaksmøter i mai 2013. Særskilte satsingsområder i 2012 var:

- Ventetider
- Kvalitetsforbedring
- Pasientsikkerhet
- Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning
- Samhandlingsreformen
- Kreftbehandling
- Behandling av hjerneslag
- Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling

Aktivitet

I 2012 ble det budsjettert med en samlet vekst i pasientbehandlingen på 1,4 pst. For den delen av aktiviteten som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF) ble det lagt til rette for en vekst på 1,1 pst. Av denne veksten skulle 0,8 pst. komme i kommunene ved opprettelse av øyeblikkelig-hjelp døgntilbud. Den faktiske aktiviteten i 2011 ble 0,5 pst. høyere enn lagt til grunn. Samlet var det derfor budsjettmessig dekning for en vekst på -0,2 pst. (1,1 pst. – 0,8 pst. – 0,5 pst.). Aktivitetsveksten var 1,9 pst. slik at veksten utover forutsetningene var 2,1 pst. Meraktiviteten fordelte seg mellom regionene med Helse Sør-Øst 1,6 pst., Helse Vest 4,5 pst., Helse Midt-Norge 1,5 pst. og Helse Nord 1,5 pst. Innenfor det polikliniske aktivitetsområdet, dvs. psykisk helsevern, rus, laboratorier og røntgen var det budsjettert med en vekst på 6,5 pst., mens faktisk aktivitetsvekst var 11,4 pst. Veksten var størst innenfor radiologi og laboratorieområdet.

Ventetider og fristbrudd

Det er en målsetting at ventetidene skal reduseres. Aktuelle tiltak kan være økt utredningskapasitet og bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, kommer til behandling uten ventetid. Om lag 70 pst. av alle døgnopphold i sykehus er øyeblikkelig hjelp.

Gjennomsnittlig ventetid er et bedre mål på tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten enn antall ventende, fordi det for hver enkelt pasient er ventetiden til utredning/behandling som er avgjørende. Antall ventende er øyeblikkstill som først og fremst sier noe om størrelsen på etterspørselen etter utredning/behandling ved utgangen av en periode. Isolert sett sier antall ventende ingenting om hvor lenge pasientene venter. At flere står i kø, kan også være et resultat av at medisinsk utvikling slik at flere kan få tilbud. F.eks. tas mer skånsomme behandlingsmetoder i bruk som gjør at flere pasienter enn tidligere får tilbud om operasjon. Dette innebærer en velferdsforbedring for disse pasientene, men kan isolert sett bidra til å øke antall pasienter som venter på behandling.

Tabell 4.1 Ventetider og fristbrudd

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	75	74	75	74	83	72	79	80	77	74
Andel fristbrudd for rettighetspasienter ¹	10	7	10	7	12	5	18	12	11	7

¹ Basert på tredje tertialtall fra Norsk pasientregister.

Som vist i tabell 4.1 gikk den gjennomsnittlige ventetiden ned med 3 dager i 2012. Ved utgangen av første tertial 2013 var denne 74 dager, noe som er uendret sammenliknet med tilsvarende periode i 2012. Andelen fristbrudd er redusert med 4 prosentpoeng til 7 pst. ved utgangen av 2012. Andelen fristbrudd var 6 pst. ved utgangen av første tertial 2013 mot 8 pst. ved utgangen av samme periode året før. Det var 1,3 pst. færre nyhenviste til planlagt behandling i sykehus første tertial 2013 enn i samme periode i 2012.

De regionale helseforetakene og sykehusene har satt i gang tiltak for å redusere ventetiden. Flere sykehus har økt kapasiteten innenfor enkelte fagområder gjennom intern omprioritering eller utvidet kjøp fra private aktører. Flere sykehus har bedret aktivitetsplanleggingen og bruker ventelistene aktivt i planlegging av driften. Andre tiltak er samarbeid med Kontoret for fritt sykehusvalg for overføring av langtidsventende til andre sykehus og kontakt med enkelt-

pasienter for å avklare videre behandling. Mange pasienter møter ikke til avtalt time. Anslag kan tyde på at dette utgjør over 200 000 polikliniske konsultasjoner per år. De regionale helseforetakene er bedt om å legge til rette for å utvide sykehusenes åpningstid for planlagt virksomhet. Hensikten er å utnytte behandlingsskapiteten bedre og gi bedre service og tilgjengelighet til pasientene. Det skal også settes i verk tiltak for å redusere antall pasienter som ikke møter. Aktuelle tiltak kan være sms-varslng og telefon fra sykehuset.

Kvalitetsforbedring

Målet om tjenester av god kvalitet er sentralt i oppdragsdokumentet. Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres organisatorisk hos ledelsen på alle nivå i tjenesten. Tabell 4.2 viser resultater på styringsparametrene i 2012 sammenliknet med 2011.

Tabell 4.2 Styringsparametre, kvalitet 2012

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Sum	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd ¹ (pst.)	91	N	92	N	92	N	91	N	92	N
30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt ¹ (%)	88	N	87	N	87	N	87	N	87	N
30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag ¹ (%)	86	N	87	N	87	N	87	N	87	N
30-dagers risikjustert totaloverlevelse ¹ (%)	95	N	95	N	95	N	94	N	95	N
Andel epikriser sendt innen 7 dager ² (mål: 100 %)	81	81	76	73	76	N	68	72	79	78
Andel korridorpasienter ² (Mål: 0 %)	2,0	1,7	3,8	2,3	0,6	0,6	1,9	1,8	2,0	1,6
Registrering hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	75,2	81,5	82	92,3	74,8	77,6	71,1	80,7	75,9	82,8
Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne	67,9	67	70,7	68,5	3,6	39,3	91,8	90	65,9	62,3
Registrering hovedtilstand psykisk helsevern voksne	69	69	83	83	74	74	68	70	73	73
Tvangsinnleggelser – Antall per 1000 innbyggere i opptaksområdet ³	2		4		1		3		2,3	

¹ Data ikke tilgjengelig for 2012

² Tall for andre tertial, somatikk.

³ Offisielle tall for 2012 ikke tilgjengelig

Kilde: <http://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx>

Tallene i tabellen viser sannsynligheten (i prosent) for å overleve 30 dager etter innleggelse for hjerteinfarkt, hjerneslag og lårhalsbrudd. I tillegg presenteres tall for total overlevelse. Tallene presenteres her på regionsnivå. Variasjonen mellom regionen og enkeltsykehus er såpass liten at det er usikkert om forskjellene er reelle. Hvis et sykehus f.eks. behandler få pasienter, eller har en spesiell pasientsammensetning kan dette påvirke sykehusets overlevelseshastighet uten at det reelt sett betyr at kvaliteten ved sykehuset er dårligere eller bedre enn andre sykehus.

Epikrise er en oppdatert informasjon om sykehusoppholdet som sendes til andre deler av helsetjenesten for at pasienten skal få best mulig oppfølging. Kort epikrisetid gir et mer helhetlig og kontinuerlig tilbud til pasientene. Ingen av regionene nådde målet om at alle epikriser skal være sendt

innen syv dager i 2012. Andelen er høyest i Helse Sør-Øst med 81 pst. i andre tertial 2012. Helse Nord er den eneste regionen som økte andelen utsendte epikriser innen syv dager fra 2011 til 2012. For ytterligere å forbedre måloppnåelsen, vil regionen spre erfaringene fra de tiltakene som er satt i gang. Helse Vest starter utrulling av talegjennomføring i 2013 og forventer at dette skal bidra til å øke andelen utsendte epikriser innen syv dager. Helse Midt-Norge leverte ikke data i 2012 pga. tekniske problemer med å eksportere data fra elektronisk pasientjournal til Norsk pasientregister, men forventer å kunne rapportere på indikatoren fra andre tertial 2013.

Ingen av regionene har nådd målet om ikke å ha korridorpasienter, men andel korridorpasienter ble redusert fra 2 pst. til 1,6 pst. på landsbasis fra 2011 til 2012. Helse Midt-Norge har lavest

andel korridorpasienter (0,6 pst.). Helse Vest har størst andel korridorpasienter, men er også den helseregionen som har størst nedgang fra 3,8 pst. i 2011 til 2,3 pst. i 2012. De regionale helseforetakene ble i foretaksmøtet i januar 2013 pålagt å sette i gang organisatoriske og/eller økonomiske tiltak for å sikre at målsettingen om at det ikke skal forekomme korridorpasienter. Helse Vest har satt i verk en rekke tiltak, og vurderer økonomiske sanksjoner overfor de helseforetakene som ikke når målet innen utgangen av 2013. En nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering foreslås etablert fra 2014, jf. kap. 732, post 71, og korridorpasienter er en av flere indikatorer i ordningen.

Datatekniske problemer gjør at tall over tvang i psykisk helsevern for 2012 ikke er tilgjengelig når proposisjonen trykkes. De siste tallene er fra 2011 og viser at tvangsratene har endret seg lite fra tidligere år. Iht. Nasjonal strategi for økt frivillighet (2012–2015) – statlig plandel, er det etablert en arbeidsgruppe i regi av Helsedirektoratet og i samarbeid med de regionale helseforetakene som skal utrede tiltak for å styrke kvaliteten på tvangsdata i psykisk helsevern. Når det gjelder datakvalitet om hovedtilstand for barn og unge har registreringen økt i alle helseregioner fra 2011 til 2012 og er nå på nesten 83 pst. landet sett under ett. På de andre indikatorene er det kun mindre endringer.

Det er under etablering et nytt nasjonalt system for vurdering av nye metoder og ny teknologi i spesialisthelsetjenesten. Systemet innebærer at spesialisthelsetjenesten skal ta i bruk internasjonalt anerkjente systemer for metodevurdering som grunnlag for beslutninger om innføring av nye metoder i sykehus. Oppdraget i 2012 var å ta bruk systemet lokalt og regionalt. Alle de regionale helseforetakene rapporterer igangsatte planer og tiltak. De regionale helseforetakene deltar i en nasjonal arbeidsgruppe som utvikler systemet videre, herunder utvikling av en metodevarslingsfunksjon, jf. omtale under kap. 725. I 2013 har de regionale helseforetakene etablert bestillerforum som skal beslutte hvilke metoder som skal prioriteres for nasjonal metodevurdering. Bestillingene kommer via Helsedirektoratet. Etter prioritering i bestillerforumet sendes bestillinger videre til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten eller Statens legemiddelverk. Når nasjonal metodevurdering er gjennomført, skal de regionale helseforetakene beslutte om den aktuelle metoden skal tas i bruk eller ikke. Beslutningen skal koordineres med nasjonale retningslinjer for behandling som utarbeides i regi av Helsedirektoratet.

Pasientsikkerhet

Det er et mål å redusere antall feil og uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. En forutsetning for dette er at ledere på alle nivåer tar ansvar for å sikre velfungerende systemer for melding av uønskede hendelser, at ansatte opplever det trygt å melde, at hendelsene undersøkes ut fra et system- og læringsperspektiv og at virksomheten setter i verk tiltak for å forebygge svikt på risikoområder.

Styringsparametre for pasientsikkerhet:

- Andel sykehus og helseforetak som har gjennomført journalundersøkelser etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer (mål: 100 pst.)
- Andel sykehus og helseforetak som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer (mål: 100 pst.)
- Andel pasienter med sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4

Alle helseforetakene har kartlagt omfang av pasientskader i 2012 ved å gå gjennom et utvalg journaler i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer. I 14 pst. av pasientoppholdene som ble undersøkt, ble det funnet minst en utilsiktet fysisk skade. I 8 pst. av pasientoppholdene førte skaden til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. Disse resultatene er noe bedret sammenliknet med resultatene fra kartleggingen for 2011. Hensikten med å gjøre journalundersøkelse med metoden Global Trigger Tool er at ledere i helseforetakene skal kunne følge forekomsten av pasientskader i egen virksomhet over tid, og kunne sette i verk målrettede tiltak for å redusere pasientskader. Metoden kan ikke brukes for å kunne sammenlikne resultater mellom helseforetak. Kartlegging av pasientskader gjennomføres jevnlig også i 2013. Det er i regi av pasientsikkerhetskampanjen utarbeidet tiltakspakker for å fremme trygg kirurgi og forebygge infeksjoner, legemiddelfeil, trykksår og fall. Implementering av tiltakspakkene pågår. I 2013 starter også implementering av tiltakspakker for å redusere selvmord og overdosedødsfall etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

Pasientsikkerhetskampanjen tilbyr ledere verktøy med tiltak som kan benyttes i oppfølgingen av resultatene fra undersøkelsen. Ett av målene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender er å forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Samtlige helseforetak og behandlingssenheter i spesialisthelsetje-

nesten gjennomførte i 2012 måling av pasientsikkerhetskultur. Måling av pasientsikkerhetskultur skal gi ledelsen økt kunnskap om hvordan ansatte opplever at de ulike enhetene arbeider for å redusere risiko for pasientskade. Internasjonale og nasjonale erfaringer viser at synlig og vedvarende fokus fra ledelsen på pasientsikkerhet har vist seg å være avgjørende for å oppnå resultater.

Fødselsrifter kan gi varige plager, og er en indikator på kvalitet i fødselsomsorgen. Andel fødselsrifter grad 3 og 4 varierte fra 1,7 pst. i Helse Vest til 2,3 pst. i Helse Midt-Norge i 2011. På landsbasis oppsto det i 2011 fødselsrifter av grad 3 og 4 i 2,1 pst. av fødslene. I 2010 var andelen 2,2 pst. Andel fødselsrifter rapporteres årlig, og 2012-tall offentliggjøres i november 2013.

Det er avdekket mangelfull kvalitet i sykehusenes pasientadministrative systemer både av konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst og gjennom tilsyn gjennomført av Statens helsetilsyn. Departementet har stilt krav om at de regionale helseforetakene samarbeider og lærer av hverandre i arbeidet med intern kontroll og forbedring av sykehusenes pasientadministrative systemer. Årsakene til svikten er sammensatt og kan skyldes mangelfull kunnskap eller uklarerheter, mangelfull funksjonalitet i selve systemet, ulike holdninger hos medarbeidere og mangelfull ledelsesoppfølging. De regionale helseforetakene har etablert tett dialog med systemleverandørene i forbedringsarbeidet. Ved oppdagelse av svikt ved et av sykehusene skal dette kommuniseres til alle de regionale helseforetakene, og de tiltak som gjennomføres ved det aktuelle sykehuset skal ev. også gjennomføres ved alle andre sykehus. Departementet følger med på det pågående forbedringsarbeidet.

IKT i spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene har i 2012 arbeidet med å videreutvikle og konsolidere IKT-løsningene i sykehusene. Videre har de regionale helseforetakene bidratt i de nasjonale prosjektene på e-helseområdet, som bl.a. e-resept, kjernejournal, nasjonal helseportal (www.helsenorge.no), elektronisk meldingsutbredelse og helse- og kvalitetsregistre. Helseforetakene har bidratt i arbeidet med å utvikle elektronisk løsning for meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, jf. § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven.

De regionale helseforetakene arbeider med å utvikle løsninger slik at elektronisk meldingsutveksling kan finne sted mellom sykehus og andre samhandlingsaktører. Målsettingen er at alle helseforetak har etablert løsninger for elektronisk

meldingsutveksling i løpet av 2014. Det ble i 2013 bevilget 70 mill. kroner ekstra til sykehusene for å understøtte dette arbeidet, jf. Prop. 149 S (2012–2013) og Innst. 470 S (2012–2013), Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2013.

Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning

Det er et mål at reell brukermedvirkning skal ligge til grunn for lokalt utviklings- og omstillingsarbeid og forskning. Tjenestene skal være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Dette ble i 2012 fulgt opp ved følgende styringsparametre:

- Brukererfaringer svangerskap/fødsel/barsel
- Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus
- Fastlegers erfaringer med distriktpsychiatriske sentre
- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker (mål: 100 pst.)
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter (mål: 0 pst.)

Resultatene for andel fristbrudd går fram av tabell 4.1.

Rapporten om brukererfaringer med svangerskap/fødsel/barsel publiseres i løpet av 2013. Styringsparameteren er videreført i 2013.

I rapporten Pasienterfaringer med norske sykehus: Nasjonale resultater i 2011 og utvikling fra 2006 (2012) sammenliknes regionene, helseforetakene og sykehusene på 10 indikatorer om pasienterfaringer. Det er større forskjeller mellom sykehusene på indikatorene enn det er mellom regionene og mellom helseforetakene. Samlet sett rapporterer pasientene best erfaringer med indikatorene pasientsikkerhet på sykehusene, ivaretagelse av pårørende, legetjenesten og pleietjenesten. Det er forbedringspotensial særlig på indikatorene utskrivning, samhandling med andre helsetjenester og ventetid før sykehusoppholdet. Det er små, men i hovedsak positive endringer fra 2006 til 2011 på flere spørsmål.

Kunnskapssenteret publiserte høsten 2012 en ny rapport om fastlegenes vurdering av de distriktpsychiatriske sentrene (DPS). Fastlegenes tilfredshet med DPS er økende. Fastlegene opplever størst forbedring i støtten de får fra DPS i akutte situasjoner og på bemanning ved DPS-ene. Generelt viser svarene at det mangler en del på at DPS-ene innfrir fastlegenes forventninger. Bildet viser at noen DPS skårer bra og andre mindre bra, og antyder dermed at det kan være geografiske forskjeller i tilbudet til befolkningen.

Tabell 4.3 Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste fire uker

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste fire uker	76	92	84	96	99	98	77	90

Kilde: Rapportering i årlig melding fra de regionale helseforetak. Basert på andre tertialtall.

Regionale helseforetak er gjennom oppdragsdokumentene pålagt å bidra til at informasjonsgrunnlaget og informasjonstjenesten for fritt sykehusvalg fungerer på en god måte. Informasjonen på www.frittsykehusvalg.no skal være pålitelig, oppdatert og relevant som grunnlag for å gjøre informerte valg av behandlingssted, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven. Indikatoren brukes som et mål på hvor oppdatert informasjonen på nettstedet er. Indikatoren er også et mål på hvorvidt helseinstitusjonene oppfylder plikten om å gi pasienter og brukere nødvendig informasjon. Helse Midt-Norge har høyest andel oppdaterte ventetider i 2011 og i 2012, med hhv. 99 og 98 pst. Helse Nord har lavest andel oppdaterte ventetider i 2012. Helse Sør-Øst og Helse Vest har økt andel ventetider som er oppdatert siste fire uker betydelig fra 2011 til 2012.

Samhandlingsreformen

Målet i samhandlingsreformen er at alle innbyggere skal ha et helhetlig og sammenhengende helsetilbud av høy kvalitet som er tilpasset den enkeltes behov. Reformen skal bl.a. bidra til at det forebygges bedre og at det tas ansvar tidlig, der folk lever og bor. Derfor skal alle kommuner og sykehus inngå samarbeidsavtaler, og finansieringssystemet er endret. Alle helseregioner har inngått de lovpålagte avtalene med kommunene om hvordan samhandling mellom kommuner og helseforetak skal foregå. De lovpålagte avtalene mellom kommuner og helseforetak skal legge til rette for helhetlige pasientforløp, samarbeid og arbeidsdeling mellom helseforetak og kommuner. God samhandling er særlig av betydning for personer med langvarige og sammensatte lidelser. Videre skulle regionale helseforetak og kommuner inngå avtaler om jordmortjenester, herunder følgetjenesten for gravide, innen 1. juli 2012. Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF har varslet at noen avtaler først vil bli inngått i 2013.

Det ble etablert tre økonomiske virkemidler i 2012: kommunal medfinansiering for medisinske opphold og konsultasjoner, betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og plikt for kommunene til å etablere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Det vises til nærmere omtale av virkemidlene under kap. 732, post 72–75. De økonomiske virkemidlene omfatter i første omgang ikke pasienter med psykiske lidelser eller rusproblemer. Samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene inkluderer også rus og psykisk helse. Samarbeidsavtalene skal brukes som et aktivt virkemiddel til å styrke samhandlingen innenfor rus og psykisk helse.

Kreftbehandling

Målet er høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle aktører på kreftområdet. God behandlingskvalitet skal ivaretas gjennom gode pasientforløp. Dette skal sikre at kreftpasienter unngår unødig venting på utredning og behandling.

Det er fastsatt målsettinger for forløpstider, og disse har vært viktige for å identifisere flaskehalser, bedre logistikk og forbedre pasientforløp. Selv om det ofte er medisinsk forsvarlig å bruke mer enn 20 virkedager, så er det viktig for pasientens opplevelse å få en raskest mulig avklaring av ev. diagnose og behandling. Normtiden er at vurdering av henvisning skal skje innen 5 virkedager, oppstart utredning innen 10 virkedager og oppstart behandling innen 20 virkedager. Målsettingen er ikke at normtiden skal overholdes for hver enkelt pasient eller diagnosegruppe, men for 80 pst. av kreftpasientene, og at dette legges til grunn i rapporteringen til departementet. Begrunnelsen for dette er at ingen pasienter er helt like og symptomene vil variere fra pasient til pasient.

Styringsparametre:

- Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft
- Tid fra henvisning til første behandling brystkreft
- Tid fra henvisning til første behandling lungekreft

Resultatene fra første tertial 2013 viser at flere pasienter med lungekreft får behandling innen 20 dager sammenliknet med samme periode i 2012,

mens det er en liten nedgang for behandling av tykktarmskreft og brystkreft. Mange sykehus gir over 80 pst. av brystkreftpasientene behandling innen 20 virkedager. Det er små endringer for landet som helhet fra første tertial 2012 til første tertial 2013. Landsgjennomsnittet for brystkreft i første tertial 2013 er 64,3 pst., for tykktarmskreft 54,2 pst. og for lungekreft 37,4 pst. Det er stor variasjon i disse resultatene. Tallene viser også at sykehusene må prioritere raskere og mer effektiv utredning og diagnostisering.

Tabell 4.4 Andel pasienter med behandling innen 20 virkedager

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Landet	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Tykktarmskreft	57,9	53,4	46,7	50,5	67,6	58,1	50,8	45,6	58,2	52,4
Lungekreft	32,9	31,4	46,3	48,7	31,2	40,5	42,7	42,2	36,5	37,4
Brystkreft	67,6	61,1	64,6	62,2	55,5	74,1	70,9	73,3	65,8	64,3

Basert på første tertialtall fra Norsk pasientregister.

Sykehusene skal oppnevne en egen kontaktperson som skal bidra til at kreftpasienter får nødvendig informasjon om behandlingsforløp, rettigheter og ventetider, og som bidrar til å koordinere forløpet for pasienten. Mange sykehus har opprettet egne kreftkoordinatorstillinger, og flere sykehus arbeider med å få slike stillinger på plass. Bruk av kreftkoordinatorer er et viktig tiltak i Nasjonal kreftstrategi 2013–2017.

I 2012 ble det gjort landsomfattende tilsyn med foretakenes logistikk og kommunikasjon av henvisninger og utredning av kreft i tykk- og endetarm fram til behandlingsstart. Tilsynet viste at flere foretak ikke har håndtert henvisninger i samsvar med regelverket, jf. Rapport fra Helsetilsynet 4/2013. Dette følges opp gjennom de regionale helseforetakenes arbeid med videreutvikling av de pasientadministrative systemene.

Brystrekonstruksjon

Bevilgningen til de regionale helseforetakene ble økt med 50 mill. kroner i 2012 som en ekstrainsats til styrking av tilbudet til pasienter som venter på brystrekonstruksjon med eget vev og med protese. Denne ekstrainsatsen ble videreført med 100 mill. kroner i 2013. Rapporteringen fra de regionale helseforetakene per 1. mai 2013 viser en nedgang i antall kvinner som venter på brystrekonstruksjon. Om lag 490 kvinner ventet per 1.

mai 2013 sammenliknet med om lag 1400 kvinner våren 2012. Rapporteringen viser at de regionale helseforetakene samlet forventer å operere om lag 850 kvinner i løpet av hele 2013. Samlet innebærer dette at det i løpet av 2012 og 2013 vil være om lag 1300 kvinner som vil få en brystrekonstruksjon, enten med protese eller med eget vev. Rekonstruksjon av bryst etter brystkreftbehandling skal fra 2014 håndteres innenfor de ordinære inntektsrammene. Kompetansen som nå er bygget opp skal opprettholdes. Det vises til omtale under kap. 732, postene 72–75.

Diagnosesentre

Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF er i 2013 gitt i oppdrag å sette i verk en pilot med tverrfaglig diagnosesentre for pasienter med uavklart tilstand og mistanke om kreft eller annen alvorlig sykdom. På bakgrunn av erfaringene med diagnosesentre, vil det vurderes om det skal etableres diagnosesentre ved flere sykehus innenfor de ordinære inntektsrammene.

Hjerneslag

Hvert år rammes 15 000 mennesker av hjerneslag i Norge. Hjerneslag er dermed den tredje hyppigste dødsårsak og en dominerende årsak til alvorlig funksjonsnedsettelse. Helsetilsynet antok på

basis av landsomfattende tilsyn i 2011 at eldre slagpasienter i hovedsak får et forsvarlig behandlingstilbud, og mener at dette er et felt som har fått nødvendig prioritet. Det er like fullt variasjon mellom sykehus og avdelinger. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2013 er det tatt inn styringsparameter knyttet til hjerne-slag.

Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige

I en periode fram til 2009 ble det stilt krav om at den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern og rus skulle være større enn somatikk. Dette ble målt ved bruk av kostnadstall. Kostnadstall sier ikke noe om kvaliteten, tilgjengeligheten eller produktiviteten ved tjenestene. Derfor følges nå i stedet utviklingen i ventetider, aktivitet og kvalitet som innenfor somatisk pasientbehandling. I 2013 er det lagt vekt på å fortsette omstillingen i psykisk helsevern og å øke den samlede kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I 2012 fikk om lag 178 000 voksne behandling for sine psykiske lidelser, inkl. private avtalespesialister. Dette er en økning på om lag 2 pst. fra 2011. I 2012 ble om lag 59 000 barn og unge behandlet innenfor psykisk helsevern, inkl. private avtalespesialister. Dette er en økning på nesten 2 pst. fra 2011. Når det gjelder TSB viser Samdata at antall oppholdsdøgn og antall innleggelseser er om lag uendret fra 2011 til 2012. Det ble utført om lag 340 000 polikliniske konsultasjoner i 2012, dvs. en økning på om lag 11 pst. fra 2011.

Gjennomsnittlig ventetid har gått ned innen psykisk helsevern barn og unge fra 75 dager i 2008 til 57 dager i 2012, mens ventetiden har gått opp innen psykisk helsevern voksne fra 53 dager i 2008 til 55 dager i 2012. For tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige har ventetiden gått ned med om lag 10 dager, fra 73 dager i 2008 til 63 dager i 2012. Andel fristbrudd har gått ned i alle sektorer i tredje tertial 2012 sammenliknet med samme periode i 2011.

Selv om det ikke har vært stilt krav om større kostnadsvekst de siste årene viser tall fra Samdata at det i perioden 2008 til 2012 har vært en større vekst i kostnader til psykisk helsevern (7 pst.) og rus (25 pst.) sammenliknet med somatikk (5 pst.).

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige og annen avhengighetsbehandling

Det er en sentral målsetting at psykiske lidelser og rusproblemer/rusavhengighet skal sees i sammenheng. I tillegg er det viktig at tilbudet til rusavhengige tilrettelegges lokalt, at det er fleksibelt og tilpasset den enkeltes behov. Det ble derfor i oppdragsdokumentet for 2012 stilt krav om at tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) er samordnet med psykisk helsevern, at tjenestene innen TSB i størst mulig grad tilbys nær der pasienten bor og i nært samarbeid med kommunale tjenester.

Samdata 2012 viser at den totale døgnkapasiteten innen TSB var 1680 plasser, en økning på 87 plasser fra 2008. I tillegg ble det registrert om lag 3900 årsverk i 2012, dvs. en økning på nær 4 pst. fra 2011. Denne økningen i årsverk var i første rekke helsefaglig personell.

Det er nå etablert mer enn 150 ambulante/ oppsøkende team innen TSB/ psykisk helsevern. Videre er det etablert behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i alle helseregionene.

Det foreligger foreløpig ikke nasjonal statistikk over andel pasienter som fullfører TSB, men alle de regionale helseforetakene melder at de har satt i verk tiltak for å øke andelen. I tillegg melder alle de regionale helseforetakene om at de har økt oppmerksomhet på pasienter som kan være avhengige av anabole androgene steroider og at kompetansen på dette feltet er styrket.

Oppfølgingen av stortingsmelding om en helhetlig rusmiddelpolitikk (Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg!) er gitt en nærmere omtale under kap. 763. Som omtalt i meldinger er det forutsatt at distriktspsykiatriske sentre vurderes som en mulig nøkkelstruktur for videre utvikling av spesialisthelsetjenester ved rus- og avhengighetslidelser der lokale forhold tilsier det. Dette er fulgt opp i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2013.

Helsedirektoratet vil i løpet av 2014 publisere de første kvalitetsindikatorerne på TSB.

Psykisk helsevern

Overordnede mål for 2012 er å videreføre omstillingen gjennom å styrke de distriktspsykiatriske sentrene (DPS), etablere akuttberedskap gjennom døgnet ved DPS, bedre oppgavefordelingen mellom sykehus og DPS samt øke vektlegging av frivillighet i behandlingen. Målene er å utarbeide regionale og lokale planer for redusert bruk av tvang, tilrettelegge for samkonsultasjoner mel-

lom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, opplæring i eksponeringsterapi ved tvangslidelser og kompetanse i ambulansetjenesten som også dekker psykiske lidelser.

Samdata 2012 viser at aktiviteten målt i polikliniske konsultasjoner og døgnopphold har fortsatt å øke i 2012. Sammenliknet med 2011 økte antall konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne med 4,2 pst. og innen psykisk helsevern for barn og unge med 1,2 pst. Antall utskrivninger økte med 1,3 pst. Antall oppholds-døgn har sunket hvert år fra 2008 og må sees i sammenheng med den pågående omstillingen av psykisk helsevern. Antall årsverk i psykisk helsevern for voksne gikk ned med 0,5 pst. i 2012, mens antall årsverk innen psykisk helsevern for barn og unge gikk ned med 2,5 pst.

De fleste helseforetak har etablert lokale planer for redusert bruk av tvang. Måloppnåelse vil bli målt gjennom omfanget av tvangsbruk i årene framover. Bruk av tvang er ikke redusert fram t.o.m. 2011. Resultat av ny nasjonal strategi på området kan tidligst forventes når 2012-rapportene foreligger. Det meldes videre at det er lagt til rette for samkonsultasjoner, men det synes å variere i hvilken grad det er satt i verk konkrete tiltak på området.

Opplæring i eksponeringsterapi er satt i gang gjennom et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Institutt for aktiv psykoterapi og de regionale helseforetakene. Opplæringen er ikke fullført i 2012, men arbeidet videreføres i 2013.

Med unntak av Helse Midt-Norge melder alle regioner at det er lagt til rette for opplæring av ambulanspersonell i psykisk helse. Helse Midt-Norge melder at arbeidet er startet i 2012 og videreføres i 2013.

Det er gjennomført en egevaluering av Samisk nasjonalt kompetansesenter for samer (Sanks). På bakgrunn av denne har Helse Nord RHF i 2013 søkt departementet om å etablere Sanks som en nasjonal kompetansetjeneste.

Andre områder

I oppdragsdokument for 2012 ble det satt som mål at den medisinskfaglige kompetansen innen habilitering skulle styrkes, at det er tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester og at det er etablert tilbud til pasienter med sansetap. Tall fra Norsk pasientregister viser en økning i antall opphold i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner fra 2011 til 2012. Dette er i hovedsak en økning i antall dagopphold.

For å styrke tilbudet til pasienter med CFS/ME satte departementet flere mål i 2012, herunder etablering av ambulante team, regional poliklinikk, lærings- og mestringskurs og kunnskapsoverføring til kommunehelsetjenesten. Rapporteringen viser at det er etablert slike tilbud i flere av helseforetakene. Samlet sett er tilbudet fortsatt noe fragmentert og arbeidet med å få på plass tilbudene vil fortsette i 2013. Det ble etablert en Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME ved Oslo universitetssykehus HF i 2012.

De regionale helseforetakene ble i oppdragsdokumentet for 2012 bedt om å gjennomgå tilbudet til barn og nyfødte som trenger intensivbehandling. Rapporteringen viser at Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge og Helse Nord har hatt en gjennomgang av tilbudet. Helse Vest har nedsatt en arbeidsgruppe for å vurdere kvalitet, kompetanse og ressursbruk innenfor nyfødtintensivbehandling i regionen. Helse Sør-Øst har lagt rapporten fra fagrådet for nyfødtmedisin, fødsels- og svangerskapsomsorg til grunn for videre utvikling av tilbudet. Styret i Helse Nord vedtok i april 2013 at intensivtilbudet til fødte før uke 26 skulle samles ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø. Nordlandssykehuset Bodø skulle fortsatt ta hånd om fødte etter uke 26. I sitt møte 20. juni vedtok styret å sende styresaken med vedtak på høring.

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å sette i verk nødvendige tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med alvorlig kjeveleddsdysfunksjon eller temporomandibulær dysfunksjon (TMD). Det er et relativt lite antall pasienter med alvorlige og kroniske plager, og de regionale helseforetakene har derfor i samarbeid valgt å lokalisere og utforme et felles tverrfaglig utredningsopplegg ved Helse Bergen HF. Opplegget er lagt fram for en referansegruppe der også TMD-foreningen er med. Selve behandlingen skal fortsatt foregå lokalt/regionalt.

Spesialisthelsetjenestens ansvar for helseberedskap følger av lov om helsemessig og sosial beredskap. Spesialisthelsetjenesteloven, smittevernloven, strålevernloven har egne bestemmelser. Det vises til nærmere omtale under kapittel 702. De regionale helseforetakene fikk i 2012 i oppdrag å oppdatere regionens og helseforetakenes beredskapsplaner og tilpasse disse erfaringene fra håndteringene av terrorangrepet 22. juli 2011 og andre hendelser. Oppdraget er presisert i eget brev der de regionale helseforetakene ble bedt om å samarbeide med Helsedirektoratet om oppfølgingen og forestå koordinert oppfølging av tiltak som gjelder spesialisthelsetjenesten. Det har vært en prioritert oppgave for spesialisthelse-

tjenesten og kommunene å sette i verk tiltak for å gi de som blir rammet og traumatisert et verdig og godt tilbud. Mange har fått støtte og behandling, samtidig som enkelte har opplevd å ikke få den hjelpen de trenger.

Det er satt i gang flere tiltak for å forbedre system og rutiner for varsling og kommunikasjon i nødmeldetjenesten, herunder Nødnett. Helsedirektoratet har ferdigstilt en nasjonal veileder for pasient triagering ved masseskader og det arbeides med nasjonale retningslinjer og felles planverk for samarbeid mellom nødetatene.

Pasienter med ernæringsmessig risiko, bør få dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov når pasienten flytter til et annet tjenestnivå eller mellom behandlingssenheter. Tilbakemeldingene viser at organisering og innretning varierer. I de fleste helseforetak har ernæringsstatus og informasjon om oppfølgingsbehov fulgt pasienten ved overføring til andre behandlingssenheter internt eller eksternt. To av de regionale helseforetakene rapporterer at de bare delvis har gjennomført dette i 2012, men det er satt i gang tiltak for å oppfylle målet.

Som del av nasjonal strategi for forebygging av ulykker med personskader (2009–2014) arbeides det for å tallfeste nasjonale mål for reduksjon av ulykker. Dette krever bedre kartlegging av skadeomfanget og pasientregister-skadedata er en viktig kilde til dette. I 2012 rapporterte 14 av 26 rapporteringspliktige enheter skadedata til Norsk pasientregister. Helsedirektoratet har nedsatt en arbeidsgruppe med relevante aktører som skal komme med forslag til effektivisering av registreringen i løpet av 2013.

I 2012 var det et mål at sykehusene skulle ha etablert et tilbud om tobakksavvenning i tråd med faglige retningslinjer. Alle helseforetakene har rapportert at de har etablert tilbud om røykeavvenning. Tilbudene varierer i omfang, utforming og målgrupper.

Utdanning av helsepersonell

Overordnede mål for området er å sikre tilstrekkelig helsepersonell med riktig kompetanse for å ivareta gode tjenestetilbud og kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene. Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring skal støtte opp under samhandlingsreformen. Best mulig kvalitet i tilbudet og god utnyttelse av personellressur-

sene som bidrar til en bærekraftig utvikling av sektoren, er også et overordnet mål.

De regionale helseforetakene er gitt i oppgave å analysere og lage planer for framtidig kompetanse- og personellbehov i spesialisthelsetjenesten i et 2020-perspektiv. De er og bedt om å utarbeide planer for etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene. De regionale helseforetakene har i 2012 etablert et samarbeid om utdanning og kompetanseutvikling, for å utveksle erfaringer og samarbeide om hvordan framtidige kompetansebehov kan ivaretas.

Et mål i 2012 var at praksisopplæring i samarbeid med universitets- og høyskolesektoren og aktuelle kommuner skulle ivaretas og utvikles. De regionale helseforetakene rapporterer at helseforetakene samarbeider med høyskoler, videregående skoler og kommuner om praksisopplæring for elever, lærlinger og studenter. Det har lenge vært etablerte samarbeidsorgan mellom helseforetakene og utdanningssektoren om praksis i helseforetakene, rett dimensjonering og innhold i utdanningene. Ulike modeller er valgt for å bringe kommunesektoren inn i samarbeidet.

Legenes spesialistutdanning gjennomgås nå i regi av Helsedirektoratet. Målet er at utdanningen skal være i tråd med vedtatte reformer og tiltak for å rette tjenestene inn mot befolkningens behov. Videre skal utdanningen ta innover seg endrede kompetansebehov som følge av utvikling i tjenestene og de medisinske fagene. Det vises til omtale av anmodningsvedtak nr. 556 (2008–2009), 19. juni 2009, jf. omtale i del III, kap. 5.

Forskning

Det er en økning på 10 pst. i forskningspoeng fra 2011 til 2012. Det ble registrert 3414 vitenskapelige artikler fra helseforetakene i 2012 av totalt 15580 vitenskapelige artikler publisert i universitets-, høyskole-, institutt- og helsesektoren og rapportert inn 345 avlagte doktorgrader, som er en økning på 23 pst. fra 2011. Helse Sør-Øst hadde en andel på 62,6 pst. av årets forskningspoeng, etterfulgt av Helse Vest med 19,9 pst., Helse Midt-Norge 9,9 pst. og Helse Nord 7,6 pst.

I 2012 hadde 43,7 pst. av artiklene internasjonalt medforfatterskap og 21,9 pst. var publisert i ledende tidsskrifter. I tabell 4.5 vises disse indikatorene over en fireårs periode.

Tabell 4.5 Internasjonalt medforfatterskap og publisering i ledende tidsskrifter (høyeste nivå i målesystemet), pst.

	2012		2011		2010		2009	
	Int.	Nivå 2/2a	Int.	Nivå 2/2a	Int.	Nivå 2/2a	Int.	Nivå 2/2a
Helse Sør-Øst	43,1	22,5	43,9	22,7	43,0	25,4	41,0	21,7
Helse Vest	48,4	23,4	46,8	22,8	42,6	26,6	43,2	24,2
Helse Midt-Norge	32,9	21,3	35,4	22,7	32,7	23,5	36,4	19,0
Helse Nord	43,2	19,9	36,1	24,8	36,3	23,3	36,2	21,9
Totalt	43,7	21,9	43,5	22,6	41,2	25,2	40,6	22,0

Det er samlet sett en økning i andelen forskning som er internasjonalt sampublisert. Andelen artikler i ledende tidsskrifter har gått noe ned i 2011 og 2012. Nedgangen har sammenheng med at det f.o.m. 2011 er et større antall tidsskrifter som inngår i målingen, herunder mange nasjonale tidsskrifter.

Det var forskningsaktivitet ved alle helseforetak. Universitetssykehusene stod for 83 pst. av rapporterte driftskostnader til forskning og 81 pst. av forskningsårsverkene i sektoren. Forskningen omfatter pasientrettet forskning som grunnlag for å utvikle ny diagnostikk og behandling, og kvalitetssikre behandlingstilbudet. Forskning innenfor rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, KOLS, diabetes, eldremedisin og samhandling er prioritert i alle regioner. Den totale ressursbruken til forskning inkl. personell, infrastruktur og eksterne finansieringskilder i de regionale helseforetakene tilsvarte om lag 2,5 pst. av totale driftskostnader i 2012, mot 2,4 i 2011. Av forskningsmidlene gikk om lag 13 pst. til psykisk helse forskning og 1,4 pst. til rusforskning. Det er fortsatt et potensial for å øke omfanget av søknader til Norges forskningsråd og EUs rammeprogram for helseforskning.

Nasjonalt forskningssamarbeid med forskernettverk og koordinatorfunksjon innen hjerte-kar-sykdommer, nevrologiske sykdommer og alvorlige psykiske lidelser mellom de regionale helseforetakene er evaluert positivt av Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning i 2012. Nasjonalt samarbeid om kreftforskning, muskel- og skjelettsykdommer og helsetjenesteforskning, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, er under etablering. De regionale helseforetakene har finansiert samhandlingsforskning i tråd med kravet på totalt minst 15 mill. kroner. En felles database for kliniske intervensjonsstudier er under etablering, i samarbeid med CRISTin og REK Nord. Det er

påbegynt et utredningsarbeid om etablering av et felles forskningsadministrativt system for alle forskningsprosjekter i helseregionene.

Helseforetakene har styrket egen infrastruktur for kliniske studier gjennom det norske nettverket for forskningsinfrastruktur for kliniske studier, NorCRIN (www.norcrin.no). Satsingen på kliniske studier har gitt resultater, i form av en økning i antall nye kliniske studier. Dette gjelder både industrifinansierte og forskerinitierte studier. Eksempelvis ble det initiert 98 nye kliniske industrifinansierte studier i Helse Sør-Øst i 2012.

Revidert instruks til styrene i de regionale helseforetakene om samarbeid med universiteter og høyskoler ble vedtatt i foretaksmøtene i mai 2013.

Helseforetakene har styrket egen infrastruktur og forskning på biobanker gjennom deltakelse i Biobank Norge. Alle regionale helseforetak har i 2012 arbeidet med rutiner som sikrer at pasienter får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning og informasjon om retten til reservasjon.

Statens helsetilsyn behandlet i 2012 to tilsynsaker om medisinsk og helsefaglig forskning og gjennomførte en risikovurdering innen helseforskning. Et fagpanel vurderte at det ikke var noen stor risiko for alvorlig fysisk helseskade hos forskningsdeltakerne. Svikt i styringen av forskningsprosessen ble vurdert som det viktigste risikoområdet.

Innovasjon

Det har vært en betydelig innovasjonsaktivitet i 2012 i helseforetakene. Det arbeides med å videreutvikle og forbedre innrapporterte tall for innovasjonsindikatorer samt etablering av en felles nasjonal database for disse. Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF har avsatt midler for å stimu-

lere til innovasjon. Helse Midt-Norge RHF har gått inn på eiersiden av NTNU Technology Transfer AS og etablert en forpliktende samarbeidsavtale med teknologioverføringskontoret. De regionale helseforetakene er sentrale aktører i felles satsing på innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren 2007–2017 i regi av Nærings- og handelsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, jf. omtale i del III.

Økonomi og investeringer

God kontroll med økonomien er en forutsetning for riktige prioriteringer og legger grunnlaget for en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten. Tidligere negative resultater har ført til redusert egenkapital og bruk av driftskreditter. Helse- og omsorgsdepartementet har også i 2012 hatt en tett oppfølging av de regionale helseforetakene på økonomiområdet. De regionale helseforetakene har rapportert til departementet hver måned på økonomisk resultat, likviditet, aktivitet, bemanning og sykefravær, samt tertialvis på kontantstrøm og investeringer. Rapporteringen følges opp i møter mellom departementet og de regionale helseforetakene.

Det ble i foretaksmøtene i januar 2012 stilt krav om at alle de regionale helseforetakene skulle gå i økonomisk balanse i 2012, samt at det ble satt et tak for bruk av driftskreditt. Dette innebærer at drift og investeringer ved de regionale helseforetakene må håndteres innenfor bevilget ramme. Samtidig ble det tatt følgende forbehold:

«Det økonomiske opplegget for 2012 i Prop. 1 S (2011–2012) la til grunn at de samlede pensjonskostnadene ville bli på om lag samme nivå som lagt til grunn i Prop. 120 S (2010–2011). Beregning av regnskapsmessig pensjonskostnad for 2012 er under utarbeidelse og det samlede kostnadsnivået for de regionale helseforetakene foreligger derfor ikke. Foretaksmøtet presiserte at de regionale helseforetakene i utgangspunktet må håndtere pensjonskostnader på linje med andre kostnader innenfor sine økonomiske rammer, jf. føringer gitt i St.prp. nr. 1 (2008–2009) og Prop. 1 S (2011–2012). Dersom det viser seg at det blir større endringer i kostnadsnivået i forhold til det som ble lagt til grunn i Prop. 1 S (2011–2012), vil det bli tatt stilling til om det er grunnlag for forslag

om endringer i bevilgningen til de regionale helseforetakene.»

Oppdaterte beregninger viste at pensjonskostnadene for de regionale helseforetakene økte med 2 100 mill. kroner til om lag 12 950 mill. kroner i 2012. Gjennom behandlingen av Prop. 111 S (2011–2012) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2012 ble det vedtatt en økning av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene med 2 100 mill. kroner. Styringskravet for 2012 om økonomisk balanse ble således opprettholdt.

I perioden 2002–2012 er det akkumulerte korrigerede regnskapsmessige underskuddet på 6 mrd. kroner og det akkumulerte ordinære regnskapsmessige årsresultatet minus 16,3 mrd. kroner for de regionale helseforetakene. Forskjellen mellom resultatbegrepene skyldes unntak for regnskapsmessige avskrivninger, som var høyere enn bevilgningen til gjenanskaffelse av bygg og utstyr på 10,3 mrd. kroner i perioden 2003–2007. Økte pensjonskostnader på til sammen 4,8 mrd. kroner ble unntatt fra resultatkravet i perioden 2006–2008 og i sin helhet kompensert i 2010.

Tabell 4.6 Akkumulert resultat 2002–2012

Akkumulert regnskapsmessig underskudd	16,3 mrd. kr
Unntak for udekkede regnskapsmessige avskrivninger	10,3 mrd. kr
Akkumulert korrigert resultat	6,0 mrd. kr

Årsregnskapene for 2012 ble godkjent i foretaksmøter i mai 2013. Alle helseregioner oppnådde positive økonomiske resultater, og for fjerde år på rad etter at staten overtok eierskapet for spesialisthelsetjenesten, ble det dermed også et positivt resultat for de regionale helseforetakene samlet sett. Det ble i 2012 et samlet positivt avvik fra resultatkravet på 1 737 mill. kroner. Dette er vesentlig høyere enn i 2011 og forklares i stor grad med kraftig resultatforbedring i Helse Sør-Øst. De øvrige regionene leverte også bedre økonomiske resultater enn i 2011. De positive resultatene de senere årene må ses opp mot tidligere års underskudd og investeringsbehovene i årene framover.

Tabell 4.7 Utvikling i korrigert årsresultat 2002–2012

(i mill. kr)	Helse Sør	Helse Øst	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum
2002	-514	97		-313	24	-120	-826
2003	-697	-29		-524	-461	-262	-1 973
2004	-779	58		-531	-498	-175	-1 925
2005	-498	42		-182	-572	-165	-1 375
2006 ¹	-307	-15		-405	-711	-433	-1 870
Perioden 2002–2006	-2 795	153	-2 642	-1 955	-2 218	-1 154	-7 969
2007 ²			-1 087	-90	-10	-263	-1 450
2008 ³			-425	-141	86	-221	-700
2009 ⁴			-157	156	214	100	312
2010 ⁵			172	436	548	112	1 267
2011 ⁴			-478	455	417	373	766
2012 ⁴			211	565	524	437	1 737
Akkumulert			-4 406	-573	-440	-616	-6 035

¹ For 2006 vises korrigert årsresultat justert for økte pensjonskostnader på til sammen 1 mrd. kroner som ble unntatt fra balansekravet.

² For 2007 vises de økonomiske resultatene som avvik sammenliknet med eiers styringsmål der det samlede ordinære årsresultatet ikke skulle være større enn -1,4 mrd. kroner. I tillegg er økte pensjonskostnader på til sammen 3,26 mrd. kroner unntatt fra dette resultatkravet.

³ For 2008 vises de økonomiske resultatene som avvik sammenliknet med eiers styringsmål der 600 mill. kroner i økte pensjonskostnader ble unntatt fra et opprinnelig krav til økonomisk balanse.

⁴ For 2009, 2011 og 2012 vises ordinært regnskapsmessig resultat ettersom eiers styringsmål var et årsresultat i balanse.

⁵ For 2010 vises de økonomiske resultatene som avvik sammenliknet med eiers styringsmål om et positivt resultat på samlet 4,8 mrd. kroner.

Det positive resultatet i 2012 påvirkes både av inntektsførte netto gevinster ved salg av anleggsmidler på om lag 165 mill. kroner og kostnadsførte nedskrivninger av eiendeler på om lag 200 mill. kroner. Slike nedskrivninger foretas når eiendeler har et varig verdifall, og denne type engangseffekter er ikke direkte knyttet til den ordinære driften av foretakene. Tatt hensyn til disse effektene er departementets vurderingsgrunnlag for resultatoppgjør et positivt resultat på 1 773 mill. kroner.

Tabell 4.8 Anslått økonomisk resultat for de regionale helseforetakene i 2013

Helse Sør-Øst	0 mill. kr
Helse Vest	+400 til +500 mill. kr
Helse Midt-Norge	+250 til +350 mill. kr
Helse Nord	+300 til +400 mill. kr

Det er stilt krav om at de regionale helseforetakene skal gå i økonomisk balanse i 2013. Videre skal de sikre en forsvarlig likviditetsstyring og håndtere driftskreditten innenfor vedtatte rammer.

De positive økonomiske resultatene i 2012 er et godt utgangspunkt for å nå kravet om økonomisk balanse også i 2013. Samlet er det budsjettert med positive driftsresultater på i overkant av 1,2 mrd. kroner i 2013. Årsprognosene er beheftet med usikkerhet. Selv om Helse Sør-Øst samlet sett har økonomisk kontroll, er det utfordringer ved enkelte foretak. Det regionale helseforetaket må legge til rette for at nødvendige omstillinger skjer i et forsvarlig tempo. Det er fortsatt økonomiske utfordringer ved Akershus universitetssykehus HF og ved Oslo universitetssykehus HF. I tillegg har det vist seg å være krevende for Sykehuset Telemark HF å oppnå økonomisk balanse hittil i 2013. Sykehuset Telemark er i gang med et

utviklingsplanarbeid som vil være viktig for å modernisere og styrke helseforetaket. Det er utfordringer ved Akershus universitetssykehus knyttet til kapasitet. Helse Sør-Øst har satt i gang en vurdering av den totale kapasiteten i hovedstadsområdet i lys av den sterke befolkningsveksten. Denne vurderingen inkluderer bl.a. om det ligger muligheter for forbedringer i tjenestetilbudet gjennom tilpasninger og justeringer. Det kan f.eks. være aktuelt å vurdere en annen utnyttelse av de private sykehusene, se på en justering av framtidig funksjonsfordeling mellom de ulike

sykehusene i hovedstadsområdet, og også å endre opptaksområdene til det enkelte sykehus. Virkningen av samhandlingsreformen og hvordan en kan videreutvikle Aker sykehus som en samhandlingsarena i hovedstadsområdet inngår i dette arbeidet. Departementet vil vise til at behovet for en ev. utvidelse av lokalsykehusstilbudet i området også må vurderes, særlig med tanke på befolkningen sør og øst i Oslo/Follo. Helse- og omsorgsdepartementet har fortsatt særlig oppmerksomhet på oppfølging av hovedstadsområdet gjennom oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst.

Tabell 4.9 Utvikling i helseforetakenes verdi på bygg, utstyr og immaterielle verdier 2003–2012

(i mill. kr)	2003	2011	2012	Endr. 11/12	Pst. endr. 11/12	Endr. 03/12	Pst. endr. 03/12
Helse Sør-Øst	36 913	39 907	40 074	167	0,4 %	3 161	8,6 %
Helse Vest	12 095	13 087	13 325	238	1,8 %	1 230	10,2 %
Helse Midt-Norge	9 001	14 489	14 713	224	1,5 %	5 712	63,5 %
Helse Nord	8 578	8 050	8 602	552	6,9 %	24	0,3 %
Sum	66 587	75 533	76 714	1 181	1,6 %	10 127	15,2 %

Kilde: Årsregnskap regionale helseforetak

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i sykehusene. Midler til investeringer inngår derfor i basisbevilgningen og ikke som øremerkede tilskudd. Enkelte større prosjekter kan delfinansieres ved låneopptak gjennom Helse- og omsorgsdepartementet.

Styringssystemet for investeringer bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet nivå, slik at investeringer skjer i samsvar med overordnede helsepolitiske mål og innen aksepterte ressursrammer. For prosjekter over 500 mill. kroner skal resultater og vurderinger etter endt konseptfase legges fram for departementet, sammen med ekstern kvalitetssikring.

Kostnader som følge av slitasje og elde på bygg og utstyr kommer fram som avskrivninger i foretakenes regnskaper, og reflekterer dermed tidligere års investeringer. For å opprettholde verdien på foretakenes eiendeler må de årlige investeringene over tid være lik de årlige avskrivningene. Mens avskrivningskostnaden er en relativt stabil størrelse, vil de årlige investeringene kunne variere avhengig av hvilke store utbygginger som pågår. Etter at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten har investeringstakten vært høy

og har ført til at verdien av bygg og utstyr i helseforetakene har økt. I 2012 investerte helseforetakene for om lag 7,1 mrd. kroner i bygg og utstyr. Hensyntatt av- og nedskrivninger samt salg og korrigeringer i balansen, innebar dette at verdien på helseforetakenes driftsmidler økte med nær 1,2 mrd. kroner i 2012.

Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble det foretatt en verdsetting av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr. Verdien på sykehuses bygg og utstyr har økt med om lag 10,1 mrd. kroner nominelt i perioden 2003 til 2012. Det er store variasjoner mellom de regionale helseforetakene. Helse Nord er den regionen hvor verdien av bygg og utstyr har hatt den laveste økningen i perioden. Det er satt i gang og planlegges flere større byggeprosjekter i regionen og Helse Nord er den regionen hvor verdien av bygg og utstyr har økt mest i 2012.

Oppgradering og fornying av bygningsmassen er en kontinuerlig prosess for å tilpasse bygg til dagens drift og for å få en mer funksjonell bygningsmasse. Helseforetakene må prioritere sine investeringsplaner innenfor tilgjengelige økonomiske og finansielle rammer.

De regionale helseforetakene har langtidsbudsjetter som viser at de ønsker å øke investeringsnivået framover. For å legge til rette for nød-

vendige investeringer og gi helseforetakene større fleksibilitet, kan lånerammen økes fra 50 pst. opptil 70 pst. av forventede prosjektkostnader for kvalitetssikrede prosjekter, og avdragstiden kan økes fra 20 til 25 år. Økt fleksibilitet når det gjelder lån og midler i basisrammen gir de regionale helseforetakene et godt handlingsrom for planlegging og gjennomføring av større investeringer.

I 2012 ble det utbetalt 2 050 mill. kroner i investeringslån til utbygging av nytt Østfoldsykehus, investeringstiltak ved omstillingen ved Oslo universitetssykehus, nytt barne- og ungdomssenter ved Haukeland i Helse Bergen, kunnskapssenter ved St. Olavs Hospital, modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset i Bodø, nytt lokalsykehus ved Nordlandssykehuset i Vesterålen, og ny A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, jf. omtale under kap. 732, post 82. Kunnskapssenteret ved St. Olavs Hospital ble offisielt åpnet i september 2013.

Økonomiske langtidsplaner

Da regjeringen tiltrådte i 2005 var det store underskudd i helseregionene. Dette ga redusert evne til investeringer og langsiktig planlegging. Denne situasjonen er rettet opp og alle helseregioner er nå i økonomisk balanse. Økte rammer og bedret budsjettkontroll gir spesialisthelsetjenesten en bedre investeringskraft. Dette er nødvendig med tanke på behovene for nye sykehusbygg, medisinskteknisk utstyr og IKT. Styrene for de regionale helseforetakene behandler årlig økonomisk langtidsplan. Planer for 2014 og framover ble behandlet vår/sommer 2013. De økonomiske langtidsplanene bygger på vedtatte strategier i de regionale helseforetakene, som igjen baseres på nasjonale strategier og føringer, og gjeldende økonomiske rammebetingelser.

De regionale helseforetakene forvalter betydelige beløp på vegne av samfunnet, for å sikre gode spesialisthelsetjenester. Langsiktig planlegging og prioriteringer er en forutsetning for å sikre gode sykehustjenester. De regionale helseforetakene legger gjennom sine langtidsplaner til rette for at helseforetakene kan nå målene for pasientbehandlingen. Langtidsplanene tar videre hensyn til hvordan befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, utvikling innen medisinsk teknologi og forventningene til helsetjenestene vil påvirke behov og etterspørsel etter helsetjenester. Videre gjøres det prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, bygg og utstyr, IKT og annen viktig infrastruktur, samt hvordan helse-

foretakene kan utvide og tilpasse tjenestene for å møte utfordringer innenfor de økonomiske rammen. Det er gjennom god styring og god drift at helseforetakene legger grunnlaget for en bærekraftig utvikling og forbedring av behandlingstilbudet. De regionale helseforetakene har ansvar både for drift og investeringer og må planlegge langsiktig og se dette i sammenheng. Økonomisk kontroll er viktig for en stabil og forutsigbar drift, utvikle pasientbehandlingen og sørge for handlingsrom til nye investeringer. Økonomisk kontroll er helt nødvendig, både for å kunne nå faglige mål og for å kunne gjennomføre investeringsplanene. Ev. overskridelser av budsjettene medfører redusert handlingsrom for investeringer og utvikling av helsetilbudet. Siden 2005 har bevilgningene økt betydelig, og dette har bidratt til en bedret økonomisk utvikling i spesialisthelsetjenesten. Budsjettet for 2014 legger opp til en videre økning som er med å legge grunnlaget for ambisiøse investeringsplaner.

Det er behov for å kunne oppdatere planer og ha tilstrekkelig fleksibilitet i investeringsprosjektene til å endre innholdet underveis i planlegging og bygging av nye byggeprosjekter, for å ta høyde for endringer f.eks. som følge av nye behandlingsmetoder og ny teknologi. Planene oppdateres derfor årlig.

De regionale helseforetakenes formål med økonomiske langtidsplaner er å gi egne helseforetak forutsigbarhet i strategiske planleggingsprosesser. Dessuten skal planene avklare det økonomiske mulighetsrommet på regionalt nivå for investeringer og utbyggingsprosjekter. De økonomiske langtidsplanene avstemmes mot helseforetakenes økonomiske handlingsrom, utfordringer og planer.

Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF har i langtidsplanperioden 2014–2017 budsjettet med 4,1 mrd. kroner til investeringer i medisinskteknisk utstyr (MTU). Dette representerer et betydelig løft i MTU-investeringene, og vil redusere gjennomsnittlig alder på utstyrsparken fra 9,8 år ved inngangen til 2013 med 2,4 år i løpet av perioden 2014–2017. Økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst omfatter til sammen 5,5 mrd. kroner i regionale IKT-programmer i perioden 2014–2017. Satsingsområdene for disse investeringene er klinisk dokumentasjon, laboratoriedatasystemer, radiologisystemer, digital samhandling, virksomhetsstyring og IKT-plattform/-infrastruktur.

I langtidsplanperioden 2014–2017 har Helse Sør-Øst budsjettert med investeringer for 9,7 mrd. kroner i bygg og eiendom.

Prosjekter under gjennomføring:

- Prosjekt nytt Østfoldsykehus. Prosjektet omfatter nytt sykehus på Kalnes og oppgradering av Moss sykehus.
- Samlokalisering fase I ved Oslo universitetssykehus inklusiv nytt akuttmottak og investeringer ved Samhandlingsarena Aker.
- Operasjonsstueprosjektet Kristiansand ved Sørlandet sykehus.
- Ny sykehusfløy ved Sunnaas sykehus. Prosjektet er vedtatt satt i gang og tilbud behandles nå.

Prosjekter under planlegging:

- Nybygg psykiatri ved Sørlandet sykehus (konseptfase).
- Tønsbergprosjektet (7. byggetrinn inkl. nytt akuttpsykiatribygg og Bupa) ved Sykehuset i Vestfold HF (konseptfase).
- Nytt felles sykehus i Vestre Viken. Helse Sør-Øst har prioritert Vestre Viken som første store sykehusbygg i regionen etter nytt Østfoldsykehus.
- I tillegg pågår det planleggingsarbeid for nytt sykehus ved Sykehuset Innlandet, samt utbyggingplaner knyttet til Oslo universitetssykehus.

Når det gjelder nytt sykehus i Vestre Viken viser departementet til føringer gitt i foretaksmøte 31. januar 2012 og presiseringer i brev av 7. juni 2013.

Helse Vest

Helse Vest RHF har utarbeidet langtidsbudsjett for perioden 2014–2018. I plangrunnlaget for utarbeiding av langtidsbudsjettet inngår vurdering av hvordan behovet for tjenester utvikler seg, nasjonale og regionale føringer, herunder de føringene som følger av Helse Vest sin strategi Helse 2020.

Det er foretatt en gjennomgang i alle helseforetakene av hvordan føringer og planer er integrert og tatt høyde for ved utarbeidelsen av langtidsbudsjettet. Helse Vest oppgir at helseforetakene har flere store investeringsønsker i årene som kommer og det er derfor nødvendig at foretaksgruppen klarer å skape positive resultat, slik at en klarer å håndtere investeringene.

Helse Vest har stor investeringsaktivitet og omfattende planer for å forbedre og oppgradere bygninger og utstyr, IKT mv. Årlig investeringsaktivitet ligger på 1,6–1,8 mrd. kroner. Det er lagt til grunn årlige investeringer på 210–330 mill. kroner

i medisinskteknisk utstyr og 220–260 mill. kroner i IKT i planperioden.

Prosjekter under gjennomføring:

- Nytt distriktpspsykiatrisk senter på Kronstad i Bergen. Åpnet 13. mai i år.
- Nytt barne- og ungdomssenter fase I ved Haukeland universitetssykehus i Helse Bergen. Planlagt ferdigstilt i 2015.
- 10 nye operasjonsstuer for dagkirurgi og thoraxkirurgi ved Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen. Tatt i bruk september 2013.
- Ombygging av mottaksklinikk ved Haukeland universitetssykehus i Helse Bergen. Planlagt oppstart i 2013 og ferdigstilling ultimo 2016.
- Prosjektet Stavanger DPS under oppføring. Planlagt ferdigstilt i 2014.
- Nytt sengebygg sør ved Haukeland universitetssykehus i Helse Bergen.

Prosjekter under planlegging:

- Nytt barne- og ungdomssenter fase II (mor-/ barnsenter) ved Haukeland universitetssykehus i Helse Bergen. Konseptfaseutredninger gjennomføres. Helse Vest RHF sine resultater og vurderinger av konseptfasen, inkl. ekstern kvalitetssikring, ventes oversendt departementet i løpet av høsten 2013. Planlagt byggestart 2015/2016.
- Stavanger sykehus. Det pågår arbeid med utviklingsplan for Helse Stavanger som inkluderer plan for utvikling av bygningsmassen. Et alternativ er bygging av et helt nytt sykehus i Stavanger til erstatning for dagens sykehus. Det vurderes å inkludere dette i investeringsplanen med ønsket oppstart i 2016.

Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF har vedtatt en langtidsplan og -budsjett for perioden 2014–2019, som vil være et sentralt virkemiddel for å sikre gode spesialiserte helsetjenester for befolkningen. Helse Midt-Norges Strategi 2020 er førende for prioriteringene i langtidsplanen.

Helse Midt-Norge har vektlagt behovet for langsiktighet og en bærekraftig økonomi. For å møte befolkningens behov legges det i langtidsperioden vekt på tilstrekkelige investeringer i IKT og medisinskteknisk utstyr. Satsingen på kompetansebygging, forskning, utvikling og innovasjon videreføres.

I Helse Midt-Norges IKT-strategi og handlingsplan 2013–2018 vektlegges sammenhengen

mellom kjerneaktiviteten i sykehusene og utvikling av virksomheten. Ved standardisering av arbeidsprosesser og pasientforløp som støttes av en ny generasjon IKT-systemer, herunder en strukturert felles pasientjournal, skal investeringene i IKT i langtidsperioden bidra til bedre pasientsikkerhet og kvalitet i behandlingsforløpene.

Helse Midt-Norge oppgir at for å kunne realisere de totale investeringsplanene i langtidsperioden, herunder nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal og psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital, må det gjennomføres omstillinger for å oppnå positive resultater i langtidsperioden. I tillegg til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal og bygg for psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital HF har Helse Midt-Norge konkrete investeringsplaner for mellom 800 mill. kroner og 650 mill. kroner årlig i perioden 2014–2019. I løpet av langtidsperioden er det bl.a. satt av 1,5 mrd. kroner til IKT og 1,8 mrd. kroner til medisinskteknisk utstyr.

Prosjekt under gjennomføring:

- Slutføring av Kunnskapscenteret ved St. Olavs Hospital. Åpnes høsten 2013.

Prosjekter under planlegging:

- Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal.
- Nybygg innen psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital HF.

Samtidig skal foretaksgruppens totale bygningsmasse utvikles og vedlikeholdes. Regionen starter arbeidet med å ta igjen opparbeidet etterslep for vedlikehold av bygninger i langtidsperioden.

Helse Nord

Helse Nord RHF har vedtatt Plan 2014–2017, inkl. rullering av investeringsplanen som har et lenger perspektiv. Langtidsplan for Helse Nord 2014–2017 beskriver helseforetaksgruppens viktigste mål, føringer og hvordan målene skal nås. Dokumentet gir rammer og prioriteringer som helseforetakene skal bruke i sitt langsiktige planarbeid. Langtidsplanen viser at Helse Nord planlegger å investere for 1,5 mrd. kroner hvert år de neste årene.

Helse Nord ønsker både å øke og fremskynde investeringer og øke driftsnivået, men Helse Nord oppgir at dette vil avhenge av den økonomiske utviklingen i helseregionen.

Prosjekter under gjennomføring:

- Nytt sykehus i Vesterålen. Ferdigstilles i 2014.
- Nybygg og renovering ved Nordlandssykehuset i Bodø. Ferdigstilles i 2018. Det største

byggetrinn, K-blokka, ferdigstilles og tas i bruk i 2015.

- Ny A-fløy ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. I drift 1. kvartal 2016.
- Nytt pasienthotell ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, inkl. to ekstra etasjer. Ferdigstilles våren 2015.
- Nybygg Kirkenes. Konseptplaner er vedtatt og byggestart er planlagt i 2014.
- Regionalt IKT-prosjekt for felles innføring av kliniske systemer (Fiks) og tilhørende infrastruktur. Ferdigstilles 2016.

Prosjekter under planlegging:

- Base for ambulanshelikopter Nordre Nordland/Sør-Troms. Planlagt etablering 2. halvår 2014.
- Spesialistsenteret Karasjok. Planlagt byggestart 2014.
- Pet-senter Tromsø. Planlagt byggestart 2016–2017.
- Bygg for psykisk helse og medisinskteknisk utstyr i Alta, med sikte på bl.a. MR, CT og øyespesialisttjenester. Planlagt byggestart 2015.
- Nybygg Narvik. Planlagt byggestart 2018, med full effekt fra 2019.
- Nybygg Hammerfest. Helse Nord ønsker en avklaring knyttet til videre planer innen 2015.
- Utredning av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta/Vest-Finnmark, med sikte på blant annet MR, CT og øyespesialisttjenester.

Med bakgrunn i det utvidede helsesamarbeidet med Russland og økende grensepasseringer, er departementet opptatt av at det nye sykehuset i Kirkenes tilpasses sin viktige rolle i grenseområdene. Departementet vil ha videre dialog med Helse Nord om dette prosjektet.

Oppsummering av langtidsplanene

Investeringsplanene slik de nå foreligger er ambisiøse. For at de skal kunne gjennomføres forutsettes det god økonomisk kontroll i helseregionene og at nødvendig investeringslån blir gitt av Stortinget.

Samlet viser helseforetakenes langtidsplaner at det planlegges med et investeringsnivå på om lag 9 mrd. kroner årlig den neste fireårsperioden. Det er planlagt IKT-investeringer for 7 mrd. kroner og investeringer i medisinskteknisk utstyr for 5,5 mrd. kroner. Helseforetakenes planer bygger på tidligere rammebetingelser knyttet til investeringer.

Regjeringen vil gi de regionale helseforetakene mulighet for inntil 70 pst. låneandel til eksternt kvalitetssikrede prosjekter over 500 mill. kroner, med opptil 25 års nedbetalingstid. I tillegg økes de regionale helseforetakenes basisbevilgning betydelig i 2014. Dette vil, alt annet likt, legge til rette for at en del planlagte investeringsprosjekter kan realiseres raskere. Det legges til grunn at de regionale helseforetakene legger de nye forutsetningene til grunn i sitt planarbeid.

Iht. gjeldende planleggingsregime sender de regionale helseforetakene inn kvalitetssikrede prosjekter til departementet for vurdering. Denne kvalitetssikringen av konseptvalg (KSK) gjelder investeringer over 500 mill. kroner og tilsvarer KS1 for statlige investeringer. Hvis prosjektene tilfredsstillende disse kravene, inkludert krav til økonomisk bæreevne i helseregionen, vil departementet vurdere å foreslå investeringslån. Ev. tildeling av investeringslån til nye enkeltprosjekter avhenger av det økonomiske handlingsrommet og vil bli vurdert i forbindelse med de enkelte års budsjettframlegg. Med basis i de regionale helseforetakenes langtidspaner ser det per høsten 2013 ut til at prosjektene nedenfor vil kunne ha en framdrift som gjør at de vil kunne bli lagt fram for departementet innenfor gjeldende planleggingsregime i perioden 2014–2017. Departementet vil samtidig understreke forbeholdene som må tas om en slik liste, bl.a. med basis i de regionale helseforetakenes ansvar for prioritering av både investeringer og drift, hensynet til økonomisk bærekraft, forskyvninger i tidsplanene og prioriteringer i det enkelte budsjettår:

- Nybygg psykiatri ved Sørlandet sykehus HF.
- Tønsbergprosjektet (7. byggetrinn inkl. nytt akuttpsykiatribygg og barne og ungdomspsykiatrisk avdeling) ved Sykehuset i Vestfold HF.
- Nytt felles sykehus i Vestre Viken.
- Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal.
- Psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital HF.
- Nytt barne- og ungdomssenter fase II (mor-/ barnsenter) ved Haukeland universitetssykehus i Helse Bergen.
- Nytt sykehus i Stavanger.
- Nybygg Kirkenes.
- Nytt sykehus i Narvik.

Utover det som foreligger i foretakenes langtidspaner, utredes også:

- Ev. ny enhet med særskilt høyt sikkerhetsnivå, jf. at lov om psykisk helsevern §4a-2 åpner for at slik enhet kan etableres i Norge.

- Protonsentre for hver enkelt helseregion i tråd med oppdrag fra foretaksmøte basert på rapport fra Helse Vest, Helsedirektoratet og de øvrige regionale helseforetakene. Arbeidet skal ledes av Helse Vest.

Oppfølging av tiltak for en framtidsrettet sykehussektor

I forbindelse med felles foretaksmøte for de regionale helseforetakene i januar 2013, ble det lansert ti grep for en framtidsrettet sykehussektor:

Lengre åpningstid ved sykehusene

I foretaksmøtene i mai 2013 ble de regionale helseforetakene bedt om å legge til rette for å utvide sykehusenes åpningstid for planlagt virksomhet. Hensikten er både å utnytte behandlingsskapasiteten bedre og gi bedre service og tilgjengelighet til pasientene. Gjennomføring av styringskravet må følges opp med drøfting mellom arbeidstakerorganisasjonene og Spekter ved hovedtariffforhandlingene våren 2014. Det skal også settes i gang bedre rutiner for innkalling til og påminnelse om timer for å redusere antallet som ikke møter til undersøkelse og behandling.

Etablere heltidskultur og redusere bruken av deltid blant helsepersonell

Sykehusene og regionene har de seneste årene, i et gjensidig samarbeid med arbeidsgiverorganisasjonene og Spekter, arbeidet systematisk og godt for å redusere bruk av deltid. Heltid er viktig både for å bygge og utnytte kompetanse og kapasitet, og for å sikre kontinuitet og pasientsikkerhet. Det er også et viktig tiltak for å utvikle trygge og attraktive arbeidsplasser.

Bedre og smartere oppgavedeling mellom ansatte i sykehusene

Dette betyr at arbeidsoppgaver som tidligere har vært tilknyttet en særskilt profesjon, også skal kunne utføres av andre yrkesgrupper for bedre utnyttelse av samlet kompetanse og ressurser. Det er gitt oppdrag til Helsedirektoratet og Kunnskapsdepartementet om å innhente kunnskap om oppgavedeling i Norge og andre land. Direktoratet skal også gjøre en vurdering av om endret oppgavedeling på gitte områder vil kunne bidra til å redusere flaskehals og dermed ventetider. De ulike profesjonsorganisasjonene er invitert til et samarbeid om hvordan endret oppgavedeling kan gjennom-

føres på en måte som ivaretar kvalitet og pasient-sikkerhet.

Avvikle kvotefordeling av legestillinger

Systemet med søknadsprosesser og kvotefordeling av legestillinger ble opphevet med virkning fra 1. juli 2013. Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammene som er stilt til disposisjon. Med tanke på utilsiktede virkninger, bes de regionale helseforetakene om å følge tett utviklingen etter at kvotetildelingen er avviklet, herunder medvirke til forsvarlig legedekning i lokalsykehus og i kommunene. Helsedirektoratet skal, i samarbeid med de regionale helseforetakene, etablere et modernisert system for monitorering, framskrivning og analyse av utviklingen i legestillingene i kommunene og sykehusene for å få riktig utdanningskapasitet og bruk av legeressursene.

Fjerne unødvendig rapportering

Sintef har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging av registrering, dokumentasjon og rapportering i spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen ble gjennomført i samarbeid med tre arbeidstakerorganisasjoner og Spekter. Undersøkelsen har ikke identifisert konkrete områder med unødvendig dokumentasjon og rapportering, men viser at den totale arbeidsbelastningen på ledere er for høy, at IKT-systemene ikke er optimale og at det mangler mulighet for å ta ut rapporter og anvende allerede rapporterte data. Departementet vil gi Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre en mer detaljert kartlegging for å få kunnskap om hvilken type dokumentasjon som blir etterspurt, og av hvem. Departementet vil gjennomgå styringsdokumenter for 2014 med sikte på forenkling og færre krav, og vil henstille underliggende enheter og de regionale helseforetakene om tilsvarende prosess.

Raskere diagnostisering ved alvorlig sykdom

Nasjonal kreftstrategi 2013–2017 har som et viktig delmål at det skal etableres gode systemer for rask og presis utredning og diagnostikk. Sykehusene må legge til rette for effektiv utredning der flest mulig undersøkelser kan gjennomføres og besvares innenfor et kort tidsrom. Det vil i 2013 bli etablert piloter med diagnosesentre for pasienter med uklare symptomer og mistanke om kreft eller annen alvorlig sykdom ved Universi-

tetssykehuset i Nord-Norge og Akershus universitetssykehus. Dersom forsøkene er vellykkede, vil slike sentre bli etablert ved flere sykehus. Det skal opprettes tverrfaglige prostataentre for god og effektiv utredning av pasienter med prostatakreft i alle helseregioner.

HelseOmsorg 21

Det er etablert et topplederforum for HelseOmsorg21 som skal være en sentral møteplass for samordning og samarbeid om forskning, utvikling og innovasjon. Helseforetakene er representert i forumet. Forumet skal bidra i utarbeidelsen av en HelseOmsorg21-strategi. Strategien skal dekke hele verdikjeden fra grunn- og anvendt forskning til innovasjon og kommersialisering innenfor helse og omsorg. Forumet og de regionale helseforetakene vil ha en sentral rolle i oppfølgingen av strategien.

Nye metoder for prioritering

Helseregionene har etablert de regionale helseforetakenes bestillerforum som skal beslutte hvilke nye metoder som skal prioriteres for nasjonal metodevurdering. Forumet vil bidra til mer rettferdig prioritering av hvilke nye metoder som skal tas i bruk. Beslutningen om hvilke nye metoder som skal tas i bruk skal koordineres med nasjonale retningslinjer for behandling som utarbeides i regi av Helsedirektoratet.

Sterkere samordning på tvers av regionene

Helseforetaksloven er endret. Det åpner for at regionene kan eie helseforetak sammen, og at helseforetak kan ha andre primær oppgaver enn å drive sykehus. Dette gjør det lettere å organisere oppgaver på nasjonalt nivå for å oppnå gevinster av samordning på tvers av regionene. De regionale helseforetakene utreder nå felles organisering av strategisk samarbeid på IKT-området, sykehusplanlegging og større innkjøp, og skal rapportere fra arbeidet til departementet i løpet av 2013.

God ledelse ved sykehusene

Helseregionene og sykehusene skal tilrettelegge for opplæring og oppfølging slik at ledere på alle nivåer har nødvendig kompetanse og støtte til å ivareta sitt lederansvar.

Det gjøres mye godt arbeid for å utvikle ledelse og ledere i sykehusene. Et prioritert

område er å styrke de lederne som arbeider direkte med pasienter og brukere.

Dette er fulgt opp i rundskriv I-2/2013 Ledersvaret i sykehus som viser til at sykehusets hovedoppgaver er å yte god pasientbehandling, utdanne helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-8. Det er ledelsens ansvar å sørge for at alle deler av virksomheten er rettet inn mot å ivareta disse oppgavene på en god måte innenfor de rammer som er gitt. Det er avgjørende at ledere på alle nivåer, fra førstelinjeleder nærmest pasienter og brukere til øverste leder, tar dette ansvaret.

Særskilte satsingsområder i 2014

For 2014 skal styringskravene i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene og i foretaksmøtet i større grad sees i sammenheng. Det er også et mål å redusere antall styringskrav som det skal rapporteres på.

Styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte vil for 2014 samles i følgende hovedområder:

- kvalitet og pasientsikkerhet
- tilgjengelighet og brukerorientering
- personell, utdanning og kompetanse
- forskning og innovasjon
- økonomi og aktivitet
- organisatoriske krav
- sterkere samordning på tvers av regionene

Kvalitet og pasientsikkerhet

Et sentralt mål er å sikre høy kvalitet i diagnostikk, behandling og oppfølging og et likeverdig tilbud nasjonalt. Dette krever bedre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehus og mellom sykehus og kommuner. F.eks. er det på rusfeltet nødvendig å utvikle behandlingstilbudenes innhold og legge til rette for bedre pasientforløp fra utredning, avrusning, behandling og rehabilitering. I omstillingsprosessen i psykisk helsevern forutsettes spesialisthelsetjenesten å samarbeide med kommuner og brukerorganisasjoner, slik at alle brukergrupper sikres et minst like godt tilbud etter omstilling.

Nasjonal kreftstrategi 2013–2017 skal legges til grunn for tilbudet til kreftpasienter.

Kvalitetsforbedring forutsetter systematisk arbeid som er godt forankret hos ledelsen på alle nivåer. Det må utvikles en kultur for kvalitetsforbedring og læring, bedre rutiner for å forebygge og lære av feil, og større systematikk i å ta i bruk

kunnskap og faglige retningslinjer. Standardiserte pasientforløp vil kunne bedre kvaliteten på mange områder. De pasientadministrative systemene må videreutvikles slik at de kan følge det enkelte pasientforløp på en bedre måte. Det må utvikles gode mål på kvalitet, og resultatene må etterspørres på alle nivåer. Nasjonale medisinske kvalitetsregistre bør utnyttes bedre.

Det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet settes i verk fra 2014. For at programmet skal kunne føre til en målbar reduksjon i antallet uønskede hendelser, må tiltakene i programmet bli en integrert del av den daglige virksomheten, jf. kap. 725.

De regionale helseforetakene skal utnytte mulighetene som ligger i informasjonsteknologi for å oppnå bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk i tjenesten. Regjeringens hovedmål er én innbygger – én journal, jf. Meld. St. 9 (2012–2013). Samtidig legges det vekt på å fullføre pågående prosjekter som elektronisk meldingsutveksling, e-resept, nasjonal helseportal (helsenorge.no), kjernejournal og nasjonal strategi for helseregistre.

De regionale helseforetakene skal, i samarbeid med Helsedirektoratet, Statens Legemiddelverk og Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, videreutvikle og implementere nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

Tilgjengelighet og brukerorientering

Det systematiske arbeidet i sykehusene for kortere ventetid og færre fristbrudd skal videreføres. Det samme gjelder målet om at 80 pst. av pasienter med kreft skal få behandling innen 20 virkedager etter at henvisningen er mottatt. Kapasiteten i spesialisthelsetjenesten må være tilstrekkelig til å møte behovene på ulike områder, f.eks. innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og kreftbehandling. Den samlede behandlingsskapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal økes. De regionale helseforetakene skal kjøpe mer behandlingsskapasitet innen rus fra ideelle virksomheter. Det er en målsetting å øke antall plasser med om lag 200 totalt i de fire helse-regionene, og den økte kapasiteten skal rette seg mot pasienter med samtidige rus- og psykiske lidelser, pasienter med behov for akutt- og abstinensbehandling, gravide eller småbarnsfamilier med rusproblemer og unge med omfattende hjelpebehov. Kjøp av plasser fra ideelle virksomheter forutsettes gjort i tråd med gjeldende regelverk for offentlige anskaffelser. Denne prosessen vil ta noe tid. Det

legges til grunn at avtaler inngått med ideelle virksomheter kan gjøres gjeldende i løpet av 2014. Sykehusene må også legge til rette for effektiv utredning der flest mulig undersøkelser kan gjennomføres og besvares innenfor et kort tidsrom, og det må arbeides systematisk for å eliminere flaskehals.

Pasientenes tilbakemeldinger, f.eks. i form av brukererfaringsundersøkelser, må brukes aktivt til forbedring av tjenestetilbudet.

Personell, utdanning og kompetanse

Der regionale helseforetakene og sykehusene må ha oversikt over det framtidige behovet for ulike personellkategorier og ha planer for rekruttering, kompetanseutvikling og bedre bruk av personell. Sykehusene skal være attraktive og utviklende arbeidsplasser. De regionale helseforetakene må ivareta sin rolle overfor utdanningssektoren. Det er viktig å utnytte samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og utdanningsinstitusjonene i dette arbeidet. Det er et mål å etablere flere praksisplasser for helsefagarbeidere i sykehusene.

Legenes spesialistutdanning er til revisjon. Utdanningen skal innrettes i tråd med reformer som er vedtatt for å rette tjenestene inn mot befolkningens og tjenestenes behov. Utdanningen skal også gjenspeile endret kompetansebehov som følge av utviklingen i tjenestene og de medisinske fagene. Direktoratet har utarbeidet forslag til en framtidig spesialistutdanning. Forslaget skal konsekvensutredes i regi av Helsedirektoratet. Turnustjenesten for leger ble endret i 2013. De siste årene har antall søkere oversteget antall tilgjengelige stillinger. Departementet har bedt Helsedirektoratet om å vurdere om det er behov for flere turnusstillinger for leger i helse- og omsorgstjenesten primo januar 2014.

Forskning og innovasjon

Det er viktig å styrke tjenesterelevant og pasientnær klinisk forskning, helsetjenesteforskning og innovasjon. Prosjekter bør derfor vurderes både ut i fra forskningskvalitet og ut i fra nytte for tjenesten og pasientene. Det er også et mål å inkludere flere pasienter i kliniske studier. Det må utvikles bedre systemer for spredning av forskningsresultater og innovasjoner for å sikre kunnskapsbaserte og effektive tjenester. Brukere skal inkluderes aktivt i utformingen av forsknings- og innovasjonsprosjekter. Utprøvende behandling skal tilbys iht. nasjonale prinsipper for utprøvende

behandling, slik disse er presentert i Meld. St. 10 (2012–2013).

Økonomi og aktivitet

Det forutsettes at drift og videreutvikling skjer i tråd med den nasjonale helsepolitikken og innenfor de rammene som er fastlagt, både økonomisk og juridisk. I budsjettforslag 2014 er det lagt til rette for en generell aktivitetsvekst opp mot 2,3 pst. Veksten er regnet på nasjonalt nivå fra anslag for 2013, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2013. Det er lagt til rette for en vekst på 6 pst. innenfor offentlig poliklinisk virksomhet og om lag 1,6 pst. innenfor pasientbehandling som omfattes av Innsatsstyrt finansiering (ISF).

Organisatoriske krav

Departementet har i 2013 pekt på styrenes ansvar for å sikre at organisering av virksomheten og disponering av lederressurser er i samsvar med god faglig praksis. Det er styrets og eiers ansvar å organisere virksomheten slik at pasientene tilbys kvalitativt gode tjenester. Styringen må bl.a. ta utgangspunkt i objektive målbare data som kan sammenliknes på tvers av virksomheter. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å samarbeide om et opplegg for hvordan styrene for helseforetakene, på en mer systematisk måte enn i dag, kan gjennomføre årlig gjennomgang av virksomheten, basert på foreliggende, sammenliknbar nasjonal statistikk.

Det er en målsetting at alle helseforetak skal ha løsninger for elektronisk meldingsutveksling i løpet av 2014. De regionale helseforetakene skal i 2014 arbeide videre med innføringen av e-resept på sykehusene og forbereder for innføring av nasjonal kjernejournal. De regionale helseforetakene skal videre bidra i videreutviklingen av nasjonal helseportal.

Sterkere samordning på tvers av regionene

I arbeidet med nasjonal samhandling og standardisering har de regionale helseforetakene vurdert felles nasjonale organisasjonsløsninger for arbeidet med sykehusbygg, IKT og innkjøp. De regionale helseforetakene er bedt om å utrede etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging. Utredningen skal bygge på eksisterende samarbeid innen eiendomsområdet og det er lagt til grunn at etablering av et nytt foretak ikke skal endre etablerte eier- og ansvarsforhold for forvaltning og utvikling av eiendommene i helseforeta-

kene. De regionale helseforetakene utreder også etablering av et felles helseforetak for strategisk samarbeid på IKT-området.

De regionale helseforetakene har satt i gang et prosjekt med sikte på å få fram gevinster av et nasjonalt samarbeid om innkjøp. Dette skal forsterke satsingen som bl.a. ble satt i gang gjennom etableringen av Helseforetakenes innkjøpsservice AS (Hinas) i 2003. I fase 2 har prosjektet søkt å identifisere områder hvor det ut fra et kvalitets- og kostnadsperspektiv er hensiktsmessig å samarbeide på tvers av regionene. Det skal lages en plan for hvordan definerte områder for samarbeid og standarder bør implementeres og det vil bli vurdert hvilke løsninger som bør velges for organisering av det nasjonale samarbeidet.

Etter styrebehandling av utredningene i de regionale helseforetakene høsten 2013 vil det rapporteres tilbake til departementet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som er finansiert i 2012 eller 2013. Det foreslås bevilget 9,2 mill. kroner.

Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet måler Nifu (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning) forskningsaktiviteten i helseforetakene. Måleresultatene ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av øremerket tilskudd til forskning over kap. 732, post 78. Oppdraget til Nifu inkluderer også videreutvikling av målesystemet for forskning i de regionale helseforetakene. Fra 2012 brukes Nasjonal vitenskapsindeks (NVI) for rapportering av vitenskapelige publikasjoner i CRISStin, et felles forskningsdokumentasjonssystem for universitets-, høyskole- og institutt- og helsesektoren.

Rapportering i spesialisthelsetjenesten

Sintef har på oppdrag av Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging av registrering, dokumentasjon og rapportering i spesialisthelsetjenesten. Det vises til nærmere omtale av prosjektet under Oppfølging av tiltak for en framtidsrettet sykehussektor.

Evalueringer av de regionale helseforetakene

BDO AS og Telemarksforskning har gjennomført en kartlegging av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk. Agenda Kaupang AS har gjennomført en evaluering av rolle og funksjon for styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Evalueringene vil inngå i videre arbeid med forbedringer i helseforetaksmodellen.

Post 70 Særskilte tilskudd

Hovedregelen er at basisbevilgningen til regionale helseforetakene budsjetteres over post 72–75. Særskilte forhold gjør det nødvendig å bevilge midler over en felles post 70. Det foreslås å bevilge 630,7 mill. kroner i 2014 til tilskudd som er omtalt under.

Ny nasjonal strategi for kreftområdet

Helse- og omsorgsdepartementet har lagt fram en nasjonal kreftstrategi Sammen mot kreft, Nasjonal kreftstrategi 2013–2017 som skal bidra til å bedre kvaliteten i norsk kreftomsorg. Strategien er utarbeidet på bakgrunn av bidrag fra fagfolk, brukere og representanter for tjenesten. Kreftforeningen har hatt en viktig rolle i arbeidet med strategien. Målene i strategien må konkretiseres og tiltakene må gjennomføres av helsemyndighetene og de ulike deler av helse- og omsorgstjenestene innenfor deres økonomiske rammer og ansvarsområder.

De fem hovedmålene i kreftstrategien er:

- En mer brukerorientert kreftomsorg
- Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp
- Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging
- Flere skal overleve og leve lenger med kreft
- Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende

Nedenfor følger omtale av ulike tilskudd til kreftområdet under post 70.

Midlene til Pusterom og Vardesentre foreslås videreført over post 72–75.

Prostatasentre

Prostatasentre vil kunne gi pasienter med symptomer på prostatakreft en rask avklaring av diagnose og god informasjon om videre oppfølging og behandling, og sette pasienten i stand til å ta infor-

merte valg. Som følge av Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013) ble det gitt tilskudd på 10 mill. kroner til etablering av prostatasentre i 2013. Midlene ble fordelt med 4 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF og 2 mill. kroner til de tre øvrige regionale helseforetakene. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 15,5 mill. kroner til videre drift i 2014, med følgende fordeling:

- 6,2 mill. kroner til minst to sentre i Helse Sør-Øst RHF
- 3,1 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 3,1 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 3,1 mill. kroner til Helse Nord RHF

Fra 2015 vil tilskuddet til prostatasentre bli flyttet til kap. 732, post 72–75.

Pilotprosjekt screening for tykk- og endetarmskreft

Målet for prosjektet er å oppdage kreftsykdommen på et tidlig stadium. På bakgrunn av erfaringene fra pilotprosjektet, skal det vurderes om det på lengre sikt skal startes opp et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft. På sikt mener man at screeningen på landsbasis kan redde opp til 300 liv hvert år.

Styringsgruppen for prosjektet ledes av Helse- og omsorgsdepartementet. Sekretariatet for prosjektet er i Kreftregisteret. To screeningsentre er i drift i Vestre Viken HF, Bærum sykehus og Sykehuset Østfold HF, Moss. Screeningsentrene tok imot de første deltakerne i april 2012. Et eget laboratorium for prøvebehandling er i drift ved Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet. Oppmøtet i prosjektet er som forventet. Det gjøres flere funn ved screening enn forutsatt (8 pst. versus 5 pst.). Følgeevaluering av prosjektet er startet opp med innsamling av data. Det er etablert et Safety and Monitoring Board med internasjonale, uavhengige eksperter for prosjektet.

I løpet av den fireårige pilotperioden skal etter planen 140 000 deltakere (50–74 år) fra alle Østfold-kommunene, Asker, Bærum og Ringerike inviteres. Følgeevalueringen løper parallelt med prosjektet. Videre utvikling av nødvendige IT-løsninger samt organisering og ledelse av prosjektet er nødvendig. Det foreslås et tilskudd på 40,9 mill. kroner til prosjektet, inkl. evaluering, i 2014.

Partikkelterapi

Helseregionene har, under ledelse av Helse Vest, utredet ulike muligheter for etablering av partikkelterapi som behandling i Norge. Rapporten

forelå i juni 2013. En ev. etablering av partikkelterapi i Norge vil være et betydelig løft for kreftpasienter og for pasientrettet forskning. Behandling med protoner og annen type partikkelterapi som alternativ til ordinær strålebehandling gjør det mulig å gi høyere stråledoser til dyptliggende svulstvev og tilsvarende lavere doser til nærliggende normalvev. Dette reduserer risikoen for langtidsskader av behandlingen og kan også gi økt helbredelse. Risikoen for langtidsskader gjelder særlig for barn. For barn vil derfor tilgang til partikkelterapi føre til mindre risiko for senskader, noe som gjør at flere kan leve som normalt etter kreftsykdom og være i stand til å fullføre skole og delta i arbeidslivet. Det ble i statsbudsjettet for 2013 gitt et tilskudd på 15 mill. kroner til planlegging av et ev. norsk senter for partikkelterapi. Arbeidsgruppen vurderer at regionale protonanlegg er en bedre løsning enn et stort nasjonalt protonanlegg. Begrunnelsen er at kompakte anlegg er teknologisk mer framtidrettet og gir større nærhet til pasientens bosted. Tilskuddet foreslås videreført med 15,5 mill. kroner i 2014 til videre utredning av regionale sentre for protonterapi gjennom et samarbeid mellom de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene vil komme tilbake til departementet med planer om regionale protonsentre.

Kreftregisteret

Kreftregisteret, en enhet i Oslo universitetssykehus HF, har som overordnet mål å etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom. Kreftregisterets hovedmål er registrering, forskning, rådgivning og informasjon, jf. Kreftregisterforskriften.

Kreftregisteret registrerer alle krefttilfeller samt en rekke forstadier til kreft i et landsdekkende register. Et mål er å sikre komplette data med høy kvalitet som kan brukes til helseovervåking, kvalitetssikring og forskning. Kvalitetsundersøkelser har vist en kompletthet av kreftdiagnoser på 98,8 pst. Cancer in Norway publiseres årlig, og inneholder data over alle krefttyper, fordelt på bl.a. kjønn, alder og fylke.

Kreftregisteret har, sammen med kliniske miljøer, etablert kvalitetsregistre for enkelte kreftformer. Disse registrene vil i tiden framover gi mer utfyllende og komplett informasjon om diagnostisk utredning, primærbehandling, sykdomsprogressjon, behandlingsintensjon, metoder og resultat. Slike data er nødvendige og verdifulle for forskning, for kvalitetssikring av at norske sykehus bruker de beste behandlingsmetoder og for å

sikre likt behandlingstilbud i hele landet. Åtte kvalitetsregistre har nasjonal status. Kreftregisteret driver forskning på risikofaktorer for kreftutvikling og progresjon, registerbasert klinisk forskning og forskningsbasert kvalitetssikring av diagnostikk og behandling.

Kreftregisteret har ansvar for masseundersøkelser (screening) som har til hensikt å forebygge kreftdød ved å oppdage kreftsykdom eller forstadier til kreftsykdom så tidlig som mulig. Det foreslås et tilskudd på 102,6 mill. kroner i 2014. Det vises til omtale av evaluering av Mammografi-programmet under kap. 780 Forskning.

Prosjekt Nordfjord sjukehus

Helse Vest RHF fikk i 2011 i oppdrag å gjennomføre et nasjonalt pilotprosjekt ved Nordfjord sjukehus for å utvikle et tidsmessig lokalsykehus for Nordfjord. Prosjektet har fått tilført 25 mill. kroner i 2011, 25,8 mill. kroner i 2012 og 26,7 mill. kroner i 2013. Arbeidet har vært organisert i et omfattende utviklingsprosjekt med styrings- og prosjektgruppe og flere arbeidsgrupper. Gruppene har hatt representanter fra kommunene i Nordfjordregionen, Helse Førde HF, Helse Vest RHF, brukere og ansatte. Det har også vært en faglig referansegruppe med nasjonal representasjon. Prosjektet har hatt som mål å utforme en framtidsrettet modell for Nordfjord sjukehus som gir et trygt tjenestetilbud til befolkningen i Nordfjordregionen, samtidig som den har overføringsverdi til andre lokalsykehus.

Det treårige utviklingsprosjektet ved Nordfjord sykehus avsluttes ved utgangen av 2013. De driftsmessige konsekvensene for Nordfjord sykehus som følger av prosjektet skal etter prosjektperioden kunne løses innenfor de økonomiske rammene som gjelder for Helse Vest. Styringsgruppa for utviklingsprosjektet har overlevert sluttrapport for prosjektet til Helse Vest RHF. Rapporten har vært på høring. Etter avsluttet høring, vil rapporten bli behandlet av styret i Helse Vest RHF. Med bakgrunn i høringsinnspillene vedrørende framtidens lokalsykehus gjør Helse Vest RHF en fornyet vurdering av om det er grunnlag for å etablere dagkirurgi ved Nordfjord sjukehus og ev. hvilke helsetjenester det vil inneholde. Denne saken vil også bli behandlet i styret i Helse Vest RHF senest desember 2013.

Sykestuefinansiering

Det foreslås å videreføre tilskuddet til sykestuene i Finnmark med 8,9 mill. kroner i 2014. Kravene til

registrering og rapportering av pasientbehandlingen til Norsk pasientregister videreføres i 2014. Det er behov for desentraliserte spesialisthelsetjenester ved sykestuene i Finnmark.

Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter

Formålet med turnustjenesten for fysioterapeuter er å kvalifisere turnuskandidatene til selvstendighet i yrkesutøvelsen og gi grunnlag for autorisasjon som fysioterapeut. Det vises til kap. 783, post 61 for omtale av omleggingen av turnustjenester for leger. Det ansettes om lag 475 leger i turnusstillinger i sykehus hvert halvår.

Hoveddelen av kostnadene for kandidater i sykehus dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene (kap. 732, post 72–75). Det årlige tilskuddet per turnusplass er 27 500 kroner. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd også til private opptreningsinstitusjoner som det er inngått avtale med.

Det var i underkant av 300 turnuskandidater innen fysioterapi i 2012. De er i spesialisthelsetjeneste et halvt år. Antall turnusplasser for fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten økte med 40 plasser i 2013, som følge av behov for flere plasser. I turnusforskriften for fysioterapeuter ble det i 2012 innført bestemmelser om at kandidater som ikke har fått turnusplass blir overført til venteliste. Ventetiden kan være på inntil 1 år. Ved valg av turnusplass for 2013 ble 20 kandidater satt på venteliste, men samtlige fikk tilbud om hel- eller halvårs plass i løpet av våren 2013. Det ble i overkant av 300 turnuskandidater i 2013, og det estimeres tilsvarende behov 2014.

Det foreslås et tilskudd på 31,9 mill. kroner i 2014. Tilskuddet vil bli fordelt mellom de regionale helseforetakene i oppdragsdokument for 2014.

Omlegging av arbeidsgiveravgift

Omleggingen av differensiert arbeidsgiveravgift i 2004 innebar fortsatt nullsats i Nord-Troms og Finnmark, mens det i øvrige soner skulle brukes høyeste sats (14,1 pst.). Samtidig ble det innført en kompensasjonsordning for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift.

Fra 2007 ble differensiert arbeidsgiveravgift gjeninnført i Nord-Norge og i mange enkeltkommuner i landet for øvrig. Kompensasjonen til de regionale helseforetakene ble derfor redusert fra 2007. Kompensasjonen foreslås videreført i 2014 med 154,6 mill. kroner, med følgende fordeling:

- 22,8 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF
- 26,8 mill. kroner til Helse Vest RHF
- 27,2 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF
- 77,8 mill. kroner til Helse Nord RHF

Nasjonal koordineringsenhet for dom til behandling

I Helse Sør-Øst er det opprettet en koordineringsenhet for dom til behandling. I 2012 ble det bevilget 1,5 mill. kroner til utvidelse til en nasjonal koordineringsenhet som kan føre oversikt med alle som dømmes til særreaksjon innen psykisk helsevern. Enheten skal også legge til rette for en nødvendig koordinering mellom ulike deler av helsetjenesten og politi/rettsapparat. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 1,6 mill. kroner til koordinering, registrering og drift ved enheten.

Institutt for sjelesorg ved Modum Bad

Institutt for sjelesorg ved Modum Bad har et lavterskeltilbud for mennesker som ikke trenger psykiatrisk behandling, men som trenger livshjelp for lettere å komme gjennom ulike typer av livskriser. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 1,1 mill. kroner i 2014.

Narkolepsi hos barn

Det er behov for å sikre god oppfølging av barn og unge som blir identifisert med narkolepsi med mulig tilknytning til influensavaksinen Pandemrix. Det er etablert et prosjekt ved Oslo universitetssykehus HF for å utvikle tjenestetilbudet til barn og unge med narkolepsi med flere konkrete tiltak for familier, kurs for helseinstitusjoner og på skoler. Det er utarbeidet en retningslinje for utredning og behandling av barn og unge med narkolepsi for målgruppen fastleger og barneleger. Det foreslås å videreføre tilskuddet med 3,1 mill. kroner i 2014.

Etablering felles nødnummer

Regjeringen har besluttet å gjennomføre en pilot med felles nødnummer og felles nødsentraler ved Samlok i Drammen. Prosjektet skal prøve ut en modell for nødmeldetjeneste. Forprosjekt ble avsluttet per første tertial 2013, og hovedprosjektet er nå etablert. I den første fasen fra mai 2013 og tentativt fram til medio mars 2014, skal det bygges opp et testmiljø som skal teste ut muligheten for å etablere ett felles mottak av nødmeldinger, samt gi prosjektet svar på hvilke tekniske utfor-

dringer som må løses. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 0,9 mill. kroner i 2014.

Skadelig bruk av doping

I 2013 fikk Helse Sør-Øst RHF 4 mill. kroner til å styrke kunnskapen om behandling av personer med skadelig bruk av dopingmidler. Midlene ble fordelt til Oslo universitetssykehus HF. Helse Sør-Øst skal også bistå med kompetanse og kunnskap overfor de andre helseregionene på dette området. Det foreslås å videreføre tilskuddet på 4,1 mill. kroner i 2014.

Drop out

En betydelig andel av rusavhengige i behandling faller fra behandling (drop out) før behandling er planlagt avsluttet. Det foreslås et tilskudd på 10 mill. kroner til etablering av prøveprosjekter i alle helseregioner (to i Helse Sør-Øst) for å redusere drop out innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Formålet er å etablere egne team som skal utvikle metoder og systemer som bidrar til å redusere drop out innen TSB. Midlene fordeles med 4 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF og 2 mill. kroner til de tre øvrige regionale helseforetakene. Fra 2015 vil tilskuddet bli flyttet til kap. 732, post 72–75. Se for øvrig omtale av tiltak på rusfeltet under kap. 763.

Kliniske studier av bytte mellom biologiske og biotilsvarende legemidler.

Det foreslås 20 mill. kroner til kliniske studier av bytte mellom biologiske og biotilsvarende legemidler. Når et biologisk legemiddel går av patent åpnes det for at andre produsenter kan lage tilvarende biologiske legemidler. Det er som oftest ikke mulig å lage helt identiske kopier av biologiske legemidler slik tilfellet er med syntetiske legemidler (generika), herav navnet biotilsvarende. Når europeiske legemiddelmyndigheter godkjenner et biotilsvarende legemiddel er det en bekreftelse på at det har samme virkning som originallegemidlet. Ev. bytte mellom det originale biologiske legemidlet og det biotilsvarende legemidlet hos pasienter som allerede får behandling er ikke en del av godkjenningen. Formålet med studiene er å dokumentere hvorvidt slikt bytte er trygt. Denne type forskning vil normalt ikke bli finansiert av kommersielle aktører og ofte heller ikke alltid være attraktiv for forskergrupper å initiere, men vil kunne skaffe fram resultater med stor samfunnsmessig verdi.

Vitenskapelige studier av bytte vil kunne ha stor betydning når det gjelder å skaffe større innpass for biotilsvarende legemidler i behandlingen i Norge og andre land. Satsingen vil være i tråd med forslag om å styrke offentlig initierte kliniske studier innenfor andre fagområder enn kreftområdet, hvor det i dag pågår en satsing gjennom Norges forskningsråd. Behovet for offentlig initierte kliniske fase IV studier på ulike fagområder er løftet fram av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, og i Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester.

Forskningsstudie av kreftlegemiddelet ipilimumab

Det foreslås å videreføre tilskuddet på 110 mill. kroner til forskningsstudie av ipilimumab, jf. Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013). Formålet med studien er å bedre kunnskapsgrunnlaget om hvilke pasienter med føflekkreft medisinen er særlig virksom på.

Ipilimumab er et nytt legemiddel for behandling av føflekkreft med spredning, med begrenset effekt på sykdommen for de fleste pasientene. Basert på godkjent indikasjon er det anslått at om lag 100 personer i Norge årlig kan være aktuelle for behandling med ipilimumab. Formålet med studien er å dokumentere gode kliniske, genetiske eller biologiske markører som kan indikere hvilke pasienter som kan ha best effekt av medikamentet. Intensjonen er at disse pasientene, ikke hele pasientgruppen, i framtiden skal tilbys medikamentet. Det skal gjennomføres en prospektiv følgeforskningsstudie over anslagsvis fem år. Studien vil omfatte pasienter med føflekkreft som kan ha nytte av denne medisinen og hvor behandlingen er innenfor godkjent bruksområde.

Studien skal gjennomføres av de regionale helseforetakene, i samarbeid og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og med forankring i NorCRIN-nettverket. Tilskuddet tildeles Helse Sør-Øst RHF. Midlene skal dekke alle merkostnader knyttet til studien, herunder medikamentkostnader og andre kostnader knyttet til gjennomføring av studien i de fire regionene. I tillegg skal midlene dekke kostnader knyttet til bruk av ipilimumab for pasienter som er behandlet med dette legemiddelet innenfor godkjent bruksområde i de fire regionene etter at oppdraget ble gitt de regionale helseforetakene og inntil studien settes i gang. Midlene for dekning av studiekostnader fordeles iht. ordinær praksis for finansiering av flerregionale multisenterstudier.

Nødnett

Det foreslås en særskilt bevilgning på 110 mill. kroner til å dekke de midlertidige kostnader spesialisthelsetjenesten har ved innføring av nødnett i kommunene i 2014. Ved Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013) ble det bevilget 58 mill. kroner til samme formål i 2013. Nødetatene i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har i tillegg betydelige egne utgifter til innføring og drift av nødnett. Landsomfattende innføring av nødnett starter etter planen høsten 2013. Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett, eid av de regionale helseforetakene, vil stå for mye av den praktiske innføringen i sykehusene og i kommunehelsetjenesten.

Det vises for øvrig til omtale av organisering og status i prosjektet under kap. 781, post 21.

Post 71 Kvalitetsbasert finansiering

Det foreslås å sette i gang en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene fra 2014. Tilskuddet utgjør 497 mill. kroner.

Kvalitetsbasert finansiering innebærer at en andel av budsjettet gjøres avhengig av måloppnåelse på kvalitetsindikatorer. Det foretas en helhetlig evaluering av ordningen etter tre år. Forsøksordningen bruker indikatorer fra det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. De fleste indikatorene (29 i alt) oppdateres årlig eller oftere. En bred tilnærming gjør ordningen mer robust og reduserer risiko for uønskede tilpasninger. Forsøksordningen inkluderer både resultatindikatorer, prosessindikatorer og brukererfaringsindikatorer. Resultatindikatorer (i hovedsak femårs- og 30 dagers overlevelsesrater) gir mest direkte uttrykk for effekten av behandlingen på pasientens helse. Det er viktig å fange opp brukererfaringer i en kvalitetsbasert modell. Ved også å inkludere prosessindikatorer, som beskriver konkrete aktiviteter i pasientforløpet (f.eks. andel korridorpasienter, epikriser innen 7 dager og strykninger fra planlagt operasjonsprogram), vil ordningen stimulere til atferdsendringer som kan måles på kort sikt. Høy måloppnåelse på disse indikatorene vil for mange pasienter oppleves som behandling av god kvalitet.

Det brukes ulike typer prestasjonsmål, dvs. både absolutte og relative prestasjonsmål. Ved å kombinere ulike typer prestasjonsmål blir fordelingen av den økonomiske rammen mellom helseregionene mindre følsom for utvikling i enkeltindikatorer. Data for de fleste indikatorene foreligger

på sykehusnivå. Dette innebærer at helseregionene kan identifisere sykehusene som bidrar til å heve eller senke inntektene til helseregionene.

Fordelingen av tilskuddet mellom de regionale helseforetakene vil bli oppdatert i hvert års statsbudsjett. Fordelingen for 2014 følger av tabell 4.10.

Tabell 4.10 Fordeling av tilskuddet til kvalitetsbasert finansiering

(i mill. kroner)	Fordeling	Fordeling sammenliknet med fordeling av basisbevilgning
Helse Sør-Øst	241,9	-26,5
Helse Vest	93,9	-0,4
Helse Midt-Norge	95,1	23,8
Helse Nord	66,2	3,1
Sum	497,0	0,0

Ved å sammenlikne tilskuddet til kvalitetsbasert finansiering med fordelingen av basisbevilgningen, kan en se hvilke helseregioner som gjør det godt eller dårlig, jf. tabell 4.10.

Helse Sør-Øst har hatt utfordringer med datakomplekthet på indikatorene epikriser sendt innen 7 dager og lårhalsbruddsoperasjoner innen 48 timer og får dermed ingen utbetaling for disse indikatorene. For epikriser innen 7 dager gjelder dette også Helse Midt-Norge. Tallene viser at Helse Sør-Øst ligger jevnt lavt sammenliknet med de andre helseregionene, spesielt på brukererfaringer. Helse Midt-Norge gjør det spesielt godt på brukererfaringer og resultatindikatorer.

Post 72–75 Basisbevilgning til regionale helseforetak

Basisbevilgning fra staten til de regionale helseforetakene skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsettingene i spesialisthelsetjenesten. Det ble innført et nytt inntektssystem i 2009 som fordeler basisbevilgningen mellom Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Inntektssystemet er bygd opp av såkalte behovs- og kostnadsindekser, slik det er i inntektsutjevningen i kommunesektoren. Nedenfor følger forslag med bevilgningsmessige konsekvenser for basisbevilgningene samt oppdatering av inntektssystemet i 2014.

Aktivitetsvekst opp mot 2,3 pst.

Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, og regjeringen møter det økte behovet gjennom å styrke sykehusenes økonomi, slik at flere pasienter kan få behandling. Krav om reduksjon i ventetider videreføres og arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet styrkes. Ut over generell pris- og lønnsjustering av bevilgningene med 3,1 pst., foreslås det 2053 mill. kroner mer til drift. Veksten omfatter behandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Beløpet fordeler seg med 76 mill. kroner til videreføring av høyere aktivitet i 2013 enn forutsatt i saldert budsjett 2013 og 1977 mill. kroner til reduserte ventetider, generell økt pasientbehandling og kvalitet.

Budsjettforslaget legger med dette til rette for en vekst i pasientbehandlingen på opp mot 2,3 pst. fra anslag for 2013, basert på aktivitet og regnskap for første tertial og mai 2013. Tall fra Helsedirektoratet, basert på bruk av spesialisthelsetjenester, indikerer på usikkert grunnlag at den demografiske utviklingen kan tilsi merutgifter for sykehusene på om lag 1,5 pst. i 2014. Det er da ikke tatt hensyn til forbedringen fra år til år i befolkningens helsetilstand. Det er lagt til rette for en vekst på 6 pst. innenfor offentlig poliklinisk aktivitet som omfatter psykisk helsevern, rusbehandling, laboratorier og radiologi. For pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering (ISF), legges det til rette for en vekst på om lag 1,6 pst. Det er da tatt hensyn til at det i 2013 ble gjennomført en ekstra innsats for pasienter som venter på brystrekonstruksjon svarende til 100 mill. kroner, eller om lag 0,1 prosentenheter lavere vekst i pasientbehandling omfattet av ISF fra 2013 til 2014. Rekonstruksjon av bryst etter brystkreftbehandling skal fra 2014 håndteres innenfor de ordinære inntektsrammene. Til fradrag i vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått å utgjøre om lag 0,8 pst. av pasientbehandling omfattet av ISF.

Innenfor styrkingen på 1977 mill. kroner, foreslås det å avsette midler til følgende tiltak:

- De regionale helseforetakene skal kjøpe mer behandlingsskapitet fra ideelle virksomheter. Det er en målsetting å øke antall plasser med om lag 200 totalt i de fire helseregionene, og den økte kapasiteten skal rette seg mot pasienter med samtidige rus- og psykiske lidelser (rop-pasienter), pasienter med behov for akutt-/øhjelps-/abstinensbehandling, gravide/småbarnsfamilier der foreldre har rusproblemer og unge med omfattende hjelpebehov. Kjøp av

plasser fra ideelle virksomheter forutsettes gjort i tråd med gjeldende regelverk for offentlige anskaffelser. Denne prosessen vil ta noe tid. Det legges til grunn at avtaler inngått med ideelle virksomheter kan gjøres gjeldende i løpet av 2014. Regjeringen er opptatt av at de ideelle institusjonene sikres forutsigbarhet og langsiktighet ved gjennomføring av anskaffelser.

- 20 mill. kroner til kliniske studier av bytte mellom biologiske og biotilsvarende legemidler, jf. omtale under kap. 732, post 70
- 14,2 mill. kroner til nye nasjonale tjenester, jf. omtale under kap. 732, post 72 og post 78
- 10 mill. kroner til igangsatt pilotprosjekt screening for tykk- og endetarmskreft, jf. omtale under kap. 732, post 70
- 5 mill. kroner til nytt system for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten, jf. omtale under kap. 720, post 01, kap. 725, post 01, og kap. 750, post 01

Den generelle veksten i pasientbehandlingen er beregnet på hele inntektsgrunnlaget til helseforetakene, og gjelder derfor all pasientbehandling innen somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Det er lagt til grunn en gjennomsnittlig marginalkostnad på 80 pst. for den økte aktiviteten. Det foreslås å øke basisbevilgningene i 2014 med 1 586 mill. kroner med følgende fordeling:

- 856,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 300,6 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 227,4 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 201,6 mill. kroner til kap. 732, post 75

For å understøtte en vridning fra døgnbehandling til poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern, foreslås det å flytte til sammen 50 mill. kroner fra basisbevilgningene til kap. 732, post 77, med følgende fordeling:

- 27 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 9,5 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 7,2 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 6,3 mill. kroner fra kap. 732, post 75

IKT og medisinskteknisk utstyr

Det foreslås å øke bevilgningen med 250 mill. kroner til IKT og medisinskteknisk utstyr i helseforetakene ut over allerede planlagt nivå. Ved Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013) ble det vedtatt å tilleggsbevilge 70 mill. kroner til IKT i sykehus i 2013.

Satsingen i 2014 skal bl.a. legge til rette for raske innføring av elektronisk samhandling mel-

lom sykehus og andre aktører. Tiltak omfatter elektroniske henvisninger og basismeldinger mellom sykehus, fastleger og pleie- og omsorgssektoren i kommunene, automatisk oppdatering av adresseregisteret og elektroniske fødselsmeldinger til Folkeregisteret. I tillegg kan midlene benyttes til investeringer og videreutvikling av IKT-systemene i sykehusene og til investeringer i medisinskteknisk utstyr. Bevilgningen gis innenfor basisrammen uten krav til økt pasientbehandling. Disse tiltakene vil bidra til bedre utnyttelse av dagens IKT-systemer og også støtte opp under målene i Meld. St. 9 (2012–2013) En innbygger – én journal.

Økningen foreslås fordelt på følgende måte:

- 135 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 47,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 35,8 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 31,8 mill. kroner til kap. 732, post 75

Sykestuer i Nord-Troms og Troms militære sykehus

Helse Nord RHF skal innenfor sine ordinære inntektsrammer sikre fortsatt drift av sykestuene i Nord-Troms. Det legges til grunn at Helse Nord RHF finansierer sykestuene i Nord-Troms på samme måte som sykestuene i Finnmark. Sett i sammenheng med tilbudet i regionen for øvrig ivaretar Helse Nord RHF ansvaret for spesialisthelsetjenester ved Troms militære sykehus i nødvendig utstrekning, frem til endelig avklaring på spørsmålet om etablering av nytt medisinsk senter i Bardu. Troms militære sykehus nedlegges som militær avdeling i 2014 og den militære driften av sykehuset opphører således, jf. Prop. 73 S (2011–2012) Et forsvar for vår tid. Det er viktig å fortsatt ha et godt tilbud til innbyggerne i denne delen av Troms også etter at Troms militære sykehus er nedlagt. Det skal i 2014 etableres en overgangsordning hvor roller, ansvar og kostnader er klargjort og fordelt på en måte som konstruktivt og fremtidsrettet tilrettelegger for etableringen av et nytt medisinsk senter.

Utleveringskostnader i lar

Legemiddelassistert rehabilitering (lar) er en del av spesialisthelsetjenesten og alle kostnader til legemidlene i lar dekkes av de regionale helseforetakene. Lar-forskriften slår fast at lar kun kan startes og avsluttes av spesialisthelsetjenesten. I dette ligger også at alle kostnader til legemidler i lar fortsatt skal dekkes av de regionale helseforetakene.

Når det gjelder utleveringskostnadene viser en rapport fra Seraf fra 2011 at om lag 47 pst. av alle lar-pasienter henter lar-legemidler fra apotek. I tillegg utleverer kommunale tjenester lar-legemidler til om lag 30 pst. av pasientene, lar-tiltakene utleverer til noe under 5 pst. og andre utleveringsformer (fastlege mv.) står for utlevering til de resterende lar-pasientene. Det er imidlertid store lokale og regionale forskjeller i utleveringsmønstre. I Helse Vest er det i alt vesentlig kommunene som foretar utlevering og derved dekker kostnadene. I de øvrige helseregionene dekkes mellom 60–70 pst. av kostnadene av spesialisthelsetjenesten, men også her er det store lokale forskjeller om det er helseforetakene eller kommunene som dekker kostnadene.

Ettersom det i dag er regionale helseforetak som dekker legemiddelkostnadene til lar-pasienter i hele landet, har Helsedirektoratet anbefalt at ansvaret for også å dekke utleveringskostnadene i sin helhet bør overføres til regionale helseforetak. Ettersom lar i dag er regulert i forskrift og det er regionale helseforetak som i sin helhet derfor dekker legemiddelkostnadene, foreslås det at finansieringen av utleveringskostnadene blir lagt til de regionale helseforetakene fra 2014.

Helseforetakenes ansvar for utleveringskostnader gjelder ikke i tilfeller der lar-pasienten oppfyller kriterier for å få utlevering via hjemmesykepleie (disse kostnader dekkes av kommunen) og i de tilfeller der lar-pasienten trenger oppfølging/veiledning fra lege og hvor utlevering foretas av fastlege (disse kostnadene dekkes av kommunen og folketrygden via gjeldende tariffavtale).

Pensjoner

Til grunn for basisbevilgningen ligger et anslått nivå for helseforetakenes samlede pensjonskostnader på 12 840 mill. kroner. Dette er 110 mill. kroner lavere enn bevilgningsnivået for 2013, vedtatt gjennom behandling av Prop. 1 S (2012–2013). Reduksjonen foreslås fordelt på følgende måte:

- 59,4 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 20,9 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 15,8 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 13,9 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Det vises for øvrig til omtale under kap. 732, post 86 Driftskreditter.

Brystrekonstruksjon

I 2013 ble det gjennomført en ekstra innsats for pasienter som venter på brystrekonstruksjon sva-

rende til 100 mill. kroner. Det vises til omtale under meldingsdelen i kap. 732. Rekonstruksjon av bryst etter brystkreftbehandling skal fra 2014 håndteres innenfor de ordinære inntektsrammene. De regionale helseforetakene har styrket sentrene ved Oslo universitetssykehus, Sykehuset Telemark, Sykehuset Østfold, Helse Bergen, Helse Stavanger, St. Olavs Hospital og Universitetssykehuset i Nord-Norge. Det er viktig å videreutvikle de sentrene som er bygget opp til dette formålet slik at de kan bidra til en mest mulig helhetlig brystkreftbehandling.

Bevilgningen på kap. 732, post 76 foreslås redusert med 30 mill. kroner og bevilgningene på postene 72–75 foreslås redusert med 70 mill. kroner med følgende fordeling:

- 37,8 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 13,3 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 10 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 8,9 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Overføring av finansieringsansvaret for enkelte kreftlegemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene

Sykehusene har ansvar for utgifter til legemidler brukt i forbindelse med sykehusopphold og poliklinisk behandling. Folketrygden dekker legemidler som pasienten selv kan ta hjemme. Dette gjelder selv om behandlingen er foreskrevet og styrt av spesialister i sykehus.

Denne delte finansieringsløsningen kan motvirke målet om riktig medisinsk og økonomisk bruk av legemidler. Et utviklingstrekk innenfor legemiddelområdet er at det kommer stadig flere dyre legemidler for spesialistbehandling. På enkelte terapiområder finnes både legemidler som må tas på sykehus og legemidler som kan tas hjemme og der disse kan erstatte hverandre i bruk.

Finansieringsansvaret for en gruppe kostbare legemidler for behandling av revmatiske lidelser ble overført fra folketrygden til sykehusene i 2006, mens enkelte MS-legemidler ble overført på tilsvarende måte i 2008. Følgende prinsipper begrunnet overføringen:

- Mulighet for forbruksvridning: Ulike finansieringsordninger kan føre til at legemiddelvalg baserer seg på økonomiske og ikke medisinske hensyn.
- Riktigere prioritering: Sykehuslegene har de beste forutsetningene for å foreta en riktig prioritering av hva slags behandling pasientene skal få innenfor sitt ansvarsområde.
- Manglende priskonkurranse: Det er mulig å oppnå priskonkurranse mellom medisinsk like-

verdige legemidler gjennom f.eks. anbud i sykehusene.

Stortinget sluttet seg til disse prinsippene i forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 1 (2005–2006) og St.prp. nr. 1 (2007–2008). Dersom nye legemidler for revmatiske sykdommer og MS-behandling kommer på markedet, og disse er alternativer til legemidler som allerede er finansiert av sykehusene, kan Helsedirektoratet bestemme om disse skal finansieres av sykehusene.

Det er uheldig at delt finansiering kan føre til at legemiddelvalg baserer seg på økonomiske og ikke medisinske hensyn. Gruppen av legemidler med overført finansieringsansvar utvides derfor med tre kreftlegemidler:

- vemurafenib (Zelboraf) til behandling av hudkreft med spredning
- abirateron (Zytiga) til behandling av prostatakreft med spredning
- denosumab (Xgeva) til behandling av kreft med spredning til skjelett

Det er i tillegg ønskelig at finansieringsansvaret for nye tilsvarende kreftlegemidler er avklart før disse kommer på markedet og tas i bruk. Det vil bidra til riktigere prioritering av hva slags behandling pasientene skal få, større forutsigbarhet, både for helsetjenesten og legemiddelindustrien, og bidra til bedre kostnadskontroll. Det foreslås, basert på de samme prinsipper, at sykehusene får finansieringsansvaret for nye kreftlegemidler som kommer på markedet, og som er alternativer til legemidler som allerede er finansiert av sykehusene. Det foreslås også at Helsedirektoratet får utvidet sin fullmakt til også å fatte beslutning om hvilke legemidler dette skal gjelde for, på samme måte som de i dag har fullmakt til å inkludere nye legemidler i gruppen TNF-hemmere og nye legemidler til behandling av MS.

Ved flytting av finansieringsansvaret til de regionale helseforetakene er det lagt til grunn at samlet utgift til de tre legemidlene tilsvare totalt 300 mill. kroner.

Det foreslås overført 300 mill. kroner fra kap. 2751, post 70 til kap. 732, post 72–75 basisbevilgningene med følgende fordeling:

- 162 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 56,9 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 43 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 38,1 mill. kroner til kap. 732, post 75

Det foreslås å sette i gang en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av syke-

husene fra 2014, jf. kap. 732, post 71. Ordningen finansieres ved å redusere basisbevilgningene med 500 mill. kroner. Av dette skal 3 mill. kroner flyttes til kap. 720, post 01, Helsedirektoratet, som skal forvalte ordningen. Reduksjonen foreslås fordelt på følgende måte:

- 270 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 94,8 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 71,7 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 63,5 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Barn som pårørende

Det foreslås 16 mill. kroner til etablering av nye lavterskeltilbud til gravide, mødre/ foreldre med rus/og eller psykiske problemer fra barnets fødsel til skolealder. Det skal særlig legges vekt på langsiktig oppfølging av familier med føtalt alkoholsyndrom og barn av mødre i lar-behandling. Målet med lavterskeltiltakene er å styrke foreldrekompetansen, barnets omsorgssituasjon og tilknytningsprosessen mellom foreldre og barn, og på denne måten bidra til at rusrelaterte skader og psykososiale vansker hos barna forebygges. Tilbudene skjer i nært samarbeid med brukere og kommunale tjenester. Fordelingen blir som følger:

- 8,7 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 3 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 2,3 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 2 mill. kroner til kap. 732, post 75

I tillegg foreslås det å flytte 23,8 mill. kroner fra kap. 781, post 79 da dette er oppgaver som naturlig hører inne under de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar. Departementet vil understreke at midlene skal videreføres på samme nivå som i 2013. Midlene foreslås flyttet til kap. 732, med følgende fordeling:

- 11,5 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 4,1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 4,1 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 4,1 mill. kroner til kap. 732, post 75

Helse Sør-Øst RHF skal innenfor sitt tildelte tilskudd sette av 1 mill. kroner til et læringsnettverk for alle lavterskeltiltak.

Midler til Sørlandet sykehus HF som leder kompetansenettverket Barns Beste, inngår i tilskuddet til Helse Sør-Øst RHF.

Nasjonale behandlingstjenester

På bakgrunn av søknad fra Helse Sør-Øst RHF, en positiv faglig anbefaling fra Helsedirektoratet, samt en kostnad-nytttevurdering foreslås det å eta-

blere nasjonal behandlingstjeneste for preimplantasjonsgenetisk diagnostikk i Helse Sør-Øst RHF med et tilskudd på 1,6 mill. kroner gjennom basisbevilgningen.

Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Det foreslås 5 mill. kroner til videreutvikling og etablering av nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, jf. omtale av særskilte satsningsområder i 2014 på kap. 732. Se også omtale under kap. 720, post 01, kap. 725, post 01 og kap. 750, post 01.

Samhandlingsreformen

Fra 1. januar 2012 ble det innført tre økonomiske virkemidler:

Kommunal medfinansiering

Kommunenes utgifter til kommunal medfinansiering er om lag 1,82 mrd. kroner basert på regnskapstall per første tertial 2013. Prognose for kommunenes finansieringsansvar gjennom kommunal medfinansiering for hele 2013 er 5374 mill. kroner.

Utskrivningsklare pasienter

Foreløpige tall for utskrivningsklare pasienter for hele 2012 viser at ordningen fungerer etter intensjonen. Kommunene tar i mot utskrivningsklare pasienter raskere, noe som frigjør kapasitet i sykehusene. Antall utskrivningsklare oppholdsdøgn rapportert til Norsk pasientregister i 2012 var om lag 57 000. Antall utskrivningsklare oppholdsdøgn rapportert til pasientregisteret i første tertial 2013 var om lag 18 000. Dette er en nedgang på 8000 oppholdsdøgn eller 30 pst. sammenliknet med samme periode i 2012. I 2013 er betalingsatsen 4125 kroner. Satsen for 2014 prisjusteres til 4255 kroner.

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Iht. ny helse- og omsorgstjenestelov vil kommunene fra 2016 få en lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Tilbudet skal fases inn i kommunene over en fireårs periode fram til plikten trer i kraft. I det året tilbudet starter opp skal kommunen søke om tilskudd fra Helsedirektoratet. Dette tilskuddet dekker halvparten av de totale utgiftene til etablering og drift. Den andre

halvparten tilføres konkrete prosjekter gjennom direkte bidrag i samme størrelse per kommune fra regionale helseforetak. Det er avsatt rammer for hver region og ev. ubrukte midler skal tilbakeføres de regionale helseforetak etter samme nøkkel som uttrekket. Regjeringen vil komme tilbake til dette i proposisjonen som legges fram høsten 2013. I 2012 fikk 111 kommuner tilskudd. 99 nye kommuner har søkt om tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgnopphold med planlagt oppstart i 2013. Søknadsfristen gikk ut 1. mars. Av disse har 63 kommuner fått tilskudd. I tillegg har 29 kommuner som søkte om tilskudd i 2012 fått tilskudd i 2013. Med dette har 203, eller om lag halvparten av landets 428 kommuner, fått tilskudd i 2012 og 2013.

Det foreslås å flytte 140 mill. kroner fra regionale helseforetak til kap. 762, post 62 i 2014. Av disse flyttes 86 mill. kroner fra kap. 732, post 76 og 54 mill. kroner fra basisbevilgningene med følgende fordeling:

- 29,2 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 10,2 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 7,7 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 6,9 mill. kroner fra kap. 732, post 75

I tillegg vil ordningen innebære økte kostnader til legetjenester i kommunene, som dekkes av takster over folketrygdens budsjett. Det foreslås derfor å flytte 6,4 mill. kroner fra basisbevilgningene til kap. 2755, post 70, med følgende fordeling:

- 3,4 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 1,3 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 0,9 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,8 mill. kroner fra kap. 732, post 75

I tillegg tilføres 140 mill. kroner til kommunene gjennom basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Opptrappingsperioden forutsetter en økning i overføringene fra regionale helseforetak til kommunene i årene 2014 og 2015.

De økonomiske virkemidlene omfatter i første omgang ikke pasienter med psykiske lidelser eller rusproblemer. Det tas sikte på en gradvis innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern og rus så snart det lar seg gjennomføre. Det tas forbehold om at ambisjonene tilpasses erfaringene med innfasing av samhandlingsreformen og kvaliteten på dataene som må legges til grunn for oppgjørsordningen. Helsedirektoratet skal samarbeide med regionale helseforetak i arbeidet, og det skal innhentes synspunkter fra KS underveis i arbeidet. Det vises til nærmere

omtale av dette og andre deler av samhandlingsformen under programkategori 10.60 og del III.

Forskning, samhandling

Kravet om at minst 15 mill. kroner av basisbevilgningen skal benyttes til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene, foreslås videreført i 2014.

Egenandeler

Det foreslås en generell egenandelsøkning på 1,5 pst. (ekskl. blå resept). Det legges til grunn at egenandelene følger prisutviklingen og videreføres samlet på samme nivå som i 2013. Egenandelen for pasientreiser foreslås økt fra 133 kroner til 135 kroner per enkeltreise, fra 266 kroner til 270 kroner tur/retur fra 1. januar 2014. Øvrige egenandeler økes fra 1. juli 2014.

Refusjon for overnatting

Etter syketransportforskriften er overnattingsgodtgjørelsen i dag 350 kroner per døgn. Dagens sats for overnatting ligger langt under det pasienten må betale for en hotellovernatting. Satsen gir urimelige utslag, særlig for pasienter med lang reisevei til behandler, f.eks. i Helse Nord. Økt sentralisering av tjenestetilbud vil også medføre lengre reisevei for mange og overnatting kan bli nødvendig, noe som innebærer større utgifter for pasienten. Egenbetalingen inngår heller ikke i takordningene. Det foreslås å doble overnattingsgodtgjørelsen fra dagens 350 kroner til 700 kroner per døgn fra 1. januar 2014. Det foreslås å øke basisbevilgningene i 2014 med 33,8 mill. kroner med følgende fordeling:

- 18,3 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 6,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 4,8 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 4,3 mill. kroner til kap. 732, post 75

Behandlingshjelpemidler

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2012–2013) ble bevilgningen over folketrygdens kap. 2661, post 75 redusert med 3,4 mill. kroner mot tilsvarende økning av bevilgningen over kap. 732, postene 72–75. Flyttingen gjaldt enkelte behandlingshjelpemidler etter at ansvaret for behandlingshjelpemidler med tilhørende forbruksmaterieell ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene i 2003. Ved en feil omfattet ikke flyttingen i Prop. 1 S (2012–2013) og Innst. 15 S

(2012–2013) taleventil/ taleproteser. Dette ble rettet opp ved Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013). Det foreslås at 0,9 mill. kroner flyttes fra Arbeidsdepartementets kap. 2611, post 75, til kap. 732, post 72–75 i 2014 med følgende fordeling:

- 0,5 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,2 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,1 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,1 mill. kroner til kap. 732, post 75

Spesialproduksjon av legemidler ved IFE

Det foreslås å flytte 2,3 mill. kroner fra kap. 751, post 70 til basisbevilgningene til de regionale helseforetakene for å kompensere for økte utgifter ved helseforetakene knyttet til omlegging av finansiering av spesialproduksjon av legemidler ved Institutt for energiteknikk. Fordelingen blir som følger:

- 1,3 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,3 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,3 mill. kroner til kap. 732, post 75

Nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser

Det foreslås å flytte 0,4 mill. kroner fra post 74 til post 72 som følge av at ansvaret for driften av Nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser er flyttet til Helse Sør-Øst.

Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Det foreslås å flytte 25,7 mill. kroner fra kap. 732, post 78 til de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri til de respektive regionale helseforetakene da dette er regionale kompetansesentre som ikke er omfattet av det nasjonale styringssystemet for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten iht. gjeldende forskrift. Fordelingen blir som følger:

- 11,1 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 8,1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 6,5 mill. kroner til kap. 732, post 74

Stifinnern

Stifinnern er et tilbud til mannlige innsatte ved Oslo kretsfengsel og til kvinnelige innsatte ved Bredtveit fengsel. Formålet med ordningen er å tilby innsatte rusavhengige oppstart av behandling i soningstiden, med videre behandlingsforløp etter endt soning. Det foreslås å flytte 14,1 mill.

kroner fra kap. 734, post 72 til kap. 732, post 72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst, da dette er oppgaver som naturlig hører inne under de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar. Departementet vil understreke at midlene skal videreføres på samme nivå som i 2013.

Rusmestringsenheter i fengsel

Det er etablert 13 rusmestringsenheter i norske fengsler. Enhetene skal være for innsatte med rusproblemer og som er vurdert av spesialisthelsetjenesten til å ha rett til nødvendig helsehjelp, og derved rett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det foreslås å flytte 11,3 mill. kroner som utbetales til de regionale helseforetakene fra kap. 734, post 72 da dette er oppgaver som naturlig hører inne under de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar. Departementet vil understreke at midlene skal videreføres på samme nivå som i 2013. Midlene foreslås flyttet til kap. 732 med følgende fordeling:

- 6,3 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1,6 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 1,5 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 1,9 mill. kroner til kap. 732, post 75

Soningsenheter for personer under 18 år

Det er etablert to enheter i Bergen og Oslo for de under 18 år som soner dom/varetekt i norske fengsler. Formålet er at så få som mulig under 18 år skal sone i ordinære fengsler, men plasseres i egne enheter med betydelig forsterket fagpersonell. Det foreslås å flytte 2,1 mill. kroner som utbetales til de regionale helseforetakene fra kap. 734, post 72 da dette er oppgaver som naturlig hører inne under de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar. Departementet vil understreke at midlene skal videreføres på samme nivå som i 2013. Midlene foreslås flyttet til kap. 732 med følgende fordeling:

- 1,05 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1,05 mill. kroner til kap. 732, post 73

Narkotikakontroll for domstolskontroll

Narkotikaprogram med domstolskontroll er en prøveordning som innebærer at rusavhengige, som tidligere ville ha blitt dømt til ubetinget fengselsstraff, kan dømmes til rehabiliteringsprogram. Det foreslås å flytte 3,3 mill. kroner som utbetales til de regionale helseforetakene fra kap. 734, post 72 da dette er oppgaver som naturlig hører inne under de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar. Departementet vil understreke at midlene

skal videreføres på samme nivå som i 2013. Midlene foreslås flyttet til kap. 732, med følgende fordeling:

- 2,1 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1,2 mill. kroner til kap. 732, post 73

Organisatoriske endringer

ISF-ordningen refunderer det enkelte sykehusopphold. En vanlig organisatorisk endring er sammenslåinger, som ofte innebærer bruk av felles pasientadministrativt system. Utbetalingene gjennom ISF-systemet påvirkes når rapporteringsenheter reduseres, som følge av organisatoriske sammenslåinger. For å unngå dette, er det innført et prinsipp der det overføres midler fra ISF-bevilgningen til basisbevilgningene. Det foreslås at det fra kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering flyttes:

- 0,7 mill. kroner til kap. 732, post 72, som følge av organisatoriske endringer ved Sykehuset Vestfold HF
- 5,2 mill. kroner til kap. 732, post 74, som følge av organisatoriske endringer ved St. Olavs Hospital HF

Arbeidsrettet rehabilitering

Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering ved Rehabiliteringssenteret AiR har som oppgave å utvikle og styrke fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering og er regulert som en nasjonal kompetansetjeneste. Tjenesten skal bidra til bedre kunnskap om målgrupper innen fagfeltet, kunnskap om optimal samhandling med øvrige aktører i samhandlingskjeden og være med å styrke kompetanseutvikling i hele behandlingsskjeden. Midlene til tiltaket på 12,7 mill. kroner flyttes fra kap. 732, post 72, til kap. 732, post 78, til nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering.

Inntektssystemet for regionale helseforetak

Magnussenutvalget forslag til ny fordeling av basisbevilgningene til regionale helseforetak (NOU 2008: 2) er innført gjennom vekst i inntektsrammen i 2009 og 2010. Det ble lagt til grunn at Helse Sør-Øst RHF ikke skulle få redusert sin basisbevilgning.

Systemet for fordeling av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene er bygd opp av behovs- og kostnadsindekser, slik det også er i inntektsutjevningen i kommunesektoren. De ulike behovs- og kostnadsindeksene samles i en

ressursbehovsindeks som beskriver det samlede ressursbehovet for hvert regionalt helseforetak relativt til landsgjennomsnittet. Ressursbehovsindeksen endres hvert år som følge av oppdatering av nye befolkningskriterier, sosiale kriterier og kostnadsandeler. Ressursbehovsindeksen er påvirket av kostnadsandelene til somatikk, psy-

kisk helse, rusbehandling og prehospitaltjenester. Departementet har oppdatert modellen med siste tilgjengelige statistikk for befolkning, alder, ulike sosiale kriterier og kostnadsandeler. Oppdateringene fører til en ny ressursbehovsindeks, andel befolkning og en fordelingsnøkkel per region for 2014 som vist i tabell 4.11.

Tabell 4.11 Ressursbehovsindeks, andel befolkning og fordelingsnøkkel i 2013 og 2014

	Ressursbehovsindeks		Andel befolkning per		Fordelingsnøkkel ¹	
	2013	2014	1.1.2012	1.1.2013	2013	2014
Helse Sør-Øst RHF	97,2	97,2	0,5586	0,5585	0,5429	0,5428
Helse Vest RHF	91,1	91,0	0,2090	0,2096	0,1904	0,1907
Helse Midt-Norge RHF	104,0	103,9	0,1380	0,1379	0,1434	0,1433
Helse Nord RHF	130,5	131,2	0,0944	0,0939	0,1232	0,1233
Landet	100,0	100,0	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000

¹ Fordelingsnøkkelen for inntektsgrunnlaget til regionale helseforetak. I tillegg kommer utvalgets forslag mht. korreksjon av kapital og gjestepasientoppgjør.

Endringer i fordelingen av basisbevilgningen mellom regionene i 2014 skjer som følge av oppdatering av de ulike kriterieverdiene. Oppgaveendringer fra 2013 til 2014 vil også påvirke fordelingen. Tabell 4.12 viser de samlede endringene i 2014 etter pris- og lønnsjustering og oppgaveendring for 2014. Effekten av kapital og gjestepasientoppgjør er innarbeidet.

Tabell 4.12 Endring i basisbevilgning i 2014 inkl. effekt av kapital og gjestepasientoppgjør

	i mill. kr (andel av basisbevilgning)
Helse Sør-Øst RHF	-30 (-0,1%)
Helse Vest RHF	23 (0,1%)
Helse Midt-Norge RHF	-14 (-0,1%)
Helse Nord RHF	21 (0,2%)
Sum	0 (0,0%)

Post 72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Sør-Øst RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2012 og status 2013 vises det til

omtalen innledningsvis på budsjettkapitlet. Det foreslås bevilget 49 942,1 mill. kroner.

Post 73 Basisbevilgning Helse Vest RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Vest RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2012 og status 2013 vises det til omtalen innledningsvis på budsjettkapitlet. Det foreslås bevilget 17 568,0 mill. kroner.

Post 74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Midt-Norge RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2012 og status 2013 vises det til omtalen innledningsvis på budsjettkapitlet. Det foreslås bevilget 13 264,2 mill. kroner.

Post 75 Basisbevilgning Helse Nord RHF

Bevilgningen er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helsefore-

taksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer. For rapportering 2012 og status 2013 vises det til omtalen innledningsvis på budsjettkapitlet. Det foreslås bevilget 11 783,6 mill. kroner.

Post 76 Innsatsstyrt finansiering

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 5,9 mill. kroner til kap. 732, post 72 og 74 knyttet til organisatoriske endringer
- 86 mill. kroner til kap. 762, post 62 knyttet til døgntilbud øyeblikkelig hjelp

Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte sørge for ansvaret til de regionale helseforetakene. Innsatsstyrt finansiering (ISF) er derfor rettet mot de regionale helseforetakene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange, og hva slags, pasienter som får behandling. Formålet med ordningen er å legge til rette for at aktivitetsmålet kan oppnås på en mest mulig kostnadseffektiv måte. Dersom aktiviteten blir mindre enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli lavere. Dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt vil tilskuddene til de regionale helseforetakene bli høyere. Høyere aktivitet enn forutsatt blir bare kompensert gjennom innsatsstyrt finansiering. Refusjonene er i gjennomsnitt ment å dekke deler av kostnadene ved økt behandlingsskapasitet (marginalkostnader). Resten må dekkes av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Aktivitetsbasert finansiering stimulerer til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalsen som hindrer kostnadseffektiv pasientbehandling.

ISF-ordningen er ikke et prioriteringssystem. Prioriteringene skal foretas ut fra de regler og retningslinjer som lover og forskrifter (bl.a. prioriteringsforskriften) angir. Basisbevilgningen skal brukes til å understøtte ønsket prioritering. Utbetalinger gjennom innsatsstyrt finansiering skal avspeile reell behandlingsaktivitet. Finansieringsmodellen for regionale helseforetak innebærer at helseregionene fordeler rammetilskudd og innsatsstyrt finansiering til det enkelte helseforetak. Det er viktig at finansieringen ikke er til hinder for god

organisering av tilbudet på den enkelte avdeling eller mellom avdelinger. Den medisinske kodingen dokumenterer helsehjelpen pasienten mottar. Kodingen må være faglig korrekt og skal ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering. De regionale helseforetakene skal sikre at den medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.

Nærmere om finansieringsordningen

ISF-ordningen omfatter somatisk pasientbehandling, både innleggelser og poliklinisk utredning og behandling. ISF-refusjonen utbetales til det regionale helseforetaket. ISF-satsen dekker 40 pst. av enhetsprisen. De øvrige kostnadene dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, jf. kap. 732, post 72–75. For pasientbehandling som inngår i kommunal medfinansiering dekker ISF-satsen minst 20 pst. av enhetsprisen og kommunal medfinansiering 20 pst. av enhetsprisen inntil fire DRG-poeng for et enkeltopphold.

Prisen som de regionale helseforetakene betaler til private tjenesteytere forutsetter forhandlinger eller anbud på bakgrunn av faktiske kostnader, og skal ikke kobles direkte til ISF-refusjonen. ISF bygger på DRG-systemet (se boks 4.1). Innenfor hver enkelt pasientgruppe (DRG) kan det for den enkelte behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon. Årlige endringer skal sikre at finansieringsordningen i størst mulig grad avspeiler medisinsk praksis. Målsettingen om en mest mulig oppdatert finansieringsordning kan komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for de regionale helseforetakene. Målet er å ha en mest mulig oppdatert finansieringsordning, men medisinsk praksis endres kontinuerlig, og det vil ikke være mulig å være a jour til enhver tid. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av innsatsstyrt finansiering.

Regelverket for ISF beskriver hvilke vilkår som skal være oppfylt for at midler via ISF-ordningen kan bli utbetalt. Helsedirektoratet publiserer regelverket og de regionale helseforetakene er ansvarlige for at regelverket gjøres kjent og følges i virksomheter som utfører helsetjenester på vegne av dem.

Boks 4.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG)

DRG er et system for å klassifisere sykehusaktivitet i ulike grupper basert på bl.a. diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenlikne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. Det er i alt om lag 870 diagnoserelaterte grupper. Målsettingen er at hver enkelt gruppe skal inneholde mest mulig like pasienter medisinsk og ressursmessig. Inndelingen i grupper bygger på om lag 20 000 diagnosekoder og om lag 8000 prosedyre- eller tiltakskoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjematisk og forenkling av den kliniske virkeligheten. Innenfor hver diagnosegruppe vil det derfor måtte være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet for diagnosegruppen. Hver enkelt DRG har en kostnadsvekt som er en relativ størrelse som uttrykker hva oppholdene koster i forhold til gjennomsnittspasienten. Mens gjennomsnittsbehandlingen som gir DRG-poeng har en kostnadsvekt på om lag 0,2, vil de mest ressurskrevende behandlingene ha en kostnadsvekt på om lag 37. Dette gjelder stamcelletransplantasjoner. Kostnaden ved å behandle disse pasientene er m.a.o. beregnet til å være om lag 195 ganger høyere enn for gjennomsnittspasienten. Gjennomsnittlig kostnadsvekt er om lag 1,3 for døgntilbud og 0,026 for polikliniske konsultasjoner. De minst ressurskrevende polikli-

niske kontaktene har en vekt på 0,006. I 2012 ble det gjennomført 6,4 mill. behandlinger fordelt på 1,3 mill. døgntilbud og dagbehandling og 5,1 mill. polikliniske konsultasjoner. Om lag 1,8 mill. pasienter hadde minst en kontakt med somatiske sykehus i 2012. Utbetalingene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- antall behandlinger
- gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- enhetspris
- ISF-sats (40 pst. av enhetsprisen)

Aktivitetutviklingen i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng. Antallet DRG-poeng kommer fram ved å multiplisere antall behandlinger med gjennomsnittlig kostnadsvekt. Den gjennomsnittlige kostnadsvekten for alle pasienter kan øke som følge av at pasientbehandlingen er blitt mer ressurskrevende, men også at det har skjedd endringer i registreringspraksis. Dersom det siste er tilfelle, vil ikke det medføre økte kostnader for sykehusene og derfor skal det heller ikke utbetales ISF-refusjon for dette. Sykehusene ville i så fall fått utbetalt en høyere ISF-refusjon for reelt sett samme aktivitet. Dette er i strid med intensjonen i ISF-ordningen. Endringer i registreringspraksis håndteres gjennom underregulering av enhetsprisen.

Resultat 2012

I saldert budsjett 2012 var det lagt til rette for en aktivitetsvekst på 1,1 pst. fra 2011 til 2012 med utgangspunkt i aktivitetstall for første tertial 2011. Til fradrag fra dette vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud, anslått til å utgjøre 0,8 pst. av aktiviteten. Endelig aktivitet i 2011 ble om lag 0,5 pst. høyere enn anslått, slik at det samlet ble lagt til rette for et aktivitetsnivå i sykehusene i 2012 som var 0,2 pst. lavere enn faktisk nivå i 2011. Faktisk aktivitet i 2012 viser en aktivitetsvekst på 1,9 pst. fra endelig nivå 2011, noe som er 2,1 prosentpoeng høyere enn lagt til grunn i aktivitetsbestillingen til de regionale helseforetakene. I tillegg tilsier Helsedirektoratets analyser at enhetsprisen for antall DRG-poeng er fastsatt 0,3 pst. eller 115 kroner for lavt i 2012 (se boks 4.1).

Når veksten i 2012 fordeles på aktivitet med henholdsvis 40 og 20 pst. ISF-refusjon tilsa dette et økt bevilgningsbehov for ISF i 2012 på 210 mill. kroner. I tillegg kommer 50 mill. kroner som følge av at enhetsprisen er fastsatt for lavt, til sammen 260 mill. kroner. Dette er om lag 20 mill. kroner lavere enn det som er lagt til grunn basert på aktivitetstall per andre tertial. Det vises til Prop. 22 S (2012–2013), jf. Innst. 139 S (2012–2013), hvor bevilgningen for 2012 ble økt med 278 mill. kroner.

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2012 i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet for 2013, inkl. ev. justeringer som følge av behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget. Ev. mer- eller mindreutbetalinger i 2012 vil på vanlig måte bli motregnet mot a kontoutbetalingene til de regionale helseforetakene for 2013.

Foreløpige tall for hele 2012 tilsier at kommunenes utgifter til kommunal medfinansiering er

5,1 mrd. kroner. Dette er om lag 120 mill. kroner høyere enn det som er overført kommunene fra sykehusene. Det er variasjoner mellom kommunene. Om lag halvparten av kommunene har lavere utgifter til kommunal medfinansiering enn det andelen av det overførte beløpet på 5 mrd. kroner skulle tilsi. Endelige tall for 2012 vil foreligge i forbindelse med nysalderingen av statsbudsjettet 2013.

Status 2013

Saldert budsjett for 2013 legger til rette for en aktivitetsvekst på 1,7 pst. med utgangspunkt i aktivitetstall for første tertial 2012. Til fradrag fra dette vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. I budsjett 2013 er dette anslått til å utgjøre om lag 0,8 pst. av aktiviteten.

Foreløpige tall for hele 2012 viser at veksten i 2012 ble om lag som lagt til grunn i første tertial. Saldert budsjett 2013 legger derfor til rette for en aktivitetsvekst i 2013 på 1,7 pst. fra faktisk nivå i 2012, hvorav 0,9 pst. bestilles fra de regionale helseforetakene og 0,8 pst. fra opprettelse av nye døgntilbud i kommunene.

Basert på aktivitetstall for første tertial 2013 indikerer en prognose for hele 2013 en vekst i antall DRG-poeng på om lag 1,2 pst. fra faktisk nivå i 2012. Dette tilsvarer et aktivitetsnivå som er om lag 0,3 pst. høyere enn det som er lagt til grunn i aktivitetsbestillingen til regionale helseforetak i oppdragsdokumentet for 2013. Når veksten fordeles på aktivitet med henholdsvis 40 og 20 pst. ISF-refusjon tilsier dette et økt bevilgningsbehov for ISF i 2013 på 50 mill. kroner.

Ved fastsettelse av enhetspris for 2013 er det lagt til grunn at enhetsprisen for 2012 er fastsatt 0,2 pst. eller 76 kroner for lavt. Enhetsprisen er videre prisomregnet med 3,3 pst. Ny informasjon om endringer i registreringspraksis i 2012 tilsier at en enhetspris på 39 447 kroner tilsvarer en underregulering av enhetsprisen med 0,35 pst. i 2013. Enhetsprisen underreguleres for å ta høyde for endring i kodepraksis som ikke har sitt motstykke i endret pasientbehandling. Aktivitetstall for første tertial tilsier at enhetsprisen skal underreguleres med 0,1 pst. i 2013 og at enhetsprisen dermed er fastsatt 0,25 pst. eller 40 mill. kroner for lavt for antall DRG-poeng.

Til sammen innebærer aktivitetstall og prognoser for første tertial at det foreløpig kan legges til grunn et bevilgningsbehov for ISF på 90 mill. kroner over saldert budsjett, og som skal videreføres i 2014.

Kommunal medfinansiering

Kommunenes utgifter til kommunal medfinansiering er om lag 1,82 mrd. kroner basert på regnskapstall per første tertial. Prognose for kommunenes finansieringsansvar gjennom kommunal medfinansiering for hele 2013 er 5 374 mill. kroner. Dette er om lag 30 mill. kroner høyere enn forutsatt i saldert budsjett. I tillegg kommer 10 mill. kroner som følge av endret forutsetning for enhetspris ISF, totalt om lag 40 mill. kroner. Departementet vil understreke usikkerheten i tallgrunnlaget. Aktivitetstall for første tertial og 2013 er usikre.

Mål 2014

For 2014 foreslås det bevilget 17 344,4 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for et aktivitetsnivå i 2014 som ligger om lag 1,7 pst. over anslått nivå for 2013. Det anslåtte nivå i 2013 er en prognose basert på aktivitet per første tertial 2013, og det er dette nivået som skal videreføres og økes med om lag 1,7 pst. Som følge av at midlene til brystrekonstruksjon ikke videreføres, reduseres vekstanslaget med 0,1 pst. til 1,6 pst. Til fradrag fra dette vekstanslaget kommer økt pasientbehandling i kommunene som følge av opprettelse av nye døgntilbud. Dette er anslått til å utgjøre om lag 0,8 pst. av ISF-aktiviteten. Resursbruk og innsats skal være i tråd med helsepolitiske målsettinger og prioriteringer. Enhetsprisen for antall DRG-poeng i oppdragsdokumentet foreslås satt til 40 772 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn at enhetsprisen for 2012 er fastsatt 99 kroner for lavt. Enhetsprisen er videre prisomregnet med 3,1 pst. En enhetspris på 40 772 kroner tilsvarer en underregulering av enhetsprisen med 0,1 pst. i 2013 og 2014. Dersom omfanget av endret registreringspraksis i ettertid avviker fra det som er lagt til grunn i enhetsprisen, vil dette på vanlig måte bli håndtert i forbindelse med den endelige avregningen for 2014. Det er i budsjettanslaget lagt til grunn at kommunenes finansieringsansvar gjennom kommunal medfinansiering for hele 2014 er 5 557 mill. kroner. Dette innebærer at det legges til grunn at de reelle utgiftene i 2014 er på om lag samme nivå som i 2013.

Post 77 Poliklinisk virksomhet mv.

Bevilgningen omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene psykisk helsevern, rusbehandling, radiologi og laboratorievirksomheter.

Refusjon av egenandeler for somatisk poliklinisk virksomhet inngår også i ordningen.

For 2014 foreslås bevilget 3 404,9 mill. kroner til refusjon for poliklinisk virksomhet tilsvarende en vekst på 6 pst. fra anslag basert på regnskapstall per mai 2013. Dette omfatter også polikliniske radiologi- og laboratorietjenester. Forslaget legger til rette for en vridning fra døgnbehandling til poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern. Det foreslås en egenandelsøkning på 1,5 pst. fra 1. juli 2014.

Status 2013

Alle refusjonstakstene ble prisjustert med 3,3 pst. fra 1. januar 2013. I saldert budsjett ble det samlet sett lagt til grunn en aktivitetsvekst på om lag 6,5 pst. utover anslått nivå i 2012, basert på regnskapstall per mai 2012, jf. Prop. 1 S (2012–2013). Nytt refusjonssystem for poliklinisk radiologi ble innført fra 1. januar 2012. Forutsetningen om at systemomleggingen skulle være budsjettneutral er evaluert. Mindre korreksjoner i systemet ble foretatt med virkning fra 1. januar 2013. Egenandelene økte med 2,6 pst. fra 1. juli 2013.

Basert på regnskapstall for perioden januar til mai 2013, er samlede utbetalinger i 2013 anslått til 3120 mill. kroner. Dette er 14 mill. kroner lavere enn saldert budsjett 2013. Anslaget legger til grunn en aktivitetsvekst på 1 pst. i refusjon av egenandeler i forbindelse med somatisk poliklinisk behandling, 5 pst. innenfor voksenpsykiatri/rusbehandling, 3 pst. innenfor barne- og ungdomspsykiatri, 8 pst. innenfor offentlig laboratorievirksomhet og 6 pst. innenfor offentlig radiologi.

Post 78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester

Alle helseforetak er kunnskapsinstitusjoner og skal ha forskning som en integrert del av sin virksomhet. Forskning er viktig både for å bidra til ny kunnskap, og for å bidra til kompetanse og utvikling i sykehusene. Det foreslås å øke bevilgningen til de regionale helseforetakene med 100 mill. kroner til styrking av forskning. Midlene skal bidra til å sikre forskning i helseforetakene, herunder private ideelle sykehus med driftsavtale med helseregionen. Midlene skal benyttes til å styrke tjenesterelevant og pasientnær klinisk forskning og helse-tjenesteforskning, som grunnlag for å sikre høy kvalitet og trygge og effektive tjenester. Det er særlig viktig med forskning innen områdene: hjerte-karsykdommer, muskel- og skjelettplager, alvorlige psykiske lidelser, helsetjenesteforskning, kreftforskning og nevrologiske sykdommer

inkl. demens der det er etablert nasjonalt forskningssamarbeid på tvers av sykehusene. I tillegg skal styrkingen bidra med mer forskning knyttet til smerte- og utmattelsesykdommer som CFS/ME, fibromyalgi, borreliose mv.

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 3,7 mill. kroner fra kap. 761, post 75 til kompetansetiltak for sjeldne tilstander under Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
- 0,8 mill. kroner fra kap. 720, post 01 til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
- 12,7 mill. kroner fra kap. 732, post 72 til nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering
- 25,7 mill. kroner til kap. 732, post 72–75 til de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri

Det foreslås en styrking på 12,6 mill. kroner av tilskuddet til etablering av følgende nye nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten:

- Nasjonal kompetansetjeneste for barn og voksne med familiær hyperkolesterolemi og andre arvelige dyslipidemier
- Nasjonal kompetansetjeneste for flåttbårne sykdommer
- Nasjonal kompetansetjeneste for komplekse, alvorlige psykosomatiske tilstander hos barn og unge
- Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring
- Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonelle mage-tarm-sykdommer
- Nasjonal kompetansetjeneste for kirurgisk behandling av rygg- og nakkesykdommer

Bevilgningen dekker:

- Tilskudd til forskning skal være et økonomisk bidrag og insentiv til å sikre forskning og oppbygging av forskningskompetanse i helseforetakene. Basistilskuddet på 30 pst. fordeles likt mellom de fire regionale helseforetakene. Den resultatbaserte delen av tilskuddet på 70 pst. fordeles etter et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater (publiserte artikler og avlagte doktorgrader) i de regionale helseforetakene de siste tre år. Tilskuddet fordeles av samarbeidsorganet mellom regionalt helseforetak og universiteter. Det er ikke lagt føringer for finansieringsmodell for forskning i helseforetakene.
- Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester skal gi et økonomisk bidrag til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten.

Formålet er å bidra til å utvikle og heve kvaliteten på tjenestene i hele behandlingsskjeden.

Resultat 2012 og status 2013

Samlet bevilgning var 933,5 mill. kroner i 2012. Tilskudd til forskning utgjorde 488 mill. kroner. Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten utgjorde 445,5 mill. kroner, herunder 233,3 mill. kroner til nasjonale kompetansetjenester for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger og regionale fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.

Forskning

Tilskudd til forskning utgjør 504,2 mill. kroner i 2013. CRISStin og Norsk vitenskapsindeks (NVI) brukes for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. De regionale helseforetakene har gjenomgått dagens indikatorer for forskningsaktivitet og levert rapport til Helse- og omsorgsdepartementet. For å øke interregionalt, nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid, samt sikre best mulig harmonisering med tilsvarende måle- og finansieringssystem for universiteter og høyskoler, vil departementet fra 2014 gjøre følgende justeringer i forskningsindikatorene:

- Monografier og vitenskapelige artikler i antologier inngår i målesystemet på lik linje med UH-sektoren
- Det innføres en multiplikator på 1,25 for samarbeid på tvers av regionsgrenser for å styrke interregionalt samarbeid om forskning (tilsvarende instituttsektoren)
- Multiplikatoren for internasjonalt samarbeid økes fra 2 til 2,5
- Det gis uttelling for ekstern finansiering med 10 poeng per tildelt million fra EU (tilsvarende nivå som i UH-sektoren)
- Det gis uttelling for ekstern finansiering fra Norges forskningsråd med 1 poeng per tildelt million (tilsvarende nivå som i UH-sektoren)
- Dagens nivå 2A bortfaller (nivåinndelingen blir som for UH-sektoren)
- Det innføres prøverapportering på antall pågående kliniske studier og antall pasienter som deltar i kliniske studier i 2014. Tiltaket forutsetter tilgang til data gjennom etablering av en nasjonal database for kliniske intervensjonsstudier.

Fordelingen av forskningsmidler over statsbudsjettet gjøres på bakgrunn av glidende gjennomsnitt i forskningspoeng over tre år (tabell 4.13). For omtale av forskningspoeng for 2012, se omtale under meldingsdelen på kap. 732.

Tabell 4.13 Gjennomsnittlig treårige beregninger av forskningspoeng i regionale helseforetak

Gjennomsnitt	2010–2012	2009–2011	2008–2010	2007–2009	2006–2008
Helse Sør-Øst	61,3	60,2	59,3	59,9	58,8
Helse Vest	20,6	21,7	22,8	22,3	22,6
Helse Midt-Norge	9,9	9,6	9,8	9,8	10,6
Helse Nord	8,2	8,4	8,1	8,0	8,0

Nasjonale kompetansetjenester

Tilskudd til nasjonale kompetansetjenester utgjør 441,7 mill. kroner i 2013, herunder 173,4 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. Det er godkjent 43 nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten i 2013 etter ny forskrift, inkl. Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst og Nasjonalt kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord. Det er mottatt rapportering for nasjonale kompetansetjenester for 2011 og 2012. Om lag 84 pst. av alle nasjonale kompetansetjenester har etablert en referansegruppe, hvorav to tredeler har avgitt sin rapport for 2012. Kvaliteten på rapportering er forbedret.

Mål 2014

Det foreslås bevilget 1083,2 mill. kroner i 2014.

Forskning

Det foreslås et tilskudd på 621,8 mill. kroner til forskning i 2014, jf. tabell 4.14. Det inkluderer en særskilt styrkning på 100 mill. kroner som skal understøtte det etablerte, nasjonale forskningssamarbeidet på tvers av de regionale helseforetakene, samt mer forskning knyttet til smerte- og utmattelsesykdommer som CFS/ME, fibromyalgi, borreliose mv.

Tabell 4.14 Fordeling av tilskuddet til forskning i spesialisthelsetjenesten

(i mill. kr)	Basis (30 %)	Resultat (70 %) ¹	Sum
Helse Sør-Øst RHF	46,6	266,8	313,4
Helse Vest RHF	46,6	89,7	136,3
Helse Midt-Norge RHF	46,6	43,1	89,7
Helse Nord RHF	46,6	35,7	82,3
Totalt	186,5	435,3	621,8

¹ Forskningsresultater for perioden 2009–2011 ligger til grunn for fordeling av midler i 2012, jf. tabell 4.14. Departementet tar forbehold om justering av beløpene i tabellen mellom tilskuddsmottakere som følge av ytterligere kvalitetssikring av data som ligger til grunn for poengberegningen

Nasjonale kompetansetjenester

Det foreslås 461,3 mill. kroner til nasjonale kompetansetjenester. Dette inkluderer 193,2 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst og 48,6 mill. kroner til Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde i Helse Nord. Det vises til omtale av flyttinger innledningsvis på posten. Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser i Helse Sør-Øst ble godkjent i 2012. Denne tjenesten er i etableringsfasen og det forutsettes at Helse Sør-Øst videreutvikler denne. Det foreslås en omfordeling av midler til sjeldensentrene Napos i Helse Vest og NMK i Helse Nord. Omfordelingen innebærer en reduksjon av midler til Helse Vest med 4,1 mill. kroner og til Helse Nord med 5,1 mill. kroner. Midlene overføres til Helse Sør-Øst, ved Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser, som skal inngå avtale med Napos og NMK.

For å understøtte etablering av seks nye nasjonale kompetansetjenester foreslås det å øke tilskuddet til nasjonale kompetansetjenester med 12,6 mill. kroner, fordelt med 8,4 mill. kroner til Helse Sør-Øst RHF, 2,1 mill. kroner til Helse Vest RHF og 2,1 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF.

Det foreslås å flytte totalt 25,7 mill. kroner fra kap. 732, post 78 til kap. 732, post 72–74 for drift av de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, da dette er regionale kompetansesentre som ikke er omfattet av det nasjonale styringssystemet for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten iht. gjeldende forskrift.

Tabell 4.15 Fordeling av tilskudd til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten

(i mill. kroner)	Nasjonale kompetansetjenester
Helse Sør-Øst RHF	304,3 ¹
Helse Vest RHF	30,8 ²
Helse Midt-Norge RHF	32,0 ³
Helse Nord RHF	94,2 ⁴
Sum	461,3

¹ Beløpet inkluderer flytting av 3,7 mill. kroner fra kap. 761, post 75 og 0,8 mill. kroner fra kap. 720, post 01 til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser; omfordeling av 4,1 mill. kroner fra Helse Vest for Napos (Kompetansesenter for porfyrisykdommer) til Helse Sør-Øst v/ Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser; omfordeling av 5,1 mill. kroner fra Helse Nord for NMK (Nevromuskulært kompetansesenter) til Helse Sør-Øst v/ Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser; flytting av 12,7 mill. kroner fra kap. 732, post 72 til nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering; flytting av 11,1 mill. kroner fra kap. 732, post 78 til kap. 732, post 72–75 til kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri. Inkludert er i tillegg nytt tilskudd på 8,4 mill. kroner til etablering av nye nasjonale tjenester.

² Beløpet inkluderer flytting av 8,1 mill. kroner fra kap. 732, post 78 til kap. 732, post 72–75 til kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri; omfordeling av 4,1 mill. kroner fra Helse Vest for Napos (Kompetansesenter for porfyrisykdommer) til Helse Sør-Øst v/ Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. Inkludert er i tillegg nytt tilskudd på 2,1 mill. kroner til etablering av nye nasjonale tjenester.

³ Beløpet inkluderer flytting av 6,5 mill. kroner fra kap. 732, post 78 til kap. 732, post 72–75 til kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels-, og rettspsykiatri. Inkludert er i tillegg nytt tilskudd på 2,1 mill. kroner til etablering av nye nasjonale tjenester.

⁴ Beløpet inkluderer omfordeling av 5,1 mill. kroner fra Helse Nord for NMK (Nevromuskulært kompetansesenter) til Helse Sør-Øst v/ Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser.

Post 79 Raskere tilbake

Bevilgningen dekker alle utgifter for Raskere tilbake i spesialisthelsetjenesten, bl.a. behandling og transport. Midler til videreføring av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene og prosjekt ved Hysnes helsefort er inkludert. Det foreslås bevilget 549,6 mill. kroner. Det vises til omtale under kap. 781, post 21 vedrørende midler til informasjonstiltak og nasjonal koordinering.

Ordningen tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte ble etablert med utgangspunkt i sykefraværsutvalget, Ot.prp. nr. 6 (2006–2007) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2006–2007), jf. Budsjett-innst. S. nr. 15 (2006–2007). Målgruppen er sykmeldte, delvis sykmeldte og arbeidstakere som står i fare for å bli sykemeldt. Det er et vilkår at personene som omfattes med stor sannsynlighet kommer raskere tilbake i arbeid som direkte følge av behandlingen som tilbys. Det er etablert styrings- og kontrollsystemer som skal sikre at bevilgningen brukes i samsvar med ordningens formål.

International Research Institute of Stavanger (Iris) har evaluert ordningen Raskere tilbake som omfatter tjenester i helsesektoren og i Arbeids- og velferdsetaten på oppdrag fra Arbeidsdepartementet. Det foreligger to delrapporter. Delrapportene omhandler kartlegging av tilbudene, og aktørers erfaringer og synspunkter. Det er ikke gjennomført effektundersøkelse i denne evalueringen.

I 2012 ble det stilt til disposisjon 514 mill. kroner for de regionale helseforetakene under posten. I 2013 ble det bevilget 531 mill. kroner til de regionale helseforetakene til tiltak under posten.

Post 82 Investeringslån

Bevilgningen dekker investeringslån til de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene kan kun ta opp lån til investeringer gjennom den statlige låneordningen som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. Fram t.o.m. 2007 ble investeringslån til de regionale helseforetakene ført som lånetransaksjon «under streken». Dette medførte at utgiftene ikke inngikk i statsbudsjettets underskudd før lånetransaksjoner og dermed heller ikke i det strukturelle, oljekorrigerte budsjettunderskuddet. Selv om de regionale helseforetakene er organisert som selvstendige rettssubjekter, er virksomheten i all hovedsak fullfinansiert ved statlige bevilgninger, og de kan etter loven ikke gå konkurs. Det betyr at Stortinget må legge til

grunn at alle låneopptak som regionale helseforetak foretar, reelt sett over tid vil måtte tilbakebetales gjennom bruk av senere års bevilgninger fra Stortinget. Helseforetakenes virksomhet og økonomi skiller seg i så måte ikke vesentlig fra statsforvaltningens virksomhet. Fra og med 2008 ble nye investeringslån til de regionale helseforetakene ført som bevilgning «over streken». Lånevilkårene er gunstige sammenliknet med vilkår i det private lånemarkedet. Samtidig ble lånene fra dette tidspunkt gitt til enkeltprosjekter, og ikke som en ramme som departementet hadde fullmakt til å fordele. Utgiftene og inntektene knyttet til investeringslån ble fra da av dermed budsjettert og synliggjort som for andre virksomheter. Omleggingen har bidratt til at statsbudsjettet gir et mer oversiktlig bilde av statens ressursbruk og den samlede etterspørselsvirkningen av finanspolitikken. Dermed blir det åpenhet om pengebruken knyttet til større sykehusinvesteringer. Budsjettering under streken eller gjennom private låneopptak vil reelt sett ikke øke statens handlingsrom til å investere i sykehus, men vil utydeliggjøre budsjettkonsekvensen av beslutningene overfor Stortinget.

F.o.m. 2008 ble bevilgningene til å gjenanskaffe bygg og utstyr samtidig økt med 1,67 mill. kroner til om lag 5,3 mrd. kroner. Dette svarer om lag til årlig gjenanskaffelsesbehov som følge av at bygg og utstyr forringes. De regionale helseforetakene ble dermed satt vesentlig bedre i stand til å opprettholde standard på bygg og utstyr sammenliknet med tidligere år.

Det foreslås bevilget 1 592 mill. kroner i investeringslån for 2014. Dette sikrer nødvendig framdrift for prosjektene innenfor investeringslåneordningen. Dette gjelder nytt Østfoldsykehus, nytt barne- og ungdomssenter (Busp) ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen, modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset, Bodø, nytt lokalsykehus ved Nordlandssykehuset, Vesteraalen, ny A-fløy ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, nytt sykehus ved Helse Finnmark, Kirkenes og første fase av investerings tiltak ved omstillingen ved Oslo universitetssykehus.

Lån til nytt Østfoldsykehus ble vedtatt med en øvre ramme på 2 500 mill. 2009-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2010–2011). T.o.m. 2013 er det utbetalt 1 905 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås utbetalt 800 mill. kroner av samlet låneramme til prosjektet i 2014.

Lån til nytt barne- og ungdomssenter (Busp) ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen ble vedtatt med en øvre ramme på 700 mill.

2009-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2010–2011). T.o.m. 2013 er det bevilget 433 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås utbetalt 205 mill. kroner av samlet låneramme til prosjektet i 2014.

Lån til gjennomføring av modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset, Bodø, ble vedtatt med en øvre låneramme på totalt 1 328 mill. 2008-kroner gjennom Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2008–2009). T.o.m. 2013 er det bevilget 800 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås utbetalt 244 mill. kroner av samlet låneramme i 2014.

Lån til nytt lokalsykehus ved Nordlandssykehuset, Vesterålen, ble vedtatt med en øvre ramme på 305 mill. 2008-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2009–2010). T.o.m. 2013 er det utbetalt 245 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås utbetalt 112,8 mill. kroner av samlet låneramme i 2014. Med dette er den samlede lånerammen på 305 mill. 2008-kroner utbetalt.

Lån til ny A-fløy ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, ble vedtatt gjennom Stortingets

behandling av Prop. 1 S (2011–2012) med en øvre låneramme som utgjør 455 mill. 2012-kroner. Det er foretatt noen endringer i forprosjektet fra konseptfasen. T.o.m. 2013 er det utbetalt 105 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås utbetalt 110 mill. kroner av samlet låneramme i 2014.

Lån i forbindelse med første fase av investeringstiltak til omstillingen ved Oslo universitetssykehus, inklusiv nødvendige investeringer for å utvikle Aker som samhandlingsarena, er vedtatt med en øvre ramme på 825 mill. 2012-kroner gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2011–2012) og Prop. 111 S (2011–2012). T.o.m. 2013 er det utbetalt 764,9 mill. kroner i lån til prosjektet. Det foreslås bevilget 80,1 mill. kroner i 2014. Med dette er den samlede lånerammen på 825 mill. 2012-kroner utbetalt.

Lån til nytt sykehus ved Helse Finnmark, Kirkenes, ble vedtatt gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2012–2013) med en øvre låneramme på 600 mill. 2013-kroner. I 2013 ble det utbetalt 40 mill. kroner i lån. Det foreslås utbetalt 40 mill. kroner av samlet låneramme i 2014.

Tabell 4.16 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2012 fordelt på de regionale helseforetakene

(i mill. kr)	Lånesaldo per 31.12.11	Tildelt låneramme 2012	Påløpte byggelånsrenter 2012 jf. kap. 3732, post 83 og 91	Innbetalte avdrag 2012 jf. kap. 3732, post 85 og 90	Lånesaldo per 31.12.12
Helse Sør-Øst RHF	6 687,9	1 300	14,9	-426,6	7 576,2
Helse Vest RHF	2 195,7	140	8,4	-116,9	2 227,2
Helse Midt-Norge RHF	3 695,4	240	2,1	-223,6	3 714,0
Helse Nord RHF	1 372,2	370	8,4	94,2	1 656,4
Sum	13 951,2	2 050	33,8	861,3	15 173,8

Ved inngangen til 2013 utgjør samlet låneopptak til investeringer i de regionale helseforetakene 15,2 mrd. kroner. Av dette er 12,6 mrd. kroner omgjort til langsiktig lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 2,6 mrd. kroner, er byggelån til prosjekter som er under gjennomføring.

Lånebevilgningen for 2013 utgjør 2 009,9 mill. kroner. Bevilgningen sikrer fortsatt framdrift av modernisering og nybygg ved Nordlandssykehuset, Bodø, nytt lokalsykehus ved Nordlandssykehuset, Vesterålen, nytt Østfoldsykehus, nytt barne- og ungdomssenter (Busp) ved Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen, ny A-fløy ved

Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø, nytt sykehus ved Helse Finnmark, Kirkenes, investeringstiltak ved omstillingen ved Oslo universitetssykehus, samt slutføring av Kunnskaps-senteret ved St. Olavs Hospital.

De regionale helseforetakene har omfattende investeringsplaner. For å legge bedre til rette for å gjennomføre nødvendige investeringer vil regjeringen gi mulighet for å utvide rammene for nye investeringslån fra 50 til 70 pst. av forventet prosjektkostnad for enkeltstående investeringsprosjekter over 500 mill. kroner. Samtidig kan avdragstiden økes fra 20 til 25 år. Muligheter for økt låneandel og lengre avdragstid vil kunne gi

helseforetakene større fleksibilitet og handlingsrom for nyinvesteringer. Endringene vil kunne gi helseforetakene mulighet for å komme raskere i gang med viktige investering i bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT.

Opptreksrenter

I perioden fram til ferdigstillelse av prosjektene vil renter på investeringslån påløpe og belastes, men ikke betales av helseforetakene. Dette innebærer at disse rentene blir tillagt låneporteføljene til de regionale helseforetakene. Tilsvarende inntekter budsjetteres på Finansdepartements budsjett (kap. 5605, post 84). Endring i låneordningen fra 2008 med at investeringslån bevilges som en ordinær tilskuddspost innebærer at budsjetteringen av tilhørende opptreksrenter blir delt når det gjelder lån tatt opp før og etter 2008, jf. post 83 og post 91 nedenfor. Samlede opptreksrenter på helseforetakenes investeringslån utgjorde 33,8 mill. kroner i 2012.

Post 83 Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008

I 2012 utgjorde opptreksrenter på denne posten 28,9 mill. kroner. For 2014 foreslås det budsjettet med 142 mill. kroner i opptreksrenter på lån gitt f.o.m. 2008.

Post 86 Driftskreditter

De regionale helseforetakene har innenfor rammer fastsatt av Stortinget adgang til å ha driftskreditter. Denne adgangen er gitt for at de regionale helseforetakene til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å håndtere løpende utbetalinger. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å fordele rammen mellom de regionale helseforetakene. Som følge av at de regionale helseforetakene over år hatt store merutbetalinger knyttet til pensjonspremier, samt tidligere års underskudd, har de fått behov for driftskreditter. Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2008–2009) ble helseforetakenes driftskreditter hos private bankforbindelser overført til Norges Bank. Denne omleggingen var en del av det samlede opplegget for håndtering av pensjonskostnader og -premier for helseforetakene. I tillegg skal pensjonskostnaden som hovedregel legges til grunn ved fastsetting av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene.

Opplegget innebærer at differansen mellom pensjonskostnader og -premier håndteres gjennom bevilgninger på denne posten eller på den tilhørende inntekstposten kap. 3732, post 86 avhen-

gig av differansen mellom pensjonskostnad og pensjonspremie. Dette er størrelser som de regionale helseforetakene i liten grad kan styre. Den resterende aktiviteten ved sykehusene skal håndteres innenfor årlige bevilgninger. Driftskredittrammene er av flere årsaker ulikt fordelt mellom de regionale helseforetakene. Med utgangspunkt i at helseforetakene nå gjennomgående har god økonomisk kontroll og er gitt forutsigbare rammebetingelser, er det lagt til grunn at driftskredittrammene skal fordeles iht. ordinær inntektsfordeling. Den interne fordelingen mellom de regionale helseforetakene skjer over en periode på tre år med oppstart i 2013.

Rammen for driftskreditt var per 1. januar 2012 på 8 802 mill. kroner. Ved behandling av Prop. 1 S (2011–2012) ble det lagt til grunn en samlet pensjonspremie på 12 580 mill. kroner, mens pensjonskostnaden ble videreført på samme nivå som i 2011, dvs. 10 850 mill. kroner. Pensjonspremien var følgelig 1 730 mill. kroner høyere enn pensjonskostnaden og de regionale helseforetakenes ramme for driftskreditter ble økt med tilsvarende beløp.

Endelig beregning av pensjonskostnader for 2012 ga en kostnadsøkning på 2 100 mill. kroner til 12 950 mill. kroner. Ved Stortingets behandling av Prop. 111 S (2011–2012) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2012, jf. Innst. 375 S (2011–2012), ble helseforetakenes basisbevilgning økt tilsvarende. Rammen for driftskreditt ble redusert med tilsvarende beløp, slik at samlet driftskredittramme ble nedjustert med 370 mill. kroner. Høsten 2012 viste ny informasjon at pensjonspremien for 2012 utgjorde 12 374 mill. kroner, som var en reduksjon på 206 mill. kroner i forhold til tidligere anslag. Dette førte til tilsvarende nedjustering av driftskredittrammen, slik at samlet nedjustering utgjorde 576 mill. kroner for 2012. Samlet ramme for driftskreditt utgjorde 8 226 mill. kroner ved utgangen av 2012. 2013-budsjettet bygger på en videreføring av nivåene som ble lagt til grunn i Prop. 111 S (2011–2012) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2012. Dette innebærer en pensjonspremie på 12 580 mill. kroner og en pensjonskostnad på 12 950 mill. kroner. Dermed reduseres driftskredittrammen med 370 mill. kroner fra 8 226 mill. kroner til 7 856 mill. kroner.

Ny informasjon tilsier en pensjonskostnad for 2013 som er 100 mill. kroner lavere enn tidligere lagt til grunn. Regjeringen vil komme tilbake til dette.

Budsjettforslaget for 2014 bygger på et anslag for samlede pensjonskostnader på 12 840 mill. kroner og for pensjonspremien på 13 350 mill. kroner. Differansen mellom pensjonskostnad og -premie utgjør 510 mill. kroner, som foreslås håndtert gjennom en tilsvarende økning av driftskreditrammen.

Nye anslag for både pensjonskostnad og -premie vil foreligge i januar 2014. Dersom ny informasjon tilsier større endringer i forhold til de anslag som nå er lagt til grunn vil Regjeringen komme tilbake til dette.

Tabell 4.17 Oversikt over endringer i driftskreditramme

(i mill. kroner)	Årsslutt 2011	Prop. 1 S (2011–2012)	RNB 2012 ¹	Nysaldering ²	Prop. 1 S (2012–2013)	Anslag 2014
1. Innrapportert pensjonskostnad		10 850	12 950	12 950	12 950	12 840
2. Pensjonspremie		12 580	12 580	12 374	12 580	13 350
3. Endring i driftskreditramme		1 730	-2 100	-206	-370	510
4. Endring driftskreditt (akkumulert gjennom året) (2–1)		1 730	-370	-576	-370	510
5. Samlet driftskreditramme	8 802	10 532	8 432	8 226	7 856	8 366

¹ Jf. Prop. 111 S (2011–2012) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2012

² Jf. Prop. 22 S (2012–2013) Endringer i statsbudsjettet for 2012 under Helse- og omsorgsdepartementet

Post 91 Opptreksrenter for lån t.o.m. 2007

Bevilgningen er en teknisk håndtering av opptreksrenter på investeringslån som de regionale helseforetakene tok opp før 2008, jf. omtale av

opptreksrenter under post 83. I 2012 utgjorde opptreksrenter på denne posten 4,9 mill. kroner.

For 2014 foreslås det budsjettert med 2,5 mill. kroner i renter på byggelån tatt opp før 2008.

Kap. 3732 Regionale helseforetak

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
80	Renter på investeringslån	463 705	447 000	404 000
85	Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	180 912	186 000	212 000
86	Driftskreditter	576 000	370 000	
90	Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	680 408	689 000	676 000
	Sum kap. 3732	1 901 025	1 692 000	1 292 000

Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningene på posten dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av

investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2012 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 463,7 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene.

Tabell 4.18 Oversikt over innbetalte renter i 2012 fordelt på regionale helseforetak (i mill. kr)

Helse Sør-Øst RHF	229,5
Helse Vest RHF	62,0
Helse Midt-Norge RHF	132,9
Helse Nord RHF	39,3
Sum	463,7

Renter på investeringslån foreslås budsjettert med 404 mill. kroner i 2014.

Avdrag på investeringslån

Avdrag knyttet til investeringslån er todelt, det som gjelder lån tatt opp før 2008 og det som gjelder opplåning i 2008 og årene etter. I 2012 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 861,3 mill. kroner i avdrag på sine investeringslån. Se tabell under kap. 732, post 82 for fordeling av avdrag per regionalt helseforetak.

Kap. 733 Habilitering og rehabilitering

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	12 295	17 828	13 252
70	Behandlingsreiser til utlandet	109 957	111 936	115 854
72	Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	30 140	9 447	4 978
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	17 401	17 112	17 711
	Sum kap. 0733	169 793	156 323	151 795

Habilitering og rehabiliteringstjenester skal være koordinerte, tverrfaglige og målrettede. Tjenester skal tilbys og ytes i eller nærmest mulig brukers vante miljø. Habilitering og rehabilitering skal gis til alle som trenger det, uavhengig av alder og diagnose. Både kommuner og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte rehabiliteringstjenester og habiliteringstjenester til barn, unge og voksne med medfødt eller ervervet nedsatt funksjonsevne. Det forutsettes at både kommunene og de regionale helseforetakene kan kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.

Det følger av dagens pasient- og brukerrettighetslov at pasienter har rett til å velge på hvilket

Post 85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp etter 2008. I 2012 utgjorde avdrag på denne posten 180,9 mill. kroner. Avdrag på investeringslån tatt opp etter 2008 foreslås budsjettert med 212 mill. kroner for 2014.

Post 86 Driftskreditter

Det vises til omtale under kap. 732, post 86.

Post 90 Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp før 2008. Avdrag på denne posten utgjorde 680,4 mill. kroner i 2012. Avdrag på investeringslån tatt opp før 2008 foreslås budsjettert med 676 mill. kroner i 2014.

sykehus, distriktpsikiatrisk senter eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk, behandlingen skal foretas. Fra 1. januar 2014 vil også private radiologiske virksomheter bli omfattet av denne ordningen.

Valgfrihet er positivt for pasienten og det bidrar til å øke pasientens mulighet til medbestemmelse på helseområdet. En slik valgfrihet er viktig også for pasienter og brukere med behov for rehabilitering i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner med avtale med regionalt helseforetak. Helse- og omsorgsdepartementet varslet derfor i Prop. 118 L (2012–2013) at departementet har startet et arbeid med å utrede organisatoriske, juridiske og økonomiske konsekven-

ser en slik utvidelse vil innebære. Departementet tar sikte på å sende et lovforslag på høring i 2014.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flytting sammenlinket med saldert budsjett 2013:

- 5,2 mill. kroner til kap. 780, post 50 til økt forskningsinnsats innenfor rehabilitering og habilitering.

Formålet med bevilgningen er å stimulere til utvikling av gode habiliterings- og rehabiliterings-tjenester, og å få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av feltet.

I samhandlingsreformen er det innført en lov-pålagt plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Forpliktende samarbeidsavtaler vil være et sentralt verktøy i gjennomføringen og oppfølgingen av samhandlingsreformen. For at kommunene skal kunne yte gode og helhetlige tjenester innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet forutsettes det at spesialisthelsetjenesten følger opp sitt veiledningsansvar overfor kommunene.

Det ble i 2012 gitt støtte til prosjekter som forutsettes å bidra til å styrke habiliteringstjenesten og øke samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder bl.a. kompetanse- og kunnskapsspredning gjennom konferanser og samlinger, utvikling av kompetanse hos behandlere, etablering av regionalt, tverrfaglig og tverrs-ektorielt forum for kompetanseutvikling, utredning av funksjonell behandling av barn med ervervet hjerneskade, utredning av modell for overgang fra barnetjenesten til voksentjenesten mv.

Det har vært en økning i antall kommuner og helseforetak som har etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Ved utgangen av 2011 hadde 78 pst. av kommunene og 80 pst. av helseforetakene etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Tilsvarende tall ved utgangen av 2010 var 76 pst. av kommunene og 72 pst. av helseforetakene. I tillegg er det regional koordinerende enhet i alle helseregioner.

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte habiliteringstjenester til barn, unge og voksne med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom og tjenester som krever særskilt, tverrfaglig kompetanse og er innrettet mot å gi råd, veiledning og opplæring til kommunene, foreldre og foresatte.

Oslo universitetssykehus HF's kartlegging av utvikling av hørsel og språk hos en gruppe barn som har fått tosidig cochleaimplantat tidlig tyder på at habiliteringen har gitt god hørsel og at språkutvikling er innenfor de øvre og nedre grensene til befolkningen generelt.

Helsedirektoratet lanserte i 2012 en nettportal med informasjon om syn, hørsel og kombinerte sansetap med fokus på mestring og muligheter for mennesker i alle aldre. Nettportalen er utviklet i samarbeid mellom utdanningssektoren og helse-sektoren. Nettportalen henvender seg til fagper-soner, personer som selv har sansetap, deres fami-lier og sosiale nettverk.

Helsedirektoratet har støttet et prosjekt ved Oslo universitetssykehus HF som gjelder effekt av habiliteringsprogrammene IAHP og FHA (Doman-metodene). Oslo universitetssykehus HF har levert rapporten Effektstudier av intensiv habilitering basert på Doman-metodene. Rapporten konkluderte med at barna som hadde benyttet nevnte metoder ikke viste en utvikling som svarte til de resultater som blir omtalt på nettsidene for programmene. Prosjektet fant at det var små for-skjeller mellom gruppen som trente etter pro-grammene IAHP og FHA og sammenliknings-gruppen, som fikk ordinære habiliteringstiltak i Norge. Resultatene av denne studien støtter ikke påstander om at barn som følger IAHP og FHC viser stor utviklingsmessig framgang og mye bedre resultat enn barn som får andre tiltak.

Helsedirektoratet vil arbeide med å bedre medisinsk kodeverk og statistikk innen habilite-ring og rehabilitering. Reviderte prosedyrekoder innen habilitering og rehabilitering med vekt på ICF implementeres i 2013. Prosedyrekodeverket skal revideres årlig.

Det foreslås bevilget 13,3 mill. kroner på denne posten i 2014.

Post 70 Behandlingsreiser til utlandet

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til tilbud i Norge. Staten dekker utgiftene til ordnin-gen. Ordningen innebærer behandlingstiltak i varmt og solrikt klima. Tilbudet skal tilfredsstillе faglige krav etter norsk vurdering og gi dokumen-tert nytte. Helse Sør-Øst RHF v/ Oslo universi-tetssykehus har det faglige og administrative ansvaret for ordningen. Egenandelene er omfattet av egenandelstak 2. I 2012 fikk 2654 pasienter plass på behandlingsreiser til utlandet, samt 102 ledsagere til barn.

Ordningen ble evaluert i 2011. Evalueringen viser dokumentert effekt inntil tre måneder etter

oppholdet for pasienter med revmatisk sykdom og psoriasis. Det mangler tilstrekkelig dokumentasjon av effekt for de øvrige gruppene som er inkludert i ordningen, og andre grupper som også ønsker dette tilbudet. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten behandlet i februar 2013 sak om behandlingsreiser til utlandet. Rådet anbefalte at ordningen videreføres, men at «- de tre prioriteringskriteriene skal være normerende for ordningen, og at den sykdomsspesifikke effekten av behandling i varmt og solrikt klima må tillegges størst vekt.»

Med utgangspunkt i anbefalingene fra rådet er Helsedirektoratet bedt om å utrede og fremme forslag overfor Helse- og omsorgsdepartementet om den videre innretning av ordningen med behandlingsreiser til utlandet.

Post 72 Kjøp av opptrening mv.

I 2011 ble det satt av 10 mill. kroner til tilskudd til livsstilsendingsprosjekt, der en gjennom et for-

søksprosjekt undersøker om livsstilsendring kan ha effekt på utvikling av sykdom. Dette tilskuddet ble videreført i 2012. I 2013 ble det bevilget 9,5 mill. kroner til prosjektet. Livsstilsendingsprosjektet er planlagt videreført til 2016. De første årene har prosjektet hovedvekt på gjennomføring av 5-dagers livsstilskurs. I de siste årene følges pasientene opp med bl.a. dagskurs. Fra 2014 er det planlagt en neddimensjonering av prosjektet som følge av at ukesopphold erstattes med dagsamlinger. Det foreslås bevilget 5 mill. kroner til videreføring av livsstilsendingsprosjektet ved Feiringklinikken.

Post 79 Andre tilskudd

Bevilgningen dekker samme formål som under post 21. Det vises til omtale under post 21, jf. ovenfor.

Kap. 734 Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter	48 074	39 135	39 650
21	Spesielle driftsutgifter	8 082	14 798	14 916
70	Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket	16 744	2 329	2 411
71	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	69 299	71 878	74 394
72	Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	44 744	45 987	16 497
	Sum kap. 0734	186 943	174 127	147 868

Tjenestene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være samordnet og tilpasset pasienter med sammensatte lidelser. Det er et mål at forpliktende samhandling i tjenestene styrkes, både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Tjenestene bør fortrinnsvis tilbys nært pasientenes bosted. Det er et mål å ha gode rutiner for samarbeid med kommunen før, under behandling, ved endt behandling og ved behandlingsavbrudd, samt rutiner for hurtig reinntak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette. Formålet med bevilgningen er å ivareta særskilte utviklingsbe-

hov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den generelle omtalen av tjenester til mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser er omtalt under kap. 763, Rustiltak, 764 Psykisk helse og kap. 732 Regionale helseforetak.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester for kontrollkommissjonene innen det psykiske helsevernet. Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 2. juli 1999 nr. 62, skal det være en kontrollkommissjon. Landet har 56 kontrollkommissjoner som

skal ivareta rettssikkerheten til pasienter i møtet med det psykiske helsevernet. Kommisjonen skal gjennomgå alle vedtak om tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon. Når det gjelder avgjørelser i klagesaker kan domstolene overprøve kontrollkommisjonene. Helsedirektoratet har et overordnet ansvar for kommisjonenes arbeid. Kontrollkommisjonene rapporterer årlig til Helsedirektoratet.

Praksis for rekruttering og oppnevning av medlemmer varierer mellom kommisjonene. Som følge av dette ba departementet høsten 2010 Helsedirektoratet gjennomgå gjeldende praksis og vurdere behov for tiltak. Direktoratet arbeider med å revidere Rundskriv for fylkesmannen vedrørende oppnevning av medlemmer til kontrollkommisjonen i det psykiske helsevernet (IS-11/2008). Et oppdatert rundskriv ventes å foreligge høsten 2013.

Analyser av data fra Kontrollkommisjonene og fylkesmennenes klagesaksbehandling viser til dels betydelige forskjeller i medholdsprosent mellom kommisjonene og fylkesmannsembetene. Det er ikke kjent hva som kan være årsaken til disse forskjellene. Arbeidsgruppen som i 2009 vurderte behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven mente det var behov for å vurdere hvordan kontrollkommisjonsordningen fungerer i et bredere perspektiv enn det som var tema for evalueringen i 2005. Gruppen anbefalte bl.a. at kontrollkommisjonenes arbeid burde følges opp for å sikre lik praksis på landsbasis. Det ble også etterspurt en evaluering av hele ordningen når det gjelder organisering, mandat og arbeidsform.

I ny nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015) inneholder den statlige plandelen tiltak for å oppnå bedre kvalitetssikring av kommisjonenes arbeid og mer enhetlig praksis nasjonalt. Helsedirektoratet startet arbeidet med disse tiltakene i 2013. Det skal bl.a. utvikles et eget opplæringskurs for kontrollkommisjonsmedlemmer, og den menneskerettslige kompetansen i kontrollkommisjonene og fylkesmannsembetene skal styrkes.

Det foreslås bevilget 39,7 mill. kroner i 2014.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 1,5 mill. kroner til kap. 43, post 01 til nasjonal forebyggende mekanisme
- 1,8 mill. kroner fra kap. 734, post 72 til nasjonal tvangsstrategi

- 0,7 mill. kroner til kap. 710, post 01 til oppfølging av NOU 2010: 3 Drap i Norge

Formålet med posten er å følge opp nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester. Videre skal posten finansiere utarbeidelse og implementering av faglige retningslinjer og utviklingsarbeid innen rusområdet samt oppfølgingstiltak på andre områder. Se også omtale under post 72. Det foreslås bevilget 14,9 mill. kroner i 2014.

Særskilte oppfølgingstiltak av utilregnelige lovbytere

For å forebygge vedvarende og samfunnsskadelige kriminelle handlinger begått av utilregnelige personer har Helsedirektoratet i oppdrag å etablere et samarbeid med politi, kommune, spesialhelsetjeneste mv. Politiet har i 2012 identifisert aktuelle personer som kan inkluderes i tiltaket som innebærer tilbud om utredning og oppfølging med sikte på å mestre sin hverdag uten kriminalitet. Tiltaket kalles Mas-prosjektet (Mellom alle stoler, tidligere omtalt som pilotprosjektet). Prosjektet koordineres av Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Sør-Øst. De første brukerne er tatt inn i prosjektet i 2013. Fra januar 2013 har også forberedelser til utvidelse til Bergen og Trondheim startet.

Nasjonal forebyggende mekanisme

Regjeringen har foreslått å ratifisere den valgfrie protokollen til FNs torturkonvensjon, jf. Prop. 56 S (2012–2013) Samtykke til ratifikasjon av valgfri protokoll av 18. desember 2002 til FN-konvensjonen av 10. desember 1984 mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Regjeringens forslag innebærer at Sivilombudsmannen utpekes som nasjonal forebyggende mekanisme. For å ivareta denne rollen vil ombudsmannen måtte knytte til seg relevant fagkompetanse samt utvide sin besøksvirksomhet. Ombudsmannen vil også måtte leie ytterligere kontorlokaler. Det foreslås å flytte 1,5 mill. kroner fra kap. 734, post 21 til kap. 43, post 01 (Sivilombudsmannens budsjett) til dette arbeidet.

Oppfølging av NOU 2010: 3 Drap i Norge

Som en del av oppfølgingen av utredningen om NOU 2010: 3 Drap i Norge har Regjeringen bestemt at det skal etableres en forskningsbasert ordning for best mulig å kunne følge opp drap i

Norge. Denne ordningen vil innebære at det etableres et eget drapsregister. Analyse av data fra et slikt register vil kunne føre til økt kompetanse om forebyggende tiltak mot drap og voldelige handlinger som kan resultere i drap. En slik ordning vil derfor på sikt gi mer korrekt informasjon og påvirke den allmenne trygghetsfølelsen i samfunnet. I tillegg vil en gjennomgang av samtlige drapssaker i Norge også kunne gi mer kunnskap om årsaker til drap/vold med dødelig utgang. Det foreslås å flytte 0,7 mill. kroner til kap. 710, post 01 til å etablere et drapsregister ved Folkehelseinstituttet.

Post 70 Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket

Bevilgningen dekker utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m. m. § 5–3. Bevilgningen skal også dekke utgifter ved hjemsendelse av utenlandske borgere med alvorlige psykiske lidelser og hjemhenting av norske borgere med alvorlige psykiske lidelser som befinner seg i utlandet. Videre kan norske myndigheter legge forholdene til rette for transport til Norge for mennesker som har vært utsatt for en alvorlig ulykke eller livstruende sykdom i utlandet. Utgifter til transport føres over denne posten, men kreves refundert av pasienten. I 2012 ble det til sammen transportert 30 pasienter med alvorlig psykisk sykdom, hvorav 20 ble hjemhentet og 10 ble sendt ut. Det foreslås bevilget 2,4 mill. kroner i 2014.

Det var et merforbruk på posten i 2012 hovedsakelig knyttet til oppholdsutgifter ved gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i Norge. Fylkesmannen i Oslo og Akershus melder om økning i antall saker, herunder saker som gjelder ureturnerbare personer. Departementet har satt i verk prosess for oppfølging.

Post 71 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endringer i ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner, samt endringer i straffeloven § 39a), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet etablering av egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrutere. Ansvaret for drift av Fagenhet for tvungen omsorg er lagt til Helse Midt-Norge. Utgiftene til

drift og videre investeringer dekkes særskilt over denne posten. Tilsvarende gjelder kostnader knyttet til gjennomføring av særreaksjonen utenfor fagenheten. Det foreslås bevilget 74,4 mill. kroner i 2014. Ved gjennomføring av dom til tvungen omsorg gjelder psykisk helsevernlovens kapittel 1, kapittel 4 med unntak og kapittel 6 om kontroll etterprøving så langt den passer. Ved fagenheten er det opprettet en egen kontrollkomisjon med ansvar for alle psykiske utviklingshemmede som dømmes til tvungen omsorg. Det er anslått at kapasitetsbehovet totalt er 15 personer, basert på at en til to personer dømmes til tvungen omsorg per år. Fagenheten er organisatorisk knyttet til St. Olavs Hospital HF ved regional sikkerhetsavdeling.

Fagenheten inngår avtaler med berørte bostedskommuner om at en del av særreaksjonen kan gjennomføres der, når hensynet til den domfelte tilsier det, og sikkerhetshensyn ikke taler mot. Fra januar 2002 til mai 2013 er til sammen 20 personer dømt til tvungen omsorg. Per mai 2013 er ingen innlagt i fagenhetens sengepost med gjennomføring av særreaksjonen tvungen omsorg etter straffeloven §39a. Gjennomsnittlig belegg har de siste årene vært to til tre personer. 9 personer befinner seg i kommunale tiltak under fagenhetens ansvar. For 11 personer er dom til tvungen omsorg opphørt. Fra januar 2002 til mai 2013 har til sammen 20 personer vært innlagt i fagenheten etter kjennelse fra retten om gjennomføring av varetektssurrogat. Per mai 2013 var en person innlagt i fagenhetens sengepost for judisiell observasjon.

Post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 1,8 mill. kroner til kap. 734, post 21 til oppfølging av nasjonal strategi for økt frivillighet i psykisk helsevern
- 14,1 mill. kroner til kap. 732, post 72–75 til Stiftinnern
- 11,3 mill. kroner til kap. 732, post 72–75 til Rusmestringsenheter i fengsel
- 2,1 mill. kroner til kap. 732, post 72–75 til soningsenheter for de under 18 år
- 3,3 mill. kroner til kap. 732, post 72–75 til narkotikaprogram med domstolkontroll
- 1,5 mill. kroner til prosjekt vedrørende organisering av rettspsykiatri fra Justis- og beredskapsdepartementets budsjett.

Formålet med posten er å sikre særlige utviklingsområder innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige. Videre er formålet å følge opp nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester. Det foreslås bevilget 16,5 mill. kroner i 2014.

Prosjekt vedrørende organisering av rettspsykiatri Helse- og omsorgsdepartementet har ledet arbeidet med å utrede en modell for organisering av rettspsykiatrien, i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet og Helsedirektoratet. Det overordnede målet er å bedre domstolenes og politi/påtalemyndighetens tilgang til sakkyndighet av høy kvalitet. En ev. framtidig landsdekkende organisasjonsmodell bør bygge på etablerte strukturer og knyttes til de tre regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Modellen prøves ut gjennom et toårig pilotprosjekt ved kompetansesenteret på Brøset i Trondheim. Prosjektet skal bl.a. bygge opp et register over rettspsykiatrisk sakkyndige som fyller nye formalkrav, utvikle rutiner for å motta henvendelser fra rekvirenter, utøve servicefunksjoner overfor sakkyndige samt etablere et system for håndtering av dokumenter som møter lovkrav til håndtering av personopplysninger. Prosjektet skal også bidra til å styrke fagfeltets akademiske forankring.

Samlet foreslås det 3 mill. kroner til dette prosjektet i 2014. Det vises til omtale under Justis- og beredskapsdepartementets budsjett.

Tvang i psykisk helsevern

Frivillighet er grunnprinsippet i all behandling, også i psykisk helsevern. Tvang er et alvorlig inngrep i et enkeltmenneskes liv og skal kun benyttes når frivillige løsninger er dokumentert ikke å føre fram. Psykisk helsevernloven åpner for at det i noen situasjoner kan brukes tvang, når dette er strengt nødvendig av hensyn til pasienten og/eller omgivelsene.

I 2011 ble 5600 personer tvangsinnlagt til sammen 8300 ganger i det psykiske helsevernet. Antall tvangsinnleggelses er tilnærmet uendret fra 2008. Det er betydelige geografiske forskjeller i omfanget av tvangsinnleggelses mellom helseforetaksområdene.

Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015) Bedre kvalitet – økt frivillighet ble publisert i juli 2012. Den nasjonale delen av strategien omfatter 14 tiltak som skal støtte opp under tiltaksplaner på regionalt og lokalt nivå. Målsettingen for strategien er å redu-

sere bruken av tvang ved å dreie fokus mot forebygging, samarbeid med førstelinjen, helhetlige pasientforløp og alternative frivillige løsninger slik at det blir mindre behov for å bruke tvang. Det er stilt krav til regionale helseforetak om å sørge for riktig og konsekvent dataregistrering. Videre er det i Oppdragsdokumentet til de regionale helseforetak for 2013 satt som mål at andel tvangsinnleggelses reduseres med 5 pst. i samarbeid med de kommunale tjenestene. Det samme måltallet gjelder for reduksjon av andelen tvangsbehandlingstiltak (tvangsmedisinering). Som ledd i den nasjonale strategien skal det nedsettes en arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til hvordan korrekt registrering og rapportering av tvangsdata kan sikres ved alle behandlingssteder. Det gjennomføres to større kartlegginger innen psykisk helsevern og rusbehandling med relevans for bruk av tvang i psykisk helsevern: Pasienttellingen 2012–2013 som kartlegger kjennetegn ved pasienter og brukere i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og en analyse av bruk av tvangsmidler og vedtak om bruk av skjerming i psykisk helsevern. Undersøkelsene er omtalt nærmere under kapittel 764, post 21.

Kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Behandling og oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelser som begår grove kriminelle handlinger, stiller særlig krav til kompetanse. De tre regionale (i Oslo, Bergen og Trondheim) kompetansesentrene gir, sammen med de regionale sikkerhetsavdelingene, undervisning og veiledning innen fagområdene sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

De regionale kompetansesentrene har etablert et kompetansenettverk for å styrke styrker internasjonal kontaktflater, det rettspsykiatriske sakkyndigarbeidet, utviklingsarbeid innen bruk av tvang, sedelighetsproblematikk, risikovurdering og risikohåndtering. Driften av kompetansesentrene er forankret i de regionale helseforetakene, jf. omtale under kap. 732, basisbevilgningene. Tilskudd til utviklingsprosjekter finansieres over denne posten.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I mars 2013 behandlet Stortinget ble regjeringens stortingsmelding om en helhetlig rusmiddelpolitikk (Meld. St. 30 Se Meg!) Meldingen legger viktige føringer for det videre arbeidet på feltet. Styr-

king av kvalitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vært en av hovedprioriteringene siden rusreformen i 2004, da rusbehandling ble etablert som en spesialisthelsetjeneste.

I løpet av 2014 vil nasjonale retningslinjer og veiledere for alle deler av TSB være ferdigstilt. Retningslinjen for legemiddelassistert rehabilitering (lar) og for lar og gravide/familie, samt retningslinjen for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse ble ferdigstilt i 2010/2011 og implementeringen følges opp fortløpende. Veileder for vurdering av henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling ble ferdigstilt i 2012 og implementering pågår.

Narkotikaprogram med domstolskontroll

En prøveordning med narkotikaprogram med domstolskontroll trådte i kraft i 2006. Ordningen som prøves ut i Oslo og Bergen innebærer at rusavhengige, som tidligere ville ha blitt dømt til ubetinget fengselsstraff, kan dømmes til rehabiliteringsprogram. Statens institutt for rusmiddel-forskning har i oppdrag å foreta evaluerings-/oppfølgingsstudie av de som inkluderes i programmet. Denne vil etter planen foreligge i 2013. Evalueringen vil bli fulgt opp og tiltaket vurdert nærmere. Prosjektperioden er forlenget til ut 2014.

Ordningen som prøves ut i Oslo og Bergen innebærer at rusmiddelmissbrukere, som tidligere ville ha blitt dømt til ubetinget fengselsstraff, kan dømmes til rehabiliteringsprogram. Tilskudd til tiltakene i Oslo og Bergen er videreført.

Direktoratet viderefører tilskuddet til Oslo og Bergen, med mindre rapporteringene for 2012 skulle tilsi noe annet. I tillegg avventes evalueringsrapporten fra Sirius før en nærmere vurdering av tiltaket.

Det foreslås at midlene til dette tiltaket flyttes kap. 732, postene 72 til 75 da dette er oppgaver som naturlig hører inn under de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar.

Soningsenheter for de under 18 år

Regjeringen har som mål at ingen under 18 skal sitte i fengsel. Det er etablert egne enheter for unge under 18 år som er dømt til soning eller som settes i varetekt i Oslo og Bergen. Dette er forsterkede enheter der Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Barne- likestil-

lings- og integreringsdepartementet bistår med øremerkede midler.

I de forsterkede enhetene blir de unge tilbudt bedre soningsforhold enn de har i vanlige fengsel og de blir gitt tett oppfølging av kvalifisert personell bl.a. med helsefaglig, barnevernfaglig, pedagogisk og fengselsfaglig utdanning.

Det foreslås at midlene til dette tiltaket flyttes til kap. 732, postene 72–75 da dette er oppgaver som naturlig hører inn under de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar.

Stifinnern

Stifinnern er et tilbud til mannlige innsatte ved Oslo kretsfengsel og til kvinnelige innsatte ved Bredtveit fengsel. Formålet med ordningen er å tilby innsatte rusmiddelmissbrukere oppstart av behandling i soningstiden, med videre behandlingsforløp etter endt soning. Midlene til drift av tiltaket gis som tilskudd av Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Det foreslås at midlene til dette tiltaket flyttes til kap. 732, post 72–75 da dette er oppgaver som naturlig hører inn under de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar. Tiltaket skal i 2014 minst opprettholdes på dagens nivå.

Rusmestringsenhetene

Det er etablert 13 rusmestringsenheter med i alt 148 plasser i norske fengsler. Det vises til nærmere omtale under kap. 762.

Videreføring og etablering av egne enheter for innsatte med rusmiddelproblemer i fengslene. Arbeidet med rundskriv og veileder for rusmestringsenhetene startet i 2011 og ble videreført i 2012. Rundskrivet tydeliggjør rammebetingelser for eksisterende og framtidige rusmestringsenheter og viser til sentrale regelverksbestemmelser. Kriminalomsorgens sentrale forvaltning og Helse- direktoratet utarbeider i fellesskap en veileder for rusmestringsenhetene. Veilederen gir råd om organisering, tilrettelegging, gjennomføring og videreutvikling av rusmestringsenhetene og tydeliggjør ansvar, oppgaver og samarbeid mellom de ulike tjenestene, samt bidrar til å styrke det faglige innholdet. Rundskriv og veileder blir ferdigstilt i 2013. Det foreslås at midlene til dette tiltaket flyttes til kap. 732, postene 72–75 da dette er oppgaver som naturlig hører inn under de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar.

Programkategori 10.50 Legemidler

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
750	Statens legemiddelverk	244 731	227 716	232 186	2,0
751	Legemiddeltiltak	68 570	75 323	75 159	-0,2
	Sum kategori 10.50	313 301	303 039	307 345	1,4

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
01–23	Statens egne driftsutgifter	257 379	240 036	244 437	1,8
70–89	Andre overføringer	55 922	63 003	62 908	-0,2
	Sum kategori 10.50	313 301	303 039	307 345	1,4

Kap. 750 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
01	Driftsutgifter	244 731	227 716	232 186
	Sum kap. 0750	244 731	227 716	232 186

Nytt internasjonalt regelverk skal gjøre det vanskeligere å forfalske legemidler. Helse- og omsorgsdepartementet har fremmet en lovproposisjon, Prop. 168 L (2012–2013), med forslag til lovhjemmel for beslagleggelse og destruksjon av legemidler som forsøkes importert ulovlig. For å ivareta nye oppgaver på disse områdene foreslås det 3 mill. kroner til Statens legemiddelverk.

I 2014 skal de regionale helseforetakene, Statens legemiddelverk, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet fortsette arbeidet med implementeringen av nytt system

for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Legemiddelverket skal håndtere metodevurderinger av legemidler, og det foreslås 2 mill. kroner mer til dette sammenliknet med saldert budsjett for 2013.

De overordnede målene for legemiddelpolitikken er at legemidler skal brukes riktig, både medisinsk og økonomisk. Pasienter skal ha lik tilgang til sikre og effektive legemidler, uavhengig av betalingssevne, og legemidler skal ha lavest mulig pris.

Statens legemiddelverk er det nasjonale forvaltnings- og tilsynsorgan på legemiddelområdet og skal bidra til at målene for legemiddelpolitikken og refusjonsområdet blir oppfylt. Legemiddelområdet omfatter legemidler til bruk både av mennesker og dyr. Legemiddelverket representerer Norge i internasjonale fora, herunder det europeiske legemiddelbyrået (EMA) og det europeiske direktoratet for legemiddelkvalitet og helseomsorg (EDQM).

Legemiddelverkets oppgaver omfatter utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt ved godkjenning av legemidler (markedsføringstillatelse), fastsettelse av maksimalpris og trinnpris for reseptpliktige legemidler til mennesker, opptak på forhåndsgodkjent refusjon, endringer og vedlikehold av markedsføringstillatelser for legemidler, bivirkningsovervåking og kvalitetskontroll. Videre inngår veiledning om riktig legemiddelbruk, godkjenning av legemiddelutprøvinger, utredning av utviklingsplaner for legemidler til barn og av avansert terapi. Legemiddelverkets oppgaver omfatter også utredning av dokumentasjon for miljøkonsekvenser av legemiddelbruk, samt veiledning av akademiske miljøer og bedrifter som driver forskning og utvikling på legemiddelområdet og tilsyn med aktører i legemiddelforsyningskjeden. Legemiddelverket har også ansvar for regelverket som fastslår hva som er narkotiske stoffer (narkotikalistene) og forvalter ordningen med salg av legemidler utenfor apotek (Lua). Videre er Legemiddelverket en tilskuddsforvalter for Relis (regionale legemiddelinformasjons-sentre) og Vetlis (veterinært legemiddelinformasjons-senter).

Tilgang til sikre og effektive legemidler

Søknader om markedsføringstillatelser for viktige/nye innovative legemidler behandles innenfor et europeisk samarbeid hvor Norge har de samme plikter og rettigheter som andre europeiske land. Aktiv og målrettet deltagelse i det europeiske samarbeidet styrker kvaliteten på vedtakene som fattes og bidrar til å sikre god nasjonal forvaltning. Legemiddelverket yter særlig innsats på områdene kreftlegemidler, vaksiner, diabeteslegemidler og antibiotika. Det europeiske samarbeidet gir Norge muligheter til å påvirke godkjenning og bruk av legemidler og det europeiske regelverket.

Innen veterinærmedisin er legemidler til fisk et spesielt viktig område siden tilgangen på effektive vaksiner og andre legemidler har stor betydning for oppdrettsnæringen.

Antall preparater med markedsføringstillatelse på det norske markedet er i løpet av de siste 10 årene mer enn firedoblet. Legemiddelverket har de siste årene styrket arkiv og saksbehandlingskapasitet, og de fleste sakene behandles innenfor de gitte fristene.

Legemiddelangel er en økende nasjonal og internasjonal utfordring. I Norge skyldes dette i stor grad forhold utenfor våre grenser og utenfor vår kontroll. Det er derfor viktig å ha en effektiv organisering av legemiddelberedskapen. Legemiddelverket har opprettet samarbeid med Legemiddelindustriforeningen, Apotekforeningen, Helseledningsdirektoratet, Helse Sør-Øst (OUS) og legemiddelgrossister for å håndtere utfordringen best mulig.

Legemiddelverket utvikler en digital saksbehandlingsløsning. Prosjektet Eyra vil bidra til bedre forutsigbarhet og mer effektiv håndtering av utvalgte saksbehandlingsprosesser. Det innføres saksflytstøtte for søknader om markedsføringstillatelse og endring av markedsføringstillatelse i 2013–14.

Utenlandske brukere får ikke tilgang til Altinn, og Eyra-løsningen etableres nå mot EØS-portalen CESP og ikke mot Altinn. Gjennom CESP kan legemiddelindustrien bruke ett system for søknader til alle land. Altinnplattformen brukes imidlertid til innrapportering av bivirkninger fra pasienter, og legemiddelfirma med kontor i Norge kan bruke Altinn til innsending av endringssaker og oppdatering av firmainformasjon.

Bivirkningsovervåking av legemidler til mennesker er viktig for å sikre trygg og riktig bruk. Bivirkningsmeldinger samles i en nasjonal database ved Legemiddelverket. Data i denne databasen deles internasjonalt. Dette samarbeidet gjør at nye bivirkninger kan identifiseres raskt og at harmoniserte tiltak kan settes i verk.

Legemiddelverkets tilsynsaktivitet omfatter årlig om lag 10 pst. av virksomhetene i legemiddelforsyningskjeden. I tillegg føres det tilsyn med kliniske legemiddelutprøvinger, systemer for bivirkningsrapportering, blodbanker og virksomheter som håndterer celler og vev. Som følge av Norges internasjonale forpliktelser på legemiddelområdet gjennomføres også inspeksjoner av legemiddelprodusenter og kliniske utprøvinger i land utenfor EØS.

Nytt internasjonalt regelverk skal gjøre det vanskeligere å forfalske legemidler. Dette omfatter skjerpede krav til aktørene i distribusjonskjeden og til netthandel med legemidler og vil innebære en økning av Legemiddelverkets tilsynsoppgaver.

Forfalskede legemidler er en trussel for folkehelsen. Legemiddelverket arbeider sammen med politi- og tolletaten samt internasjonalt i regi av EU og Europarådet for å redusere risikoen for at forfalskede legemidler når norske utsalgssteder.

Departementet har lagt fram for Stortinget et lovforslag som gjør det mulig å beslaglegge og destruere ulovlig privatimporterte legemidler. Det tas sikte på iverksetting fra 1. januar 2014.

For å avdekke nye stoffer og stoffgrupper som bør føres opp på narkotikalistene, samarbeider Legemiddelverket med Kripes, Toll- og avgiftsdirektoratet og Statens institutt for rusmiddelforskning. Før oppføring vurderer Legemiddelverket hvor farlig og hvor vanedannende et stoff er. Den nye narkotikaforskriften fra 2013 gir adgang til å listeføre grupper av stoffer.

Legemiddelverket deltar i e-reseptløsningen og avgir forvaltningsdata som grunnlag for apotekenes påloggingsløsning. De fleste søknader om bruk av uregistrerte legemidler (godkjenningsfritak) sendes dessuten Legemiddelverket via e-resept og blir behandlet elektronisk.

Refusjonsordning som gir lik og enkel tilgang til effektive legemidler ved dokumentert behov

Legemiddelverket har fullmakt til å innvilge forhåndsgodkjent refusjon for et legemiddel, dersom utgiftsveksten for trygden er under bagatellgrensen, jf. legemiddelforskriften § 14-15. Legen skal vurdere om pasientene oppfyller de vilkår som Legemiddelverket har satt for refusjon.

I 2012 behandlet Legemiddelverket 100 refusjonssaker, hvorav 91 ble innvilget refusjon og seks ble avslått. Tre av søknadene ble oversendt departementet da merutgiftene ved å ta opp legemidlene ble antatt å overskride bagatellgrensen. Av disse tre legemidlene er to innvilget forhåndsgodkjent refusjon etter Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2013.

Medisinsk og økonomisk riktig bruk av legemidler

Legemiddelverket informerer om trygg medisinsk og riktig økonomisk forskrivning av legemidler. Informasjonsarbeidet er rettet mot både helsepersonell og publikum. For å fremme trygg og effektiv legemiddelbruk har Legemiddelverket

utviklet tjenesten Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte, Fest, som en del av e-reseptløsningen. Fest gir tilgang til oppdatert, kvalitetssikret og lik legemiddelinformasjon i legers elektroniske journal-systemer, i apotekenes ekspedisjonssystem og i journalsystem benyttet av pleie- og omsorgstjenesten. Dataene i Fest inneholder faktainformasjon om legemidler, herunder priser, refusjonsvilkår og legemiddelinteraksjoner. Tjenesten inneholder nå også informasjon som gjør at legene i forskrivningsprosessen kan få varsel om viktig informasjon for de legemidlene de er i ferd med å forskrive. Varselfunksjonen i Fest er også tatt i bruk av Felleskatalogen. Legemiddelverket jobber for bruk av varselfunksjonen også i andre informasjonskanaler.

Statens legemiddelverk har ansvar for å utføre hurtige metodevurderinger etter bestilling fra regionale helseforetak i nasjonalt system for vurdering av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten. Legemiddelverket deltar i en nasjonal arbeidsgruppe som bidrar til å utvikle systemet videre, i arbeidet med å etablere og drifte en ny metodevarslingsfunksjon og er observatører i de regionale helseforetakenes bestillerforum. Det vises til omtale under kap. 720, post 01, kap. 725, post 01 og kap. 732.

Legemidler skal ha lavest mulig pris

For å sikre lavest mulig pris på reseptpliktige legemidler fastsettes det årlig en maksimal utsalgspris lik gjennomsnittet av de tre billigste av ni land i Vest-Europa. For å utnytte konkurransen i markedet for byttbare legemidler ble trinnprissystemet innført i 2005. Per 15. september 2013 omfattet det totalt 92 virkestoff. Legemiddelverket følger utviklingen tett og vurderer løpende opptak av nye legemidler i denne ordningen.

Det vises også til omtale av legemiddelpriser under kap 2751 post 70.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker ordinære utgifter til lønn, godtgjørelser, varer og tjenester.

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen redusert med 3,5 mill. kroner til å styrke andre tiltak.

Kap. 3750 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
02	Diverse inntekter	11 909	2 170	2 246
04	Registreringsgebyr	93 775	120 355	102 832
06	Refusjonsgebyr	2 514	2 733	2 829
15–18	Refusjon lønnsutgifter	108 198		
	Sum kap. 3750	115 658	125 258	107 907

Bevilgningen dekker ulike gebyrer industrien må betale for Legemiddelverkets arbeid med godkjenning av produkter og virksomhet.

Post 02 Diverse inntekter

Bevilgningen dekker gebyrinntekter i forbindelse med godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg, gebyrer for behandling av søknader om apotekkonsesjoner, godtgjørelse og refusjoner fra EMA samt diverse inntekter (seminarer, laboratorietjenester, trykksaker mv.).

Post 04 Registreringsgebyr

Bevilgningen dekker gebyr industrien betaler for å få behandlet søknader om markedsføringstillat-

elser eller vurdering av klinisk utprøving av et legemiddel. En større del av industriens gebyrer for å få markedsføringstillatelse for legemidler går inn i det europeiske legemiddelsamarbeidet i stedet for til de nasjonale legemiddelmyndigheter. Dette har ført til en nedgang i inntekter under denne posten. Legemiddelverkets arbeidsbelastning med utstedelse og vedlikehold av markedsføringstillatelser er ikke endret tilsvarende, jf. omtale under kap. 750.

Post 06 Refusjonsgebyr

Bevilgningen dekker det legemiddelfirmaene betaler for å få behandlet søknader om forhåndsgodkjent refusjon.

Kap. 751 Legemiddeltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	12 648	12 320	12 251
70	Tilskudd	55 922	63 003	62 908
	Sum kap. 0751	68 570	75 323	75 159

Bevilgningen dekker ulike tiltak som skal bidra til sikker bruk av legemidler og medisinsk utstyr. Videre dekker bevilgningen tilskudd til apotek med særlige samfunnsoppgaver og kostnader ved forsendelse av legemidler til pasienter som ikke kan oppsøke apotek.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 0,5 mill. kroner til kap 725, post 01 til Nasjonalt program for pasientsikkerhet.

Bevilgningen nyttes til statlig fullfinansiering av Legemiddelhåndboken. I tillegg nyttes bevilgningen til bl.a. Helsedirektoratets arbeid med tiltak for å sikre riktigere legemiddelbruk og til direktoratets tilsyn og tiltak på området medisinsk utstyr.

Helsedirektoratet har i 2013 utarbeidet retningslinje for bruk av antibiotika i spesialisthelsetjenesten og revidert veileder for behandling med vanedannende legemidler. Helsedirektoratet har bidratt til utforming og utbredelse av tiltak knyttet til legemidler i pasientsikkerhetskampanjen, særlig vektlagt er arbeidet med eldre og legemidler. Helsedirektoratets veileder for legemiddelgjennomgang brukes i pasientsikkerhetskampanjen. Arbeidet med tiltak for å sikre rett legemiddelbruk hos eldre vil bli videreført i 2014. Videre vil tiltak for å unngå legemiddelfeil ved skifte av omsorgsnivå være et sentralt arbeidsområde i 2014.

Forordning 765/2008 (Varepakken) innebærer krav om økt kontroll med produkter på markedet, herunder medisinsk utstyr. Helsedirektoratet har tidligere primært ført tilsyn med norske produsenter av medisinsk utstyr. Kravene i Varepakken medfører at det i større grad skal føres markedsovervåking og tilsyn med alt medisinsk utstyr som er på det norske markedet.

EU-kommisjonen har laget en handlingsplan for styrket tilsyn med medisinsk utstyr som også får betydning for Helsedirektoratets tilsynsaktivitet på området. Bakgrunnen for handlingsplanen var bl.a. den såkalte PIP skandalen, der det ble oppdaget et fransk brystimplantat hvor det var benyttet silikon som ikke var godkjent for dette formålet. Manglene har medført at implantater har sprukket opp og påført kvinner helseskader.

Post 70 Tilskudd

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 2,3 mill. kroner til kap 732, postene 72–75 for å kompensere for økte utgifter ved helseforetakene knyttet til spesialproduksjon av legemidler ved Institutt for energiteknikk.

Kompetansenettverk legemidler for barn

Kompetansenettverket har administrasjon og ledelse lokalisert ved Barneklubben ved Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen. Nettverket har en styringsgruppe som foruten ledelsen består av representanter fra de ulike helseregionene og en allmennlege. I tillegg har nettverket en

stab for å ivareta administrative og faglige oppgaver. Det er etablert lokale legemiddelutvalg ved alle sykehus som har barneavdelinger. Legemiddelutvalgene er tverrfaglige og består av leger, sykepleiere og farmasøyt.

Nettverket har følgende fire prioriterte arbeidsfelt: Pasientsikkerhet, kompetanseheving, kunnskapsformidling samt vitenskapelig kompetanse og kunnskapsoppsummering. Nettverket bidrar til kvalitetssikringsarbeid i spesialist- og primærhelsetjenesten ved å støtte prosjekter faglig og økonomisk. Nettverket arrangerer også faglige seminarer.

I årene 2010–2013 har det blitt bevilget 5 mill. kroner per år til nettverket. I tillegg til etablerte oppgaver ble det i 2013 bevilget en million kroner til et sekretariat for et forskningsnettverk for legemidler til bruk hos barn. Til videreføring av kompetansenettverkets arbeid foreslås det en bevilgning på totalt 6 mill. kroner i 2014.

Erfaringsbasert mastergradsstudium i klinisk farmasi

Det foreslås å bevilge 1 mill. kroner til støtte til det erfaringsbaserte mastergradsstudium i klinisk farmasi ved Universitetet i Oslo som startet høsten 2009.

Apotek

Det ble opprettet 31 nye apotek i 2012. Per 12. august 2013 var det til sammen 752 apotek i Norge.

Statens tilskudd er øremerket apotek i distriktene med liten omsetning og apotek som har særlige samfunnsoppgaver (vaktapotek). Videre gis det støtte til samfunnsfunksjoner ved Institutt for energiteknikk i forbindelse med omsetning av radioaktive legemidler. Spesialproduksjon av ikke kommersielt tilgjengelige radioaktive legemidler skal ikke delfinansieres gjennom denne tilskuddsordningen.

Fraktrefusjon av legemidler

Fraktrefusjonsordningen gjelder for pasienter som har lang vei til nærmeste apotek eller er for syke til å oppsøke apotek. Under denne ordningen dekkes inntil 50 pst. av forsendelseskostnaden. Det er forutsatt at forsendelsene skal skje på en kostnadseffektiv måte. Ordningen skal ikke benyttes av apotekene som ordinær service eller salgsfremmende tiltak overfor pasienter/kunder.

Regionale legemiddelsentra

Det er i dag fire regionale legemiddelinformasjonsentra, Relis. Relis er en del av helseforetakssystemet, og driften er lagt til universitetssykehusene. Legemiddelverket har en sentral rolle i styringen av sentrene. Relis gir viktig informasjon om legemiddelforskrivning gjennom sin spørsmål- og svartjeneste for helsepersonell, som også omfatter spørsmål om legemiddelbruk tilpasset den enkelte pasient med spesielle behov.

Relis har også en viktig rolle i bivirkningsovervåkingen ved at de mottar bivirkningsmeldinger, vurderer årsakssammenhenger og gir tilbakemeldinger til legene. Sammen med bivirkningsrapportering fra EU-landene gir dette grunnlag for oppdatert informasjon om legemidler.

I 2011 startet Relis et pilotprosjekt med en nettbasert svartjeneste for gravide og ammende

med råd om legemiddelbruk. Pilotprosjektet ble evaluert i 2012. Det foreslås å videreføre denne informasjonstjenesten om bruk av legemidler ved graviditet og amming i 2014.

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonsenter

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonsenter, Vetlis, er organisert under Helse Sør-Øst, men finansiert gjennom Legemiddelverket. Vetlis har en landsdekkende funksjon og formidler produsentnøytral informasjon om bruk av legemidler til dyr. Riktig legemiddelbruk er viktig for å ivareta mattrygghet og for å hindre antibiotikaresistens. Vetlis bidrar også med å utarbeide og evaluere statistikk over forbruket av antibakterielle midler i veterinærmedisinen.

Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
70	Legemiddelomsetningsavgift	80 804	69 000	73 000
71	Vinmonopolavgift	27 017	37 100	
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	5 453	4 900	4 900
73	Legemiddelkontrollavgift	70 812	69 322	75 322
	Sum kap. 5572	184 086	180 322	153 222

Post 70 Legemiddelomsetningsavgift

Avgiften legges på all legemiddelomsetning ut fra grossist. Avgiftssats foreslås uendret fra 2013. Avgiften dekker bl.a. utgiftene til tilskudd til fraktfusjon av legemidler, Relis og tilskudd til apotek mv. jf. omtale under kap. 751, post 70, samt delfinansiere driften ved Statens legemiddelverk, jf. Ot.prp. nr. 61 (2000–2001) og St.prp. nr. 1 (2000–2001).

Post 71 Vinmonopolavgift

Skattefritaket for AS Vinmonopolet er opphevet fra 2012. Som en følge av dette er vinmonopolavgiften opphørt, og 2011 var siste år det ble beregnet avgift (innbetalt 2013). Endringen er en opprydning hvor avgiften erstattes av alminnelig skatteplikt. Endringen medfører ikke vesentlige økonomiske konsekvenser. Det vises til nærmere

omtale og nødvendige lovendringer, herunder oppheving av § 7-2 i alkoholloven, i Prop. 1 LS (2011–2012) Skatter, avgifter og toll 2012.

Post 72 Avgift utsalgssteder utenom apotek

Avgiften kreves inn som en prosentvis avgift basert på grossistenes omsetning til utsalgssteder for legemidler utenom apotek. Inntektene skal dekke Legemiddelverkets kostnader knyttet til administrasjon av ordningen, samt Mattilsynets kostnader forbundet med tilsyn.

Post 73 Legemiddelkontrollavgift

Avgiften legges på legemiddelprodusentenes omsetning og skal bl.a. finansiere Legemiddelverkets arbeid med kvalitetskontroll, bivirkningsovervåking, informasjonsvirksomhet mv.

Programkategori 10.60 Helse- og omsorgstjenester i kommunene

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
761	Omsorgstjeneste	1 672 313	1 878 652	1 759 981	-6,3
762	Primærhelsetjeneste	414 729	710 470	875 673	23,3
763	Rustiltak	714 813	409 663	424 879	3,7
764	Psykisk helse	764 002	799 537	859 304	7,5
769	Utredningsvirksomhet mv.	34 607	36 429	33 604	-7,8
	Sum kategori 10.60	3 600 464	3 834 751	3 953 441	3,1

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
01–23	Statens egne driftsutgifter	319 029	337 841	401 766	18,9
50–59	Overføringer til andre statsregnskap	5 800	6 036	5 247	-13,1
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	2 282 291	2 501 446	2 525 084	0,9
70–89	Andre overføringer	993 344	989 428	1 021 344	3,2
	Sum kategori 10.60	3 600 464	3 834 751	3 953 441	3,1

Bevilgningsforslagene beløper seg til 3 953 mill. kroner, som er 118,7 mill. kroner mer enn saldert budsjett for 2013. Ut over ordinær pris- og lønnsvekst er de største endringene knyttet til:

- 100 mill. kroner til oppfølging av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, hvorav 90 mill. kroner bevilges under programkategori 10.60.
- 50 mill. kroner til styrking av kompetansen og kvaliteten i kommunal legevaktjeneste.
- 40 mill. kroner til å styrke rekruttering av psykologer i kommunene
- 40 mill. kroner til å styrke tiltak for personer med rusproblemer, hvorav 10 mill. kroner under programkategori 10.60.
- 20 mill. kroner til styrking av arbeid og psykisk helse mot å fase ut bevilgning til driftsstøtte til programmer for Psykisk helse i skolen.
- 14 mill. kroner til forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner.
- 49 mill. kroner overføres til programområde 30 til ny refusjonstakst for legemiddelgjennomgang.
- 173,4 mill. kroner i redusert tilskudd til dagaktivitetstilbud for personer med demens pga. lav utnyttelse av ordningen i 2012 og 2013.

- 140 mill. kroner overføres fra regionale helseforetak til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene.
- 56 mill. kroner i redusert midlertidig tilskudd til samhandlingstiltak erstattet av ordinære finansieringsordninger i samhandlingsreformen, jf. Prop. 1 S (2012–2013). Dette gir rom for å styrke sentrale områder for å oppnå samhandlingsreformens målsetting, herunder rekruttering av flere psykologer i kommunene (jf. over).
- 36,3 mill. kroner i redusert vertskommunetilskudd som følge av frafall av beboere.

For øvrig er andre bevilgninger under kategori 10.60 redusert med til sammen om lag 18 mill. kroner, til bl.a. styrking av tiltak under programkategori 10.10 Folkehelse.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter. Det vises til omtalen i Kommunal- og regionaldepartementets budsjettproposisjon. I tillegg finansieres disse tjenestene gjennom Helse- og omsorgsdepartementets tilskudd, hovedsaklig under programkategori 10.60, samt gjennom brukerbetaling og egenandeler og ved statlige trykerefusjoner til bl.a. lege- og fysioterapitjenester, omtalt under programområde 30.

Programkategorien omfatter bevilgninger til utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder oppfølging av Samhandlingsreformen, Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening og Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Kategorien omfatter spesielle driftsutgifter og tilskudd til bl.a. omsorgstjenester, primærhelsetjenester, rustiltak og psykisk helsearbeid. Det ytes også tilskudd til kompetansetiltak i både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten, med hovedvekt på kommunalt nivå.

Forventninger til kommunene

Det overordnede målet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene er å sikre at innbyggerne får et tjenestetilbud som er helhetlig, sammenhengende og tilpasset den enkelte brukers behov. Tjenestene skal være likeverdige og av god kvalitet, uavhengig av alder, diagnose, bosted og funksjonsnivå.

Kommunale helse- og omsorgstjenester omfatter forebyggende helsearbeid, primærhelsetjenester og omsorgstjenester. Habilitering, rehabili-

tering, psykisk helsearbeid og rustiltak er inkludert i dette.

Rammene for kommunenes tjenestetilbud er nedfelt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og pasient- og brukerrettighetsloven. Virksomheten i kommunenes helse- og omsorgstjeneste reguleres også gjennom sentralt avtaleverk mellom kommune, stat og yrkesorganisasjoner. Dette gjelder bl.a. fastlege- og fysioterapivirksomhet.

Samhandlingsreformen

Reformen videreføres bl.a. gjennom ulike tiltak omtalt i meldingene Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen og Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg. Det tas sikte på å innføre en plikt til døgntilbud om øyeblikkelig hjelp i kommunene fra 2016. Det tas videre sikte på en gradvis innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern og rus så snart det lar seg gjennomføre. Dette er et prioritert utviklingsarbeid for regjeringen. Reformen følges nøye opp av Helse- og omsorgsdepartementet og en bredt anlagt følgeforskning i regi av Norges Forskningsråd.

Morgendagens omsorg

Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, ble behandlet av Stortinget i 2013, jf. Innst. 477 S (2012–2013). I meldingen presenteres Omsorgsplan 2020, som skal bidra til å møte både dagens behov og morgendagens utfordringer gjennom nyskaping og utvikling av nye løsninger i omsorgssektoren. For å sikre gode og bærekraftige tjenester også i framtiden er det nødvendig å ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter, utvikle nye omsorgsformer gjennom ny teknologi, ny kunnskap, nye faglige metoder og støtte og styrke kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid på omsorgsfeltet. De demografiske utfordringene vi står overfor krever nyorientering i omsorgssektoren, i tråd med de føringer Stortinget har vedtatt gjennom behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg. Et framtidsrettet tjenestetilbud krever innovasjon, faglig omstilling, mangfold i tjenestetilbudet, herunder fokus på omsorgsboliger og hjemmetjenester, og taler mot et for ensidig fokus på antall sykehjemsplasser. Samtidig som dagens Omsorgsplan 2015 gjennomføres, har arbeidet med å utvikle og innarbeide nye og framtidsrettede løsninger for å møte dagens og

framtidens utfordringer startet. Tiltakene i Omsorgsplan 2020 legges inn som nye elementer i dagens omsorgsplan, og overlapper denne fram t.o.m. 2015. Det foreslås til sammen 100 mill. kroner til oppfølging og konkretisering av hovedsatsingene i Omsorgsplan 2020 i 2014.

Se meg! – En helhetlig rusmiddelpolitikk

Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, ble behandlet av Stortinget i 2013, jf. Innst. 207 S (2012–2013). Meldingen angir de politiske målene for en helhetlig rusmiddelpolitikk: fra virksom forebygging, tidlig innsats og hjelp til dem som har omfattende rusproblemer, til en politikk som ivaretar pårørende og tredjepart som rammes av skader av rusmiddelbruk. Siden 2005 er bevilgningene til rusfeltet økt med om lag 1 165 mill. kroner. For 2014 foreslås ytterligere 40 mill. kroner til oppfølging av meldingen. I tillegg vil regjeringen bedre kvaliteten i rusbehandling, og øke den samlede behandlingsskapasiteten, jf. forslaget om økt generell aktivitetsvekst på opp mot 2,3 pst. i spesialisthelsetjenesten for 2014. Regjeringen ønsker at det, innenfor den samlede RHF-rammen, skal kjøpes mer behandlingsskapasitet fra ideelle virksomheter. Det er en målsetting å øke antall plasser med om lag 200, og den økte kapasiteten skal rette seg mot pasienter med samtidige rus- og psykiske lidelser, pasienter med behov for akutt- og abstinensbehandling, gravide eller småbarnsfamilier med rusproblemer og unge med omfattende hjelpebehov. Kjøp av plasser fra ideelle virksomheter forutsettes at gjøres i tråd med gjeldende regelverk for offentlig anskaffelser. Det legges til grunn at avtaler inngått med ideelle virksomheter tidligst vil kunne være gjeldende fra 1. juli 2014.

Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming

Regjeringen la fram Meld. St. 45 (2012–2013) Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming, våren 2013. Stortingsmeldingen omtaler virkemidler som skal bidra til å styrke tiltak og tjenester til utviklingshemmede innenfor berørte sektorer, herunder helse- og omsorgssektoren. Likestilling og likeverd, selvbestemmelse, deltakelse og integrering er overordnede mål for regjeringens politikk for personer med utviklingshemming. Det foreslås 13 mill. kroner til å styrke kompetanse-, fag og tjenesteutvikling i helse- og omsorgstjenestene til utviklingshemmede.

Primærhelsetjenester

Regjeringen vil styrke helsetjenestene i kommunene. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten foreslås styrket med 180 mill. kroner innenfor veksten i kommunenes frie inntekter. Regjeringen vil bidra til å fortsette å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. En god helsestasjons- og skolehelsetjeneste er viktig for å gi nye foreldre trygghet gjennom god svangerskaps- og barseloppfølging, forebygge sykdom hos barn og unge og fange opp tidlige signaler på problemer og dermed kunne sette i verk tiltak tidlig. I tillegg til den ressursmessige styrkingen pågår et arbeid med å revidere forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og å lage en ny nasjonal, faglig retningslinje.

Allmennlegetjenesten er viktig for å nå mål knyttet både til samhandlingsreformen, folkehelsemeldingen og morgendagens omsorg. Regjeringen vil derfor fortsette arbeidet med å stimulere rekrutteringen til allmennlegetjenesten og heve kompetansen, bl.a. om vold og overgrep. Særlige utfordringer er knyttet til legevakt. Det foreslås 50 mill. kroner til å styrke kvaliteten i dette viktige leddet av akuttberedskapen.

Frisklivssentraler og lærings- og mestringstilbud i kommunene er viktige tiltak for å forebygge sykdom og for å få hjelp til å leve best mulig med kronisk sykdom. Det er et mål å etablere et bredt tilbud som når mange grupper uavhengig av diagnose, og bl.a. gi hjelp innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Det skal stimuleres til samarbeid med spesialisthelsetjenesten og med brukerorganisasjoner/frivillig sektor.

Psykisk helse

Regjeringens mål er å fremme god psykisk helse og forebygge helseproblemer i befolkningen. Mennesker som har utviklet psykiske problemer eller lidelser, skal få god hjelp og behandling. Mennesker med psykiske helseproblemer skal kunne leve et verdig og mest mulig vanlig liv. For å oppnå dette satses det videre på flere psykologer i kommunene og tiltak for at flere psykisk syke kan være i arbeid. For 2014 foreslås disse områdene styrket med til sammen 60 mill. kroner.

Å bli utsatt for vold og traumatiske hendelser kan gi fysiske og psykiske plager og lidelser, både på kort og lang sikt. De helsemessige konsekvensene kan være omfattende, alvorlige og potensielt livstruende. Å styrke arbeidet mot vold i nære relasjoner står sentralt for regjeringen, og det foreslås å øke innsatsen i 2014 med 14 mill. kroner.

Status for kommunenes og spesialisthelsetjenestens arbeid med psykisk helse skal oppsummeres. Oversikten skal gi et samlet bilde av dagens situasjon og danne bedre grunnlag for videreutvikling av feltet. I dette arbeidet skal det vurderes om utviklingen av tjenestene ivaretar alle grupper og om omstillingen i kommunene og spesialisthelsetjenesten er koordinert.

støtte kommunene i deres kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid skal gjennomgås og systematiseres. De regionale og nasjonale kunnskaps- og kompetansesentrene er en sentral del av nasjonale myndigheters satsning på å styrke kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det skal i 2014 foretas en samlet gjennomgang av sentrene både knyttet til samfunnsoppdrag, organisering og finansiering.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester varsler at virkemidler og tiltak som kan

Kap. 761 Omsorgstjeneste

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	117 234	127 045	212 192
60	Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	188 061	202 215	212 888
61	Vertskommuner	958 903	952 588	947 723
62	Dagaktivitetstilbud, <i>kan overføres</i>	23 326	254 800	81 400
66	Brukerstyrt personlig assistanse	84 270	87 129	90 004
67	Utviklingstiltak	136 675	111 087	75 753
71	Frivillig arbeid mv.	30 247	31 245	24 839
72	Landsbystiftelsen	65 613	67 778	70 150
73	Særlige omsorgsbehov	20 387	21 060	21 497
75	Andre kompetansetiltak	9 607	9 872	9 418
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	37 990	13 833	14 117
	Sum kap. 0761	1 672 313	1 878 652	1 759 981

Sammenliknet med saldert budsjett for 2013 foreslås bevilgningen redusert med 118,7 mill. kroner. Dette skyldes hovedsakelig at:

- Kommunene både i 2012 og 2013 i vesentlig mindre grad enn forutsatt har utnyttet den nyopprettede tilskuddsordningen til etablering av dagaktivitetstilbud for personer med demens. Bevilgningen foreslås satt ned med 173,4 mill. kroner. Foreslått bevilgning for 2014 legger til rette for 1200 flere plasser. Det er da lagt til grunn at bevilgning over posten overført fra 2013 brukes til å finansiere tidligere opprettede plasser.
- Midlertidig stimuleringstilskudd til samhandlingsiltak på til sammen 56 mill. kroner fases

ut i takt med etablering av de ordinære finansieringsordningene i samhandlingsreformen, jf. omtale i Prop. 1 S (2012–2013).

- Vertskommunetilskuddet reduseres, i tråd med etablert praksis, med 36,3 mill. kroner som følge av frafall av beboere.
- Det foreslås å redusere enkelte bevilgninger på kap. 761 med til sammen om lag 9 mill. kroner, som nyttes til styrking av andre prioriterte tiltak.

Det foreslås 100 mill. kroner til oppfølging av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Innst. S nr. 470 (2012–2013). Styrkingen på 100 mill. kroner fordeler seg på:

- 80 mill. kroner til velferdsteknologiprogrammet, program for pårørende, tiltak for frivillig arbeid og faglig omstilling over post 21.
- 10 mill. kroner til utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester over post 67.
- 5 mill. kroner til sentrene for omsorgsforskning over kap. 780, post 50 (under programkategori 10.80).
- 5 mill. kroner til InnoMed over kap. 781, post 21 (under programkategori 10.80).

Samlet foreslås 13 mill. kroner til oppfølging av Meld. St. 45 (2012–2013) Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming, mot tilsvarende reduksjon i enkelte andre tilskudd på kap. 761.

I tillegg foreslås 3 mill. kroner til Fagnettverk Huntington over post 75.

Forslag om flytting av bevilgning er omtalt nærmere under respektive poster.

Morgendagens omsorg – Omsorgsplan 2020

Stortinget behandlet våren 2013 Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Innst. 447 S (2012–2013). Tiltakene i meldingen skal legge til rette for en langsiktig omstillingsprosess for å sikre nyskaping og utvikling av nye løsninger i omsorgssektoren.

En forutsetning for innovasjon i omsorgssektoren er kommunal handlefrihet til å utvikle fag, teknologi og nye organisasjonsformer. En slik handlefrihet bør, for å ha bærekraft, følges av at finansieringsansvaret for sektoren ligger i kommunene.

Regjeringen foreslår å bevilge 100 mill. kroner til oppfølging og konkretisering av meldingens fire hovedsatsingsområder:

Morgendagens omsorgsomgivelser – med et program for utvikling og innføring av velferdsteknologi

For å gi mennesker bedre mulighet til å mestre eget liv og helse, og bidra til at flere kan føle seg trygge i eget hjem, ble det i 2013 etablert et nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene. Hovedmålet for programmet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020.

Samlet foreslås det å bevilge 34 mill. kroner til velferdsteknologiprogrammet i 2014. Midlene

skal gå til utvikling og utprøving av velferdsteknologiske løsninger i kommunene, etablering av åpne standarder for velferdsteknologi og kompetanseheving av ansatte. Det vises til kap. 761, post 21 for nærmere omtale.

Morgendagens omsorg – et innovasjonsprogram fram mot 2020

Innovasjonsprogrammet skal bidra til utvikling og innføring av nye arbeidsmetoder, nye organisasjonsløsninger, boformer og teknologi som er tilpasset morgendagen.

Det skal utvikles virkemidler som skal støtte og stimulere kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid på helse- og omsorgsfeltet for perioden fram til 2020. Midlene skal gå til å styrke de fylkesvise utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, de regionale omsorgsforskningssentrene og InnoMed.

Samlet foreslås bevilget 20 mill. kroner til innovasjonsprogrammet i 2014. Det vises til kap. 761, post 67, kap. 780, post 50 og kap. 781, post 21 for nærmere omtale.

Morgendagens omsorgsfelleskap – med et pårørendeprogram og en nasjonal frivillighetsstrategi

For å møte dagens og morgendagens omsorgsutfordringer skal det legges til rette for å støtte og avlaste pårørende, mobilisere lokalsamfunnets innbyggere på nye måter, og videreutvikle og ta i bruk ressursene hos ideelle og frivillige organisasjoner på nye måter.

Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk

Det er lagt fram et program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk for perioden 2014–2020. Programmet skal bidra til at pårørende blir verdsatt og synliggjort, og gi økt likestilling og mer fleksibilitet. Pårørendeprogrammet skal anerkjenne og støtte pårørende med krevende omsorgsoppgaver, bedre samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen, samt legge til rette for å opprettholde pårørendeomsorgen på dagens nivå og gjøre det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg. Samlet foreslås å bevilge 10 mill. kroner til programmet i 2014. Det vises til kap. 761, post 21 for nærmere omtale.

Nasjonal strategi for frivillig arbeid i omsorgstjenestene

Det skal utvikles en strategi for å mobilisere, ivareta og støtte frivillige omsorgsyttere og styrke samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor. Strategien skal angi tiltak for å rekruttere og beholde frivillige i omsorgstjenesten, sikre økt frivillig aktivitet og redusere ensomhet i samfunnet. Strategien skal ferdigstilles i 2014 og konkretiseres i dialog med kommunesektoren og i samarbeid med Frivillighet Norge. Samlet foreslås å bevilge 17 mill. kroner til tiltak for å styrke det frivillige arbeidet i sektoren i 2014. Det vises til kap. 761, post 21 for nærmere omtale.

Morgendagens omsorgstjeneste – med faglig omlegging og større vekt på tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og miljøbehandling

Morgendagens omsorgstjenester skapes gjennom utvikling av tilbudet sammen med brukerne, samhandling med pårørende, bruk av velferdsteknologi og gjennom å mobilisere lokalsamfunnet på nye måter. Nye arbeidsmetoder og samspill med familie og nettverk vil stille store krav til endring i kompetanse og rekruttering, og bety nye måter å organisere tjenestene på. Regjeringen ønsker å bidra til et faglig omstillingsarbeid, som både forbedrer omsorgstjenestenes pleiefaglige arbeid og tar i bruk bredere tverrfaglig kompetanse på rehabilitering, aktivitet, sosialt nettverksarbeid og miljøbehandling. Samlet foreslås bevilget 19 mill. kroner til faglig omstillingsarbeid i 2014. Det vises til kap. 761, post 21 for nærmere omtale.

Omsorgsplan 2015

Omsorgsplan 2015 skal bidra til å styrke både kapasitet, kompetanse og kvalitet i omsorgstjenestene. Omsorgsplan 2015 har bidratt til å sette omsorgstjenesten på dagsorden i kommunene.

Gjennom avtalen som er inngått mellom regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre, er Omsorgsplan 2015 utvidet og konkretisert. Avtalen viser at det er bred enighet om hovedlinjene i omsorgstjenesten. Avtalen sikrer en langsiktig oppfølging av tiltakene i Omsorgsplan 2015.

Omsorgsplan 2015 løfter fram fire hovedinnsatsområder:

12 000 heldøgns omsorgsplasser

Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger ble innført i

2008. Tilskuddet skal stimulere kommunene til å både fornye og øke tilbudet av plasser i sykehjem og omsorgsboliger for mennesker med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av beboerens alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Det er et mål å gi tilsagn om tilskudd til 12 000 heldøgns omsorgsplasser innen utgangen av 2015. Regjeringen vil utvide rammene ytterligere, dersom søknadsinngangen fra kommunene tilsier det.

Tall fra Husbanken viser at det ved utgangen av august 2013 er gitt tilsagn om tilskudd til 7313 heldøgns omsorgsplasser, fordelt på henholdsvis 3405 omsorgsboliger og 3908 sykehjemsplasser. Det foreslås å legge til rette for ytterligere 2000 plasser i 2014 med en tilsagnsramme på 2,02 mrd. kroner. Det foreslås 101 mill. kroner i 2014. Tilskuddet bevilges over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett kap. 586, post 64 Investeringstilskudd. Det vises til nærmere omtale i Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

12 000 nye årsverk

Regjeringen har som mål å øke bemanningen i de kommunale omsorgstjenestene med 12 000 nye årsverk i perioden 2008–2015, målt ved utgangen av året. For perioden fra 2008–2012 viser tall fra Statistisk sentralbyrå at antallet årsverk økte med om lag 10 000, hvorav om lag 95 pst. av årsverksveksten har bestått av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. I følge byrået var veksten i 2012 på om lag 2300 årsverk. Rapportering fra landets fylkesmenn til Helsedirektoratet viser at kommunene planlegger en vekst på om lag 1400 årsverk i 2013.

Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan. Den har som hovedmål å sikre omsorgssektoren tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning og bidra til utvikling av kompetanse, tjenester og fagmiljø i omsorgssektoren.

I de seks første årene i planperioden (2007–2012) har om lag 21 000 personer gjennomført grunn-, videre- eller etterutdanninger eller annen opplæring med støtte fra Kompetanseløftet 2015, hvorav om lag 10 400 var knyttet til videregående opplæring og om lag 8900 var knyttet til høyskoleutdanning. I 2012 har om lag 4000 personer gjennomført utdanning, kurs og annen opplæring med støtte fra Kompetanseløftet 2015. I 2013 er om lag 8700 personer under utdanning eller opplæring

med støtte fra Kompetanseløftet 2015. Det vises for øvrig til omtale under kap. 761, post 60.

Kompetanseløftet 2015 foreslås styrket med 24,5 mill. kroner i 2014 til Mitt Livs ABC, kompetansehevende tiltak, fag- og tjenesteutvikling innenfor tjenester til utviklingshemmede, Velferdsteknologiens ABC og styrking av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.

Tilskudd til Kompetanseløftet 2015 gis i 2014 over kap. 761, post 21, kap. 761, post 60, kap. 761, post 67, kap. 761, post 71, kap. 763, post 72 og kap. 769, post 70.

Samlet foreslås det bevilget 346,3 mill. kroner til Kompetanseløftet 2015 i 2014.

Demensplan 2015

Demensplan 2015 skal bidra til flere tilpassede botilbud og tilrettelagte dagaktivitetstilbud, samt styrke kunnskap og kompetanse. Regjeringen har etablert et øremerket tilskudd til etablering av dagaktivitetstilbud for personer med demens. Per medio august 2013 er det gitt tilskudd til etablering av om lag 1140 plasser siden oppstart av ordningen i 2012. Målet er å lovfeste kommunenes plikt til å yte dagtilbud til personer med demens når tilbudet er bygget videre ut. Over 15 000 ansatte i mer enn 90 pst. av landets kommuner har per 1. august 2013 startet demensopplæring, og mer enn 75 pst. av kommunene har tilbud om pårørendeskoler eller samtalegrupper.

Tilskudd til Demensplan 2015 gis i 2014 over kap. 761, post 21, kap. 761, post 62, kap. 761, post 71 og kap. 780, post 50. Samlet foreslås det bevilget 128,3 mill. kroner til Demensplan 2015 i 2014.

I tillegg er det foretatt en betydelig styrking av midler til omsorgsforskningen i perioden 2005–2012. Det vises til kap. 780, post 50 for nærmere omtale.

Oppfølging av Meld. St. 45 (2012–2013) Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming

For å styrke kompetansen i tjenestene til personer med utviklingshemming foreslås følgende tiltak innenfor Kompetanseløftet 2015:

- 2 mill. kroner til Mitt livs ABC over post 21.
- 4 mill. kroner til Mitt livs ABC over post 60.
- 7 mill. kroner til kompetansehevende tiltak, fag- og tjenesteutvikling over post 67.

Det foreslås 6 mill. kroner til tiltaket Mitt livs ABC, fordelt med 4 mill. kroner over kap. 761, post 60 og 2 mill. kroner over kap. 761, post 21.

Mitt livs ABC skal utvikles etter modell av Demensomsorgens ABC.

For å styrke fagutvikling og kompetanseheving i tjenestene til utviklingshemmede skal det opprettes et tilskudd til kompetansehevende tiltak, fag- og tjenesteutvikling. Det foreslås 7 mill. kroner over kap. 761, post 67. Aktiviteten skal ses i sammenheng med tiltak i utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester og Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. Målgruppen for tiltaket er ansatte i helse- og omsorgstjenestene som arbeider med utviklingshemmede.

Det er en høy andel dispensasjoner fra utdanningskravene ved gjennomføring av tvang og makt overfor utviklingshemmede. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede forholdet mellom lovens utdanningskrav og kompetansesituasjonen i tjenestene til personer med utviklingshemming. Utredningen skal beskrive og analysere dagens situasjon og årsakene til denne, og foreslå tiltak for å forebygge bruk av tvang og redusere behovet for dispensasjoner fra utdanningskravet der tvang er nødvendig.

Egenandeler

Fribeløp og egenandeler med hjemmel i forskrift om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester ble i 2013 endret som følge av økningen i det generelle prisnivået. For å oppdatere fribeløpet før beregning av vederlag for opphold i institusjon i samsvar med den alminnelige prisstigningen, foreslår departementet at dette fastsettes til 7250 kroner med virkning fra 1. januar 2014. Samtidig justeres maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med inntekt under 2 G fra 175 kroner til 180 kroner. For hhv. korttidsopphold og dag- og nattopphold på institusjon, endres maksimal egenandel fra 137 kroner til 142 kroner per døgn, og fra 72 kroner til 74 kroner per dag/natt. Justeringene medfører ubetydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Det skal i 2014 settes i gang et utredningsarbeid om finansiering og egenbetalingsordninger for ulike boformer.

Unge personer med nedsatt funksjonsevne i alders- og sykehjem

Unge personer med nedsatt funksjonsevne bør ikke bo i institusjoner beregnet på eldre. Fylkesmennene har i 2013, som tidligere år, fulgt opp kommuner som har unge personer under 50 år

bosatt i alders- eller sykehjem. Registreringen av personer under 50 år med nedsatt funksjonsevne som bor på alders- eller sykehjem er f.o.m. 2007 basert på tall fra Iplos-registeret. Helsedirektoratet har gjennomført en kvalitetssikring av tallene. Helsedirektoratet vurderer at tallene som kommer fram ikke er beheftet med vesentlige feil, og kan derfor anses å være korrekte. Helsedirektoratet rapporterer at fylkesmennene, med bakgrunn i foreløpige tall for 2012, har fulgt opp 150 personer under 50 år som bor på alders- eller sykehjem eller i boform for heldøgns omsorg og pleie.

Fylkesmennes gjennomgang viser at det var 31 personer som ønsket et annet botilbud. Av disse opplyser fylkesmennene at 16 personer har en flytteplan. En kontaktgruppe med representanter fra Norges handikapforbund, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, KS, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet følger utviklingen på området. Helse- og omsorgsdepartementet viser for øvrig til finansieringsordningen for ressurskrevende tjenester på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 2,5 mill. kroner fra post 71 knyttet til tilskudd til Livsglede for eldre.
- 3 mill. kroner fra post 71 knyttet til tilskudd til Verdighetssenteret.

Bevilgningen dekker i hovedsak utgifter til tiltak som oppfølging av Omsorgsplan 2015 og Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, samt øvrige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene.

Bevilgningen går til fylkesmennes oppfølging av Omsorgsplan 2020, inkl. Omsorgsplan 2015, herunder Kompetanseløftet 2015, investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser, Demensplan 2015 mv.

Fylkesmannen skal ha oversikt over og følge utbyggingen av heldøgns omsorgsplasser. De skal følge opp kommunene med rådgivning og veiledning med fokus på utvikling og innovasjon i omsorgstjenestene. Fylkesmannen skal også følge opp tiltak for å bedre kvaliteten i omsorgstjenestene, bl.a. i tråd med avtalen om kvalitetsutvikling som er inngått mellom staten og KS. Embetene har utviklingsoppgaver knyttet til langsiktig planlegging og investeringer både i bygningsmasse, teknologi og personell med fokus på ledelse og kompetanseutvikling.

Utgifter til faglige kurs og konferanser, som fylkesmennene holder på regionalt nivå innen omsorgssektoren, dekkes også over bevilgningen.

Det ytes midler til dekning av utgifter til fylkesmennes arbeid med kapittel 9 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning.

FoU-prosjekter og informasjonsvirksomhet

Midler over denne bevilgningen nyttes til utvikling av omsorgstjenestene, tjenestetilbudet til mennesker i livets slutfase, personer med nedsatt funksjonsevne, herunder barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier, personer med psykisk utviklingshemning og andre vanskeligstilte grupper. Oppfølgingen av Omsorgsplan 2020, inkl. Omsorgsplan 2015 skal prioriteres. Viktige områder er kvalitet i tjenestetilbudet, ledelse og organisering, saksbehandling, rekruttering og kvalifisering av personell, bedre system for dokumentasjon, statistikk og rapportering.

Tilskudd til konkret oppfølging av Morgendagens omsorg

Sammenliknet med saldert budsjett for 2013 foreslås følgende styrking og nye tiltak i 2014 til oppfølging av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Prop. 149 S (2012–2013) og Innst. S nr. 470 (2012–2013).

Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi 2014–2020

Samlet foreslås 34 mill. kroner til velferdsteknologiprogrammet i 2014.

Utvikling og utprøving av velferdsteknologiske løsninger i kommunene

For å utvikle og utprøve velferdsteknologiske løsninger tilpasset behovet blant brukere i kommunene er det etablert en egen tilskuddsordning for utvikling og utprøving av velferdsteknologiske løsninger som kommuner kan søke på. Utvikling av trygghetspakker er prioritert. Trygghetspakken skal være en videreutvikling av trygghetsalarman, som kan inkludere bl.a. selvutløsende alarm, fallsensor, røykdetektor, mobiltelefon, sporingsløsning (GPS) mv. Prosjektene skal følgeevalueres og det skal lages kunnskapsopsummeringer, slik at effekter og erfaringer dokumenteres, opp-

summeres og kan spres til andre kommuner og virksomheter.

Etablering av åpne standarder for velferdsteknologi

Det er satt i gang et standardiseringsarbeid på velferdsteknologiområdet som skal legge til rette for integrerte og leverandøruavhengige velferdsteknologiske løsninger på tvers av offentlig og privat sektor. Felles åpne standarder gjør at brukerne får en god, koordinert og forutsigbar tjeneste.

Kompetansetiltak – Velferdsteknologiens ABC

For å få effekt av velferdsteknologiske løsninger må opplæring og kompetanseheving av ansatte, brukere og pårørende skje både i forkant av og parallelt med innføring av velferdsteknologi. Med bakgrunn i de gode erfaringene med Demensomsorgens ABC skal det utvikles en opplæringspakke, Velferdsteknologiens ABC, som skal gi grunnkompetanse i velferdsteknologi. Opplæringspakken kan inkludere allerede utarbeidet undervisningsmateriale på området. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2015.

Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk 2014–2020

Som del av program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk skal det utvikles et opplærings- og veiledningstilbud til pårørende og et opplæringsprogram for ansatte. Formålet er å gi økt kompetanse i å samarbeide og kommunisere med pårørende.

Det skal bygges ut fleksible og trygge avlastningsordninger som er forutsigbare og gir pårørende mulighet til å ivareta personlige behov, sosiale aktiviteter eller delta i arbeidsliv og samfunns- liv. Bevilgningen skal gå til pilotprosjekter for å utvikle et helhetlig tilbud til pårørende med krevende omsorgsoppgaver. Slike tilbud kan bl.a. utvikles i samarbeid med frivillige organisasjoner.

Samlet foreslås det å bevilge 10 mill. kroner til programmet i 2014.

Faglig omstilling og nye arbeidsmetoder

Samlet foreslås det å bevilge 19 mill. kroner mer til faglig omstillingsarbeid i 2014. Midlene skal gå til følgende tiltak:

Hverdagsrehabilitering

Regjeringen har fra 2013 etablert et tilskudd til kommuner for utvikling og utprøving av modeller for hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering skal bidra til økt livskvalitet og forbedret funksjonsnivå hos brukerne gjennom å ta utgangspunkt i brukeres egne muligheter og støtte den enkeltes evner til å bidra aktivt for å gjenopprette eller øke tidligere funksjonsnivå. Deler av tilskuddet skal omfatte særlige tiltak rettet mot mennesker med utviklingshemning.

Tilskuddet, som gis til kommunene, skal følges opp og evalueres for å dokumentere effekter og gevinster for kommunene og brukerne. Erfaringene skal deretter spres videre til andre kommuner.

Tilskudd til utvikling og utprøving av modeller for hverdagsrehabilitering bevilges i 2014 over kap. 761, post 21 og kap. 762, post 60. Tilskuddet foreslås økt med 12 mill. kroner forhold til saldert budsjett for 2013, til 22,3 mill. kroner i 2014.

Kompetansesentra for kultur, helse og omsorg

For å bidra til utvikling og spredning av miljøterapeutiske behandlingstiltak, er det etablert et nasjonalt kompetansemiljø for kultur, helse og omsorg i Levanger kommune, i samarbeid med andre forsknings- og kompetansenettverk på området. Det foreslås 3 mill. kroner til tiltaket i 2014.

Helsedirektoratet skal på sikt arrangere konsensuskonferanser, som vurderer nye metoder og behandlingsformer.

Menn i helse

For å bidra til økt rekruttering av menn til omsorgssektoren, har regjeringen satt i gang et nasjonalt prosjekt basert på erfaringer fra prosjektet Menn i helsevesenet i Trondheim kommune. Det foreslås 4 mill. kroner til tiltaket i 2014.

Nasjonal strategi for frivillig arbeid i omsorgssektoren

Samlet foreslås å bevilge 17 mill. kroner til frivillig arbeid i omsorgssektoren. Midlene skal gå til følgende tiltak:

Aktivitet ved eldresentra

I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2013 ble tilskuddet til aktiv omsorg utvidet til å inkludere ulike prosjekter til aktivitet i eldre- og seniorsentra. Eldre- og seniorsentra bidrar til å

motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbake- trekning, og skaper aktivitet og sosialt fellesskap. Utviklingen av aktiviteter og tiltak skal skje i et nært samarbeid med pensjonistorganisasjonene og ideelle organisasjoner.

Det foreslås å bevilge 10 mill. kroner til tiltaket i 2014.

Livsglede for eldre og livsgledesertifisering

Det ble i 2013 vedtatt å sette i gang en nasjonal sertifiseringsordning av livsgledesykehjem i regi av stiftelsen Livsglede for eldre, jf. Prop. 149 S (2012–2013) og Innst. S nr. 470 (2012–2013). Satsingen skal bidra til at alle sykehjem som ønsker det skal få opplæring, støtte og veiledning til å sette aktiviteter og gode opplevelser for den enkelte sykehjemsbeboer i system. Det legges opp til en gradvis spredning av tilbudet i perioden 2013–2020.

Det ble ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2012–2013), jf. Innst. 11 S (2012–2013), vedtatt å bevilge 2,5 mill. kroner over kap. 761, post 71 til utviklingsarbeid i regi av Livsglede for eldre, bl.a. til utvikling av lokalforeninger, livsglede som valgfag i skolen og livsgledesykehjem. Det foreslås å styrke bevilgningen med ytterligere 3 mill. kroner, til 5,5 mill. kroner i 2014.

Frivillighetskoordinatorer

For å bidra til økt kompetanse i å koordinere og lede frivillige skal det gis støtte til opplæring av koordinatorer for frivillig arbeid gjennom Verdighetssenteret i Bergen. Målet er å sikre bedre mobilisering og oppfølging av frivillige. Satsingen vil inngå som et element i utvikling av en nasjonal strategi for frivillig arbeid på omsorgsfeltet. Det er bevilget 3 mill. kroner til Verdighetssenteret ved Bergen Røde Kors sykehjem i 2013 over kap. 761, post 71. Senteret skal bidra til å sikre opplæring av frivillighetskoordinatorer og sikre spredning av prosjektet Lære, for å lære videre, et opplærings- og implementeringsprosjekt innen eldreomsorg, der deltakerne får kompetanse og støtte til å gjennomføre lokale opplæringsprosjekter.

Det foreslås å styrke bevilgningen med 4 mill. kroner, til 7 mill. kroner i 2014.

Tilskudd til konkrete tiltak som oppfølging av Omsorgsplan 2015

Demensplan 2015

Demensplan 2015 skal bidra til økt kompetanse, kapasitet og kvalitet i tjenestetilbudet til personer

med demens og deres pårørende. Planen løfter fram tre hovedtiltak: Flere tilpassede botilbud, økt dagaktivitetstilbud og økt kunnskap og kompetanse.

For å bidra til mer kunnskap og åpenhet om demenssykdom, er det gjennomført en nasjonal informasjonskampanje om demens. Mer enn 300 kommuner har fått innvilget tilskudd til pårørendeskoler og samtalegrupper. I 2012 er det arrangert kurssamlinger for yngre personer med demens og deres pårørende, samt helgesamlinger for ungdom som har en mor eller far med demens. Over 15 000 ansatte har fått opplæring i demens gjennom Demensomsorgens ABC, og det er utviklet og satt i gang et opplæringstilbud i miljøbehandling. Det er gjennomført kurs i opprettelse og gjennomføring av demensteam, og informasjonsmateriale om utredning og diagnostisering av demens skal sendes til alle landets kommuner høsten 2013.

Det foreslås 40,8 mill. kroner til Demensplan 2015 over post 21 til følgende tiltak i 2014:

- Spredning av tilbudet om pårørendeskoler og samtalegrupper til landets kommuner.
- Implementering av opplæringspakker om demens for personell og frivillige og pårørende.
- Drift av erfaringsbank om demens og gjennomføring av informasjonsarbeid.
- Støtte til Demensforbundet i Nasjonalforeningen for folkehelsen sitt lokale arbeid og veiledningsarbeid til pårørende.
- Spredning av gode modeller for utredning og diagnostikk av demens, herunder temakoffert og håndbok for kommunale demensteam.
- Utvikling og spredning av gode modeller for miljøbehandling og miljøterapi.
- Utviklingsprogram om yngre personer med demens og kurs for yngre personer med demens og deres pårørende.
- Utviklingsprogram for personer med innvandrerbakgrunn med demens.
- Spredning av erfaringer fra utviklingsprogram for personer med samisk språklig og kulturell identitet.
- Utredning av samfunnsøkonomiske konsekvenser av demens.

Nevroplan 2015

Som del av Nevroplan 2015 er det etablert to tilskuddsordninger for personer med nevrologiske skader og sykdommer. Tilskuddene gis til utvikling av ulike modeller for tilpassede dag- og aktivitetstilbud og til utprøving av tilrettelagt trenings-

tilbud i kommunene. Det ble i 2012 tildelt midler til 11 prosjekter knyttet til dag- og aktivitetstilbud og 10 prosjekter for utprøving av treningstilbud. Videre er det etablert en tilskuddsordning til informasjons- og veiledningsarbeid i regi av brukerorganisasjonene. Det ble bevilget midler til informasjonsvirksomhet i 10 organisasjoner i 2012.

Det ble i 2013 bevilget 10 mill. kroner til Nevroplan 2015. Bevilgningen foreslås videreført i 2014.

I tillegg vises det til forslag om å styrke post 75 med 3 mill. kroner til fast drift av Fagnettverk Huntington – nasjonalt system for veiledning og kompetanse.

Styrking av ledelseskompentanse

Som del av Kompetanseløftet 2015 er det etablert en praktisk lederopplæringspakke for ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kompetente ledere er viktig for å sikre kvalitativt gode helse- og omsorgstjenester, og en kultur for utvikling og endringsarbeid. Per april 2013 var det totalt 756 deltakere i opplæringen fordelt på 83 kommuner. Tiltaket foreslås videreført i 2014.

Som oppfølging av avtalen om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene mellom regjeringen og KS, er det tatt initiativ til å etablere en lederutdanning etter modell av Kunnskapsdepartementets satsing på rektorskoler. Midler til satsingen bevilges over kap. 761, kap. 763 og kap. 764 med til sammen 10 mill. kroner for 2014. Satsingen skal på sikt vurderes samordnet med den allerede eksisterende ledelsessatsingen omtalt over. Det vises til kap. 763, post 72 for nærmere omtale.

Styrking av kompetansen på aktiv omsorg

For å styrke kompetansen i aktivt omsorgsarbeid er det utviklet læremateriell og etablert tverrfaglig videreutdanningstilbud innen aktiv omsorg. For å sikre deltakelse og praktisk læring og øvelse i tilknytning til det daglige arbeidet skal det utvikles et tverrfaglig opplæringsprogram i aktiv omsorg. Det foreslås at midlene i 2014 nyttes til spredning av et slikt opplæringsprogram, distribuering av materiell til virksomhetene, samt til veiledning av kursledere.

Nettstedet www.utviklingssenter.no har fra høsten 2012 også omfattet en idébank i aktiv omsorg. Denne inneholder systematiserte presentasjoner av læremateriell, verktøy og metoder.

Bevilgningen til tiltakene foreslås videreført i 2014.

Fritidsaktivitet med assistanse

Helsedirektoratet har for perioden 2013–2017 inngått avtale med Aktiv ung – kompetansetjenesten for barn og unge med nedsatt funksjonsevne (Helse-Nord) om å drifte nettstedet www.fritidforalle.no.

Helsedirektoratet har satt i verk et prosjekt kalt Aktive muligheter for perioden 2013–2016. Prosjektet skal formidle kompetanse og gode organisatoriske løsninger slik at personer med utviklingshemning får reelle muligheter til deltakelse i ordinære fritidsorganisasjoner og aktiviteter etter eget valg. Prosjektet er forankret i Asker kommune i samarbeid med 3 andre kommuner/bydeler og skal knyttes opp mot Fritid for alle-nettverket.

Det foreslås å videreføre tiltakene fritidforalle.no, prosjekt Aktive muligheter og tilskudd til videreutdanning i organisering og veiledning av støttekontakter, avlastere og frivillige ved Høyskolen i Bergen i 2014.

Oppfølging av kvalitetsavtalen

Tiltakene i den bilaterale avtalen mellom staten og KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene knytter seg til ledelsesutvikling, innovasjon, kvalitetssystemer, personell og kompetanse, mestring blant brukere, boligløsninger, psykisk helse og rus og folkehelsearbeid. Helsedirektoratet har en sentral rolle i utvikling og oppfølging av tiltak i avtalen. Det vises til omtale av avtalen under kap. 769, post 21.

Rekruttering til omsorgstjenesten

Det ble i 2013 bevilget 3 mill. kroner til rekruttering av personell til omsorgstjenestene. Tiltaket avsluttes i 2013.

Mat, måltider og ernæring i omsorgstjenestene

Det er fra 2010 satt av midler til ulike kompetansehevende tiltak med formål å styrke ernæringskompetansen i omsorgstjenesten. Siden 2011 har 11 kommuner mottatt tilskudd til å utvikle kompetansehevende tiltak som e-læringskurs, opplæringspakker, materiell, veiledningstilbud mv. Erfaringene fra prosjektene skal spres til andre kommuner. Flere av prosjektene vil etter planen sluttføres i 2013.

Det ble i 2013 ferdigstilt en undersøkelse blant ledere og et utvalg av helsepersonell om mat og måltider i hjemmesykepleien. Undersøkelsen underbygger funn fra tidligere undersøkelser om at helsepersonell i hjemmesykepleien trenger mer kunnskap i ernæringsarbeid.

Satsingen inngår i Kompetanseløftet 2015. Tiltaket foreslås videreført i 2014.

Barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier

For å videreformidle kompetanse om barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier, har Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med fylkesmannsembeter arrangert regionsvise konferanser for tjenesteytere til målgruppen. Det ble presentert prosjekter og erfaringer om foreldre- og pårørenderollen, organisering og gjennomføring av tjenestetilbud til målgruppen og samhandling mellom ulike nivåer i helsetjenesten og mellom samarbeidende etater.

Helse- og omsorgsdepartementet har satt i verk arbeid for å utvikle en brukervennlig plattform som kan styrke kompetansen til både tjenesteytere og brukere.

Satsingen inngår i Kompetanseløftet 2015. Tiltaket foreslås videreført i 2014.

Omsorgsportalen og formidling av forskning og innovasjon

Omsorgsportalen ble opprettet for å formidle forskning og utviklings tiltak, synliggjøre gode eksempler, gi bedre muligheter for å utveksle kommunale erfaringer og styrke forvaltningskompetansen i omsorgstjenesten. Omsorgsportalen ivaretas i dag av helse- og omsorgsdepartementet.no, som er hovedportal for de ansatte i helsetjenesten.

Det foreslås 1 mill. kroner til styrking av omsorgsforskningssentrene arbeid med å formidle kunnskap om forskning og innovasjon i omsorgssektoren. Bakgrunnen er de regionale omsorgsforskningssentrene rolle som dokumentasjonssentra som en følge av Meld. St. 29 (2012–2013), omtalt i kap. 780, post 50. Arbeidet bidrar til å styrke omsorgstjenestenes faglige grunnlag og omdømme. Målgruppen er forsknings-, utviklings- og innovasjonsmiljøer, og administrasjon og ansatte innenfor omsorgstjenestene i kommunene. Formidlingsarbeidet legges til Senter for omsorgsforskning Øst, som innehar koordineringsansvaret for omsorgsforskningssentrene.

Håndbok om de kommunale helse- og sosialtjenestene

En nettbasert utgave av håndboken skal være tilgjengelig og holdes jevnlig oppdatert under helse- og omsorgsdepartementet.no. Håndboken er nylig endret i tråd med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Noklus

Det er i perioden 2007–2012 gjennomført en nasjonal satsing på kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus gjennom Noklus. I 2013 deltar 93 pst. av landets sykehjem i ordningen. Satsingen har bidratt til å styrke den medisinske kvaliteten på tilbudet til omsorgstjenestens brukere gjennom sikrere diagnostisering og prøvetaking. Det foreslås at Noklus fortsetter arbeidet med den faglige videreutviklingen og kvalitetssikringen av laboratorievirksomheten på sykehjem. Videre foreslås det at deler av dagens tilskudd benyttes til et prosjekt med sikte på kvalitetssikring av laboratorievirksomheten i hjemmetjenesten.

Det ble i 2013 bevilget 6 mill. kroner til Noklus. Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2014.

Iplos

Iplos er et nasjonalt helseregister som danner grunnlag for statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Registeret er pseudonymt og inneholder ikke personidentifiserbare opplysninger om enkeltpersoner. Helse- og omsorgsdepartementet forvalter og videreutvikler Iplos-registeret, som er hjemlet i helseregisterloven.

Per mars 2013 har samtlige kommuner sendt inn data. Kvaliteten på de registrerte dataene blir bedre for hvert år. For å sikre datakvalitet vil Helse- og omsorgsdepartementet framover ha spesiell oppmerksomhet på underrapportering av diagnoser, rehabilitering og bedre data om rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunene.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å ha tilbud om personlig assistanse i form av praktisk bistand og opplæring organisert som brukerstyrt personlig assistanse. Kommunen avgjør, innenfor rammen av kravet til nødvendige omsorgstjenester, hvilke tjenester som skal tilbys den enkelte søker/bruker. Arbeidet med utarbeidelse av en opplæringshåndbok for BPA (bruker-

styrt personlig assistanse) og kursopplegg for arbeidsledere og assistenter vil ferdigstilles i 2013.

Helse- og omsorg i plan

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2010–2011), jf. Innst. 11 S (2010–2011), sluttet Stortinget seg til at det skal utvikles et opplærings- og utviklingsprogram i langsiktig og strategisk samfunnsplanlegging innen folkehelse og helse- og omsorgstjenestene. Målgruppen er medarbeidere som har ansvar for planlegging i kommuner og helseforetak.

For studieåret 2012–2013 ble det tatt opp 139 studenter til studiet Helse- og omsorg i plan fordelt på følgende utdanningsinstitusjoner: Høgskolen i Lillehammer, Høgskolen i Vestfold, Høgskolen i Volda og Universitetet i Tromsø.

Det er inngått avtale med Universitetet i Agder for skoleåret 2013–2014. Norsk institutt for by- og regionsforskning (Nibr) har fått i oppdrag å evaluere studiet gjennom prosjektperioden (2011–2015). I tillegg til en sluttrapport som skal ferdigstilles våren 2016, skal det utarbeides delrapporter som leveres ved avslutning av hvert kull.

Tiltak for å styrke kompetansen i tjenestene til utviklingshemmede

Det vises til samlet omtale av tiltak til utviklingshemmede i kapittelinnledningen. Det foreslås 2 mill. kroner over kap. 761, post 21 til delfinansiering av tiltaket Mitt livs ABC. Mitt livs ABC skal utvikles etter modell av Demensomsorgens ABC. Formålet er å styrke kompetansen hos personell som yter helse- og omsorgstjenester til utviklingshemmede. Innhenting av kunnskap om kompetansesituasjonen og utredning om etiske problemstillinger vil utgjøre en del av tiltaket. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2015.

Post 60 Kommunale kompetansetiltak

Bevilgningen går i det vesentligste til kommuner, fylkeskommuner og fylkesmennene til oppfølging av Kompetanseløftet 2015, samt til fylkesmennenes utviklingsoppgaver og oppfølgingsansvar for de kommunale omsorgstjenestene. Tilskuddene skal bidra til nyskaping og utvikling av nye løsninger i omsorgssektoren. Bevilgningen ses i sammenheng med bevilgningen til fylkesmannsembetene over kap. 761, post 21. Se også omtale av Kompetanseløftet 2015 i kapittelinnledningen.

Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 har for perioden 2011–2015 følgende delmål:

12 000 nye årsverk

Målsettingen om 12 000 nye årsverk i perioden 2008–2015 er omtalt i kapittelinnledningen under kap. 761.

Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene

Årsverksveksten de siste årene har i hovedsak bestått av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Andelen personell med helse- og sosialutdanning var i 2012 om lag 70,1 pst., som er en økning på om lag 3,7 prosentpoeng siden 2005. Veksten i andelen personell med høgskoleutdanning har vært spesielt høy. Ifølge tall fra kommunene gjennomførte om lag 1000 personer i 2012 med midler fra Kompetanseløftet 2015 et kvalifiseringsløp som fører til fagbrev svarende til helsefagarbeider. Dette er i hovedsak personer som er ansatt i omsorgstjenestene. Om lag 330 personer fullførte desentralisert høgskoleutdanning i ulike helse- og sosialfag i 2012, og tiltaket vurderes som et meget godt virkemiddel for å rekruttere høgskoleutdannet personell til distriktskommuner.

Sikre bruttotilgang på om lag 4500 helsefagarbeidere per år

Antall fagprøvekandidater og avgangselever innen hjelpepleierutdanningen, omsorgsarbeiderfaget eller helsearbeiderfaget ble halvert etter omleggingen fra hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene til helsearbeiderfaget fra 2006. Fra et nivå på om lag 4500 kandidater årlig i perioden 2002–2007 var antallet om lag 2900 i 2008, om lag 2250 både i 2010 og 2011, og om lag 2350 i 2012.

Nedgangen er spesielt stor blant voksne. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet har siden 2011 samarbeidet om forsøk med videregående opplæring på arbeidsplass, Fagbrev på jobb. Hovedmålet er å utvikle opplæringsstilbud, som på sikt kan bidra til at flere ufaglærte i helse- og omsorgssektoren og barnehage tar fagbrev. Prosjektet er ledet av Vox, og består av forsøk i fem fylker. Prosjektet er planlagt avsluttet i 2014/2015.

Det er i 2013 etablert en tilskuddsordning som skal stimulere til opprettelse av yrkesfaglig språkopplæring innenfor helsearbeiderfaget. Satsin-

gen skal bidra til å øke tilgangen på helsefagarbeidere til omsorgssektoren, spesielt i storbyene.

Skape større faglig bredde

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at årsverksveksten innenfor den kommunale omsorgstjenesten i planperioden (2007–2012) i hovedsak er kommet blant sykepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, men at det også var en betydelig vekst blant vernepleiere, sosionomer, ergoterapeuter, barnevernspedagoger, leger/legespesialister og miljøterapeuter. I 2012 utgjorde sykepleiere over 50 pst. av årsverksveksten. Det var også god rekruttering av vernepleiere med om lag 16 pst. av årsverksveksten, mens helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere utgjorde om lag 6 pst. av årsverksveksten.

Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning

Om lag to tredeler av personellet i omsorgstjenestene har fagutdanning fra videregående opplæring eller høgskole, og for disse gruppene satses det på kompetanseheving gjennom videreutdanning. Fagskoleordningen er sentral for gruppen med videregående opplæring, og viktig for å styrke kompetansen, redusere avgangen fra sektoren og bidra til rekruttering til helse- og sosialfag i videregående skole. Videreutdanningstilbud kan også styrke kompetansen og bidra til å stabilisere personellsituasjonen.

I 2012 gjennomførte om lag 630 personer fagskoleutdanning i helse- og sosialfag med støtte over Kompetanseløftet 2015. Dette er på samme nivå som i 2011, men en nedgang fra om lag 670 i 2010. Flest deltakere har fagskoleutdanningene innenfor psykisk helsearbeid og eldreomsorg. Om lag 4100 personer har fullført fagskoleutdanning de seks første årene i planperioden med tilskudd fra Kompetanseløftet 2015.

I 2012 gjennomførte om lag 1560 personer videreutdanning i høgskole. Også på høgsolenivå hadde videreutdanning innenfor eldreomsorg og psykisk helsearbeid flest deltakere. I overkant av 1400 personer har fullført videreutdanning på høgsolenivå de seks første årene i planperioden med tilskudd fra Kompetanseløftet 2015.

Bevilgningen ble i 2013 økt med 2 mill. kroner for å styrke kompetansen i legemiddelhåndtering i de kommunale omsorgstjenestene. Midlene er for 2013 benyttet til pasientsikkerhetskampanjen

for gjennomføring av læringsnettverk. Se omtale av pasientsikkerhetskampanjen under kap. 769, post 70.

Som oppfølging av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg foreslås det å etablere opplæringspakken Velferdsteknologiens ABC, og en satsing på økt rekruttering av menn til omsorgssektoren. Se kap. 761, post 21 for nærmere omtale.

Som oppfølging av Meld. St. 45 (2012–2013) Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming foreslås det å etablere opplæringspakken Mitt Livs ABC med formål å styrke kompetansen hos ufaglærte i tjenestene til utviklingshemmede, og å etablere et tilskudd til kompetansehevede tiltak, fag- og tjenesteutvikling innenfor tjenester til utviklingshemmede. Se kap. 761, post 67 for nærmere omtale.

Post 61 Vertskommuner

Etter ansvarsreformen i helsevernet for psykisk utviklingshemmede, som ble gjennomført tidlig på 1990-tallet, overtok 33 kommuner ansvaret for en rekke beboere hjemmehørende i andre kommuner. Formålet med den øremerkede tilskuddsordningen er å kompensere de 33 vertskommunene for de beboere som valgte å bli boende i institusjonskommunen.

Tilskudd er fordelt iht. antall gjenværende vertskommunebeboere. De 33 vertskommunene er derigjennom kompensert for de beboere som valgte å bli boende i institusjonskommunen. Det er stilt krav om at vertskommunene fører prosjektregnskap for tilskuddet. Kommunene må kunne legge dette fram for Helsedirektoratet på forespørsel.

Reduksjon i det øremerkede tilskuddet som følge av frafall av beboere

En del av vertskommunene vil, pga. frafall av beboere, kunne få store endringer i inntekt fra ett år til et annet. Dette kan gi enkelte kommuner utfordringer i arbeidet med omstilling og nedbygging av tjenestetilbudet. For å sikre vertskommuner mot brå inntektsbortfall er det innført en skjermingsordning slik at ingen kommuner, ved frafall av beboere, trekkes mer enn et fastsatt beløp knyttet til antallet innbyggere i kommunen. Skjermingsbeløpet per innbygger skal svare til beløpet som gjelder for overgangsordningen i inntektssystemet. Uttrekk av midler vil bli foretatt uavhengig av øvrige uttrekk av rammetilskuddet til kommunene. Den delen av tilskuddsreduksjo-

nen som den enkelte kommune ikke blir trukket pga. skjermingsordningen, hefter ved denne kommunen de påfølgende år. Ordningen med 50 pst. uttrekk for kommuner, som ligger under dagens gjennomsnitt for vertskommunene samlet, videreføres. Telling og uttrekk av midler ved frafall av beboere vil bli gjennomført hvert år fram til alle beboere har falt fra og tilskuddsordningen er avviklet i sin helhet. Tilskuddet til den enkelte kommune settes ned i forhold til antall beboere som faller fra. For 2014 foreslås bevilgningen satt ned med 36,3 mill. kroner.

Post 62 Dagaktivitetstilbud

Regjeringen har et mål om å innføre en lovfestet plikt for kommunene til å tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens når tilbudet er bygget videre ut. Målsettingen i Demensplan 2015 er at kommunene i 2015 skal kunne tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens.

Det ble i 2012 innført et øremerket tilskudd til etablering av dagaktivitetstilbud for personer med demens. Alle kommuner kan søke om tilskudd, og tilskuddet utgjør om lag 30 pst. av kostnadene for etablering og drift av en dagaktivitetsplass.

I 2012 og 2013 er det til sammen bevilget 405 mill. kroner til ordningen. Per medio august 2013 er det gitt tilskudd til etablering av om lag 1140 plasser siden oppstart av ordningen i 2012. Det antas at det i 2013 vil bli gitt tilskudd til ytterligere om lag 330 plasser, til sammen 1470 plasser for 2012 og 2013. Dette er en lavere søknadsinnang på tilskuddet enn forutsatt. Det har tatt noe tid å gjøre ordningen kjent, og arbeidet knyttet til spredning av informasjon og kunnskap om ordningen vil derfor bli intensivert i 2014.

Budsjettforslaget for 2014 innebærer en nominell reduksjon på 173,4 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2013. Dette må ses på bakgrunn av at kommunene har utnyttet den nyopprettede tilskuddsordningen i et vesentlig mindre omfang enn forutsatt i 2012 og 2013. Bevilgningsforslaget for 2014 gir rom for ytterligere om lag 1200 plasser i 2014. Det er da lagt til grunn at bevilgning over posten overført fra 2013 brukes til å finansiere tidligere opprettede plasser.

Post 66 Brukerstyrt personlig assistanse

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til at BPA-brukere/-arbeidsledere og assistenter, samt ansatte i kommunens forvaltning, får nødvendig og tilstrekkelig opplæring om ordningen. Videre

er formålet å bidra til rekruttering av assistenter til nye BPA-brukere. I 2012 ble det innvilget 806 søknader om videreføringstilskudd, 324 søknader om rekrutterings- og opplæringstilskudd for nye brukere, 347 søknader om opplæringstilskudd for mottakere av BPA lengre enn 3 år og 464 søknader om opplæringstilskudd for kommunale saksbehandlere. Tilskuddene er fordelt på 262 kommuner.

Tilskuddsordningen ble lagt om fra 2013 slik at den nå også omfatter kompetansetiltak til brukere som har mottatt brukerstyrt personlig assistanse lengre enn tre år, samt kommunenes saksbehandlere. Omleggingen ivaretar opplærings- og veiledningsbehov og informasjonsvirksomhet mer løpende og helhetlig.

Post 67 Utviklingstiltak

Bevilgningen skal gå til ulike kompetansehevende tiltak, herunder utvikling og spredning av kunnskap, samt organisasjonsfremmende tiltak. Tilskuddene skal bidra til nyskaping og utvikling av nye løsninger i omsorgssektoren.

På posten har det vært bevilget midler til stimulering av samhandlingstiltak i forbindelse med iverksetting av samhandlingsreformen. Som varslet i Prop. 1 S (2012–2013), skal slike midlertidige stimuleringsstilskudd fases ut i takt med etablering av de ordinære finansieringsordningene i samhandlingsreformen. Dette følges opp i forslag til statsbudsjett for 2014 samtidig som det foreslås å styrke sentrale områder for å oppnå reformens målsettinger, herunder rekruttering av flere psykologer i kommunene (jf. kap. 764, post 60).

Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Tilskudd til kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt skal styrke tjenestetilbudet og bidra til kompetanseutvikling i landets kommuner. Prosjekter som sikrer god fagutvikling, kompetanseheving og har nasjonal overføringsverdi skal prioriteres. Aktiviteten skal ses i sammenheng med tiltak i utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, og forvaltes i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for lindrende behandling i spesialisthelsetjenesten. Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen legges til grunn.

I 2012 ble det tildelt i overkant av 15 mill. kroner. Ved søknadsfristens utløp i 2013 var det kommet 73 søknader fra kommunene. En nylig opp-

summering av erfaringer med tilskuddsordningen viser at prosjektene har gitt god fagutvikling med varige og nasjonalt overførbare resultater, samt et godt tjenestetilbud til pasienter i de respektive kommunene.

Som oppfølging av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, skal midlene også benyttes til utvikling av en opplæringspakke som skal gi grunnleggende kunnskap for ansatte i omsorgstjenestene om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.

Helsedirektoratet fikk i 2011 i oppdrag å utarbeide egne diagnoseuavhengige nasjonale retningslinjer for lindrende behandling spesielt knyttet til barns behov fra nyfødtp periode og gjennom hele barnealderen. Helsedirektoratet rapporterer at arbeidet ferdigstilles i 2014. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2015. Tiltaket foreslås videreført i 2014.

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Utviklingssentrene i alle landets fylker skal være pådrivere for kunnskap og kvalitet i omsorgstjenestene ved å fokusere på forskning, fagutvikling og kompetanseheving, samt være pådrivere for videreutvikling av praksistilbudet til elever, læringer og studenter.

Utviklingssentrene skal være modeller for andre hjemmetjenester og sykehjem i fylket, og bidra til spredning av kunnskap og faglige ferdigheter. Kommuner med utviklingssentre inngår i et felles nettverk, og er knyttet opp til de regionale sentrene for omsorgsforskning. Seks av utviklingssentrene har status som demensfyrtårn, med et særlig ansvar for fag- og kompetanseutvikling på demensområdet. Det er utviklet en samlet strategiplan for utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester for årene 2011–2015.

Nettsiden www.utviklingssenter.no er en felles kommunikasjonskanal for satsingen, og alle landets utviklingssentre har publisert prosjekter på nettsiden. Det ble i 2012 etablert en egen idébank for aktiv omsorg som del av denne nettsiden.

Som oppfølging av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, og som del av innovasjonsprogrammet, foreslås bevilgningen til utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester økt med 10 mill. kroner. Midlene skal gå til utvikling og gjennomføring av lokale prosjekter for innovasjonstiltak og velferdsteknologi. Utviklingssentrene vil sammen med regional statsforvaltning og KS regionalt være viktige og

kommunenære samarbeidspartnere i forsknings-, utviklings- og innovasjonsarbeid i helse- og omsorgssektoren.

Tiltaket inngår som en del av Kompetanseløftet 2015. Tiltaket foreslås videreført i 2014.

Forebyggende hjemmebesøk hos eldre

For å sikre økt kunnskap om forebyggende arbeid er det fra 2011 etablert en satsing på forebyggende hjemmebesøk blant eldre. Tilskuddet er benyttet til utviklingsprosjekter i regi av seks av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester. Sentrene skal prøve ut metodikk, samt dokumentere og spre erfaringer. Tiltaket inngår som en del av Kompetanseløftet 2015. Tiltaket foreslås videreført i 2014.

Tiltak for å øke kompetansen i tjenestene til utviklingshemmede

For å styrke fagutvikling og kompetanseheving i tjenestene til utviklingshemmede, foreslås det å bevilge 7 mill. kroner til tilskuddsordning for å øke kompetansen i tjenestene til utviklingshemmede. Tilskuddsordningen skal prioritere prosjekter som sikrer god fagutvikling, tjenesteutvikling og kompetanseheving og skal ha nasjonal overføringsverdi. Tiltaket skal inngå i Kompetanseløftet 2015. Målgruppen for tiltaket er ansatte i helse- og omsorgstjenestene som arbeider med utviklingshemmede.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 2,5 mill. kroner til post 21 knyttet til tilskudd til Livsglede for eldre.
- 3 mill. kroner til post 21 knyttet til tilskudd til Verdighetssenteret.

Bevilgningen skal gå til å fremme organisasjoners særskilte informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid mv.

Det foreslås tilskudd til fire særskilte tiltak i 2014:

- Hørselshemmedes Landsforbund likemannsarbeid
- Demenslinjen i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Røde kors besøkstjeneste
- Hjertelinjen i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen

Det er også anledning for andre landsdekkende frivillige organisasjoner å søke om tilskudd. Tilskudd forvaltes av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet følger opp virksomhetene gjennom årsmeldinger og regnskap.

Hørselshjelperordningen

Tilskudd til Hørselshemmedes Landsforbunds hørselshjelperordning skal gi bedre opplæring og tilbud om likemannsarbeid for høreapparatbrukere for å gjøre hørselshemmede tryggere i bruk og stell av høreapparat. Ordningen skal være et supplerende tilbud til det offentlige tilbudet. Antallet hørselshjelpere per 31. desember 2012 er 427 (380 i 2011) fordelt på 19 fylkeslag og 150 lokallag. Hørselshjelperne har rapportert at de har hjulpet høreapparatbrukere over 20 000 ganger i 2012. Det er en markant økning fra tidligere år. Hørselshemmedes Landsforbund rapporterer at de utvikler et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten (bidrag i lærings- og mestringssentre) og med kommunene (hørselskontaktene og bistand på sykehjem og i hjemmetjenesten). Tiltaket foreslås videreført i 2014.

Demenslinjen

Demenslinjen er en hjelpetelefon for alle som har spørsmål om demens. Demenslinjen gir informasjon om forskning, behandling og omsorg for helsepersonell, personer med demens og deres pårørende. Det foreslås 1,5 mill. kroner til formålet i 2014.

Røde Kors besøkstjeneste

Røde Kors besøkstjeneste for eldre er et landsomfattende tilbud som yter medmenneskelig støtte og bistand til eldre hjemmeboende, sykehjemsbeboere og sykehuspasienter. Røde Kors driver rekruttering, opplæring og oppfølging av de frivillige. Det foreslås 1,5 mill. kroner til formålet i 2014.

Hjertelinjen

Nasjonalforeningen for folkehelsen driver Hjertelinjen, et gratis tilbud til hjertesyke, pårørende, helsepersonell, og andre som er interessert i hvordan man kan forebygge eller leve godt med hjerte- og karsykdom. Et tiltak i regjeringens NCD strategi 2013–2017 er tilstrekkelig opplæring av pasienter med hjerte- og karsykdom og deres pårørende, bl.a. gjennom støtte til Hjertelin-

jen. Det foreslås at Hjertelinjen skal motta tilskudd over posten i 2014.

Post 72 Landsbystiftelsen

Camphill Landsbystiftelsen i Norge eier og driver landsbyer (også kalt Camphill-landsbyer), som fram til 1986 var en del av helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Formål med bevilgningen er å bidra til drift av stiftelsens institusjoner. Stiftelsen tilbyr et helhetlig bo- og arbeidsfelleskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov. Institusjonene skal gi beboerne en trygg livssituasjon hvor de kan ta egne valg, god omsorg, et meningsfylt arbeid og et rikt kulturliv.

Følgende institusjoner omfattes av tilskuddsordningen:

- Vidaråsen landsby, Vestfold
- Hogganvik landsby, Rogaland
- Jøssåsen landsby, Sør-Trøndelag
- Solborg, Oppland
- Vallersund Gård, Sør-Trøndelag
- Kristoffertunet, Sør-Trøndelag

Midlene blir stilt til rådighet for Camphill Landsbystiftelsen i Norge som fordeler midlene til institusjonene. Helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap og følger opp arbeidet med fastlegging av beleggskrav knyttet til antall og type plasser. Kommuner som har psykisk utviklingshemmede beboere ved landsbyene får ikke tildelt midler for disse gjennom inntektssystemet.

Post 73 Særlige omsorgsbehov

Bevilgningen skal bidra til delvis å dekke utgifter til drift av en spesialisert fagavdeling ved Stiftelsen Signo Conrad Svendsen Senter, Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter.

Tilskudd til Stiftelsen Signo Conrad Svendsen Senter

Bevilgningen går som tilskudd til Stiftelsen Signo Conrad Svendsen Senter, som gir helsemessig og sosialmedisinsk behandlings- og omsorgstilbud til døve og døvblinde med særskilte og sammensatte behov.

Formålet med tilskuddet er å bidra til drift av en spesialisert fagavdeling ved senteret. Fag- og opplæringsseksjonen utreder, diagnostiserer og behandler døve og døvblinde internt på Signo Conrad Svendsen senter, i omsorgsboliger,

arbeids- og fritidstilbud og i rehabiliteringsavdelingen. Seksjonen gir også opplæring og veiledning rundt døve og døvblinde med tilleggsvansker i landets kommuner. I tillegg til kunnskapsutvikling og -spredning gjennom flere prosjekter, har seksjonen fokus på å utvikle tegnspråkferdigheter, samt bruk av alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK).

Tilskudd til Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk bo- og seniorsenter, og derigjennom stimulere til at kommuner velger å kjøpe plasser ved disse institusjonene. Følgende vilkår for bevilgningen foreslås videreført:

- Bevilgningen skal i hovedsak nyttes til å subsidiere den kommunale kostnaden for nye beboere som enten tilhører Det mosaiske trossamfunn eller Syvendedags Adventistsamfunn.
- Tilskuddet bør fortrinnsvis tilgodese personer hjemmehørende i andre kommuner enn der institusjonen ligger.
- Tilskuddet skal nyttes for plass til personer som ut fra kommunens egne behovsvurderinger har behov for et tjenestetilbud.
- Subsidieringen kan ikke ha et slikt omfang at det urimelig påvirker kommunens valg av typer tiltak.
- De midler som ikke kan nyttes i samsvar med punktene over, kan anvendes overfor medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved tiltaket. Dette kan være tilbud om dagplass, korttidsplass og hjemmebesøk mv.

Departementet viderefører samme prinsipp for forholdsmessig fordeling av tilskuddet mellom de to institusjonene. Helsedirektoratet følger institusjonenes bruk av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap.

Post 75 Andre kompetansetiltak

Det foreslås følgende endringer sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 3,7 mill. kroner til kap. 732, post 78 knyttet til tilskudd til Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser.
- Posten foreslås styrket med 3 mill. kroner til Fagnettverk Huntington – nasjonalt system for veiledning og kompetanse.

Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne medisinske diagnoser

Det vises til kap. 732, post 78. Helse Sør-Øst RHF er tillagt ansvaret for Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (Naku)

Naku skal utvikle og styrke tjenestetilbudene til personer med utviklingshemning og være et faglig knutepunkt for utvikling av tjenestene. Naku fortsetter sitt arbeid med å utvikle kunnskapsbanken og kommunikasjon på sosiale medier. Samtidig distribueres trykt utgave av Magasinet Utvikling til om lag 8000 personer. Fagnettverket psykisk utviklingshemning og psykisk helse, i regi av Naku, arbeider med spredning av kunnskap og gode eksempler. Naku har i 2012 utgitt publikasjoner fra prosjekter og oppdrag. Naku har deltatt med foredrag på nasjonale og internasjonale konferanser. Kompetansemiljøet registrerer en økning i direkte henvendelser fra fagmiljøer og pårørende. Tiltaket foreslås videreført i 2014.

Fagnettverk Huntington – nasjonalt system for veiledning og kompetanse

Det foreslås å styrke posten med 3 mill. kroner til Fagnettverk Huntington – nasjonalt system for veiledning og kompetanse. Bevilgningen kommer i tillegg til 1 mill. kroner til samme formål over kap. 781, post 79.

Huntington er en sjelden og langsomt progredierende sykdom. Behovene for tjenester endres stadig og strekker seg ofte over mange år. Sykdommen medfører store utfordringene for den kommunale omsorgstjenesten, for berørte familier og i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet skal forvalte tilskuddet til Fagnettverk Huntington med fem ressursentre, Landsforeningen for Huntington (LHS) og med NKS Kløverinstitusjoner som koordinator. Ressursentrene skal ha ansvar for drift og utvikling av hvert sitt regionale fagnettverk og deltakelse i det nasjonale fagnettverket. I samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser skal Fagnettverk Huntington samle og spre informasjon, kunnskap og kompetanse. Formålet er å forbedre omsorgstilbudet for personer med Huntingtons sykdom og deres familier, og en best mulig ressursforvaltning.

Post 79 Andre tilskudd

Betinget tilsagn om tilskudd: Departementet garanterer for ev. inntektsbortfall ved Det nasjo-

nale aldershjem for sjømenn i Stavern med 1 mill. kroner for inntil tre beboere som ikke har hjemstedskommune i Norge (jf. forslag til romertallsvedtak IV).

Kap. 762 Primærhelsetjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	28 373	29 561	30 196
50	Samisk helse	5 800	6 036	5 247
60	Forebyggende helsetjenester	26 352	57 225	62 113
61	Fengselshelsetjeneste	126 654	130 858	135 176
62	Øyeblikkelig hjelp, <i>kan overføres, kan nyttes under kap. 732, post 70 og 76</i>	123 436	270 192	419 108
63	Allmennlegetjenester	14 050	123 144	128 208
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	42 540	44 657	46 720
71	Frivillig arbeid mv.	6 054	6 254	6 373
73	Forebygging uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	26 109	26 675	26 309
74	Stiftelsen Amatheia	15 361	15 868	16 223
	Sum kap. 0762	414 729	710 470	875 673

Sammenliknet med saldert budsjett for 2013 foreslås bevilgningen økt med 165,2 mill. kroner. Ut over ordinær pris- og lønnsvekst er de største endringene knyttet til:

- 140 mill. kroner overføres fra regionale helseforetak til etablering av døgntilbud øyeblikkelig hjelp i kommunene.
- 49 mill. kroner foreslås overført til programområde 30 til ny takst for legemiddelgjennomgang.
- 50 mill. kroner til å styrke kvaliteten og kompetansen i den kommunale legevaktjenesten.

Forebyggende tjenester

Det er et mål for regjeringen å styrke det forebyggende arbeidet i kommunene. En sterk innsats på forebyggende tjenester må tilpasses lokale behov. Dette er forankret i St.meld. nr. 47 (2008–2009), Samhandlingsreformen, Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen og Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg. Regjeringen har derfor gitt tilskudd til etablering av

frisklivssentraler i kommunene. Disse er et viktig supplement i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for personer som står i fare for å utvikle livsstilssykdommer eller for risikogrupper som står i fare for å utvikle mer alvorlige behandlingkrevende tilstander. Forebyggende tiltak rettet særlig mot eldre har vist seg å gi rask effekt. Bevilgningen på 7 mill. kroner til etablering og drift av frisklivssentraler i 2013 foreslås videreført. Det ble i 2013 i tillegg bevilget 20 mill. kroner til modellutvikling for kronikergrupper i kommunene. Denne bevilgningen foreslås videreført. I tillegg ønsker regjeringen å styrke tiltak rettet mot diabetespasienter med 3 mill. kroner i 2014.

Hvert år dør mellom 7000 og 8000 personer i Norge før de blir 75 år av folkesykdommene hjerte- og karsykdommer, kroniske lungesykdommer, diabetes og kreft samlet. Regjeringens NCD-strategi (Noncommunicable Chronic Diseases), som ble lagt fram høsten 2013, skal ligge til grunn for det videre arbeidet med å utvikle tilbudet til disse gruppene. Strategien skal også bidra til målet om å redusere dødeligheten ved disse sykdommene med 25 pst. innen 2025 nås.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et tilbud til gravide og barn og unge i alderen 0–19 år. Tjenesten skal fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold, samt forebygge sykdommer og skader. Tilbudet skal omfatte helseundersøkelser, vaksiner, rådgivning, veiledning, opplysningsvirksomhet og forebyggende psykososialt arbeid.

En god helsestasjons- og skolehelsetjeneste er viktig for å nå mål knyttet til barns psykiske helse og for bedret ernæring og økt fysisk aktivitet blant barn. Tjenesten er også helt sentral for å forebygge og avdekke vold og overgrep, forebygge mobbing og redusere frafall i skolen.

Gjennom tverrfaglig samarbeid kan helsestasjons- og skolehelsetjenesten bidra til å skape et godt oppvekst- og læringsmiljø for barn og ungdom. Skolehelsetjenesten har en unik mulighet til å nå alle barn i skolepliktig alder. Tilknytningen til skolen gjør også at skolehelsetjenesten har en unik mulighet til å være tilstede og drive forebyggende arbeid på barn og unges egen arena. Videre åpner dette for mulighet til å oppdage problemer og risikofaktorer tidlig, og bidra til redusert frafall fra videregående skole.

Det foreslås å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 180 mill. kroner gjennom regjeringens forslag til vekst i kommunenes frie inntekter. Regjeringen vil bidra til å fortsette å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det foreslås videre å endre tilskuddsordningen på 20 mill. kroner over kap. 762, post 60. Det foreslås at 16 mill. kroner rettes inn mot en styrking av skolehelsetjenesten i den videregående skole, med fokus på der det er særlig store levekårsutfordringer, drop-out mv. Videre foreslås det at 4 mill. kroner prioriteres til områdesatsingen i indre Oslo øst til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det vises til omtale under post 60.

Det pågår et arbeid med å revidere forskriften om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Arbeidet skal ferdigstilles i 2014.

Allmennlegetjenesten

Kommunene har ansvar for å sikre nødvendig kapasitet og god kvalitet i allmennlegetjenesten.

Revidert fastlegeforskrift trådte i kraft 1. januar 2013. Formålet med den reviderte forskriften er en mer likeverdig tjeneste, at fastlegene skal ta et mer helhetlig ansvar for tjenestene til innbyggerne på sine lister og være mer proaktive i sin oppfølging. Fastlegene har også fått en tydeligere rolle i det individrettete forebyggende arbeidet

overfor innbyggere på sin liste. Fastlegens ansvar knyttet til å ivareta behovet for allmennlegetjenester til mennesker med psykiske lidelser og/eller rusproblemer er tydeliggjort. Det forutsettes også at fastlegene på en systematisk måte følger opp pasienter som skal ha høy prioritet når det gjelder behov for samhandling innad på kommunalt nivå og mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Regjeringen vil jobbe videre med tiltak som kan bidra til bedre integrering av allmennlegetjenesten i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil også fortsette arbeidet med å styrke rekruttering og aktiviteten i fastlegeordningen. Det vises til omtale under kap. 762, post 63.

Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang et arbeid med å styrke kompetanse og kvalitet i kommunal legevaktjeneste. Det skal stilles krav til minimumskompetanse for å kunne ha legevakt alene. Videre skal det innføres et nasjonalt telefonnummer til kommunale legevaktssentraler. For nærmere omtale av nasjonalt legevaktnummer vises til kap. 701, post 21.

Det er behov for å styrke legevaktjenesten. Fastlegenes deltakelse i legevakt er lavere enn for få år siden. Vaktene dekkes i økende grad av leger med liten erfaring i allmennmedisinsk arbeid (færre spesialister deltar i vakt) og/eller av utenlandske leger med kort botid i Norge. En stor andel av øyeblikkelig hjelpinnleggelses foretas av legevaktleger. Forskning viser at uerfarne leger legger inn hyppigere enn mer erfarne.

Det pågår et arbeid med revisjon av forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Det tas sikte på å sende et forslag til revidert forskrift på høring i løpet av høsten 2013. For å styrke kvalitet og kompetanse i legevakt foreslås å styrke tjenesten med 50 mill. kroner.

Se nærmere omtale under kap. 762, post 63.

Overgrepsmottak

Helsetjenestetilbudet til volds- og overgrepssatte skal styrkes.

Overgrepsmottak har vært ett av 50 tiltak i regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008–2011), Vendepunkt, der det gikk fram at mottakene skulle evalueres.

Nordlandsforskning utførte i 2012 på oppdrag fra Helsedirektoratet en evaluering av landets overgrepsmottak som ble publisert i september 2012. En mindre delundersøkelse blant brukere ble publisert i juli 2013. Evalueringen viste store variasjoner i kapasitet, kvalitet og kompetanse

mellom landets mottak, og avdekket uklarhet i ansvarsforhold.

De fleste personer utsatt for vold i nære relasjoner uten at det samtidig foreligger et seksuelt overgrep, oppsøker i dag legevakten. Som det går fram av Meld. St. 15 (2012–2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner, legges det opp til at disse i utgangspunktet fortsatt skal tas hånd om i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vises til omtalen av legevakt og kompetanseheving i legevaktstjenesten.

Evalueringen viser at det spesielt er de største overgrepsmottakene som er velfungerende. Det legges derfor opp til at de robuste og velfungerende kommunale tilbudene bør videreføres gjennom avtaler med helseforetakene.

Det vises for øvrig til omtale under kap. 764, post 73.

Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel

Innsatte i fengsler har i likhet med befolkningen for øvrig, rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, og skal tilbys tjenester tilpasset den enkeltes behov. Målsettingen for tilskuddsordningen er at den skal bidra til at innsatte gis et tilbud som er likeverdig med det som gis befolkningen for øvrig.

Sykeligheten blant innsatte er høyere enn i befolkningen for øvrig, særlig når det gjelder psykisk helse og rusmiddelproblemer.

I de største fengslene har regionale helseforetak etablert egne avdelinger som tilbyr tjenester innen det psykiske helsevernet. I tillegg er det inngått en rekke avtaler mellom kriminalomsorgen og det psykiske helsevernet for å tilrettelegge for at innsatte skal kunne få tilgang på den hjelp de har rett til og behov for. Videre er det etablert rusmestringsenheter i 13 fengsler for innsatte med rusmiddelproblemer. Det er etablert samarbeid mellom Nav og flere av de største fengslene. Justis- og beredskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet vil ferdigstille et eget rundskriv og en egen veileder for rusmestringsenhetene.

En revidert utgave av veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (IS-1971) ble utgitt i januar 2013. Et sentralt formål med veilederen er å bidra med informasjon om hvordan innsatte kan gis et tilbud i samsvar med gjeldende lov- og forskriftsverk. Veilederen er utarbeidet i tråd med europeiske fengselsregelverk.

Statens helsetilsyn har gjennomgått avsluttede klage- og tilsynssaker som gjelder helsetjenester til fengselsinnsatte siste seks år. Antallet saker

oversendt for behandling var svært få, kun en klage hadde ført til administrativ reaksjon overfor et helsepersonell ansatt i fengsel. Tilsynet besluttet derfor å innhente kopi av avslutningsbrev i samtlige avsluttede klage- og tilsynssaker hos fylkesmennene i perioden 1. januar 2009 til 1. juli 2011. Av rundt 116 saker ble det gitt medhold i 10. En stor andel av sakene knyttet seg til klager over at den innsatte ikke fikk forskrevet en bestemt type legemidler, herunder vanedannende legemidler. Øvrige funn viste et forbedringspotensial når det gjelder rutiner knyttet til bestilling av legetime hos fengselshelsetjenesten og akutthjelp hos spesialisthelsetjenesten.

Habilitering og rehabilitering

Kommunens ansvar for å sørge for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering uavhengig av diagnoser og helseprofesjoner er tydeliggjort i den nye kommunale helse- og omsorgstjenesteloven. Samhandlingsreformen gir insentiver til kommunene til å styrke sitt tilbud innen habilitering og rehabilitering som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten, og i større grad ta i bruk tverrfaglig kompetanse. Når pasienter skrives ut tidligere fra sykehus, vil de ha behov for mer oppfølging i kommunene, og bedre tilbud i kommunene vil også kunne redusere behovet for spesialisthelsetjenester.

Kommunene definerer behovet for kapasitet innen habilitering og rehabilitering. Endringer i kommunens tilbud som følge av samhandlingsreformen, som etablering av lokalmedisinske senter med rehabiliteringstilbud, bruk av hjemmehabilitering og frisklivssentraler, vil kunne føre til endret organisering av tilbud innen habilitering og rehabilitering, med bruk av ulik kompetanse (fysioterapi, ergoterapi, ernæringsfysiologer, sykepleiere, logopeder, pedagoger mv.). Flere kommuner har fått tilskudd til å utvikle rehabiliteringstilbud gjennom den midlertidige tilskuddsordningen til samhandlingstiltak og lokalmedisinske sentre mv. over kap. 761, post 67.

Siden habilitering og rehabilitering skjer som del av ulike tjenester fanger ikke styringsdata opp den helhetlige innsatsen som skjer i kommunene. Det er først og fremst årsverk innen fysioterapitjenesten og i noen grad ergoterapitjenesten som registreres. Fysioterapeuter yter en viktig del av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunene til funksjonshemmede i alle aldersgrupper.

Regjeringen vil legge sterkere vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig intervensjon, og lærings- og mestringsfunksjoner i kommunene.

Regjeringens ambisjoner for dette skisseres i Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg med en ny og langsiktig handlingsplan for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i kommunene jf. omtale på kap 761. Regjeringen har også lansert en strategi om helhetlig tenkning og tjenesteutvikling for mennesker med ikke smittsomme kroniske sykdommer, samt lansert fire grep for å bidra til utvikling av rehabiliteringsfeltet.

For å videreutvikle området er det gitt et oppdrag til Helsedirektoratet om å etablere et rehabiliteringsforum der KS, de regionale helseforetakene, rehabiliteringsinstitusjonene og brukerorganisasjonene inviteres til å diskutere videre utvikling på området. I tillegg skal Helsedirektoratet etablere et fagnettverk for rehabilitering som bl.a. vil få en rådgivende funksjon overfor Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Regjeringen har lagt fram en nasjonal strategi om innvandreres helse. Strategien skal bidra til å nå målet om en likeverdig helse- og omsorgstjeneste. Regjeringen legger til rette for økt kompetanse om innvandrergruppers helseutfordringer, og om kulturelle og språklige utfordringer som opptrer i møtet mellom pasienter med innvandrerbakgrunn og helse- og omsorgstjenesten. I 2013 er det bevilget 8 mill. kroner til Nasjonalt kompetanseenheter for minoritetshelse. I tillegg fikk de til oppfølging av nasjonal strategi om innvandrers helse en tilleggsbevilgning på 1 mill. kroner. Diabetesforbundets arbeid rettet mot innvandrere ble styrket med 1 mill. kroner i 2013. Det foreslås at dette arbeidet styrkes med ytterligere 2 mill. kroner i 2014.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett for 2013:

- 3 mill. kroner fra post 70 knyttet til kompetansetiltak mot kjønnslemlestelse.
- 1 mill. kroner fra post 73 knyttet til anskaffelser i forbindelse med handlingsplanen for uønskede svangerskap og abort (kondomordningen).

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen for øvrig redusert med 4,4 mill. kroner til å styrke andre tiltak.

Midlene på posten kan nyttes under post 70. Det vises også til omtale under post 70.

Helse- og omsorgstjenester i fengsel

Helsedirektoratet ivaretar tilskuddsforvaltning til kommuner og fylkeskommuner med fengsel og følger med på faglige problemstillinger knyttet til helse- og omsorgstjenester til innsatte. I 2012 ble det etablert et fagråd for helse- og omsorgstjenester til innsatte. Rådet er bredt sammensatt med hensyn til kompetanse, og både helsetjenesten og kriminalomsorgen er representert. Det foreslås 0,4 mill. kroner til Helsedirektoratets arbeid på dette området i 2014. For øvrig vises til omtale av fengselshelsetjenesten under post 61.

Utdanningsstillinger allmenntjenestemedisin

Det er driftsoppgaver knyttet til tilskuddsordningen med utdanningsstillinger i allmenntjenestemedisin. Det foreslås 1 mill. kroner til dette formålet i 2014. Det vises for øvrig til omtale av utdanningsstillinger i allmenntjenestemedisin under post 63.

Nasjonalt legevaktnummer 116 117

Staten finansierer prosjektering/etablering og drift av et felles nasjonalt telefonnummer til kommunale legevaktsentraler. I 2013 ble det bevilget 2 mill. kroner til tiltaket på kap. 762, post 21. Midlene foreslås videreført i 2014. For øvrig vises det til omtale under kap. 701, post 21.

Post 50 Samisk helse

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen. Dette skjer bl.a. gjennom utvikling av Sametingets helsepolitiske innspill til sentrale myndigheter, dialog med helseforetakene og saksbehandling i forbindelse med tildeling av prosjektmidler til samiske helseformål og administrasjon av tilskuddsordningen. Det ble i 2013 bevilget 6 mill. kroner til Sametingets arbeid med samisk helse. Det foreslås 5,2 mill. kroner i 2014.

Post 60 Forebyggende helsetjenester

Bevilgningen dekker tilskudd til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, til etablering av frisklivssentraler og ny tilskuddsordning til forebyggende samhandlingstiltak, hjemmerehabilitering og oppfølging av kronikere i kommunene, herunder mennesker med diabetes og kols.

Ny innretning av tilskudd til helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Dagens tilskuddsordning til helsestasjons- og skolehelsetjenesten er rettet mot kommuner hvor styrking av tjenesten er en del av en helhetlig satsning på forebygging i kommunene. Som følge av forslag om styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 180 mill. kroner over kommunens rammetilskudd, kap. 571, post 60, foreslås det å endre eksisterende tilskuddsordning på kap. 762, post 60. Det foreslås at 16 mill. kroner rettes inn mot en styrking av skolehelsetjenesten i den videregående skole, med fokus på der det er særlig store levekårsutfordringer, drop-out mv.

Videre foreslås det at 4 mill. kroner prioriteres til områdesatsingen i indre Oslo øst til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Enkelte områder i større byer har særskilte utfordringer av et slikt omfang at det er behov for en særlig innsats. Områdesatsing er et virkemiddel for å bedre miljø, boforhold og levekår i avgrensede geografiske områder. Staten vil bidra med 25 mill. kroner til en områdesatsing i indre Oslo Øst. Det er på Miljøverndepartementets budsjett også satt av 15 mill. kroner til områdesatsing på Fjell i Drammen. Flere departementer, bl.a. Helse- og omsorgsdepartementet, deltar i samarbeidet. Se nærmere omtale i Prop. 1 S (2013–2014) for Miljøverndepartementet

Frisklivssentraler og forebyggende samhandlingstiltak

Det ble i 2013 etablert en tilskuddsordning til utvikling av kommunale oppfølgingstilbud i kommunene for kronikergrupper på 30 mill. kroner. Formålet med ordningen er å styrke arbeidet med å utvikle forebyggende helsetjenester i kommunene, modellutvikling knyttet til hjemmerehabilitering basert på Fredericia-modellen, samt spissede tiltak til oppfølging av kronikere i kommunen, herunder mennesker med diabetes og KOLS. 10 mill. kroner skal gå til hjemmerehabilitering, jf. omtale under kap. 761, post 21.

De øvrige 20 mill. kroner i ordningen ble utlyst i vår med søknadsfrist 15. juni. Tilskuddene skal

stimulere til utvikling av tiltak i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som kan understøtte og realisere målene i samhandlingsreformen. Ordningen skal stimulere kommunene til å utvikle modeller som bidrar til et mer integrert og tverrfaglig kommunalt oppfølgings- og behandlingstilbud til de store kronikergruppene. Brukerinvolvement og interkommunalt samarbeid vektlegges. Prosjekter som får tilskudd vil være forebyggende tjenester, frisklivs, lærings- og mestringstilbud spisset mot kronikergrupper, forankret i frisklivssentraler. Tiltakene vil variere avhengig av organisering og kommunestørrelse. Tilskuddene skal også bidra til mer tilgjengelige helse- og omsorgstjenester, økt kvalitet og bedre ressursutnyttelse i kommunene.

Arbeidet med å utvikle lærings- og mestringsfunksjoner til kronikere i kommunene foreslås styrket med 3 mill. kroner i 2014. Midlene skal benyttes til modellutvikling for å utvikle gode lærings- og mestringsarenaer i kommunene for voksne med diabetes. Helsedirektoratet skal forvalte midlene. Det vises også til kap. 781, post 79.

Frisklivssentraler er en kommunal helse- og omsorgstjeneste med tilbud om hjelp til å endre levevaner, primært innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Målgruppen er personer som har behov for støtte til å endre levevaner pga. økt risiko for, eller begynnende utvikling av sykdommer eller lidelser som kan relateres til levevaner. Frisklivssentralene har fokus på helsefremmende faktorer og mestring av egen helse. Ved utgangen av 2012 var det etablert om lag 150 frisklivssentraler i kommunene. Bevilgningen i 2013 på 7,5 mill. kroner foreslås videreført i 2014. Helsedirektoratet har i 2013 utarbeidet en revidert veileder for kommunale frisklivssentraler. Det er ønskelig at flere kommuner etablerer frisklivssentraler for å fremme sunne levevaner. Det legges bl.a. vekt på psykisk helse, inkludering av innvandrergupper og på utjevning av sosiale helseforskjeller.

Post 61 Fengselhelsetjeneste

Det forelås bevilget 133,7 mill. kroner til vertskommunene for fengslene for å yte helse- og omsorgstjenester og til vertsfylkene for fengslene for å yte tannhelsetjenester til innsatte i de respektive fengsler. Spesialisthelsetjenester dekkes ikke av denne bevilgningen, da helseregionen der det enkelte fengsel er lokalisert har sørge-for-ansvaret for å tilby spesialisthelsetjenester til innsatte innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB).

Det foreslås i tillegg 1,5 mill. kroner over denne posten øremerket til prøveordningen med narkotikaprogram med domstolskontroll. Det vises til nærmere omtale under kap. 734, post 72.

I 2012 ble det fordelt 125,3 mill. kroner til helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Av dette ble 109,7 mill. kroner fordelt til kommunene og 15,6 mill. kroner til fylkeskommuner (tannhelsetjenester). Sammenliknet med 2011, viser rapporteringen fra 2012 en svak økning i det totale antallet årsverk i fengselshelsetjenesten.

Post 62 Øyeblikkelig hjelp

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett for 2013:

- 140 mill. kroner fra kap. 732, post 72–76 knyttet til døgntilbud øyeblikkelig hjelp

Iht. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. tas det sikte på at kommunene fra 2016 vil få en lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnoophold. Tilbudet skal fases inn i kommunene over en fireårsperiode fra 2012 fram til plikten trer i kraft. I det året tilbudet starter opp skal kommunen søke om tilskudd fra Helsedirektoratet. Dette tilskuddet dekker halvparten av de totale utgiftene til etablering og drift av tilbudet. Den andre halvparten tilføres konkrete prosjekter gjennom direkte bidrag i samme størrelse per kommune fra regionale helseforetak. Det er avsatt rammer for hver region og ev. ubrukte midler skal tilbakeføres de regionale helseforetak etter samme nøkkel som uttrekket. 99 nye kommuner har søkt om tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgnoophold med planlagt oppstart i 2013. Søknadsfristen gikk ut 1. mars. Av disse har 63 kommuner fått tilskudd. I tillegg har 29 kommuner som søkte om tilskudd i 2012 fått tilskudd i 2013. I 2012 fikk 111 kommuner tilskudd. Med dette har 203, eller om lag halvparten av landets 428 kommuner, fått tilskudd i 2012 og 2013. Helsedirektoratet har i 2013 fått i oppdrag å innhente data fra de kommunene som har etablert et tilbud og etablere et permanent system for rapportering.

Post 63 Allmennlegetjenester

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 49 mill. kroner til kap. 2755, post 70, knyttet til refusjonsutgifter for ny takst, legemiddelgjennomgang.

Det ble bevilget 50 mill. kroner i 2012 og ytterligere 50 mill. kroner i 2013 for å styrke fastlegeordningen som ledd i revidering av fastlegeforskriften. Av disse midlene ble 25 mill. kroner i 2013 benyttet til en ny takst for legemiddelgjennomgang for fastleger som ble innført 1. mai 2013. Det foreslås 49 mill. kroner til takst for legemiddelgjennomgang for 2014 gjennom flytting av midler til kap. 2755, post 70.

I 2012 ble det opprettet et rekrutteringstilskudd med formål å stimulere til etablering av nye fastlegehjemler/-stillinger og redusere antallet ubesatte hjemler/stillinger. God rekruttering og legefording vil være et viktig fundament i samhandlingsreformen. Dette er et engangstilskudd på 0,3 mill. kroner som tildeles kommuner etter søknad basert på spesifikke kriterier. Veksten i hjemler skal komme i tillegg til den naturlige veksten som de senere år har vært 60–80 hjemler i året. Det er for tidlig å konkludere om effekten av rekrutteringstilskuddet for 2012/2013, men data fra Helsedirektoratet indikerer en økt nyrekruttering fra høsten 2012 sammenliknet med foregående perioder. For øvrige stimulerings tiltak knyttet til allmennlegetjenesten vises det til kap. 762, post 70.

Det stilles krav til minimumskompetanse for leger som skal ha legevakt alene (uten kvalifisert bakvakt). Et slikt krav vil kunne medføre ekstra kostnader til bakvakt for enkelte kommuner. Det ble bevilget 17 mill. kroner til formålet i 2012 og 2013. Det vises til omtale av akuttmedisinforskriften i kapittelinnledningen.

Det foreslås 50 mill. kroner i 2014 til å styrke kvalitet og kompetanse i legevakt. Tiltak vil fremmes i forslag til revidert akuttmedisinforskrift. I tillegg videreføres 17 mill. kroner til bakvakt. Det foreslås at aktuelle tilskuddsordninger forvaltes av Helsedirektoratet.

Utdanningsstillinger i allmennmedisin

For å styrke rekrutteringen til og stabiliteten i allmennlegetjenesten i distriktene og innhente erfaringer om hva som bidrar til å motivere og stimulere legene og øke kommunenes evne til å legge til rette for et fullstendig utdanningsløp for leger som ønsker å bli spesialister i allmennmedisin, ble det i 2012 utviklet en tilskuddsordning for kommuner som vil bidra i en prøveordning. Prøveordningen vil gå over en femårsperiode. Tilskuddsmidlene kan benyttes av de utvalgte kommuner ut fra lokale behov. Som ledd i samhandlingsreformen ble det i 2011 og 2012 bevilget 5 mill. kroner til prøveordningen. Tilskuddet forvaltes av Helsedirektoratet. Midler ble i slutten av 2012 fordelt til 22 kommuner

som videreførte tiltak iht. sine planer i 2013. Bevilgningen foreslås videreført i 2014 med 4 mill. kroner over post 63 og 1 mill. kroner over post 21.

Post 70 Tilskudd

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 2 mill. kroner fra kap. 719, post 70, knyttet til Antibiotikasenter for primærmedisin
- 3 mill. kroner flyttes til post 21, knyttet til kompetansetiltak mot kjønnslemlestelse

Midlene på posten kan nyttes under post 21.

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen fra 2005 skal revideres og utgjøre del av en felles retningslinje for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf. St.meld. nr. 12 (2008–2009), En gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Gjennomgangen skal starte i 2014 med sikte på ferdigstillelse i løpet av året. I forkant av en helhetlig gjennomgang skal eksisterende retningslinjer oppdateres på temaet vold mot gravide. 1,1 mill. kroner foreslås videreført over kap. 762, post 21/70.

Tidlig samtale om livsvaner i graviditet som del av svangerskapsomsorg

Regjeringen vil redusere antall medfødte alkoholskader og andre skader som skyldes gravides bruk av alkohol og andre rusmidler. Som del av oppdrag knyttet til Opptreppingsplan for rus (2007–2012), jf. også Meld. St. 30 (2011–2012), Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, og Innst. 207 S (2012–2013), startet Helsedirektoratet høsten 2012 opp et pilotprosjekt i svangerskapsomsorgen med tidlig samtale om livsvaner i graviditet. Formålet med prosjektet er utprøving av tidlig samtale med rådgivning, utvikling av samtalemetode og samtalerutiner, og få erfaringer med forebygging av medfødte alkoholskader og andre skader. Videre ønsker man erfaring med rekruttering av kvinner til tidlig samtale og organisering av arbeidet, antall som ønsker å benytte tilbudet og på hvilken måte de får informasjon. Prosjektet skjer i samarbeid med kompetansesenter rus vest i Stavanger og evalueres av forskningsinstituttet IRIS. Samtalen skal komme i tillegg til ordinær førstegangskonsultasjon som vanligvis skjer i uke 10–12 i svangerskapet. Det er behov for tidlig informasjon til gravide bl.a. om alkohol, tobakk,

legemidler, andre rusmidler, folat, tidlig ultralyd og ev. overvekt.

Per juli 2013 deltar åtte kommuner og atten jordmødre i Rogaland i prosjektet og rundt 120 gravide kvinner har vært med. I tillegg til samtale med gravide omfatter prosjektet informasjon til gravide og opplæring av jordmødre. Det har vist seg mer tidkrevende enn antatt å rekruttere/gjøre samtaletilbudet kjent for kvinner som nylig har fått vite om graviditeten. Erfaringer så langt viser at både jordmødre og gravide er positive til tiltaket. Flere kommuner har meldt sin interesse, og et veiledningshefte for helsepersonell vil foreligge høsten 2013. Informasjon finnes på www.Helsenorge.no.

Det foreslås at tiltaket videreføres med 2 mill. kroner i 2014.

Rekrutteringstiltak og faglig utvikling i allmennlegetjenesten mv.

Formålet med tilskuddsordningene er å bidra til rekruttering og stabilisering av leger i primærhelsetjenesten, særlig i distriktskommuner.

Tiltakene for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane omfatter samfunnsmedisinsk nettverk, læringsnettverk for sykehjemsleger og samfunnsmedisinsk gruppeveiledning. En kartlegging utført av Fylkesmannen i januar 2012 viser at det fortsatt er utfordringer knyttet til rekruttering og stabilitet i flere kommuner. Det er få vakante stillinger, men 15 pst. betjenes av vikarer.

Tiltakene for å bedre legesituasjonen i Finnmark omfattet i 2012 kurs og veiledningssamlinger for unge leger i hele fylket og særskilte rekrutterings- og stabiliseringsprogrammer i kommunene Kautokeino, Båtsfjord og Vadsø.

Veiledningsgrupper for leger under spesialistutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin i Nord-Norge bidrar til å styrke rekruttering og stabilisering av primærleger og har stor betydning for legedekningen. Undersøkelser fra Finnmark viser at over 65 pst. av legene som gjennomførte veiledningen i allmennmedisin i perioden 1997–2006 fortsatt arbeidet i fylket fem år senere. I 2012 formidlet Fylkesmannen i Finnmark tilskudd til spesialisering i allmennmedisin for 37 leger, hvorav 15 i Finnmark, og til 15 leger i spesialisering i samfunnsmedisin.

Tiltakene foreslås videreført i 2014.

Formålet med de fire allmennmedisinske forskningsenheter (AFE) er å styrke kunnskapsgrunnlaget i praktisk utøvende allmennmedisin og derigjennom kvaliteten på allmennlegetjenestene.

De fire AFE ble i 2012 innvilget midler fra Norges Forskningsråd til et åtte-årig prosjekt for å etablere Nasjonal forskerskole i allmennmedisin. Det er inngått forskningssamarbeid mellom AFE og de regionale odontologiske kompetansesentra. I 2012 ble det publisert en rekke arbeider ved de fire AFE, bl.a. vitenskapelig artikler i indekserte, fagfelleverderte tidsskrift, og det ble avholdt 4 disputaser for ph.d.-graden. Det ble i tillegg drevet omfattende forskningsformidling.

For 2013 ble det bevilget 14,5 mill. kroner til AFE, hvorav 4 mill. kroner i tilknytning til samhandlingsreformen med spesielt fokus på tjenester til brukere med sammensatte behov, herunder mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengige. Tilskuddet foreslås videreført i 2014.

Det er behov for å opprettholde forskningsaktiviteten på kiropraktikk. Norsk Kiropraktorforbund har etablert en forskningsstiftelse som i nært samarbeid med Universitetet i Stavanger vil bidra til opprettelse av forskningsaktivitet på feltet. Regjeringen planlegger utdanning i tilknytning til et etablert universitetsmiljø i Norge. Det er naturlig at midlene senere vil inngå i forskningsaktiviteten ved den aktuelle undervisningsinstitusjonen. Det foreslås å videreføre 1 mill. kroner til formålet i 2014.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) ble etablert i 2004 og er organisatorisk tilknyttet Universitetet i Bergen. Senteret skal gjennom forskning, fagutvikling og undervisning, i samarbeid med andre fagmiljø, bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin. Blant senterets hovedoppgaver er å bidra til nasjonal og internasjonal faglig utvikling innen fagfeltet samt bidra til, og delta i, forskning innen fagfeltet, etablere og kvalitets sikre registre innen fagfeltet og sikre nasjonal kompetansebygging og spredning av kompetanse. Virksomheten omfatter også ansvar for kompetanseutvikling mv. ved overgrepsmottakene. Basisfinansieringen av driften av Nklm bevilges over kap. 762, post 70. Det ble bevilget 8,7 mill. kroner i 2012 og 2013. Tilskuddet foreslås videreført i 2014.

Fra 2008 ble det innført en tilskuddsordning for etablering og/eller utvidelse av interkommunale legevaktsamarbeid (IKL-samarbeid). Formålet med tilskuddsordningen er å heve kvaliteten på kommunal legevakt, og å bidra til rekruttering og stabilitet av leger i mindre kommuner/distriktskommuner. Det var syv tilskuddsmottakere i 2011. Fem kommuner rapporterte om utvidelse, kvalitetsforbedring og kompetanseheving, mens

to mottakere ønsket å utrede muligheten for å etablere interkommunal legevaktsentral og planlegge interkommunal legevakt. Tiltaket foreslås videreført i 2014.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har siden 2007 vært fast etablert som et kompetansesenter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten i et samarbeid mellom Universitetet i Tromsø, Helsedirektoratet og Helse Nord RHF. Formålet med senteret er å fremme forskning og fagutvikling innen distriktsmedisinske problemstillinger samt å bygge nettverk for leger og annet helsepersonell i distriktene. Senteret skal bidra til brobygging mellom praksis og akademi og bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i distrikthelsetjenesten. Et program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling gir såkornmidler til lokale prosjekter og ph.d.-prosjekter med relevans for distriktsmedisin. Utover avtalte kjerneoppgaver arbeider senteret med å arrangere konferanser. Driften dekkes i hovedsak over kap. 762. I tillegg gis et mindre tilskudd fra Helse Nord RHF. Det foreslås å gi tilskudd også i 2014.

Data fra fastlegedatabasen i Helsedirektoratet/Helfo tilrettelegges for forskere av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det gis tilskudd til NSD til formålet i forlengelsen av den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen. Det foreslås å gi tilskudd også i 2014.

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Formålet med tilskuddet er å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av etnisk, religiøs, kulturell og språklig bakgrunn. Det er viktig å sørge for kompetanseheving i alle deler av helse- og omsorgstjenestene, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Videre er det viktig å sikre likeverdig tilgjengelighet til helseinformasjon i befolkningen.

I dag er det nær 14 pst. av befolkningen som enten har innvandret selv eller er født i Norge med to innvandrerforeldre.

Det foreslås å videreføre midler til Forum for sosial- og helsetjenester ved migrasjon (Sohemi) i 2013. Sohemi har en viktig rolle i forhold til å medvirke til gode tjenester for innvandrerbefolkningen. Sohemi administreres av Helsedirektoratet.

Nasjonal kompetanseenhet for minoritets helse (Nakmi) er et tverrfaglig kompetansesenter som arbeider for å utvikle og formidle kunnskap om somatisk og psykisk helse og omsorg for mennesker med minoritetsbakgrunn nasjonalt og interna-

sjonalt. Formålet er å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester. Senteret driver flere forsknings- og utviklingsprosjekter som i hovedsak bygger på aktiv involvering fra aktører i minoritetsbefolkningen. Senterets strategiplan vektlegger de største minoritetsgruppene og de mest utbredte utfordringene. Nakmi formidler kunnskap om norske og internasjonale studier om helse til innvandrere og deres etterkommere og arrangerer jevnlig kurs for helse- og omsorgspersonell for å spre kunnskap på området. Interessen for innvandreres helseutfordringer er økende i helse- og omsorgstjenesten. I nasjonal strategi om innvandreres helse som regjeringen la fram i 2013, slås det fast at Nakmi vil få i oppdrag å etablere et forskernettverk innenfor innvandrerhelsefeltet. Bevilgningen på 8 mill. kroner foreslås videreført i 2014.

Det foreslås å styrke Diabetesforbundets arbeid med informasjon og hjelp til mennesker med minoritetsbakgrunn som har diabetes med 2 mill. kroner i 2014. Arbeidet ble i forbindelse med strategien for minoritetshelse styrket med 1 mill. kroner, som en engangsbevilgning i 2013. Erfaring viser at mange innvandrere mangler basis kunnskap om helse, kosthold og sykdom. Det er derfor viktig å tilpasse informasjonen slik at den blir mer målgruppespesifikk. Diabetesforbundet har utarbeidet en egen strategi for perioden 2013–2015 knyttet til diabetes og innvandrere jf. omtale under kap. 781, post 79.

Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013–2016)

Handlingsplanene koordineres av Barne- og likestillingsdepartementet. Planen er en videreføring av Handlingsplan mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2012), men utvider arbeidet også til å omfatte forebyggende tiltak mot alvorlige begrensninger av unges frihet.

Helsetjenestens hovedmål på området kjønnslemlestelse er effektivt forebyggende arbeid for å forhindre at jenter blir kjønnslemlestet, og god behandling til jenter/kvinner som allerede er kjønnslemlestet. Arbeidet er en del av regjeringens samlede arbeid på området.

Det foreslås å videreføre 3 mill. kroner i 2014 til arbeidet mot kjønnslemlestelse. Midlene er flyttet til post 21. Helsedirektoratet forvalter bevilgningen, som dekker kompetansehevede tiltak

rettet mot helsepersonell og andre berørte aktører gjennom aktiviteter i regi av Helsedirektoratet, Nakmi, RVTS og Fylkesmennene.

Samisk helse

Formålet med tilskuddet er å bidra til likeverdige helsetjenester til den samiske befolkning. Formålet er også å bidra til at slike tjenester er kunnskapsbaserte. Bevilgningen dekker primært driftstilskudd til Senter for samisk helseforskning. Senteret har i 2013 gjennomført en oppfølgingstudie kalt Saminor II. Denne studien har større bredde i problemstillingene enn tidligere gjennomført Saminor I. I tillegg gjennomføres en egen tannhelsestudie fra forskningscenterets side i samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten i de nordligste fylkene. Helsedirektoratet arbeider for å fremme samisk språk og kulturkompetanse gjennom rådgivning og nettverksvirksomhet mot kommuner, helseforetak, fylkesmenn, utdanningsinstitusjoner og andre aktører med en rolle i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet finansierer også enkeltprosjekter med slike formål. Over tid har det blitt en høyere bevissthet om den samiske befolkningens behov i ulike ledd i helse- og omsorgstjenesten. Det vises for øvrig til Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementets vedlegg til statsbudsjettet som omhandler bevilgninger til samiske formål.

Antibiotikasenter for primærmedisin

Antibiotikasenter for primærmedisin etableres som en permanent ordning. Finansieringen flyttes til kap. 762 og knyttes nærmere til forvaltningen av tjenestene. 2 mill. kroner flyttes fra kap. 719, post 70.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

Formålet med bevilgningen er å fremme særskilt informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid mv. Bevilgningen tildeles Norsk pasientforening og Landsforeningen uventet barnedød. Tilskuddene foreslås videreført i 2014. Norsk pasientforening gir medisinsk og juridisk bistand til pasienter og pårørende som søker hjelp. Landsforeningen uventet barnedød arbeider med forskning på og forebygging av uventet barnedød.

Post 73 Forebygging uønskede svangerskap og abort

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 1 mill. kroner til post 21, knyttet til anskaffelser i forbindelse med handlingsplanen for uønskede svangerskap og abort (kondomordningen)

Overordnede mål for forebygging av uønskede svangerskap og abort er fortsatt nedgang i abortratene, og at alle skal ha et best mulig utgangspunkt for et trygt seksualliv.

I 2013 er det bevilget 31,7 mill. kroner til oppfølging av Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort – strategier for bedre seksuell helse. Av dette er 25,7 mill. kroner fra denne posten og 6 mill. kroner fra post 21. Helsedirektoratet har ansvar for oppfølging av handlingsplanen. Som en del av handlingsplanen ble det bl.a. bevilget tilskudd til Klara-Klok.no, Sex og samfunn, senter for ung seksualitet, samt til Senter for ungdom, samliv og seksualitet (Suss-telefonen) over posten. Sex og samfunn, Senter for ung seksualitet gjennomfører tiltak som fagutvikling og kunnskapsbredning, hospiteringsordning for helsepersonell, utvikling av Metodeboka og faktanettside, og svar-tjeneste per mail og telefon. De driver også et supplerende ungdomshelsetilbud i Oslo-området, med brukere fra store deler av landet. Virksomheten finansieres av Oslo kommune i tillegg til tilskudd fra Helsedirektoratet over denne posten, og når ut til målgrupper som ellers er vanskelige å nå, deriblant gutter og brukere med ikke-vestlig bakgrunn. Det foreslås å legge til rette for økt aktivitetsnivå og forutsigbarhet ved senteret i 2014, gjennom tilskudd på inntil 5 mill. kroner til nasjonalt rettede tiltak i tråd med tilskuddsordningens formål. Tildelingen ses bl.a. i sammenheng med folkehelsemeldingen og regjeringens satsing på skolehelse- og helsestasjonstjenesten.

Helsedirektoratet utga i 2012 en statusrapport på Handlingsplanen 2010–2015 (IS-2019). Denne dokumenterer at det har vært gjennomført flere tiltak i planperioden. Sentrale indikatorer på seksuell helse viser en positiv utvikling siste fireårsperiode. Forbruket av prevensjon øker, abortraten fortsetter å gå tilbake, og det har vært en jevn nedgang på om lag 4 pst. årlig i forekomsten av klamydia.

I 2012 ble det utført 15 216 svangerskapsavbrudd. Dette gir en abortrate på 13 per 1000 kvinner i alderen 15–49 år. Abortraten blant tenåringer i alderen 19 år og yngre var 11,4 mot 12,7 per 1000

kvinner i 2011. Dette er den laveste abortrate blant tenåringer siden registreringen begynte og den laveste i Skandinavia. Abortraten er fortsatt høyest i aldersgruppen 20–24 år, men også her har det vært en nedgang fra 27,6 per 1000 kvinner i 2011 til 26,6 i 2012. I aldersgrupper over 25 år er abortratene stabile sammenliknet med 2011.

Det er gjennomført flere tiltak som ledd i arbeidet med å redusere aborttallene i aldersgruppen 20–24 år. Det er i denne gruppen det er størst potensiale for å få en reduksjon i aborttallene. Viktige satsingsområder er lett tilgjengelighet til tjenester og lett tilgjengelighet til prevensjon. Prevensjons- og veiledningstilbud (studenthelsetjenester) er opprettet ved 21 studiesteder i landet. Studenthelsetjenestene hadde totalt om lag 19 000 konsultasjoner om seksuell helse i 2012. Det er en økning på om lag 1000 fra 2011.

Sentralt i arbeidet står forebygging av klamydiainfeksjoner og tilgjengelighet og bruk av kondomer. Tiltak for å øke testfrekvens og behandling blant ungdom og unge voksne videreføres. I 2012 ble det delt ut totalt 6,5 millioner kondomer til aktuelle målgrupper. Det er en økning på mer enn 1 million kondomer fra 2011. Nærmere halvparten distribueres gjennom tjenesten www.gratiskondomer.no.

Det har vært en stor økning i bruk av Klara-Klok.no, 4,5 mill. besøk mot 3,8 mill. i 2011. Antall konsultasjoner ved Sex og samfunn økte med nærmere 30 pst. fra 2011 til 2012, majoriteten blant brukere er i aldersgruppen 22–25 år. Bruken av de nasjonale tilbudene som drives av Senter for ungdomshelse, samliv og seksualitet (Suss) har vært jevnt synkende siste treårsperiode fra om lag 20 000 henvendelser i 2010 til om lag 15 600 henvendelser i 2012. Flere statsstøttede organisasjoner og virksomheter som arbeider med ung seksualitet har overlappende mål og tjenester, herunder telefon- og nettbaserte informasjonstjenester. Regjeringen vil i 2014 gi Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere og stimulere tiltak som kan gi en mer samordnet og slagkraftig innsats på feltet.

Det er en målsetting å få på plass en samlet strategi for god seksuell helse fra 2015. Strategien skal omfatte områder som dekkes av henholdsvis Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010–2015 – Strategier for bedre seksuell helse og Aksept og mestring – nasjonal hivstrategi (2009–2014) forlenget til 2015. Det skal legges vekt på samordning og spissing av virkemidler og tiltak, og vurderes om det er behov for egne delstrategier og handlingsplaner f.eks. på hiv-området.

Post 74 Stiftelsen Amatheia

Det foreslås 16,2 mill. kroner til Stiftelsen Amatheia. Bevilgningen dekker driftstilskudd til Stiftelsen Amatheia. Stiftelsen tilbyr gratis informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide, samt tjenester som bidrar til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort. Stiftelsen ønsker å

bidra til å gi kvinner et bredest mulig grunnlag for å foreta valg, og å imøtekomme et behov hos særlig vanskeligstilte kvinner og par. Stiftelsen har 13 veiledningskontorer. I 2012 var det 29 ansatte fordelt på 23 årsverk. Det ble gjennomført 10 883 konsultasjoner der 4439 av klientene hadde personlig frammøte. Av klientene var 97 pst. kvinner og 307 av konsultasjonene var parsamtaler.

Kap. 763 Rustiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 71</i>	46 960	60 199	50 706
61	Kommunalt rusarbeid, <i>kan overføres</i>	410 193	86 029	104 068
71	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	174 491	176 148	176 013
72	Kompetansesentra mv.	83 169	87 287	94 092
	Sum kap. 0763	714 813	409 663	424 879

Sammenliknet med saldert budsjett for 2013 foreslås bevilgningen økt med 15,2 mill. kroner. Ut over ordinær pris- og lønnsvekst er de største endringene knyttet til:

- 10 mill. kroner til samarbeidsprosjekter om utskrivning mellom rusinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten og kommunene.
- 9 mill. kroner i redusert bevilgning til styrking av andre tiltak, herunder til samarbeidsprosjekter om utskrivning mellom rusinstitusjoner og Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslos tiltak Aksept.

Forslag om flytting av bevilgning er omtalt nærmere under respektive poster.

Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk ble behandlet av Stortinget i 2013, jf. Innst. 207 S (2012–2013). I stortingsmeldingen angis de politiske målene for en helhetlig rusmiddelpolitikk: fra virksom forebygging, tidlig innsats og hjelp til dem som har omfattende rusproblemer, til en politikk som ivaretar pårørende og tredjepart som rammes av skader av rusmiddelbruk.

Regjeringen har som overordnet mål for rusmiddelpolitikken å redusere de negative konsekvensene av rusmiddelbruk for enkeltpersoner og for samfunnet. Tjenestene til personer med rus-

problemer skal være helhetlige, tilgjengelige og individuelt tilpassede, og skal bidra til styrket helse og økt sosial inkludering.

Rusfeltet vil ha høy prioritet også etter at opptrappingsplanen for rusfeltet er avsluttet. Samlet legges de overordnede mål og verdigrunnlag både fra planen og Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk til grunn for regjeringens politikk. Siden 2005 er bevilgningene til rusfeltet økt med om lag 1165 mill. kroner. For 2014 foreslås ytterligere 40 mill. kroner til utvikling av samarbeidsprosjekter om utskrivninger (kap. 763, post 61), etablering av nye lavterskeltiltak til gravide, mødre/foreldre med rus og/eller psykiske problemer (kap. 781, post 79) og til etablering av egne drop-out team i de regionale helseforetakene (kap. 732, post 70). I tillegg skal den samlede behandlingsskapiteten innen tverrfaglig spesialisert behandling økes og kvaliteten skal styrkes. Det er en målsetting å øke antall behandlingssplasser med om lag 200. Det vises til videre omtale under kap. 732.

Kommunesektoren har fått et betydelig økonomisk løft under denne regjeringen. Det har gitt muligheter for å utvikle tilbudet i kommunene til personer med rusproblemer. I tillegg er det gjennom økte generelle bevilgninger til de regionale

helseforetakene lagt til rette for økt innsats overfor personer med rusproblemer.

Innsatsområdene i Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk er nærmere omtalt i kapittel 6 (Folkehelsepolitikken) og kapittel 11 (Rustiltak) i del III.

For en nærmere omtale av satsingen på det rusmiddelforebyggende arbeidet vises det til kap. 718 og for satsingen innen spesialisthelsetjenesten vises det til kap. 732. Det vises også til omtale under kap. 764 Psykisk helse, kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet og kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning. For nærmere omtale av det internasjonale arbeidet innen rusmiddelpolitikken vises det til del III, kapittel 13 Internasjonalt samarbeid.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 5,2 mill. kroner til kap. 763, post 61 til samhandlingsmodeller.
- 5 mill. kroner til kap. 763, post 72 til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål.

Bevilgningen dekker statlige driftsutgifter til kompetanse- og kvalitetsutvikling på rusfeltet, og tiltak for å styrke samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Statistikkutvikling

Helsedirektoratet har satt i gang flere tiltak for å skaffe bedre kunnskap og statistikk om tjenestene til personer med rusproblemer. Målet er å få gode data om tjenestemottakerne, bistands- og tjenestebehov, kvaliteten på tjenestene, samt ressursbruk for disse pasientgruppene både for kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Bevilgningen foreslås videreført i 2014. For øvrig vises det til omtale under kap. 764, post 21. Videre vises det til arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer på rusfeltet over kap. 781, post 21.

Utredninger og kartlegginger

Slik det går fram av Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk er sammenhengende behandlingsforløp viktig for å oppnå best mulig resultat for den enkelte. Det vil derfor bli satt i gang forskning for å øke kunnskapen om

hvordan man best mulig oppnår et slikt sammenhengende behandlingsforløp.

Det er behov for økt kunnskap om boligsituasjonen til personer med rusproblemer. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å sette i gang en undersøkelse av boligsituasjonen til personer med rusproblemer, herunder de som avslutter behandling etter oppsatt plan, de som selv avbryter behandling og de med særlige hjelpebehov.

Styrket samhandling

Formålet med tilskuddsordningen er å styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene innen feltet psykisk helse og rus og utvikle og spre kunnskap om koordinerte og helhetlige tjenester til rusavhengige og psykisk syke.

Det ble bevilget 5 mill. kroner i 2012 som gikk til 19 tiltak. Resultatrapporteringen viser at tilskuddsordningen bidrar til å fremme tiltak som understøtter gode behandlingsforløp og utvikling av nye samarbeidsmodeller som kan vise til god effekt for målgruppa. Flere av tiltakene har rettet seg spesielt mot unge og vektlagt tidlig innsats for å hindre videre problemutvikling.

Søknadsinngangen viser at det er et stort behov for å organisere og prøve ut modeller for samhandling på feltet, og at aktørene ønsker å innrette tjenestene i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Det ble i 2013 opprettet en egen tilskuddsordning for å prøve ut samhandlingsmodeller på rusfeltet over kap. 763, post 61. Det er behov for å se de to tilskuddsordningene til utvikling av samhandlingsprosjekter på kap. 763, post 21 og kap. 763, post 61 i sammenheng.

Dagens ordning over kap. 763, post 21 foreslås avvirket og overført til tilskuddsordningen på kap. 763, post 61.

Videre- og etterutdanning

Formålet med bevilgningen er å styrke kompetansen om rusproblematikk hos leger og annet helsepersonell. Tilskuddsordningen har som delmål å øke kurstilbudet til leger og psykologer, i tillegg til å utvikle opplæringstiltak for andre grupper helse- og sosialpersonell som arbeider med rusproblematikk.

Resultatrapporteringen viser at bevilgningen har bidratt til styrke kompetansen om rusproblematikk.

Ordningen ses i sammenheng med tilskudd til videre- og etterutdanning over kap. 763, post 61, og foreslås videreført.

Etablering av ny legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin

Den medisinskfaglige kompetansen på rusfeltet skal styrkes, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det skal derfor bl.a. opprettes en egen legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Helsedirektoratet bistår Helse- og omsorgsdepartementet i arbeidet med dette. Arbeidet ses i sammenheng med den øvrige gjennomgangen på spesialistfeltet som foregår i Helsedirektoratet.

Nasjonal overdosestrategi

Stortinget ga gjennom behandlingen av Meld. St. 30 (2011–2012) tilslutning til at det skal utarbeides en egen nasjonal femårig overdosestrategi med mål om en årlig nedgang i antallet narkotikadødsfall. Det ble videre besluttet å legge til grunn en nasjonal nullvisjon for overdosedødsfall, jf. Innst. 207 S (2012–2013).

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide strategien i samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner, spesialisthelsetjenesten og kommunene, og har nedsatt en egen referansegruppe. Helsedirektoratet vil etter planen ferdigstille en samlet overdosestrategi i løpet av 2013.

Tiltakene i strategien planlegges og gjennomføres i samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner, kommuner, samt andre involverte parter og det vil bli foretatt en følgeforskning for å kunne følge utviklingen.

Som et element i overdosestrategien har Helsedirektoratet i 2013 gitt Senter for rus- og avhengighetsforskning oppdrag om å sette i gang forsøksprosjekt i Oslo og Bergen med utdeling av og opplæring i bruk av nalokson nesep spray til brukere og pårørende. Statens institutt for rusmiddel-forskning skal foreta en følgeevaluering av forsøket.

Det er bevilget 10 mill. kroner til utvikling overdosestrategien i 2013. Bevilgningen foreslås videreført.

Bruker- og pårørende

Formålet med tilskuddet er å styrke bruker- og pårørendeorganisasjoner på rusfeltet gjennom støtte til drift og informasjonsvirksomhet. Tilskuddsordningen skal bidra til å fremme økt brukermedvirkning på både individ- og systemnivå, samt bidra til utvikling av møteplasser og verktøy for brukermedvirkning. Videre gis det tilskudd til pårørendesentre.

Bevilgningen foreslås videreført. Det vises til nærmere omtale under kap. 763, post 71.

Levekårsundersøkelse

For å styrke innsatsen overfor pårørende til personer med rusproblemer er det i 2013 satt i gang to levekårsundersøkelser om henholdsvis barn (omtalt under kap. 781, post 79) og voksne som pårørende. Formålet er å få kunnskap om erfaringer og egenopplevelser, og deres mestring av hverdagen.

Begge levekårsundersøkelsene sees i sammenheng med en stor studie om barn som pårørende ledet av Akershus universitetssykehus HF. Sluttrapport vil foreligge i løpet av 2014. Bevilgningen foreslås videreført i 2014.

Verktøy for forbedring av pasientforløp i kommunene

Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester, ble behandlet av Stortinget i 2013, jf. Innst. 250 S (2012–2013). I tråd med stortingsmeldingen har Helsedirektoratet ved Kunnskapssenteret fått i oppdrag å utvikle et verktøy for forbedring av pasientforløp i kommunene før og etter opphold i institusjon. Tiltaket er forankret i kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS.

Hensikten er å utvikle verktøy for pasientforløp for personer med rusproblemer i kommunen, som også kan benyttes overfor andre brukergrupper og av andre fagfelt. Læringsnettverket hvor verktøyet skal utvikles kan rekrutteres fra kommuner som mottar tilskudd til samhandlingsmodeller over kap. 763, post 61.

Det er bevilget 2 mill. kroner til formålet i 2013. Bevilgningen foreslås videreført.

Post 61 Kommunalt rusarbeid

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 5,1 mill. kroner fra kap. 763, post 21 til samhandlingsmodeller.

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen økt med 10 mill. kroner til:

- Utvikling av samarbeidsprosjekter om utskrivninger.

Formålet med bevilgningen har fram til 2012 vært å øke kapasiteten i det kommunale rusarbeidet. Midlene i tilskuddsordningen til kapasitetsvekst i kommunene ble innlemmet i rammetilskuddet til

kommunene i 2013. Formålet med bevilgningen ble samtidig endret til kompetanse- og kvalitetsutvikling og tiltak til styrking av samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten på rusfeltet. Bevilgningen går til:

- utvikling og utprøving av samhandlingsmodeller på rusfeltet
- samarbeid om utskrivningsklare pasienter
- stimuleringsstøtte til videre- og etterutdanning
- opplæring i bruk av tilbakehold og tvang

Utvikling og utprøving av samhandlingsmodeller på rusfeltet

Tilskuddsordningen ble opprettet i 2013, og formålet er å bidra til utvikling og utprøving av modeller for bedre samhandling på rusfeltet.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene utgjør bærebjelken i tilbudet til personer med rusproblemer, og spesialisthelsetjenesten skal understøtte de kommunale tjenestene i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Ordningen skal bidra til utvikling av organisatorisk forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommuner og helseforetak, herunder private og ideelle behandlingssinstitusjoner.

Det ble bevilget 50 mill. kroner i 2013. Bevilgningen foreslås styrket med 10 mill. kroner ved å inkludere tilskuddsordningen til samhandling under kap. 763, post 21, samt overføring av midler fra tilskuddsordningen til etter- og videreutdanning over kap. 763, post 61 grunnet lav søknadsinnang. Tilskuddet må ses i sammenheng med tilskudd til samhandling over kap. 764, post 60 og prøveprosjektet med egne drop-out team i alle de regionale helseforetakene over kap. 732, post 70.

Samarbeid om utskrivningsklare pasienter

Det foreslås opprettet en egen tilskuddsordning, hvor formålet er å styrke samarbeidet mellom rusinstitusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og kommunene om utskrivningsklare pasienter. Tiltak som åpen retur, brukerstyrte plasser, behandlingsforberedende tiltak og ambulante tjenester vil bli prioritert.

I helse- og omsorgstjenesteloven er det stilt krav om at kommuner og helseforetak skal inngå avtaler om samarbeid om en rekke oppgaver, bl.a. om retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning mv. Konkrete løsninger må utvikles lokalt, men det er behov for å stimulere til økt samarbeid mellom rusinstitusjoner og kommunene.

Det foreslås 10 mill. kroner til ordningen i 2014.

Stimuleringsstøtte til videre- og etterutdanning

Formålet med ordningen er å stimulere kommuner, kriminalomsorg og politiet til å videre- og/eller etterutdanne sine ansatte i rusproblematikk. Det ble bevilget 10 mill. kroner i 2012 og 25 mill. kroner i 2013.

Søknadsinngangen i 2013 har vært lavere enn antatt. På denne bakgrunn foreslås 5 mill. kroner overført til tiltak som understøtter kommunens oppfølging av pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), som en del av tilskuddsordningen til utvikling av samhandlingsmodeller.

Bevilgningen har bidratt til å øke antallet personer som gjennomfører videre- og etterutdanning i rusproblematikk. Det er i hovedsak kommunene som benytter seg av ordningen.

Tilskuddsordningen må ses i sammenheng med tilskudd til videreutdanning i tverrfaglig psykisk helsearbeid, tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge og rusarbeid i kommunens førstelinje (kap. 764, post 21 og kap. 764, post 60).

Fylkesmennene forvalter ordningen på grunnlag av Helsedirektoratets fylkesvise fordeling av tilskuddsrammen.

Det foreslås 20 mill. kroner til ordningen i 2014.

Opplæring i bruk av tilbakehold og tvang overfor rusavhengige

Tilskuddsordningen går til opplæring av personell som fremmer saker om tilbakehold og tvang overfor rusavhengige, samt midler til utarbeidelse og implementering av nytt rundskriv og veileder. Fylkesmennene forvalter ordningen på grunnlag av Helsedirektoratets fylkesvise fordeling av tilskuddsrammen.

Det ble bevilget 6 mill. kroner til formålet i 2013. Bevilgningen foreslås videreført i 2014.

Post 71 Frivillig arbeid mv.

Bevilgningen dekker tilskudd til frivillige og ideelle virksomheter, som driver oppfølging, omsorg og rehabilitering av personer med rusproblemer og/eller prostitusjonserfaring som et supplement til offentlige tjenester. Selvhjelps- og interessegrupper og pårørendearbeid skal også støttes. Formålet med bevilgningen er å støtte opp om innsatsen overfor rusavhengige som utføres av frivillige og ideelle virksomheter.

Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som i samarbeid med kommunene driver institusjonsbaserte tjenester

Målet med ordningen er å støtte opp om frivillige eller ideelle organisasjoner som driver institusjonsbaserte dag- og døgntiltak med oppfølging og rehabilitering av personer med rusproblemer og/eller prostitusjonserfaring.

Tiltakene det gis tilskudd til skal være et supplement til det offentlige tiltaksapparatet, og bidra til styrking og samordning av samfunnets samlede innsats overfor målgruppene. Det blir lagt vekt på at virksomhetene kan dokumentere et samarbeid med kommunen, som har hovedansvaret for tjenester til personer med rusproblemer, og at det er etablert et system for brukermedvirkning. Tilskuddsordningen kunngjøres årlig blant aktuelle ideelle leverandører.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide kvalitetskriterier som skal benyttes til utmåling av tilskudd, og oppfølging av bevilgede midler.

I 2009 fikk Kirkens Bymisjon i Oslo i oppdrag å etablere et døgnåpent helse- og omsorgstilbud for de mest hjelpetrgende rusavhengige (24sju). Prosjektet er evaluert av Statens institutt for rusmiddelforskning. Evalueringen viser at kriteriene for måloppnåelse er uklare, og at de oppsatte målene er vanskelige å måle i tradisjonell forstand. Evalueringen gir ikke entydige anbefalinger for veien videre, men trekker fram både positive og mindre positive sider ved organiseringen av 24sju. Evalueringen har vist at det kan være fordeler ved at det i Oslo finnes tiltak for den aktuelle brukergruppa som drives av en ideell organisasjon i tillegg til det som inngår i kommunens tilbud.

Det ble i 2013 bevilget i overkant av 90 mill. kroner til 19 ideelle og frivillige organisasjoner, som i samarbeid med kommunene driver institusjonsbaserte tjenester. Bevilgningen foreslås videreført i 2014. Støtten til Gatehospitalet og 24sju foreslås videreført på samme nivå som i 2013.

Tilskudd til ideelle og frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud

Formålet med ordningen er å støtte opp om frivillige og ideelle virksomheter som driver aktivitets- og oppfølgingstilbud overfor personer med rusproblemer og/eller prostitusjonserfaring. Tiltakene skal bidra til større mangfold i samfunnets samlede innsats overfor målgruppen. Tiltakene skal som en hovedregel komme i tillegg til de

ordinære, lovpålagte oppgavene som utføres i regi av kommunene.

Det ble i 2013 bevilget over 40 mill. kroner til frivillige organisasjoner som driver aktivitetstilbud rettet mot personer med rusproblemer eller prostitusjonserfaring. Tiltakene omfatter arbeidsrettede tiltak, varmemestuer, matutdeling, aktivitetstilbud som gatefotball, sykling mm., kulturtilbud, samt ulike kurs/opplæringstilbud. Ordningen gir støtte både til lavterskeltiltak og rusfrie tiltak. Resultatrapporteringene viser at tiltakene favner bredt og treffer målgruppen godt. Tiltakene bidrar til større mangfold i tjenestetilbudet til målgruppen.

Bevilgningen foreslås videreført i 2014.

Tilskudd til bruker- og pårørendeorganisasjoner innen rusfeltet

Formålet med tilskuddet er å styrke bruker- og pårørendeorganisasjonenes drift og informasjonsvirksomhet, slik at de kan fremme økt brukermedvirkning både individuelt og på systemnivå, i utforming av tilbud og tjenester til mennesker med rusmiddelproblemer, og å bedre samarbeidet med pårørende og brukere. Det skal utvikles bedre møteplasser og verktøy for brukermedvirkning, og brukerorganisasjonene skal bistå fylkesmennene med opplæring i å utarbeide individuelle planer. Videre skal det også gis tilskudd til pårørendesenter og brukerorganisasjoner som aktivt jobber med rehabilitering, særlig etter endt soning.

Tilskudd til bruker- og pårørendeorganisasjoner innen rusfeltet ses i sammenheng med bevilgningen over kap. 763, post 21. Det ble i 2013 bevilget om lag 30 mill. kroner til 24 tiltak over tilskuddsordningen, herav støtte til åtte pårørendesentre. Resultatrapporteringene viser at organisasjonene bidrar positivt til å fremme brukermedvirkning på rusfeltet. Flere av tilskuddsmottakerne har bygget opp solide organisasjoner som er synlige og aktive i arbeidet med å fremme brukermedvirkning. Bruker- og pårørendeorganisasjonene blir hyppig benyttet i råd, utvalg, styringsgrupper, arbeidsgrupper og andre fora.

Kompetansesenteret Selvhjelp Norge mottar midler over denne ordningen for å drive informasjonsvirksomhet om selvorganisert selvhjelp overfor mennesker med rusproblemer og deres pårørende.

Nasjonal plan for selvhjelp er diagnoseuavhengig. Rusavhengighet og spesielle hensyn til rusavhengige og deres pårørende vil bli vurdert spesi-

elt i forbindelse med revideringen av Nasjonal plan for selvhjelp i 2013.

Bevilgningen foreslås videreført i 2014.

Post 72 Kompetansesentra mv.

Det foreslås følgende flyttinger sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 5 mill. kroner fra kap. 763, post 21 til de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål

Formålet med tilskuddet er å bidra til å styrke organisering, kompetanse og kvalitetsutvikling på rusfeltet. Bevilgningen går til:

- De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål.
- Ledelses-, kunnskaps- og organisasjonsutvikling.
- Tiltak innen fengsel, prostitusjon og menneskehandel.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål

De sju regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål skal bistå kommunene og spesialisthelsetjenesten med kompetanse- og fagutvikling i rusforebyggende arbeid. De skal bidra med kunnskapsstøtte til tjenestene, og i samarbeid med Fylkesmannen iverksette ulike kompetanse- og utviklingstiltak og bidra til at kommunene tar i bruk kunnskap som er basert på forskning og god praksis.

For 2013 er det tildelt totalt 139 mill. kroner til sentrene, herunder 60,7 mill. kroner over kap. 718. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har en bred virksomhet. De bistår med etter- og videreutdanninger, kurs for å heve basiskompetanse, veiledning i utvikling av rusmiddelpolitiske handlingsplaner og felles kompetansehevingstiltak for ansatte i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Et ledd i dette er implementering av nasjonale veiledere og faglige retningslinjer på rusfeltet. I de fleste fylker er det etablert regionale tverrfaglige rusfora. Hvert kompetansesenter har en betydelig informasjonsvirksomhet gjennom publikasjoner og nyhetsbrev. I tillegg samarbeider sentrene om utgivelse av tidsskriftet Rusfag. Sentrene samarbeider også om nasjonale nettbaserte tjenester som www.forebygging.no, www.kommunetorget.no og www.tidligintervensjon.no.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål ivaretar også nasjonale funksjoner på

følgende spisskompetanseområder: Spilleavhengighet, dobbeltdiagnose, oppsøkende sosialt arbeid blant ungdom, etniske minoriteter og rus, gravide rusavhengige og familier med små barn, kjønn og rus, foreldrerollen i rusforebyggende arbeid, arbeidsliv og rus, rusproblemer i familier med barn, rusproblematikk knyttet til ungdom og unge voksne med vekt på tidlig intervensjon og rusforebyggende arbeid med skolen som basisarena.

Sentrale oppgaver for de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har i 2012 vært overtakelse av koordineringsansvaret for regionale opplæringsteam (Rot) for gjennomføring av opplæringsprogrammet innenfor tidlig intervensjon. Sentrene har også ledet de regionale opplæringsteamene sammen med Regionsenter for barn og unges psykiske helse (R-bup), Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU), Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og Bufetat.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har bistått Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (Korfor) ved Stavanger Universitetssykehus i arbeidet med å tilby Brukerplan til landets kommuner, gjennom kurs og opplæring for kommuner i egen region. Sentrene bistår også kommunene i hvordan de kan bruke resultatene av kartleggingen.

Alle sentrene bistår i arbeidet med implementering av nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (Rop-retningslinjen).

Anbefalingene i evalueringen av sentrene fra 2011 følges opp både gjennom den generelle gjennomgangen av kompetansemiljøene samt en særlig gjennomgang av spisskompetanseområdene.

Ledelses-, kunnskaps- og organisasjonsutvikling

Prosjektet Flink med folk i første rekke har vært forankret i Kvalitetsavtalen mellom regjeringen ved Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Prosjektet er avsluttet og er blitt evaluert av Norsk institutt for by- og regionforskning.

Som en oppfølging av den nye kvalitetsavtalen, har partene blitt enig om en satsing på ledelsesutdanning rettet mot de kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenestene. Målgruppen er mellomledere, og temaene er bl.a. samhandlingsreformen, kvalitets- og tjenesteutvikling, innovasjon og deltagelse i forskning samt styring og ledelse i virksomheter styrt av folkevalgte. Midler til satsingen bevilges over kap. 761, kap. 763 og

kap. 764 med til sammen om lag 10 mill. kroner for 2014. I tillegg foreslås det bevilget midler over kap. 770 til ledelsesutvikling i fylkeskommunal tannhelsetjeneste, se omtale under kap. 770, post 70. Denne satsingen skal vurderes samordnet med allerede igangsatt ledelsesutdanning rettet mot omsorgstjenestene gjennom Kompetanseløftet 2015, jf. kap. 761.

Helsedirektoratet har i partnerskap med KS, fått i oppdrag å gjennomføre dette med utgangspunkt bl.a. i de nevnte rammer og hvor Kunnskapsdepartementets satsing på rektorutdanningen er relevant.

Det foreslås at bevilgningen videreføres i 2014. Se også kap. 761 og kap. 764.

Tiltak innen fengsel, prostitusjon og menneskehandel

Formålet er å styrke oppfølgingen av og tjenestetilbudet til personer som er i fengsels- ogprostitu-

sjonstiltak, herunder ofre/mulige ofre for menneskehandel. Tilskuddsordningen ses i sammenheng med regjeringens handlingsplan mot menneskehandel (2011–2014).

Resultatrapporteringen viser at tiltakene lykkes med å gi et tilpasset tilbud til sårbare og vanskeligstilte personer, som kan være vanskelig å nå for de ordinære tjenestene. Om fengselshelsetjenesten generelt vises det til kap. 762, post 61 og til kap. 734, post 72 om øvrige tiltak for rusavhengige i fengsler.

Det ble bevilget 7 mill. kroner til fengsels- og prostitusjonsprosjekter i 2012, og 8 mill. kroner i 2013. Se også tilskudd til fengselstiltak under kap. 762, post 61.

Tilskuddene til regjeringens handlingsplan mot menneskehandel foreslås videreført i 2014.

Kap. 764 Psykisk helse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap		Forslag 2014
		2012	Saldert budsjett 2013	
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	96 880	88 118	75 802
60	Psykisk helsearbeid, <i>kan overføres</i>	190 371	226 179	268 643
72	Utviklingstiltak, <i>kan overføres</i>	371 904	377 758	390 615
73	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	104 847	107 482	124 244
	Sum kap. 0764	764 002	799 537	859 304

Sammenliknet med saldert budsjett for 2013 foreslås bevilgningen økt med 59,8 mill. kroner. Ut over ordinær pris- og lønnsvekst er de største endringene knyttet til:

- 40 mill. kroner til å styrke rekrutteringen av psykologer i kommunene.
- 14 mill. kroner til forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner.
- 20 mill. kroner til styrking av arbeid og psykisk helse mot å fase ut bevilgning til driftsstøtte til programmer for Psykisk helse i skolen.
- 22 mill. kroner i redusert bevilgning under enkelte poster til styrking av andre tiltak, herunder forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner.

Forslag om flytting av bevilgning er omtalt nærmere under respektive poster.

Regjeringens mål er at mennesker med psykiske helseproblemer skal kunne leve et verdig og mest mulig vanlig liv. Målet er å skape en mest mulig sammenhengende og helhetlig tjeneste tilpasset den enkeltes behov. For å oppnå dette må tjenesten være tilgjengelig, den må fremme uavhengighet og selvstendighet for den enkelte og legge til rette for størst mulig grad av mestring av eget liv.

Psykiske problemer eller lidelser kan ramme alle, og favner alt fra lettere depresjoner til alvorlige psykoser. Behovet for hjelp vil variere fra person til person. Mange arenaer og tjenester må samarbeide for å få til virksom forebygging, behandling og oppfølging av mennesker med psy-

kiske lidelser. God tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester og god kunnskap om psykiske lidelser hos sentrale tjenesteytere som fastleger, det øvrige psykiske helsearbeidet, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og annet helse- og omsorgspersonell er en forutsetning for å kunne drive effektivt helsearbeid på psykisk helsefeltet.

Bevilgningen går bl.a. til kompetanseheving, utvikling av kommunalt psykisk helsearbeid, forpliktende samarbeidsprosjekter mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester, brukerstyrking og selvhjelpsarbeid, prosjekter innen arbeid og psykisk helse og arbeid mot vold, traumatisk stress og selvmord.

For å lykkes med å øke forebygging og helsefremming på psykisk helsefeltet, må tiltak som treffer barn og unge prioriteres. Regjeringen foreslår en betydelig satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten, en lavterskeltjeneste som har svært høy oppslutning. Videre er den foreslåtte økningen i rekrutteringstilskudd til psykologer i kommunen et sterkt bidrag til utvikling av tidlig intervensjon og forebyggende tjenester i kommunene.

Helse- og omsorgsdepartementet ga i august 2012 Helsedirektoratet i oppdrag å følge opp 22. juli-kommisjonens rapport, Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av innstillingen fra Den særskilte komité og helsetjenestens egen evalueringsrapport Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011 Læring for bedre beredskap. De regionale helseforetakene fikk samtidig i oppdrag å bistå direktoratet og følge opp tiltak som gjelder spesialisthelsetjenesten. Formålet er å understøtte arbeidet i tjenestene gjennom tiltak for kompetanseheving i tjenestene, både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten. Dette kommer rammede og berørte etter 22. juli til gode, og vil også styrke tjenestenes kompetanse og beredskap ved framtidige kriser og katastrofer.

Samhandlingsreformen trådte i kraft f.o.m. 2012, med to nye lover og en rekke økonomiske og faglige virkemidler. De økonomiske virkemidlene som er innført omfatter foreløpig ikke behandling av psykiske lidelser og rusproblemer. Det er viktig å følge med på konsekvensene av virkemidlene i reformen, i tillegg til å sikre resultatene fra opptrappingsplanen. I Meld. St. 30 (2011–2012), varsler regjeringen en gradvis innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter innen rusbehandling og psykisk helsevern, så snart det lar seg gjøre.

Status for psykisk helsefeltet skal oppsummeres. Oversikten skal gi et samlet bilde av dagens

situasjon, og danne bedre grunnlag for videreutvikling av feltet. I dette arbeidet skal det vurderes om utviklingen av tjenestene ivaretar alle grupper og om omstillingen i kommunene og spesialisthelsetjenesten er koordinert.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås følgende flyttinger:

- 5,9 mill. kroner til post 72, knyttet til Verdensdagen for psykisk helse.

Bevilgningen dekker statlige driftsutgifter for videre utvikling og satsing på psykisk helse, bl.a. opplæringstiltak, evalueringer og anskaffelser knyttet til tilskuddsordninger finansiert over post 60, 72 og 73. Driftsbevilgningen til Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Sør dekkes også over posten.

Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid Sammen om mestring er under arbeid og skal vise hvordan ulike forhold kan imøtekommes gjennom kunnskapsbaserte tilnærminger og tiltak. Helsedirektoratet skal i 2014 utarbeide en veileder for helse- og omsorgstjenestens håndtering av vold i nære relasjoner og revidere dagens veileder om psykososiale tiltak i kommunene.

Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge

Formålet med tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge er å tilby en praksisnær videreutdanning for høgskoleutdannet personell. 11 høgskoler og universiteter over hele landet tilbød videreutdanning i 2012, for 2013 er tallet redusert til 10. Det foreslås 20 mill. kroner til formålet i 2014, mot 25 mill. kroner i 2013. Dette som følge av en reduksjon i antall tilbydere.

Statistikkutvikling

Helsedirektoratet skal følge og måle tjenesteutviklingen innen psykisk helsearbeid. Videreutvikling av kommunenes rapportering er en prioritert oppgave, og det pågår løpende arbeid med å utvikle bedre statistikk over psykisk helsearbeid i kommunene. Arbeidet med å bedre datakvaliteten innen psykisk helsevern videreføres. I 2013 ble det bevilget 6,5 mill. kroner til forskning og statistikkutvikling for kommunefeltet. Det foreslås å videreføre bevilgningen til formålet i 2014. Det vises for øvrig til omtale av utviklingen av nasjonale kvalitetsindikatorer under kap. 781, post 21.

Barnehusene

Barnehusene skal gi et bedre tilbud til barn som utsettes for overgrep ved at dommeravhør, medisinsk undersøkelse og behandlingstilbud tilbys samlet. De skal også bidra til å styrke samarbeidet mellom de involverte faginstansene og dermed sikre best mulig ivaretagelse av barnet og behandling av saken. Tilskuddet gis som belastningsfullmakt til Politidirektoratet, og er et ledd i satsningen på vold- og traumefeltet. I 2013 ble det bevilget 4,2 mill. kroner til Barnehusene. Det foreslås å videreføre bevilgningen til formålet i 2014.

Post 60 Psykisk helsearbeid

Bevilgningen bidrar til utvikling og kvalitetsforbedring av psykisk helsearbeid i kommunene, og til videreutvikling av samhandlingsprosjekter mellom kommunalt psykisk helsearbeid og psykisk helsevern.

De fire områdene som støttes av tiltak finansiert gjennom posten er utvikling av tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester, rekruttering av psykologer til kommunene, lønnstilskudd til kommuner og tilbud til mennesker med lettere og moderat angst og depresjon.

Tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester

Formålet med ordningen er å styrke tilbudet til brukere med store tjenestebehov gjennom å utvikle mer helhetlige og samtidige tjenester fra ulike sektorer og nivåer. Målgruppene for tilskuddsordningene under tiltaket er i stor grad overlappende og skal ses i sammenheng. Det foreslås til sammen 118 mill. kroner til ACT-team, tilskudd til forpliktende samarbeidsmodeller og storbysatsingen i 2014.

Tilskudd til ACT-team

Regjeringen har som mål å bedre tilbudet til mennesker med langvarige og sammensatte behov for tjenester. Etablering, implementering og evaluering av oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modell (Assertive community treatment) er ett av flere tiltak for måloppnåelse. Tiltaket retter seg mot personer som ikke klarer å nyttiggjøre seg av det ordinære hjelpeapparatet. Ordningen er under evaluering, hvor datainnsamlingen avsluttes i 2014, men midtveisrapporten viser allerede gode resultater med reduksjon i både antall innleggel-

ser og antall liggedøgn. Videreføring av faglige nettverk, oppfølging av evalueringen og formidling av resultater fra teamenes arbeid er viktige satsningsområder i det videre arbeidet med å utvikle feltet.

Tilskudd til organisatorisk forpliktende samarbeidsmodeller

Det er et uttalt mål å bedre samhandlingen i helse- og omsorgstjenestene, samt å styrke det kommunale tilbudet. Utvikling av nye samhandlingsmodeller mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er ett av flere tiltak for måloppnåelse. Det var per 2012 gitt tilskudd til om lag 59 prosjekter. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid har sammen med Høgskolen i Østfold og et temanettverk av tjenesteytere beskrevet og dokumentert 11 av tilbudene som har fått tilskudd gjennom ordningen. Disse viser gjennomgående at brukerne av tjenestene er svært fornøyde. Rapportene er tilgjengelige på nettstedet psykiskhelsearbeid.no. Mestring av egen bosituasjon, sysselsetting og fysisk aktivitet er viktige målsettinger.

Storbysatsingen

Siden 2005 har storbymidlene vært opprettholdt som en egen satsing rettet mot de fire største byene, jf. St.prp. nr. 1 (2004–2005). Formålet med bevilgningen er å styrke innsatsen overfor mennesker som ikke nås av hjelpeapparatet i tilstrekkelig grad. Målgruppen er personer med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med rusmiddelproblemer, og som ikke er fanget opp av hjelpeapparatet eller som ikke har fått adekvate tjenester.

Rekruttering av psykologer i kommunene

Målet med bevilgningen er å bidra til å videreføre de gode resultatene fra modellforsøket med psykologer i kommunehelsetjenesten (2009–2012). Regjeringen opprettet derfor i 2013 et rekrutteringstilskudd til kommuner som ønsker å ansette psykolog. Regjeringen ønsker ikke å etablere en ordning hvor psykologer i kommunehelsetjenesten hever refusjoner fra folketrygden, men at ordningen skal bidra til flere fast ansatte psykologer i kommunene, som arbeider forebyggende, tverrfaglig og grupperettet. Rekrutteringstilskuddet ytes over seks år. Målgruppen er utvidet til også spesifikt å omfatte barn og unge som står i fare for å falle ut av, eller har falt ut av skolen. Det er også et mål for ordningen å styrke hel-

sefremmende tiltak i kommunene, f.eks. gjennom lærings- og mestringstiltak i frisklivssentraler. Det er et krav om at tilbud som opprettes gjennom ordningen skal være gratis og ytes uten henvisning.

Konklusjonene etter evaluering av modellforsøket er at det ble ansatt 130 nye psykologer i 99 kommuner og bydeler gjennom ordningen, hvorav en stor andel arbeider med barn og unge.

Det foreslås at tilskuddet styrkes med 40 mill. kroner slik at det samlet bevilges 100 mill. kroner til formålet i 2014.

Lønnstilskudd til kommuner

Formålet med ordningen er å stimulere kommuner og bydeler til å videreutdanne høyskoleutdannede personell i tverrfaglig psykisk helsearbeid og tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge. Fylkesmennene forvalter ordningen på grunnlag av Helsedirektoratets fylkesvise fordeling av tilskuddsrammen. Siden 2007 har det vært en jevn økning i andel psykisk helsearbeidere som har videreutdanning. I 2012 startet 143 personer på videreutdanningen i psykisk helsearbeid, mens 100 fullførte utdanningen. Når det gjelder videreutdanningen i tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge påbegynte 117 personer utdanningen i 2012, mens 79 fullførte. Det foreslås 32,8 mill. kroner til formålet i 2014.

Tilbud til mennesker med lettere og moderat angst og depresjon

I 2012 ble det bevilget 10 mill. kroner til et kommunalt forankret pilotprosjekt, Rask psykisk helsehjelp. Målet med prosjektet er å prøve ut en modell for å gjøre behandling for lettere og moderate angst- og depresjonslidelser mer tilgjengelig for befolkningen. I 2013 startet 11 kommuner og et interkommunalt samarbeid opp prosjektet. Medarbeiderne gjennomførte i 2013 den tilpassede opplæringspakken i kognitiv terapi.

Det foreslås å styrke bevilgningen til pilotprosjektet med 7 mill. kroner, til sammen 17 mill. kroner i 2014, gjennom satsingen på arbeid og psykisk helse. Målet med styrkingen er å bedre tilgangen til virksom behandling for milde til moderate angst- og depresjonslidelser, for derigjennom å redusere sykefravær. Det vises til omtale av styrking av arbeid og psykisk helse under post 72. Pilotprosjektet evalueres av Folkehelseinstituttet.

Post 72 Utviklingstiltak

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås følgende flyttinger:

- 5,9 mill. kroner fra kap. 764, post 21, knyttet til Verdensdagen for psykisk helse.
- 0,7 mill. kroner fra kap. 846, post 70, knyttet til driftstilskudd til Harry Benjamin Ressurssenter.

Bevilgningen på posten er redusert med 7 mill. kroner for å finansiere andre tiltak.

Formålet med bevilgningen er å styrke brukerrinnflytelsen, bedre befolkningens kunnskap om psykisk helse, utvikle bedre tjenester gjennom personell- og kompetansetiltak, samt forskning og utviklingsarbeid på særskilte satsningsområder. Videre er formålet økt kompetanse om psykiske traumer. Kommunal sektor skal prioriteres. Bevilgningen dekker tilskudd til tiltak som bidrar til økt tilrettelegging for selvstendighet, mestring og selvstendighet for brukere.

Brukerstyrking

Målet med bevilgningen er å sikre økt brukerrinnflytelse og styrking av brukernes egne ressurser for å få til ønsket utvikling av tjenestene. Det er viktig å styrke bruker- og pårørendeorganisasjoners drift og informasjonsvirksomhet slik at de kan fremme økt brukerrinnflytelse individuelt og på systemnivå i utforming av tilbud og tjenester til mennesker med psykiske problemer eller lidelser. I 2012 ble brukerkunnskap styrket gjennom f.eks. tilskudd til verktøykassa for brukermidvirkning og bevilgning til nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Det foreslås 47 mill. kroner til bruker- og pårørendearbeid i 2014. I tillegg til at tilskuddet til Harry Benjamin Ressurssenter i 2013 videreføres, foreslås senteret tildelt ytterligere 0,7 mill. kroner som foreslås flyttet fra kap. 846, post 70.

Mental Helse Hjelpetelefonen

Formålet med bevilgningen er å sikre driften av den landsdekkende hjelpetelefonen og nettsiden for mennesker med psykiske vansker og deres pårørende. Hjelpetelefonen drives av Mental Helse Norge og er et landsdekkende og døgnåpent lavterskeltilbud. I tillegg til telefontjenesten driver Hjelpetelefonen nettjenesten bl.a. sidemedord.no. Hjelpetelefonen har siden 1992 besvart mer enn 750 000 henvendelser. I 2012 besvarte hjelpetelefonen 68 116 anrop og 6459

veiledningsmeldinger gjennom nettjenesten www.sidetmedord.no. I forbindelse med 20-årsjubileet i 2012 ble det gjennomført en brukerundersøkelse, hvor resultatene viser at de fleste respondentene er tilfredse med tilbudet fra hjelpe-telefonen og opplever å få hjelpen de forventer. I 2013 ble det bevilget 15,5 mill. kroner og det foreslås bevilget 16 mill. kroner i 2014.

Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse arbeider for økt kunnskap og en helhetlig forståelse av psykiske lidelser, forebygging, behandling og rehabilitering. Rådet for psykisk helse gjennomfører opplysningsarbeid innen psykisk helsefeltet på en rekke ulike arenaer. I 2012 var Rådet for psykisk helse bl.a. medlem av Helsedirektoratets arbeidsgruppe for å utarbeide handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading, og ga ut fire nummer av bladet *Psykisk helse*. I 2013 ble det bevilget 3,4 mill. kroner til Rådet for psykisk helse. Bevilgningen foreslås videreført i 2014.

Verdensdagen for psykisk helse

Målet med Verdensdagen for psykisk helse er å øke befolkningens forståelse av egen psykiske helse, hva som bidrar til god psykisk helse samt øke kunnskap og åpenhet om psykisk helse. Mental Helse koordinerer arrangementene som blir gjennomført for å nå målene med bevilgningen. Tilskuddet skal bidra til at flest mulig arrangementer og tiltak blir gjennomført i tiden rundt 10. oktober. Temaet for 2013 er *Se hverandre – gjøre en forskjell*, med hovedmålgruppe barn og unge.

I 2013 ble det bevilget 5,9 mill. kroner til Verdensdagen. Det foreslås å videreføre bevilgningen til formålet i 2014.

Selvhjelp

Målet med bevilgningen er å gjøre selvorganisert selvhjelp som metode tilgjengelig for flere og fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling på feltet. Selvorganisert selvhjelp er et viktig supplement for mange som har behov for å styrke sin psykiske helse. I 2013 hadde www.selvhjelp.no 155 021 sidevisninger og 17 500 hefter om selvorganisert selvhjelp ble distribuert. Det ble arrangert totalt 9 regionale og landsdekkende konferanser i regi av Selvhjelp Norge, og det ble arrangert 22 igangsetterkurs med til sammen 245 deltakere. Modellen med distriktskontorer for Selvhjelp Norge er under evaluering i 2013. Det ble

bevilget 14 mill. kroner til formålet i 2013. Det foreslås 14,5 mill. kroner til formålet i 2014.

Kompetansetiltak og ledelsesprogram, psykisk helse og rus

Tiltakene i den bilaterale avtalen mellom staten og KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene knytter seg til ledelsesutvikling, innovasjon, kvalitetssystemer, personell og kompetanse, mestring blant brukere, boligløsninger, psykisk helse og rus og folkehelsearbeid. KS og Helsedirektoratet viderefører og videreutvikler prosjekterfaringene fra prosjektet *Flink med folk* i første rekke, som ble avsluttet i 2011. Det vises til omtale av avtalen under kap. 769, post 21. I 2013 ble det bevilget 3 mill. kroner til programmet. Det foreslås å videreføre bevilgningen i 2014.

Stimuleringstiltak for psykologer

Det nasjonale rekrutteringsprogrammet *Dobbeltkompetanse i psykologi* ble etablert for å bedre tilgangen på kompetente søkere til stillinger ved universiteter, høyskoler og i helsevesenet, som krever eller har behov for både forskningsmessig og klinisk kompetanse. Prosjektet omfatter et utdanningsløp for 28 stipendiater/spesialistkandidater, og evalueres av Nifu Step. Evalueringen ferdigstilles i 2014. I 2013 ble det bevilget 5,3 mill. kroner til tiltaket. Det foreslås å videreføre bevilgningen til ordningen i 2014.

Institutter og foreninger

Det gis tilskudd over denne posten til institutter og foreninger som driver etter- og videreutdanning innen psykisk helse. Det gis også tilskudd til utdanning i psykoterapi og psykoanalyse til kandidater ved utdanninger ved Institutt for psykoterapi, Norsk psykoanalytisk institutt og Norsk karakteranalytisk institutt. Dette er en individuell støtteordning. På oppdrag fra Helsedirektoratet foretok Deloitte en gjennomgang av tilskuddsordninger til private institutter og foreninger, og en rapport ble avgitt våren 2012. For 2014 foreslås det at den individuelle støtteordningen videreføres og at det løpet av 2014 utredes hvordan tilskudd kan gis slik at faglig bredde i utdanningene sikres, at ordningen gjenspeiler helsepolitiske og faglige føringer og at det settes de nødvendige kvalitetskrav til utdanningene. Den direkte støtten til institutter og foreninger videreføres, men kravene til kvalitet er tydeliggjort fra 2013.

I 2013 ble det bevilget 32 mill. kroner til ordningen. Tilskuddet foreslås videreført i 2014.

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Målet med bevilgningen er å styrke kompetanse- og kunnskapsutvikling i arbeidet med barn og unges psykiske helse og i barnevernet.

Bevilgningen går til drift av de tre regionale kunnskapssentrene for barn og unges psykiske helse og barnevern (RKBU) og Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (R-bup) øst og sør. Sentrene har omfattende samarbeid med ulike fag- og kompetansemiljøer i kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Det er etablert samarbeid med landets fylkesmenn og den oppsøkende virksomheten mot kommunene er styrket gjennom egne ansatte som jobber direkte mot kommunene. Regionsentrene skal fortsatt ha fokus på kommunene og det forebyggende perspektivet i kompetanseheving, forskning og formidling. I 2012 ble regionsenteret for barn og unges psykiske helse og barnevernets utviklings-senter i region Midt-Norge fusjonert, slik som i region nord og vest. Regionsentrene deltok i 2012 i tverrfaglige utviklingsprosjekter og i utvikling av lavterskeltiltak med kommunepsykologer.

I 2013 ble det bevilget 150,8 mill. kroner til formålet. Bevilgningen til regionsentrene foreslås videreført i 2014.

Psykisk helse i skolen

Evalueringer gjennomført av Sintef i 2010 og Folkehelseinstituttet i 2011 viste at programmene i ordningen hadde liten varig effekt på elevers psykiske helse. Ordningen hadde også begrenset utbredelse, og nådde dermed bare en forholdsvis liten andel av elevene. Gjennom en målrettet satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten sørger regjeringen for at langt flere får et styrket tilbud. I 2012 ble det gitt støtte til seks programmer fra fire tilbydere. Sekretariatet for Psykisk helse i skolen ble nedlagt i 2012, og driften av nettsiden ble overført til Helsedirektoratet.

Ordningen foreslås avvirket for å styrke regjeringens arbeid med arbeid og psykisk helse.

Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha) startet opp i 2008.

Senteret ble opprettet for å øke forskning og styrke kunnskapsgrunnet for det psykiske

helsearbeidet i kommunene. Prioriterte oppgaver for senteret er innsamling, systematisering og formidling av dokumentasjon om psykisk helsearbeid. Videre skal senteret samarbeide med relevante fag- og kompetansemiljøer og vurdere behov for kompetansehevende tiltak. Senteret skal vektlegge sammenhengen mellom psykisk helsefeltet og rusfeltet. I 2012 gjennomførte senteret en samling for ACT-team, en nettverkssamling for samhandlingsprosjektene innen psykisk helsefeltet og utarbeidet et temahefte om samhandling.

Det foreslås å videreføre bevilgningen til kompetansesenteret i 2014 over denne posten.

Arbeid og psykisk helse

Målet med bevilgningen er å styrke satsingen på arbeid og psykisk helse gjennom å videreutvikle samhandlingsmodeller mellom helsetjenesten og Nav. Bevilgningen går til tilskuddsordninger for Jobbmestrende oppfølging, utprøving av Individuell jobbstøtte og til tilskudd til drift av landets fontenehus og organisasjonen Fontenehus Norge. Støtten til Fontenehusene videreføres på samme nivå som totalt tilskudd i 2013.

De fleste som har et psykisk helseproblem deltar i arbeid. Samtidig har mange mennesker med psykiske lidelser svak eller ingen tilknytning til arbeidslivet. Nyere forskning viser at arbeid kan være forebyggende for en god helse, og at behandling samtidig med deltakelse i arbeidslivet kan bidra til å gi eller opprettholde tilknytningen til arbeidslivet. Gjennom generelle tiltak og strategiplanen for arbeid og psykisk helse (2007–2012) styrket regjeringen tjenestetilbudet og økte kompetansen om arbeid og psykiske lidelser. For å videreføre satsingen er det utarbeidet en oppfølgingsplan. Oppfølgingsplanen er et samarbeid mellom Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet og skal virke fra 2013 til 2016. Planen omhandler også tiltak på utdanningssektorens områder. Målgruppen er personer som står i fare for å utvikle, eller har utviklet psykiske lidelser, og som i tillegg kan ha rusproblemer.

I 2012 mottok syv pilotprosjekt innen Individuell jobbstøtte og 11 prosjekter inspirert av metoden, støtte gjennom ordningen. Pilotene er forpliktende samarbeidsprosjekter mellom kommune, spesialisthelsetjeneste og Nav. Tilskudd til Jobbmestrende oppfølging dekket i 2012 seks prosjektfylker samt følgeforskning ved Oslo universitetssykehus. Foreløpige resultater viser at mange kommer i arbeid eller arbeidsrettet aktivitet gjennom denne ordningen. Evalueringen av samar-

beidsmodellene og resultatene fra oppfølgingsstudien skal foreligge i 2014. I 2012 mottok åtte Fontenehus støtte gjennom tilskuddsordningen. Disse rapporterte om økt antall stillinger, aktivitet og medlemstall.

Sammenliknet med saldert budsjett for 2013 foreslås det å styrke satsingen på arbeid og psykisk helse med 20 mill. kroner. Av disse foreslås 3 mill. kroner til Fontenehus Norge, 10 mill. kroner til Individuell jobbstøtte og 7 mill. kroner til Rask psykisk helsehjelp over post 60.

Post 73 Vold og traumatisk stress

Å utsettes for vold og traumatiske hendelser kan gi fysiske og psykiske plager og lidelser, både på kort og lang sikt. De helsemessige konsekvensene kan være omfattende, alvorlige og potensielt livstruende. Formålet med bevilgningen er å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen i ulike deler av tjenesteapparatet om forebygging av vold, traumatisk stress og selvmord/selvska-ding, samt behandling av allerede oppståtte skader hos rammede. Kompetansetiltak overfor voldsutøvere er inkludert. Posten omfatter også midler til forskning på feltet. Det vises for øvrig til post 21 og post 72 hvor flere utrednings- og kompetansetiltak innen vold og traumefeltet, ytes tilskudd.

Nasjonalt forskning og kompetanseutvikling

Nasjonalt forskning og kompetanseutvikling på vold- og traumeområdet skjer i regi av Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), samt ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm), som bl.a. ivaretar forskning med relevans til overgrepsmottakene. Det vises til kap. 762, post 70 for finansiering og omtale av Nklm.

NKVTS ble etablert i 2004 som en tverrdepartemental satsing. Senteret er et datterselskap av Unirand AS. Det er et frittstående og faglig uavhengig senter som er fullfinansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Forsvarsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Målsettingen for senteret er å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på vold- og traumefeltet på nasjonalt nivå. Senteret driver omfattende tverrfaglig forsknings- og utviklingsarbeid, og er aktiv i å formidle norske erfaringer i internasjonale fora.

NKVTS har i 2012–2013 satt i gang og gjennomført et stort antall forsknings- og utviklings-

prosjekter og hatt bred nasjonal og internasjonal formidlingsaktivitet gjennom publiseringer, mediekontakt, nettsider, undervisning, seminarer og konferanser. Terrorhandlingene som rammet Norge 22. juli 2011 har preget senterets virksomhet i stor grad og bidratt til kapasitetsutfordringer. Tre hovedprosjekter ble satt i gang i 2011, knyttet til terrorhandlingene 22. juli 2011. Disse ble videreført i 2012. Formålet med forskningsprosjektene er å skaffe ny kunnskap om konsekvensene av terroraksjonen for direkte berørte på Utøya og i regjeringskvartalet, samt for befolkningen generelt. Planen er at datainnsamlingen skal avsluttes i 2014.

Prioriterte temaer i 2012 har i tillegg vært vold i nære relasjoner, traumatiserte flyktninger, mindreårige asylsøkere, kjønnslemlestelse, traumefokusert terapi for barn, samt seksuelle og fysiske overgrep mot barn.

Senteret har hatt oppgaver knyttet til tiltak i flere tverrdepartementale handlingsplaner, herunder handlingsplaner mot vold i nære relasjoner (Vendepunkt 2008–2011 og Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2012), Handlingsplan i tjeneste for Norge 2011–2013 og Handlingsplan mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse 2012. NKVTS har utviklet en veileder for spesialisthelsetjenestens avdekking av barnemishandling/vold mot barn. Veilederen implementeres nå, og den skal videreutvikles for også å dekke kommunale helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenesten.

Det er gitt oppdrag til NKVTS og de fem regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene) om nasjonalt implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i psykisk helsevern for barn og unge.

Senteret har bidratt til tverrfaglig samarbeid med en rekke nasjonale og internasjonale aktører. Det er etablert faste møtepunkter med andre nasjonale og regionale kunnskapsmiljøer på vold-, traume-, selvmords- og minoritetshelsefeltet. Samarbeidet er styrket gjennom konkrete tiltak, som implementering av traumefokusert behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, arbeid rettet mot FN-/Nato-veteraner, arbeid knyttet til vold mot eldre, samt opplæring av ansatte på asylmottak.

NKVTS har deltatt i et EØS-samarbeid med Slovakia og Estland, med fokus på utviklingsarbeid innen kjønnsbasert vold og vold i nære relasjoner.

Grunnbevilgningen til NKVTS over post 73 foreslås videreført i 2014 med 30 mill. kroner. I til-

legg foreslås bevilgninger over kap. 764 til senteret for å gjennomføre særskilte tiltak.

Regional kompetanse på vold, traumer og selvmordsforebygging

Målet med bevilgningen er å bidra til økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i regionene på områdene vold, traumer og selvmordsforebygging. Bevilgningen går til drift av de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTSene). De regionale sentrenes primære oppgave er å sørge for undervisning, veiledning, informasjon og nettverksbygging på vold og traumeområdet.

Sentrene har i 2012–13 hatt høy aktivitet og opplever stor etterspørsel etter sine tjenester med å bistå tjenesteapparatet med kunnskaps- og kompetanseutvikling, råd og veiledning på traumefeltet. Sentrene har hatt fokus på vold i nære relasjoner, vold mot eldre, arbeid mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn, psykososial oppfølging etter kriser og katastrofer, selvmordsforebyggende arbeid, flyktinghelse, tvungen migrasjon og kjønnslemlestelse. Sentrene har også hatt ekstraordinære oppgaver knyttet til oppfølging etter terrorangrepene 22. juli 2011. Hensikten med de særskilte oppgavene har vært både å bedre hjelpen til de rammede og berørte av terrorhandlingene, men også å styrke kompetansen om traume- og sorgarbeid i kommunale kriseteam slik at det kommer andre utsatt for traumatiske opplevelser til gode. Sentrene har hatt fokus på intersektorielt og tverrfaglig samarbeid. Spesielt samarbeid med landets familievernkontor er blitt styrket i 2012–13. For å strukturere arbeidet mot målsettingene i samhandlingsreformen, herunder å støtte kommunenes tjenesteyting, har også samarbeid med fylkesmannsembetene vært prioritert i 2012.

Sentrene har hatt viktige oppgaver knyttet til tiltak i flere interdepartementale handlingsplaner: Handlingsplaner mot vold i nære relasjoner (Vendepunkt 2008–2011 og Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2012), I tjeneste for Norge 2011–2013, Handlingsplaner mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse 2012.

Det er viktig at sentrene øker kompetansen på de temaområder som er tillagt dem. I tillegg skal sentrene delta i gjennomføring av nye strategier og handlingsplaner innen temaområdene.

Grunnbevilgningen til de fire sentrene som bevilges over post 73 foreslås videreført i 2014 med 56,4 mill. kroner. Det femte senteret ytes tilskudd over post 21. Sentrenes arbeid mot

kjønnslemlestelse ytes tilskudd over kap. 762, post 21. I tillegg foreslås bevilgninger over kap. 764 til sentrene for å gjennomføre særskilte tiltak.

Vold i nære relasjoner

Våren 2013 la regjeringen fram for Stortinget den første meldingen om vold i nære relasjoner, Meld St. 15 (2012–2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017 Et liv uten vold og Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017) Barndommen kommer ikke i reprise, ble fremmet i etterkant av meldingen. For å kunne følge opp de helserelaterte tiltakene, foreslås bevilgningen økt med 14 mill. kroner i 2014. Av dette skal 2 mill. kroner gå til å styrke forskning rundt de helsemessige konsekvensene av vold i nære relasjoner ved NKVTS. Videre skal RVTSene styrkes med tilsammen 5 mill. kroner som skal gå til kompetanseheving og veiledning overfor helse- og omsorgstjenestene. Hjelpeapparatet rundt om i landet møter mennesker med volds- og aggressjonsproblematikk, og tjenestene har behov for å utvikle kompetanse og tilbud for denne gruppen. RVTSene skal også styrkes med tilsammen 5 mill. kroner for å bidra til økt innsats for å bedre sinne- og stringstilbudet og spredning av sinnemestringsmodellen fra Brøset. For å styrke kommuneansattes kompetanse i å samtale med barn, foreslås det å bevilge 2 mill. kroner til dette.

Fastlegenes kompetanse skal styrkes, og det er i 2013 bevilget 2 mill. kroner til e-læringskurs. Videre skal de kommunale helse- og omsorgstjenestenes arbeid med vold i nære relasjoner kartlegges, for å bedre faktagrunnlaget for hvordan tjenestene forholder seg til tematikken. I 2013 er det bevilget 1 mill. kroner til kartleggingen. Overgrepsmottakene er omtalt under kap. 762.

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen skal oppdateres i løpet av 2013 slik at rutinemessige spørsmål om vold og overgrep inngår.

Vern for eldre i Oslo har drevet en nasjonal kontakttelefon. Prosjektet har fått tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet. Kontakttelefonen benyttes både av eldre voldsutsatte og fagpersonell i det offentlige hjelpeapparatet. I tråd med handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2012, har Helse- og omsorgsdepartementet vurdert behovet for kontakttelefonen. På bakgrunn av evalueringen og Helsedirektoratets anbefalinger, endres kontakttelefonen fra prosjekt til et fast tiltak. Dette er omtalt i stortingsmeldingen om vold

i nære relasjoner. Bevilgningstilskuddet til telefonen dekkes innenfor denne posten.

Helsetjenester til FN- og Nato-veteraner

Helsetjenesten har ansvar for å yte tjenester til veteraner fra internasjonale operasjoner på lik linje med befolkningen ellers. Samtidig har helse-tjenesten og Forsvaret et overlappende ansvar for dem som faller inn under bestemmelsene i forsvarspersonelloven. Som oppfølging av St.meld. nr. 34 (2008–2009) Fra vernepliktig til veteran, om ivaretagelse av personell før, under og etter deltakelse i utenlandsoperasjoner, ble det i 2011 utarbeidet en interdepartemental handlingsplan, I tjeneste for Norge (2011–2013). Handlingsplanen adresserer helsetjenestens rolle gjennom en rekke tiltak.

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er gjort til en sentral ressurs for å styrke kompetanse og samhandling ved behandling av psykiske traumer hos veteraner, og skal bidra til økt kvalitet i de kommunale og spesialiserte tjenestene i deres møte med den enkelte veteranen. Fastleger og annet helsepersonell kan henvende seg til sitt regionale senter for råd, veiledning og opplæring. RVTS Øst har i samarbeid med forsvarrets sanitet utarbeidet en opplæringspakke i militærpsykiatri. Opplæringspakken er meritterende for flere faggrupper, og er implementert i alle landets regioner. Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) bidrar med forskning bl.a. på de traumer som deltakere i utenlandsoperasjoner kan oppleve. NKVTS er knyttet opp mot flere av tiltakene i planen, inkl. levekårsundersøkelsen som Forsvarsdepartementet i samarbeid med bl.a. Helse- og omsorgsdepartementet har gjennomført for å få økt innsikt i veteraners livssituasjon.

Regjeringen vil videreutvikle behandlingstilbudet til veteraner med psykososiale lidelser. Det skal sikres et godt tilbud i alle landsdeler. Arbeidet vil bli tett fulgt opp gjennom et nært samarbeid mellom berørte myndigheter og iht. etablerte ansvarslinjer.

Utvikling og oppfølging av handlingsplanen gjennomføres i samarbeid mellom seks departementer.

Selvskading og selvmord

Målet med bevilgningen er å bidra til å redusere forekomsten av selvmord og selvskading. Bevilgningen går bl.a. til drift av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF),

videreføring av Vivat-kurs i selvmordsforebygging og til å arrangere Verdensdagen for selvmordsforebygging 10. september.

I 2012 gjennomførte 2228 deltakere Vivat-kurs i førstehjelp ved selvmordsfare. Målgruppen er helsepersonell, helse- og sosialarbeidere, kirkelig ansatte, politi, ambulanspersonell, personalansvarlige, lærere og ulike frivillige hjelpearbeidere. NSSF tilbyr utdanning i dialektisk atferdsterapi, og har ansvar for fagutvikling og undervisning på studieretning selvmordsforebyggende arbeid på masterprogrammet i psykososialt arbeid. Senteret genererer ny forskning og formidler kunnskap gjennom bl.a. eget tidsskrift, medier, artikler, foredrag og konferanser.

Helsedirektoratets arbeid med handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading er forsinket. Direktoratet vil ferdigstille planen høsten 2013.

Det foreslås 17,2 mill. kroner til forebygging av selvmord og selvskading i 2014.

22. juli

Kompetansehevingstiltak og implementering av traumefokusert terapi videreføres i 2014.

Helsedirektoratet har utarbeidet en toårig oppfølgingsplan for tidsrommet 2013–2014 for den psykososiale oppfølgingen av rammede og berørte etter terroren. Et viktig element i denne planen er kompetanseoppbygging i tjenestene.

Det ble i 2013 bevilget 50 mill. kroner over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett knyttet til ekstraordinære utgifter til psykososial oppfølging i kommunene. Bevilgningen inngikk som en særskilt ramme innenfor skjønnsmidlene, og er fordelt av fylkesmennene og Helse- og omsorgsdepartementet på bakgrunn av søknader fra kommunene. Fylkesmennene rapporterer at midlene i 2012 gjennomgående er benyttet til ulike tiltak direkte knyttet til psykososial oppfølging av de rammede, kompetanseheving og forebyggingstiltak. Midlene foreslås ikke videreført i 2014 pga. lav søknadsinngang fra kommunene om tildeling av midler i 2013.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Senter for Krisepsykologi, Modum Bad og AHUS Sorgstøtte arrangert samlinger for etterlatte etter hendelsene på Utøya og i regjeringskvartalet. Den fjerde og siste samlingen for etterlatte etter hendelsene på Utøya ble arrangert i februar 2013. Målet med samlingene har vært å fremme likemannstøtte og å støtte oppunder de etterlattes sorgprosess i tråd med internasjonale erfaringer fra tidligere katastrofer.

Det er utviklet et nettbasert opplæringsprogram for kommunale kriseteam. Videre har Helsedirektoratet i 2013 arrangert et seminar om arbeidet med kompetanseheving og utvikling av fagnettverk innen psykososial oppfølging etter

traumer. Helsedirektoratet har samarbeidet med Utdanningsdirektoratet om kompetansebyggende tiltak rettet mot skoleledelsen ved skoler med elever berørt av hendelsene.

Kap. 769 Utredningsvirksomhet mv.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	29 582	32 918	32 870
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	5 025	3 511	734
	Sum kap. 0769	34 607	36 429	33 604

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen redusert med 3,9 mill. kroner til styrking av andre tiltak.

Bevilgningen dekker utgifter knyttet til oppfølging av Omsorgsplan 2020, inkl. Omsorgsplan 2015, og andre tiltak for å styrke kunnskapsutviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt utredningsvirksomhet for å utvikle nye og innovative løsninger i omsorgssektoren.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Midlene på post 21 kan nyttes under post 70. Det vises til nærmere omtale under post 70 Utredningsvirksomhet mv.

Post 70 Utredningsvirksomhet mv.

Avtalen med KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Den tredje avtalen mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ble inngått i 2012. Avtalen omfatter også den fylkeskommunale tannhelsetjenesten der dette er relevant. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Målene i avtalen knytter seg til bærekraft og nye løsninger, tjenesteutvikling, og personell og kompetanse. Helsedirektoratet har en sentral rolle i utvikling og oppfølging av tiltak i avtalen. Målsettingene i avtalen vil bli fulgt opp gjennom tiltak knyttet til ledelsesutvikling, innovasjon, kvalitetssystemer, personell og kompetanse, mestring blant brukere, boligløsninger, psykisk helse og rus og folkehelsearbeid.

Tilskudd til oppfølging av Omsorgsplan 2015

Etikkprosjektet

Prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving skal bidra til å styrke den etiske kompetansen blant ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Nærmere 200 kommuner deltar i prosjektet. Erfaringene viser at kommunene har etablert ulike møteplasser for systematisk etisk refleksjon, og forankret etikksatsingen i kommunens administrative ledelse. Det er utviklet metodebok og e-læringsverktøy i etisk refleksjonsarbeid. Prosjektet videreføres ut omsorgsplanperioden, slik at flest mulig kommuner over tid skal få mulighet til å styrke den etiske kompetanse blant ansatte i omsorgstjenestene. Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2015. Tiltaket foreslås videreført i 2014.

Senter for medisinsk etikk

Senter for medisinsk etikk ved Universitet i Oslo skal sikre et langsiktig og helhetlig arbeid med utviklingen av den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Midlene benyttes til veiledning og undervisning av kommuner som driver systematisk etikkarbeid, tilbud om kompetanseutvikling og bistand til pågående prosjekter. Senteret har også bidratt med undervisning og veiledning overfor kommuner som er med i prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving. Tiltaket foreslås videreført i 2014.

Bevegelse fra hjertet og kreativ skriving for eldre

Prosjektene Bevegelse fra hjertet og Kreativ skriving for eldre i regi av Kirkens Bymisjon skal bidra til spredning av bevegelsesveiledning som metode i demensomsorgen, og til utvikling og spredning av kreativt skrivearbeid innenfor eldreomsorgen. Det er i 2012 utviklet aktivitetskort til bruk i bevegelsesveiledningen, og 7 virksomheter har deltatt i kreativt skrivearbeid. Tiltaket foreslås videreført i 2014.

Den kulturelle spaserstokken

Målet med tilskuddsordningen for Den kulturelle spaserstokken er å sørge for profesjonell kunst- og kulturformidling av høy kvalitet til omsorgstjenestens brukere. Tilskuddet skal legge til rette for økt samarbeid mellom kultursektoren og omsorgssektoren, slik at det utvikles gode kunst- og kulturprosjekter lokalt innenfor et mangfold av sjangre og uttrykk. Det er sentralt for ordningen å bidra til at omsorgstjenestens brukere får et tilpasset kulturtilbud på arenaer der de befinner seg. Bevilgningen er fordelt på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og Kulturdepartementets spillemidler til kulturformål. I 2012 ble det bevilget i alt 29,7 mill. kroner til Den kulturelle spaserstokken. Alle landets kommuner ble invitert til å søke om midler fra tilskuddsordningen. 336 kommuner fordelt på alle landets fylker søkte om tilskudd i 2012, med en samlet søknadssum på om lag 72 mill. kroner. 334 av disse kommunene fikk innvilget støtte.

I alt 361 søknader ble mottatt fra kommuner over hele landet i 2013. Tilskuddet utgjorde i alt 30,8 mill. kroner i 2013, fordelt på de to departementene. Søknadene blir vurdert av Kulturdepartementet ut fra en helhetsvurdering, der det er lagt vekt på omtale av kunstnerisk og kulturfaglig kvalitet, samt av profesjonalitet i utøvelse og formidling. Antall eldre i kommunene blir også tillagt vekt f.o.m. 2013. Det foreslås 15,4 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett i 2014. Det vises for øvrig til omtale i Prop. 146 S (2012–2013) Kommuneproposisjonen 2014 og omtale i Kulturdepartementets budsjettproposisjon for 2014.

Avtalen om Sevs og Samplan

Samarbeidsavtalen mellom KS og flere departement om etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging er fornyet. Dette samarbeidet står bl.a. for gjennomføringen av utdanningsprogram-

mene Samplan og Helse- og omsorg i plan. Tiltaket foreslås videreført i 2014.

Systematisere og lære av de gode erfaringene innenfor omsorgssektoren

For å gi brukere trygge og sikre omsorgstjenester er det nødvendig med kunnskap om hva som kjennetegner effektive og gode tjenester. Det er derfor satt i verk et treårig utredningsarbeid for å kartlegge og vurdere de nettverk og strukturer som er etablert for erfarings- og kunnskapsutveksling mellom kommuner, og analysere hva som kjennetegner de kommuner som driver gode omsorgstjenester. Arbeidet slutføres våren 2014.

Tilskudd til oppfølging av Morgendagens omsorg – Omsorgsplan 2020

Kommunal innovasjon i omsorg

Som en del av satsingen på kommunalt innovasjons- og utviklingsarbeid, er det f.o.m. 2012 gitt støtte til et fireårig velferdsteknologiprojekt i tre fylker i Midt-Norge. Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal samarbeider med KS om utprøving av velferdsteknologi i 15 av regionens kommuner. Kommunene som deltar samarbeider med FoU-miljøer og næringslivsaktører om prosjekter som skal fremme innovasjonskraft og innovasjonsevne i kommunene. Tiltaket foreslås videreført i 2014.

Det nasjonale programmet for leverandørutvikling

Nasjonalt program for leverandørutvikling skal bidra til at offentlige anskaffelser i større grad stimulerer til innovasjon og verdiskaping. Helse- og omsorgsdepartementet bidrar økonomisk, og sluttet seg til programmet, som startet i 2010 med fem års varighet, i 2011. Tiltaket foreslås videreført i 2014.

Forskning på frivillighet

Som del av arbeidet med utvikling av en frivillighetsstrategi for omsorgsfeltet, foreslås å bevilge midler til Kulturdepartementets forskningsprogram på sivilsamfunn og frivillig sektor. Målet er å styrke kunnskapsgrunnlaget for langsiktig planlegging og systematisk samarbeid mellom det offentlige og frivilligheten. Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å delta i programmet i en femårsperiode. Det vises også til omtale under kapittel 719, post 21.

Analyse og planlegging av helse og omsorgstjenestene i kommunene

Fylkesmennene i Nord- og Sør-Trøndelag leder et flerårig arbeid med å utvikle en felles plattform for presentasjon og analyse av tilgjengelige styringsdata til bruk i kommunenes plan-, innovasjons- og utviklingsarbeid. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med kommuner, helseforetak og ulike fagmiljø og vil være avsluttet innen 2015. Tiltaket foreslås videreført i 2014.

*Andre tilskudd**Pasientsikkerhetskampanjen*

Det ble i 2013 bevilget midler til pasientsikkerhetskampanjen og tiltak for riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjeneste. Halvveis i kampanjen deltar om lag 150 sykehjem. I tillegg er det utviklet tiltakspakker for å forebygge infeksjoner, trykksår og fall. Arbeidet videreføres i det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet, jf. omtale i kap. 725. Sentralt i programmet er å videreutvikle kommuneperspektivet.

Pensjonistforbundets bekymringstelefon

Norsk Pensjonistforbund har i flere år drevet Bekymringstelefon for eldre og uføre. Telefontje-

nesten er nå utvidet med fire telefonverter under faglig ledelse, som kan gi faglig kvalifisert informasjon, råd og veiledning. Det foreslås midler til formålet i 2014.

Opplæring i pasient- og brukerrettighetsloven

Kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven gir etter strenge vilkår helsepersonell adgang til å yte somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Reglene skal sikre nødvendig helsehjelp til denne gruppen, og forebygge tvang. Helsedirektoratet har utviklet et omfattende opplærings- og veiledningsmateriale. Fylkesmennene driver opplæring av helsepersonell med utgangspunkt i materialet. Statens helsetilsyn gjennomførte i 2011 og 2012 et landsomfattende tilsyn med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, jf. oppsummeringsrapport 5/2013. Tilsynet avdekket bl.a. bruk av tvang i strid med regelverket, og viste at lovbestemmelsene ikke er godt nok kjent og innarbeidet i praksis. Bevilgningen til fylkesmennenes opplæring, veiledning, saksbehandling og tilsyn foreslås derfor videreført. Helsedirektoratet har satt i gang en evaluering av regelverket med henblikk på måloppnåelse og praktisering. Evalueringen ferdigstilles i 2014.

Programkategori 10.70 Tannhelsetjenester

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert bud- sjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
770	Tannhelsetjenester	124 634	163 482	199 204	21,9
	Sum kategori 10.70	124 634	163 482	199 204	21,9

Utgifter under programkategori 10.70 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert bud- sjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
01–23	Statens egne driftsutgifter	17 070	19 674	24 363	23,8
70–89	Andre overføringer	107 564	143 808	174 841	21,6
	Sum kategori 10.70	124 634	163 482	199 204	21,9

Programkategorien omhandler statlige tilskudd og virksomhet som retter seg mot hele tannhelsetjenesten.

Brukere av tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten i Norge består av en fylkeskommunal sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som i hovedsak tilbyr tannhelsetjenester til den øvrige befolkningen. Befolkningens rettigheter til offentlig finansierte tannhelsetjenester går fram av lov om tannhelsetjenesten og av lov om folketrygd og forskrifter til disse to lovene. Om lag tre fjerdedeler av tannlegeårverkene i 2012 ble utført i privat sektor.

Fylkeskommunen skal etter tannhelsetjenesteloven sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen er videre pålagt et samordningsansvar for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og privat sektor. Videre skal den gi et regelmessig

og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til definerte grupper etter lovens § 1-3. Gruppene er barn og ungdom 0–18 år, psykisk utviklingshemmede, eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret, samt andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. I tillegg skal fylkeskommuner som følge av Stortingets budsjettbevilgning tilby gratis tannhelsehjelp til rusmiddelavhengige og til innsatte i fengsel. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten kan også tilby tjenester til den øvrige befolkningen etter priser fastsatt av fylkeskommunen, for dermed å sikre at tannhelsetjenester er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket.

Personer med gitte lidelser og/eller sykdomstilstander i kjeffer/munnhulen, og som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, kan få stønad til tannbehandling etter folketrygdens regelverk. Størstedelen av tannbehandling med trygdefinansiering blir utført i privat sektor. Det vises til omtale av stønad ved tannbehandling under kap. 2711, post 72, i programområde 30.

Tabell 4.19 Antall personer undersøkt/behandlet i fylkeskommunal tannhelsetjeneste

	2008	2011	2012
Prioriterte personer, undersøkt/behandlet	824 977	831 529	837 409
Voksne betalende personer	169 172	184 377	190 677
Sum	994 149	1 015 906	1 028 086

Om lag 1 million personer ble undersøkt og behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2012. Dette er i hovedsak pasientgrupper som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. I fylker der den private tannlegedekningen er svak, er det mange voksne, fullt betalende personer som oppsøker den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Dette er særlig tydelig i Midt-Norge og i Nord-Norge, der en betydelig del av befolkningen behandles i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. I 2012 utgjorde tjenestene som ble utført for voksne betalende om lag 18,5 pst. av de samlede undersøkelsene og behandlingene i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten på landsbasis. Fra 2008 til 2012 har størstedelen av veksten i antall personer undersøkt/behandlet kommet innenfor gruppen voksne, fullt betalende personer, mens gruppen prioriterte personer så å si ikke har økt.

Bedre tannhelse hos barn og unge

Det blir stadig flere barn og unge uten karies (hull i tennene), og det har vært en nokså jevn nedgang i kariesforekomsten hos 12- og 18-åringene de siste 25 årene. I 2012 ble om lag tre fjerdedeler av 5-, 12- og 18-åringene i Norge undersøkt/behandlet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Av femåringene som ble undersøkt, var det 81,3 pst. som verken hadde tenner som trengte behandling, eller tenner som hadde vært behandlet tidligere. For tolvåringene som ble undersøkt i 2012, gjaldt det samme for 54,5 pst. For 18-åringene var andelen 18 pst.

Personell

Sammenliknet med andre land har Norge svært god tannlegedekning. Norge ble rangert som nummer tre blant OECD-landene i 2009, med 87 tannleger per 100 000 innbyggere, mot et gjennomsnitt i OECD-området på 61 tannleger per 100 000 innbyggere. I samme måling ble Norge rangert som nummer to blant de nordiske landene, med Island som nummer én med flest tannleger per innbygger.

Antall tannlegeårsverk har økt med om lag 19 pst. fra 2003 til 2012. Veksten i antall tannpleierårsverk har vært høyere, om lag 45 pst. fra 2003 til 2012.

Veksten i årsverk må imidlertid sees i sammenheng med veksten i befolkningen. Tannlegedekningen har økt i siste tiårsperiode, fra 0,8 avtalte tannlegeårsverk per 1000 innbyggere i 2003 til 0,87 i 2012. Fra 2011 til 2012 fikk man litt lavere dekningsgrad. Det har sammenheng med at antall tannlegeårsverk ikke øker i samme grad som befolkningen vokser.

Fylkeskommunal og privat tannhelsetjeneste har om lag 10 500 avtalte årsverk til sammen. Privat tannhelsetjeneste er størst med om lag 7200 avtalte årsverk, mens fylkeskommunal tannhelsetjeneste har om lag 3300 årsverk.

Antall tannpleiere og tannleger har økt med om lag 7,6 pst. fra 2008 til 2012.

Tabell 4.20 Avtalte årsverk i tannhelsetjenesten samlet for fylkeskommunal og privat sektor

	2008	2009	2010	2011	2012
Årsverk totalt	9 817	9 723	9 931	10 565	10 467
Herav:					
Tannlegespesialister	384	387	386	452	419
Allmenntannleger	3 710	3 638	3 703	4 050	3 961
Tannpleiere	753	735	774	826	834
Tannhelsesekretærer	3 718	3 769	3 854	3 934	4 000

Tilgangen på tannleger er blitt betydelig bedre etter at tannlegeutdanningen i Tromsø kom i drift. Over 90 pst. av dem som så langt er utdannet i Tromsø, arbeider i Nord-Norge, de fleste i fylkeskommunale stillinger. Det er færre ubesatte stillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, og fylkeskommunene opplyser at det er god tilgang på søkere til fylkeskommunale tannlegestillinger, også til vikariater. Andelen ledige tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er redusert fra 10,1 pst. i 2007 til 4,6 pst. i 2012. Det er fortsatt geografiske ulikheter. Tre fylker hadde en ledighet på over 10 pst., Møre og Romsdal, Troms og Sogn og Fjordane.

Sysselsettingen i fylkeskommunal og privat sektor viser ulik utvikling fra 2011 til 2012. I den

fylkeskommunale tannhelsetjenesten har antall tannlegeårsverk økt med om lag 4 pst. fra 2011 til 2012, mens privat sektor har hatt en nedgang på 5 pst. i samme periode. Økningen i offentlig sektor har sammenheng med den omtalte nedgangen i ubesatte stillinger.

Om lag 1200 utenlandske tannleger arbeidet i Norge i 2012. Disse utgjorde om lag 28 pst. av alle tannlegeårsverk i 2012. Størst er andelen i fylkeskommunal tannhelsetjeneste, med om lag 43 pst. utenlandske tannleger. Andelen utenlandske tannleger i privat sektor er betydelig mindre, om lag 16 pst. I både privat og offentlig tannhelsetjeneste er om lag to tredeler av de utenlandske tannlegene fra europeiske land.

Finansiering

Tabell 4.21 Fylkeskommunenes brutto og netto driftsutgifter til tannhelsetjenester

	2008	2009	2010	2011	2012
Brutto driftsutgifter, konsern	2 464 233	2 602 675	2 749 416	2 901 437	2 937 059
Netto driftsutgifter, konsern	1 855 354	1 962 762	2 059 309	2 159 037	2 135 534

Målt i brutto driftsutgifter brukte fylkeskommunene til sammen i overkant av 2,9 mrd. kroner på tannhelsetjenester i 2012. Dette omfatter også fylkeskommunenes utgifter til drift av regionale odontologiske kompetansesentre. Utgiftene i 2012 økte med om lag 1,2 pst. sammenliknet med 2011, og med om lag 19 pst. sammenliknet med 2008. Fylkeskommunenes netto driftsutgifter utgjorde 2,1 mrd. kroner i 2012, og viste en liten nedgang fra 2011. Sammenliknet med 2008 har netto driftsutgifter økt med 15 pst.

Fra folketrygden ble det etter kapittel 5 i folketrygdloven utbetalt 1 680 mill. kroner i stønad til tannbehandling i 2012. Det vises til nærmere omtale under programområde 30, Stønad ved helsetjenester.

Oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006–2007)

Regjeringen viderefører oppfølgingen av Stortingets behandling av St.meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, framtidens tannhelsetjenester, jf. Innst. S. nr. 155 (2007–2008). Meldingen skisserer fire hovedinnsatsområder: geografisk tilgjengelighet til tannhelsetjenester, utjevning av sosial ulikhet i tann-

helse, kompetanse og kvalitet, og forbrukerrettigheter og prispolitikk. I budsjettsammenheng prioriterer regjeringen kompetanseløftet i tannhelsetjenesten.

En markedsportal med elektronisk prisopplysningstjeneste for tannbehandling ble åpnet vinteren 2013. Markedsportalen inneholder et utvalg av tannlegers og tannpleieres priser. Forbrukerrådet har ansvar for driften og utviklingen av markedsportalen.

I 2014 foreslår departementet en videre styrking av kompetanseløftet i tannhelsetjenesten med 30 mill. kroner. Forslaget innebærer bl.a. å fortsette oppbyggingen av de fem regionale kompetansesentrene for tannhelse, styrke spesialistutdanningen av tannleger, utvide forsøksordningen med tannhelsetjenester på sykehus og fortsette oppbyggingen av tannlege/psykologteam i fylkeskommunene for torturoverlevende og voldsutsatte, samt pasienter med odontofobi. Se nærmere omtale på kap. 770, post 21 og 70.

Som del av regjeringens satsing på tannhelsehjelp til dem med særskilte tannhelseproblemer, foreslås det i tillegg en økning på 40 mill. kroner i 2014, som består av:

- 30 mill. kroner til behandling med implantatfestede proteser for dem som er tannløse i underkjeven
- 10 mill. kroner til tannbehandling til dem med særskilte medisinske lidelser

Styrkingen på 40 mill. kroner er en konsekvens av avviklingen av skatteoppgjørets ordning med særfradrag for store sykdomsutgifter. Det vises til nærmere omtale under kapittel 2711, post 72 Tannbehandling.

Kap. 770 Tannhelsetjenester

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	17 070	19 674	24 363
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	107 564	143 808	174 841
	Sum kap. 0770	124 634	163 482	199 204

Sammenliknet med saldert budsjett for 2013 foreslås å styrke innsatsen på tannhelsefeltet under kap. 770, post 21 og post 70, med 30 mill. kroner gjennom omdisponering av 30 mill. kroner fra kap. 2711, post 72 Tannbehandling under folketrygdens stønad til tannbehandling. Styrkingen er fordelt på områdene tannbehandlingstilbud, kompetanseløftet i tannhelsetjenesten, tannbehandlingsmateriale og kvalitetsarbeid.

Tannbehandlingstilbud:

- 6 mill. kroner til videre oppbygging av tannlege-/psykologteam i fylkeskommunene for utredning og nødvendig tannbehandling av tortur og voldsutsatte og av pasienter med odontofobi (angst for tannbehandling)
- 4 mill. kroner til videre oppbygging av forsøksordning med tannhelsetjenester på sykehus

Kompetanseløftet i tannhelsetjenesten:

- 8 mill. kroner til videre oppbygging av regionale odontologiske kompetansesentre, inkl. oppbygging av forskerkompetanse
- 6 mill. kroner til spesialistutdanning av tannleger, inkl. tilskudd til lønn til tannleger under spesialistutdanning i pedodonti (barnetannpleie)

Tannbehandlingsmaterialer:

- 1 mill. kroner til Niom AS med formål å styrke den klinisk-odontologiske materialforskningen i et samarbeid med regionale odontologiske kompetansesentre

Systematisk kvalitetsarbeid i tannhelsetjenesten

- 5 mill. kroner til faglige veileder (TMD), etterog videreutdanningstilbud for tannpleiere, gjennomgang av enkelte av trygdens stønads-

ordninger til tannbehandling, tiltak innen systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet innen tannhelsetjenesten, inkl. tiltak i Kvalitetsavtalen med KS

For øvrige tilskuddsområder videreføres budsjettet om lag på samme nivå som saldert budsjett 2013, justert for prisstigning. Forslag om flytting av bevilgning mellom kapittel og post er omtalt under aktuell post.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreslås følgende omdisponering sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 4 mill. kroner fra kap. 2711, post 72

Tannbehandlingstilbud

Som del av oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006–2007) ble det i 2012 tildelt 5 mill. kroner til forsøk med tannhelsetjenester på sykehus ved St. Olav i Trondheim og Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø. Forsøket utvides til også å omfatte Oslo Universitetssykehus i 2013. Tilskuddet utgjør 10 mill. kroner i 2013. Det foreslås å øke tilskuddet med 4 mill. kroner i 2014 for videre oppbygging av forsøksordningen. Forsøket omfatter forebyggende tjenester og aktuell tannbehandling av sykehusets pasienter, og utvikling av rutiner for systematisk samarbeid med tannhelsetjenesten etter utskrivning fra sykehus. Tjenestene skal bl.a. rettes inn mot pasienter hvor de odontologiske tilstander har sammenheng med eller påvirker den sykdommen pasienten er innlagt for eller er til behandling for. Dette gjelder særskilt pasienter som har sammensatte og kompliserte behov for

helsehjelp. Eksempler her er medfødte lidelser/syndromer eller alvorlig sykdom, skade eller mul-
ti-handikap.

Midlene på denne posten kan nyttes under post 70. Det vises til nærmere omtale under post 70 Tilskudd.

Post 70 Tilskudd

Det foreslås følgende omdisponering sammenlik-
net med saldert budsjett 2013:

- 26 mill. kroner fra kap. 2711, post 72

Bevilgningen har som formål å forbedre tilgjenge-
ligheten til tannhelsetjenester, øke kunnskapsopp-
byggingen og kompetansen i tannhelsetjenesten,
sikre kvalitet i tannbehandlingen og bidra til å
utjevne sosiale ulikheter i tannhelse.

Tannbehandlingstilbud

Formålet med tilskuddet er å bidra til etablering
av tannhelsetilbud til utsatte grupper.

I 2014 foreslås det å styrke tilskudd til fylkes-
kommuner til oppbygging av tannlege-/psykolog-
team for utredning og nødvendig behandling av
tortur- og voldsutsatte, og personer med odonto-
fobi (stor angst for tannbehandling) med 6 mill.
kroner. Tiltaket er en oppfølging av anmodnings-
vedtak i Stortinget. I 2013 gis det om lag 12 mill.
kroner i tilskudd til formålet. Tilskuddet dekker
kostnader til opplæring av behandler-team, kostna-
der til fobibehandling (behandling av angst for
tannbehandling) og til kunnskapsoppbygging.

Kompetanseløftet i tannhelsetjenesten

Formålet med tilskuddet er å bidra til nødvendig
tilgang på tannhelsepersonell, særskilt tannlege-
spesialister, og en god geografisk fordeling av
disse. Det er også et formål å bidra til nødvendig
kunnskapsutvikling i tannhelsetjenesten gjennom
oppbygging av forskningsenheter ved de regio-
nale odontologiske kompetansesentrene.

Det foreslås å videreføre midler til kvalifise-
ringsprogram for utenlandske tannleger som er
bosatt i Norge og som har utdanning fra land uten-
for EØS-området, med sikte på norsk autorisa-
sjon. Tilskudd til praksisplasser i fylkeskommu-
nene for tannpleierstudenter ved Høgskolen i
Hedmark videreføres. All praksis for disse studen-
tene foregår i regi av den fylkeskommunale tann-
helsetjenesten i Hedmark fylkeskommune, i sam-
arbeid med nabofylker.

For tannpleiere foreslås det etablert et til-
skudd til oppbygging av etter- og videreutdan-
ningstilbud for tannpleiere. Dette er en oppfølging
av Stortingets behandling av Prop. 123 L (2011–
2012) Endringer i folketrygdloven (Stønad til
undersøkelse og behandling hos tannpleier), jf.
Innst. 65 L (2012–2013).

Tilskudd til spesialistutdanning av tannleger
foreslås styrket med til sammen 6 mill. kroner i
2014. Tilskudd til dette formålet utgjør i 2013 om
lag 50 mill. kroner til utdanning av om lag 85 kan-
didater ved universitetene i henholdsvis Oslo,
Bergen og Tromsø. Utdanningen ved Universite-
tet i Tromsø skjer i nært samarbeid med Tannhel-
setjenestens kompetansesenter for Nord-Norge
(TkNN). Utprøving av en ev. ny breddespesialitet i
klinisk odontologi startet opp i Tromsø i 2011. Til-
skudd til spesialistutdanning skal også bidra til å
øke tilgangen på tannleger med dobbelkompe-
tanse (både spesialistkompetanse og forskerkompe-
tanse). Det er behov for tannleger med slik
kompetanse ved de odontologiske lærestedene og
ved de regionale odontologiske kompetansesen-
tre. Med dette tilskuddet forutsettes det at univer-
sitetene i betydelig grad bistår de regionale odon-
tologiske kompetansesentre i forskningssammen-
heng.

Det foreslås å styrke tilskuddet til videre opp-
bygging av regionale odontologiske kompetanse-
sentre med 8 mill. kroner i 2014. Tilskuddet utgjør
i 2013 om lag 35 mill. kroner.

Etableringen av regionale odontologiske kom-
petansesentra skal sikre befolkningen tilgang til
spesialisttannlegetjenester i alle regioner. De regio-
nale kompetansesentrene skal samarbeide med
aktuelle sykehusavdelinger om pasientutredning
og behandling, og skal også bidra til generell
kompetanseheving, forskning og fagutvikling i
tannhelsetjenesten. Som beskrevet i Meld. St. 18
(2012–2013) Lange linjer – kunnskap gir mulighe-
ter, er det behov for å styrke kunnskapsgrunnla-
get innenfor tannhelse. De regionale odontolo-
giske kompetansesentrene skal ha en viktig rolle i
tannhelseforskningen. Forskningen vil foregå i
samarbeid med universitetene, med Nordisk insti-
tutt for odontologiske materialer (Niom AS), med
Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer
(BVG), med allmennt medisinske forskningsenhe-
ter og ev. med andre forskningsmiljøer. Tilskud-
det inkluderer oppbygging av infrastruktur og
basiskompetanse i praksisnær klinisk forskning,
epidemiologisk forskning og annen relevant
forskning.

Tilskudd til spesialistutdanning av tannleger
ble styrket i 2013 med til sammen 8 mill. kroner.

Med den styrkingen ble det forutsatt i Prop. 1 S (2012–2013) at universitetene i betydelig grad bistår de regionale odontologiske kompetansesentre i forskningssammenheng. Det ble også lagt til grunn at spesialistutdanning av tannleger i fremtiden blir organisert som en integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og de aktuelle regionale odontologiske kompetansesentre, jf. spesialistutdanningen i Tromsø. Avhengig av oppbyggingen av kompetansesentrene vil disse kunne organisere store deler av den kliniske praksis i utdanningene.

Tannbehandlingsmaterialer

Formålet med tilskuddet er å heve kvaliteten i tannhelsetilbudet gjennom å øke kunnskapen om odontologiske biomaterialer, bidra til å sikre kvaliteten på materialene som anvendes i tannhelsetjenesten og øke kunnskapen om bivirkningsproblematikk knyttet til slike materialer. Tiltakene inngår i departementets oppfølging av Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Tilskudd til et samarbeidsprosjekt om utprøvende behandling av pasienter ved mistanke om bivirkninger av tannfyllingsmaterialet amalgam videreføres i 2014. Prosjektet innebærer at tannleger, fastleger og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide om utprøvende behandling for aktuelle pasientgrupper. Målet er bedre helse og livskvalitet til personer med mistanke om helseproblemer knyttet til bruk av amalgam. I internasjonal sammenheng er dette et unikt prosjekt, som vil måtte strekke seg over noen år.

Tilskudd til drift og aktivitet ved Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer ved Universitetet i Bergen (BVG) /Uni Helse videreføres. BVG har også en sentral rolle i det omtalte samarbeidsprosjektet.

Det foreslås å øke tilskuddet til Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom AS) med 1 mill. kroner til klinisk odontologisk materialforskning i et samarbeid med de regionale odontologiske kompetansesentre. Nordisk Ministerråd finansierer i underkant av 50 pst. av driften. Helse- og omsorgsdepartementet eier 49 pst. av aksjekapitalen. Departementets tilskudd til driften av Niom as utgjør i 2013 i alt 9,5 mill. kroner. Arbeidet ved Niom bidrar til kunnskap om bruk av sikre og holdbare tannbehandlingsmaterialer i de nordiske land. Tilskuddet dekker også Nioms deltakelse i internasjonalt standardi-

seringsarbeid og drift av nordisk produktdatabase mv.

Tilskudd til produkttesting av tannbehandlingsmaterialer og til tilsyn med markedsføring og salg av slike materialer videreføres i 2014. EØS-direktiv for medisinsk teknisk utstyr stiller krav til sertifisering (CE-merking) av tannbehandlingsmaterialer. Produsenter av tannbehandlingsmaterialer er imidlertid ikke pålagt å teste produkter iht. internasjonale produktstandarder. Det innbærer at innholdsdeklarasjonen til tannbehandlingsmaterialer i de fleste tilfeller ikke inneholder opplysninger om materialspesifikke bruksegenskaper. Slike opplysninger hadde tannlegene tilgang til i den såkalte nordiske modellen fram til 1995. Departementet ser behov for at landets tannleger gis tilgang til slike opplysninger. Høy kvalitet på materialene er også av betydning for folketrygghets stønad til tannbehandling.

Systematisk kvalitetsarbeid i tannhelsetjenesten

Formålet er å fremme kvaliteten i tannhelsetjenesten og bidra til faglig utviklingsarbeid. Det foreslås en styrking på til sammen 5,0 mill. kroner til ulike tiltak, slik som:

- Helsedirektoratets arbeid med å utarbeide en veileder for tannleger, allmennleger og spesialisthelsetjenesten angående utredning og behandling ved helsetilbud til personer med kjeveleddslidelser (TMD)
- Nytt tilskudd til oppbygging av etter- og videreutdanningstilbud for tannpleiere
- Undersøkelser med formål å øke kunnskapen om tannhelsen i den voksne befolkningen generelt og i den samiske befolkningen spesielt
- Tilskudd til prosjekter i tannhelsetjenesten som har som formål systematisk kvalitetsforbedring i virksomheten
- Tiltak under Kvalitetsavtalen med KS – lederutvikling i systematisk kvalitetsforbedring
- Samarbeidsprosjekt om IKT-utvikling i tannhelsetjenesten, offentlig som privat. Dette omfatter utvikling av standard kodeverk for diagnoser og behandlinger som kan anvendes i elektronisk pasientjournal (EPJ)

Det gis tilskudd til aktiviteter innen helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, og til utviklingstiltak i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. For å forenkle administreringen av tilskuddsmidlene vil disse tilskuddsordningene bli slått sammen fra 2014.

Programkategori 10.80 Kunnskap og kompetanse

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
780	Forskning	289 141	302 518	323 306	6,9
781	Forsøk og utvikling mv.	168 419	208 230	118 201	-43,2
782	Helseregistre	49 508	51 816	53 130	2,5
783	Personell	169 961	186 521	192 791	3,4
	Sum kategori 10.80	677 029	749 085	687 428	-8,2

Utgifter under programkategori 10.80 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
01–23	Statens egne driftsutgifter	119 670	109 328	117 654	7,6
50–59	Overføringer til andre statsregnskap	289 141	302 518	323 306	6,9
60–69	Overføringer til kommune- forvaltningen	120 585	129 138	133 400	3,3
70–89	Andre overføringer	147 633	208 101	113 068	-45,7
	Sum kategori 10.80	677 029	749 085	687 428	-8,2

Forskning, utdanning og innovasjon er viktige virkemidler for å nå målsettingen om å styrke helsefremmende og forebyggende arbeid og å gi befolkningen trygge og gode helse- og omsorgstjenester, herunder å understøtte samhandlingsreformens målsettinger. Helse- og omsorgstjenesten er personell- og kunnskapsintensiv og krever en stadig økende andel av arbeidskraften. Tjenesten har viktige roller inn mot det formelle utdanningssystemet som praksisarena og som framtidig arbeidsgiver og

avtalepart. Tilstrekkelig helse- og omsorgspersonell med riktig kompetanse og relevant forskning er avgjørende for å kunne yte gode helsetjenester til befolkningen. En langsiktig satsing på kunnskap og kompetanse er derfor viktig for å legge til rette for en kunnskapsbasert, framtidsrettet og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

For ytterligere omtale av forskning, innovasjon og utdanning og kompetanseutvikling, vises det også til del III.

Kap. 780 Forskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
50	Norges forskningsråd mv.	289 141	302 518	323 306
	Sum kap. 0780	289 141	302 518	323 306

Som ledd i oppfølgingen av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, foreslås at bevilgningen økes med 5 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2013.

Forskning, utvikling og innovasjon er sentrale elementer i arbeidet for utvikling av kvalitet, pasientsikkerhet og kostnadseffektivitet innenfor helse- og omsorgstjenesten samt videreutvikling av folkehelsearbeidet. Sektoransvaret innebærer bl.a. et overordnet ansvar for anvendt forskning og utvikling av langsiktige strategier for kunnskapsoppbygging. Det er et nasjonalt mål å øke forskningsaktiviteten, og samtidig sikre høy kvalitet og relevans på forskningen slik at tilgjengelige forskningsressurser utnyttes for å bedre befolkningens helse og til beste for pasienten, tjenesten og brukerne.

Forskning og driftstilskudd

Departementet finansierer i hovedsak forskning om og for helse- og omsorgssektoren gjennom tilskudd til Norges forskningsråd, underliggende etater, regionale helseforetak og nasjonale og regionale kompetansetjenester og forskningssentre. I tillegg gis tilskudd til drift og oppbygging av forskningsmiljøer slik at forskning og kompetanse på departementets ansvarsområde kan opprettholdes og styrkes. For forskning og innovasjon i helseforetakene vises det til omtale under kap. 732. For forskning og innovasjon knyttet til den kommunale helse- og omsorgssektoren og tannhelsetjenesten vises det til omtale under kap. 762 og 770. Forsknings- og utviklingsarbeid er en integrert del av arbeidsoppgavene til Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens strålevern og Statens institutt for rusmiddelforskning, jf. kap. 710, kap. 715 og kap. 716. De viktigste tiltakene er omtalt under følgende kapitler og poster:

- kap. 719, Folkehelse, post 79, Andre tilskudd
- kap. 725, Nasjonalt kunnskapscenter for helse-tjenesten, post 01, Driftsutgifter.

- kap. 732, Regionale helseforetak, post 70, Kreftregistret
- kap. 732, Regionale helseforetak
- kap. 761, Omsorgstjeneste, postene 21, 60 og 67
- kap. 762, Primærhelsetjeneste, postene 21 og 70
- kap. 763, Rustiltak, post 21
- kap. 764, Psykisk helse, postene 70 og 73
- kap. 770, Tannhelsetjenester, postene 21 og 70
- kap. 781, Forsøk og utvikling mv., post 21
- kap. 783, Personell, postene 21 og 70

Post 50 Norges forskningsråd mv.

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 5,2 mill. kroner fra kap. 733, post 21

Forskningsrådet skal også i 2014 prioritere forskning knyttet til 22. juli innenfor programmet Psykisk helse.

Bevilgningen dekker ni forskningsprogram, fire strategiske satsinger og to evalueringer i Norges forskningsråd. Det foreslås bevilget 323,3 mill. kroner, dette er en styrking på 10,2 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett.

For nærmere omtale av Forskningsrådet vises det til kap. 5, Forskning og utvikling i statsbudsjettet 2014 i Prop. 1 S (2013–2014) Kunnskapsdepartementet. Forskningsrådet skal som hovedregel konsentrere sine tildelinger om nasjonale prosjekt, mens forskningsinstitusjonene skal finansiere mindre forskningsprosjekt. Forskningsrådets totale innsats innenfor temaområdet helse var på vel 917 mill. kroner i 2012, en nedgang på 5 mill. kroner fra 2011. Midlene omfatter tilskudd til prosjektstøtte, forskningsinfrastruktur, sentre/nettverk, miljøstøtte og arrangementer. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet bidrar mest til finansiering av temaområdet helse. I tillegg kommer bidrag fra Nærings- og handelsdepartementet og Utenriksdepartementet. Forskningsrådet tok i 2011 i bruk Health Research Classification System (HRCS-systemet). En analyse av vel 650

helseforskningsprosjekter i 2012 (tilsvarer om lag tre fjerdedeler av prosjektstøtten) viser at om lag en tredjedel av prosjektene var forskning på årsaker til utvikling av sykdom og dårlig helse. Den største ressursinnsatsen med relevans for særskilte sykdommer, var forskning på kreft og psykisk helse.

Programmer

EUs rammeprogram for forskning og teknologiutvikling mv.

Forskningsrådet har det operative ansvaret for realiseringen av samarbeidet om EUs ramme-program for forskning og teknologisk utvikling og det europeiske forskningsområdet European Research Area (ERA). Ved utgangen av 2012 ble 83 prosjekter med norsk deltakelse innvilget støtte i helseprogrammet (Health) under EUs 7 rammeprogram for forskning. Det tilsvarende en suksessrate på 28 pst., fem pst. over snittet for alle deltakerlandene, og er på samme nivå som i 2010 og 2011. Felles forskningsprogram i EU (Joint Programming) er et virkemiddel i utviklingen av ERA. Norge deltar i tre helserelaterte fellesprogrammer. Disse er programmer for nevrodegenerative sykdommer/Alzheimer (JPND), antibiotikaresistens (AMR) og helse, mat og forebygging av kostholdsrelaterte sykdommer (HDHL). Forskere i Norge har fått gjennomslag i flere av prosjekt fra utlysningene i JPND både i 2012 og 2013, i ett av prosjektene skal et norsk miljø lede prosjektet. Norge deltar også i felles forskningsinfrastrukturprogrammer innenfor klinisk forskning (ECRIN) og vil fra 2013 delta i et felles europeisk samarbeid kalt Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure (BBMRI) som er under etablering, Biobank Norge er tilpasset en deltakelse her.

Forskningsprogrammet til Euratom er en del av EUs rammeprogram for forskning, men omfattes ikke av EØS-avtalen. Det er ønskelig at de norske fagmiljøer deltar i programmet. Til nå i 7. rammeprogram har det innenfor EUs strålevernsforskning blitt startet opp 16 nye prosjekter med deltakere fra Statens strålevern, Universitetet for miljø- og biovitenskap, Universitetet i Oslo, Kreftregisteret og Folkehelseinstituttet.

Det er viktig for norsk kreftforskning å være med på arbeidet med integrering av grunnforskning, klinisk- og epidemiologisk forskning i Europa. Det foreslås derfor at Forskningsrådet viderefører 3,5 mill. kroner årlig til ERA-net på Translational Cancer Research (Transcan) fram-

over for å understøtte norske forskningsmiljøers deltakelse i dette EU prosjektet.

Folkehelseprogrammet (2011–2015)

Programmets overordnede mål er å bidra til ny kunnskap om forhold som påvirker helse og sosiale forskjeller i helse i befolkning og virkemidler for å redusere forskjeller og bedre folkehelsen. Programmet hadde i 2012 totalt 23 prosjekter i porteføljen. I 2013 er inntil 50 pst. av utlyste midler øremerket intervensjonsstudier. Det ble arrangert et metodeseminar om intervensjonsforskning i 2012. Programmet finansierer norsk deltakelse i Joint Programming Initiative (JPI) a Healthy Diet for a Healthy Life (HDHL).

Program for helse- og omsorgstjenester (2011–2015)

Programmets overordnede mål er å identifisere de mest effektive måtene for å levere helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet, å redusere uønskede hendelser og ulik tilgang til helsetjenester, samt å gi bedre sikkerhet for den enkelte pasient og bruker. I programperioden skal satsingen i og om de kommunale helse- og omsorgstjenestene prioriteres, og forskning som kan bidra til innovasjon, anvendelse og implementering av forskningsresultater i praksis, styrkes.

Programmet hadde totalt 73 prosjekter i porteføljen i 2012, herav 13 nye prosjekter i 2012. Ett av disse var et innovasjonsprosjekt i offentlig sektor. I tillegg finansieres ett Harkness Fellowship, (re)habiliteringssenteret Charm og resultatevalueringen av Omsorgsplan 2015 gjennom programmet. Totalt 20 prosjekter er direkte relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester. Programmet finansierer 17 prosjekter med utfordringer knyttet til alderdom og Eldres sykdom. 16 prosjekter har særlig relevans for samhandling mellom tjenestenivåer og sektorer. Programmet arrangerer, i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og program for klinisk forskning, en konferanse om brukermedvirkning i forskning høsten 2012. Programmet skal sammen med Program for psykisk helse legge til rette for forskning knyttet til 22. juli. Det vises forøvrig til omtale av omsorgsforskning under kap. 761.

For å styrke kunnskapsgrunnlaget for kommunal planlegging, innovasjon og utforming av framtidens omsorgsløsninger, er programmet styrket med 35 mill. kroner til omsorgsforskning i perioden fra 2007. Som oppfølging av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg foreslås en styrking på 5 mill. kroner i 2014. Midlene skal øre-

merkes sentrene for omsorgsforskning, slik at de kan bidra som dokumentasjonssenter for forsknings-, utviklings-, og innovasjonsarbeid i sektoren. Det vises til kap. 781, post 21 og kap. 761 for nærmere omtale.

Det foreslås en flytting av 5,2 mill. kroner fra kap. 733, post 21 til forskning på habilitering og rehabilitering.

Program for klinisk forskning (programperiode 2011–2015)

Programmets overordnede mål er å øke kunnskapsgrunnlaget om forebyggende tiltak, diagnostiske metoder og behandlings- og rehabiliterings tiltak gjennom kliniske studier. Programmet har satt søkelyset på kompetanse og gjennomføring av kliniske studier i et seminar i 2012. I 2012 var det i alt 25 pågående prosjekter i programmets portefølje. Postdoktorstipend ble utlyst innenfor tannhelse og primærhelsetjeneste. En studie med utprøving av kreftmedisinen Rituximab for behandling av ME fikk støtte i juni 2013.

Program for miljøpåvirkning og helse (programperiode 2011–2015)

Programmets overordnede mål er å generere ny forskningsbasert kunnskap av høy vitenskapelig kvalitet om sammenhengen mellom miljø, arvelige faktorer og helse for å forebygge helseskader for så å bidra til bedre folkehelse. Totalt finansierte programmet 28 prosjekter i 2012, herav 6 nye prosjekter i 2011. Programmet finansierer norsk deltakelse i den vitenskapelige rådgivende komiteen i Fellesprogrammet gjennom EU, Joint Programming Initiative (JPI) innenfor Antimikrobiell resistens (AMR).

Program for psykisk helse (programperiode 2011–2015)

Programmets overordnede mål er å bidra til utvikling av relevant kunnskap om årsaksforhold, forebygging og behandling med sikte på å fremme den psykiske helsen i befolkningen. Programmet finansierte 39 prosjekter pluss 4 prosjekter på Barn som pårørende i 2012. I samarbeid med programstyret for rusmiddelforskning ble to prosjekter tildelt midler til samarbeidsprosjekter mellom norske og amerikanske forskere, finansiert gjennom hhv Forskningsrådet og National Institute of Health i USA.

Det opprettes ett felles programstyre med programmet for rusmiddelforskning fra 2013. Hensik-

ten er å se psykisk helse og rusmisbruk mer i sammenheng, i tråd med føringer i Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk.

Program for global helse- og vaksinasjonsforskning (programperiode 2012–2020)

Programmets overordnede mål er å støtte forskning som kan bidra til vedvarende bedring i helsetilstanden og utjevning av helseulikheter for fattige mennesker i lav- og mellominntektsland. De prioriterte temaområdene er vaksine- og vaksinasjonsforskning, helsesystem- og helsepolitikkforskning, innovasjon i teknologi og metodeutvikling og implementeringsforskning. I 2012 ble i alt 41 prosjekter finansiert i programmet, herav 18 nye prosjekter. Programmet finansierer også prosjekter gjennom EUs forskningsprogram The European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP).

Rusmiddelforskningsprogrammet (programperiode 2012–2015)

Programmets overordnede mål er å bidra til utvikling av relevant kunnskap på rusmiddelfeltet med sikte på å redusere rusmiddelproblemer i samfunnet. Om lag halvparten av satsingen går til oppbygging og utvikling av Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) ved Universitetet i Oslo. Seraf har fått forlenget sin bevilgning for perioden 2013–2018. På bakgrunn av økt oppmerksomhet om alkohol og alkoholens negative virkninger i den vestlige verden bør senteret legge større vekt på alkoholforskning enn det som ble gjort i den første fem-årsperioden.

Programmet finansierte i alt 28 prosjekter i 2012. Programplanen revideres i 2013, og videreføres til 2015. Behovet for forskning på effekt av behandling og oppfølging bør prioriteres da det fortsatt er et behov for å finne fram til tiltak, arbeidsmåter og intervensjoner som har effekt. Videre er det behov for mer kunnskap om norsk drikkemønster og alkoholkultur og betydningen dette har for innretningen av forebyggende tiltak og virkemidler. Forskning om doping skal inkluderes i programmet.

Program for stamcelleforskning (programperiode 2013–2017)

Programmet har som overordnet mål å utvikle og styrke kompetansen innenfor grunnforskning og klinisk forskning på stamceller med

sikte på behandling av alvorlig og kronisk syke pasienter. I 2012 ble 16 forskerprosjekter finansiert gjennom programmet. Det ble i 2012 gjennomført en positiv evaluering av Nasjonalt senter for stamcelleforskning i regi av Forskningsrådet. Evalueringen viste at det finnes flere fremragende fagmiljøer i senteret, og høy kvalitet på translasjonsforskningen.

Offentlige initierte kliniske studier (programperiode 2011–2015)

Programmet skal finansiere kliniske studier/prosjekter der det offentlige og andre aktører (som pasientorganisasjoner) ser behov for kunnskap, og som ikke initieres og/eller finansieres av andre aktører. Tre prosjekter ble i 2011 tildelt midler innenfor temaet individuell tilpasning av behandling til kreftpasienter. Programmet finansierte i 2012 i alt 13 prosjekter, herunder en videreføring av 10 prosjekter fra den avsluttede Strategisk satsing på kreftforskning. Utlysning i 2013 er forbeholdt kliniske fase IV-studier og/eller andre sammenliknende effektstudier.

Strategiske satsinger

Strategisk satsing brukes som en betegnelse for aktiviteter som ikke organiseres gjennom eget program. Dette omfatter tverrgående temaer som f.eks. kvinnehelse, og temaer der bevilgningen er for liten til å forsvare egne programetableringer.

Praksisrettet FoU for helse- og velferdstjenestene (PraksisVEL)

Satsingen skal styrke grunnlaget for kunnskapsbasert yrkesutøvelse i helse- og sosialfag, for den enkelte sektor og på tvers av sektorer, gjennom styrking av praksisnær forskning jf. Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. Satsingen er et samarbeid mellom Arbeidsdepartementet, Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, og skal bygge erfaringene fra Høgskole- og universitetssosialkontorprosjektet (Husk-prosjektet).

Fellesprogram i EU om demens og nevrodegenerative sykdommer

Satsingen omfatter både helse- og omsorgstjenesteforskning og biologisk og medisinsk demensforskning. Ett norsk forskningsmiljø deltar i et prosjekt fra første utlysning (2011). For-

skere i Norge har fått gjennomslag i flere av prosjekt fra utlysningene i JPND både i 2012 og 2013, i ett av prosjektene skal et norsk miljø lede prosjektet.

Kvinnehelse

Totalt har satsingen på kvinners helse finansiert 15 prosjekter i perioden 2004 t.o.m. 2012, herav tre nye prosjekter i 2012. Det er i tillegg flere pågående prosjekter med relevans for kvinners helse både i Forskningsrådets helseprogrammer og i øvrig programportefølje. I 2013 fikk en studie som skal se på basale sykdomsmekanismer kombinert med en klinisk studie på behandling av ME tilslag under denne satsingen.

Barn som pårørende

Forskningen forankres i et barne- og familieperspektiv. Det foreslås å videreføre bevilgningen med 5 mill. kroner i 2014, 4 prosjekt er innvilget prosjektstøtte. Det vises til omtale av barn som pårørende under kap. 781, post 79.

Evalueringer

Mammografiprogrammet

Mammografiprogrammet er et tilbud der kvinner mellom 50 og 69 år blir invitert til å delta i en mammografiundersøkelse hvert annet år. Syv delprosjekter inngår i evalueringen av mammografiprogrammet, og omfatter bl.a. studier om dødelighet, omfang av kreft oppdaget mellom to screeningsrunder (intervallkreft), omfang av overdiagnostikk, kvinners opplevelser av og erfaring med screeningsprogrammet og en økonomisk evaluering av Mammografiprogrammets kostnader. Evalueringen er kraftig forsinket og vil etter planen avsluttes i 2014.

Følgeevaluering av samhandlingsreformen

Det ble i 2012 tildelt 10 mill. kroner til en forskningsbasert følgeevaluering av Samhandlingsreformen. Evalueringen skal omfatte første del av implementeringsfasen for reformen (2011–2015). Midlene videreføres i prosjektperioden, som til sammen blir 40 mill. kroner. Det er etablert en styringsgruppe og utarbeidet mål- og rammedokumentet for evalueringen. I første fase av evalueringen legges det størst vekt på implementeringen av reformens ulike virkemidler, mens det i andre fase er effektene av reformen som skal evalueres. Tre større tverrfaglige

evalueringsprosjekter startet opp i 2012 og forventes ferdigstilt i 2014. I 2013 er det lyst ut og tildelt midler til tre temaer for å få dekket temaer som ikke ble dekket i første søknadsrunde. Disse er: Effekter av reformen for

utsatte og sårbare grupper, Analyser av helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak i kommunene og Analyser av utviklingen med hensyn til informasjonsutveksling og IKT-løsninger.

Kap. 781 Forsøk og utvikling mv.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	79 918	63 828	71 062
70	Norsk Helsenett SF	40 394	79 727	
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	48 107	64 675	47 139
	Sum kap. 0781	168 419	208 230	118 201

Som ledd i oppfølgingen av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, foreslås at bevilgningen økes med 5 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2013.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Formålet med posten er å få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av helsetjenester. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som ble finansiert i 2013, og enkelte av prosjektene som vil bli finansiert i 2014.

Nødnett

Nødnett er det nye digitale radiosambandet for landets nød- og beredskapssetater. Nødnett er et avlyttingssikkert samband primært for tale i grupper, men gir også mulighet til å sende meldinger og overføre data.

Direktoratet for nødkommunikasjon (DNK) har ansvaret for nasjonal utbygging og drift av nødnettet. De ansvarlige departementene er Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, som følger opp DNK i prosjektperioden gjennom fastlagte rutiner for etatsstyring. Utbyggingen i helse- og omsorgssektoren er et samarbeid mellom de regionale helseforetakene, kommunene og Helsedirektoratet. I tillegg samarbeider Helsedirektoratet med fagdirektoratene Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnsberedskap.

I helseforetakene skal samtlige akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK), sykehus

med akuttfunksjoner innen somatikk og psykisk helsevern og den samlede ambulansetjenesten knyttes til nettet. I kommunene skal samtlige legevaktsentraler og leger i vakt knyttes til nødnett.

Første byggetrinn ble avsluttet i 2011 og omfattet Østfold, Oslo, Akershus og Søndre Buskerud. Erfaringene så langt tyder på at sambandet i hovedsak fungerer i samsvar med forutsetningene ved at det gir en mer effektiv samhandling og koordinering både i og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt med de øvrige nødetatene. Landsdekkende utbygging vil basere seg på den gjennomførte evalueringen av første byggetrinn. Regjeringen har på bakgrunn av denne evalueringen besluttet at det skal leveres justerte kommunikasjonsløsninger til akuttmottak og legevakter. DNK har bestilt ny løsning hos leverandøren innenfor kontraktsrammene.

Helsedirektoratet ivaretar det overordnede prosjektansvaret for innføring av nødnett i helsetjenesten. De regionale helseforetakene har gjennom Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO) det praktiske ansvaret for utbygging i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF ble etablert på Gjøvik i 2013 som et nasjonalt helseforetak, og er eid i fellesskap av de fire regionale helseforetakene. HDO sin hovedoppgave er å drifte nødnett for alle brukere i helsetjenesten.

Det foreslås at bevilgningen videreføres med 15,6 mill. kroner i 2014 til finansiering av Helsedirektoratets aktiviteter i prosjektet.

Det vises for øvrig til omtale av forslag til bevilgning under kap. 732, post 70 om HDOs kostnader til innføringen i kommunene.

Drift og oppgradering av eksisterende Helse-rasjonett er nødvendig inntil nytt nødnett er ferdig utbygget i Fastlands-Norge. Dagens Helse-rasjonett baserer seg på det offentlige analoge telefonnettet. Telenor er i ferd med å legge om det analoge telenettet til en IP-basert plattform. Nødnettene har etablert en god dialog med Telenor om framdrift og nødvendige tiltak for tilpasningsarbeidet i utbyggingsperioden for nødnett. Telenor vil søke å tilpasse den videre utbygging til utrulling av nødnett slik at nødnettenes tilpasningskostnader minimaliseres. I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012–2013), jf. Innst. 470 S (2012–2013) ble det bevilget 10 mill. kroner til utvikling av en teknisk løsning for ny teknologi-plattform og utprøving i et pilotprosjekt i regi av Telenor i Modalen kommune. Test og installasjon av løsningen gjennomføres i løpet av 2013.

Norsk helsearkiv

Det er besluttet å etablere Norsk helsearkiv på Tynset, organisert som en enhet i Arkivverket. Formålet med helsearkivet er å sikre en forsvarlig oppbevaring og tilgjengeliggjøring av eldre, bevaringsverdige pasientarkiv fra spesialisthelsetjenesten. Norsk helsearkiv vil være en stor satsning for å fremme medisinsk og helsefaglig forskning. Det vil også være nyttig for annen type forskning og andre dokumentasjonsformål.

De nødvendige lovendringer er gjennomført, jf. Prop. 99 L (2011–2012) Endringer i helseregisterlova mv. (etablering av Norsk helsearkiv m.m.) og Innst. 351 L (2011–2012). Det pågår et arbeid med å få på plass forskrifter, bl.a. om hvilke deler av eldre pasientarkiver som skal bevares for ettertiden i Norsk helsearkiv og for det helseregisteret som må etableres hos Norsk helsearkiv.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for etableringen og oppbyggingen av Norsk helsearkiv, og departementet har budsjettansvar for Norsk helsearkiv i denne perioden. Riksarkivaren har, etter oppdrag fra Kulturdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, etablert en interimorganisasjon for Norsk helsearkiv. Interimorganisasjon har bl.a. som oppgave å:

- kartlegge og vurdere aktuelt papirbasert og elektronisk arkivmateriale mv som kan avleveres til Norsk helsearkiv
 - utvikle/tilpasse IT-systemer til bruk i Norsk helsearkiv
- tegi for hele kommunesektoren. KS vil være en

- legge til rette for etablering av organisasjonen på Tynset
- bidra i arbeidet med avklaring av egnede lokaler for Norsk helsearkiv på Tynset

Det foreslås å videreføre bevilgningen på 10 mill. kroner i 2014. Bevilgningen skal i hovedsak dekke interimorganisasjonens utgifter til administrativ grunnbemanning, prosjektleder, IKT-utstyr og andre utgifter knyttet til forprosjektet.

Norsk helsearkiv skal etableres sammen med nytt sentraldepot for Arkivverket på Tynset. Det foreslås 75 mill. kroner over Fornyings-, administrasjons- og kirke- og kulturdepartementets budsjett til oppstart av nytt bygg, hvorav om lag 30 mill. kroner gjelder funksjoner for Norsk helsearkiv og om lag 45 mill. kroner gjelder funksjoner for Arkivverkets sentraldepot. I forprosjektet er det utredet en kostnadsramme for prosjektet på 808 mill. kroner i prisnivå per juli 2014. Det skal gjennomføres ekstern kvalitetssikring (KS2), slik at forslag om kostnadsramme legges fram for Stortinget og prosjektet startes opp våren 2014. Det vises til omtale i budsjettproposisjonene til Kulturdepartementet og Fornyings-, administrasjons- og kirke- og kulturdepartementet.

Nasjonalt program for kompetansenettverk for behovsrevet innovasjon i Helse- og omsorgssektoren (InnoMed)

Målsettingen til InnoMed er å utvikle løsninger basert på nasjonale behov og med internasjonale markedsmuligheter, for å øke kvaliteten og effektiviteten i sektoren. InnoMed har et strategisk samarbeid med Innovasjon Norge og inngår i den tiårige satsningen på innovasjon i helse- og omsorgssektoren mellom Nærings- og handelsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, jf. omtale i del III. InnoMed deltar sammen med Helse- og omsorgsdepartementet i det nasjonale leverandørutviklingsprogrammet til Nærings- og handelsdepartementet og KS, jf. omtale under kap. 769, postene 21 og 70.

Som oppfølging av Meld. St. 29 (2012-2013), Morgendagens omsorg, foreslås å etablere et kompetansenettverk for behovsrevet innovasjon og gratis kompetanseheving og prosessveiledning for kommuner som deltar i nettverket, for å styrke innovasjonsarbeidet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og på tvers av forvaltningsnivåene i helse- og omsorgstjenestene. Det foreslås en styrking av Innomedes aktivitet i 2014 med 5 mill. kroner. Det forutsettes at satsingen kan knyttes tett opp til utviklingen av regjeringens innovasjonsstrategi og at InnoMed vil være en sentral partner i utviklingen av dette arbeidet.

InnoMeds virksomhet har i 2012 resultert i 5 nasjonale møteplasser, 9 nye forprosjekter, 11 nye hovedprosjekter, og 5 nye realiserte innovasjoner (implementerte løsninger) innenfor tjenesteutvikling, IKT, medisinsk-teknisk utstyr og tekniske hjelpemidler. To piloter innen innovasjonsledelse og -kultur er satt i gang. Aktiviteter innen kunnskapsutvikling og -formidling inkluderer utprøving av metoder for tjenesteinnovasjon, revidering av håndbok og gjennomføring av nasjonal fagdag for behovsdrivet innovasjon.

InnoMed har i perioden 2006–2012 en portefølje på 117 innovasjonsprosjekter, hvorav 76 forprosjekter og 41 hovedprosjekter. Av de 41 hovedprosjekter er 18 implementert i sektoren. Den planlagte evalueringen av InnoMed vil bli gjennomført i 2013.

Nasjonale helsekonferanser

Det er behov for arenaer hvor aktører i helse- og omsorgstjenesten kan vurdere videreutvikling av tjenesten for å nå de helsepolitiske målene. Helse- og omsorgsdepartementet har, i samarbeid med Helsedirektoratet, invitert til nasjonale helsekonferanser siden 2007. Konferansene er blitt et møte- og ledere, brukere, bransjeorganisasjoner og fagfolk, og er en viktig arena for dialog.

Nasjonale kvalitetsindikatorer

Regjeringen har som mål at det skal være større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Åpenhet er viktig som grunnlag for pasienters og brukeres valg av tjenester, for forbedringsarbeid og for å gi befolkning og beslutningstakere informasjon om kvaliteten på tjenesten og om det er samsvar mellom ressursinnsats og resultat.

Helsedirektoratet har et lovpålagt ansvar for å drifte og videreutvikle det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten bistår på oppdrag fra Helsedirektoratet med utvikling, drift og validering. Indikatorarbeidet i Norge koordineres med OECDs kvalitetsindikatorprosjekt.

Arbeidet med å utvikle nye indikatorer skal intensiveres. I et helhetlig sett med indikatorer vil det være behov for å velge struktur-, prosess- og resultatindikatorer som til sammen gir et godt bilde av helse- og omsorgstjenestens innsats. Prioriterte områder for 2013 er kreft, pleie og omsorg, psykisk helse og rusbehandling. Det er også nødvendig å utvikle indikatorer som måler

kvalitet av tjenestene sett fra pasientens og brukerens perspektiv.

I juni 2013 ble ny publiseringsløsning for nasjonale kvalitetsindikatorer tatt i bruk på www.helsenorge.no. Publiseringsløsningen er mer brukervennlig og gir lettere oversikt over kvaliteten ved ulike sykehus som grunnlag for valg av behandlingssted. I alt 33 nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor spesialisthelsetjenesten publiseres her, og indikatorer fra pleie- og omsorgstjenesten skal inkluderes i løpet av 2013.

Gjennomføring av Nasjonalt helseregisterprosjekt, med satsing på nasjonale medisinske kvalitetsregistre og sentrale helseregistre, er viktig for videreutvikling av indikatorer innenfor det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

På områdene psykisk helsevern og rusbehandling gjøres det et betydelig løft for å utvikle nye indikatorer både for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det er foreløpig foreslått 10 nye indikatorer innen psykisk helsevern og rusbehandling som skal prøves ut.

Innen TSB vil drop-out bli en egen kvalitetsindikator i løpet av 2014. I løpet av 2015 vil Helsedirektoratet i tillegg publisere brukerundersøkelser innen TSB som egen nasjonal kvalitetsindikator. I løpet av 2015 vil det også bli utviklet indikatorer på samhandling både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Dette vil være indikatorer som også vil gi gode indikasjoner på sammenhengende behandlingsforløp. Dessuten vil det i løpet av 2015 bli utviklet egne indikatorer på pasientrettigheter som en del av kvaliteten innen rettighetsvurderingene.

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er virkemidler for å redusere uønsket variasjon og heve kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. De skal også bidra til riktigere prioriteringer, bidra til å løse samhandlingsutfordringer og bidra til helhetlige pasientforløp. Helsedirektoratet har et lovfestet ansvar for å utvikle, videreformidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

Det er publisert en rekke nasjonale faglige retningslinjer, men det er fortsatt utfordringer knyttet til utviklingen av disse. Utfordringsbildet er nærmere beskrevet i Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har hatt på høring et utkast til veileder for arbeidet med nasjonale faglige retningslinjer og denne veile-

deren gir et godt grunnlag for det videre arbeidet med nasjonale faglige retningslinjer.

Prioriteringsveiledere

I 2012 ble et e-læringskurs for opplæring i bruk av prioriteringsveilederne og praktisering av prioriteringsforskriften ferdigstilt og oversendt de regionale helseforetakene.

Det vil i løpet av 2013 settes i gang revidering av de 33 prioriteringsveilederne i lys av endringer i pasient og brukerrettighetsloven (jf. Prop. 118 L (2012–2013) om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (rett til nødvendig helsehjelp og pasientrettighetsdirektivet m.m.). Det vil også settes i gang utarbeidelse av en henvisningsveileder.

Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)

Mange pasienter med ME har behov for tjenester i et samspill mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har gitt støtte til en rekke informasjonstiltak og fagutviklingsprosjekter i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra slike prosjekter, blir viktige for videre anbefalinger for henvisningsrutiner, diagnoseutredning og samhandling mellom nivåene i helsetjenesten og tjenesteytere i andre etater. Tiltak til de aller sykeste pasientene og tiltak som kan bidra til bedre utredning, behandling, pleie og omsorg for barn og unge har vært prioritert. Det foreslås å videreføre tilskuddet til dette arbeidet i Helsedirektoratet med 1 mill. kroner.

Det ble i 2012 etablert en nasjonal kompetanse-tjeneste for kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME) i Helse Sør-Øst. Den nasjonale kompetansetjenesten skal bidra til å utvikle og heve kvaliteten på tjenestene til pasienter med CFS/ME i et helhetlig behandlingsforløp. Dette tiltaket skal sikre nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning og i hele helsetjenesten. Den nasjonale kompetansetjenesten har også ansvar for å overvåke og formidle behandlingsresultater, delta i forskning og undervisning og etablere forskernetverk, jf. omtale på kap. 732, post 78.

Helse Vest RHF ble både i 2012 og 2013 tildelt midler til en nasjonal klinisk multisenterstudie på CFS/ME. Det foreslås å videreføre tilskuddet over kap. 781, post 79.

Prehospitale tjenester – rapportering av data

Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene arbeidet med å utvikle et

system for innsamling og bearbeidelse av data fra akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og ambulansetjenesten. For AMK er det etablert et system for innsamling av data basert på det gjeldende IT-støttesystem for oppdragshåndtering i AMK sentralene, akuttmedisinsk informasjonssystem (Amis). Det er etablert faste rapporteringsrutiner fra helseforetak med AMK-sentraler til Norsk pasientregister, og det publiseres en årlig hovedrapport og tertialvise delrapporter.

For ambulansetjenesten er det utarbeidet et felles minimum datasett, og det forberedes mottak av data fra ambulansetjenesten. Ansvaret for gjennomføring av prosjektet er lagt til pasientregisteret.

Raskere tilbake

Det vises til omtale under kap. 732, post 79. Helsedirektoratet skal sikre nasjonal koordinering ved å følge med på at ordningen Raskere tilbake utvikles og praktiseres i samsvar med ordningens mål, samt sikre forankring av ordningen gjennom dialog med relevante aktører. Helsedirektoratet har ansvar for rapportering og analyser om status og utvikling av ordningen.

Post 70 Norsk Helsenett SF

Det foreslås nytt kap. 701 for å samle bevilgningene til IKT-tiltak i helse- og omsorgssektoren.

Det foreslås følgende flyttinger:

- 82,5 mill. kroner til nytt kap. 701, post 70 knyttet til Norsk Helsenett SF

Det foreslås å flytte 82,5 mill. kroner fra kap. 781, post 70 til nytt kap. 701, post 70 knyttet til omplassering av bevilgningen til Norsk Helsenett SF. Dette utgjør hele nåværende tilskudd til foretaket.

Det vises til omtale under kap. 701.

Post 79 Andre tilskudd

Det foreslås følgende flytting sammenliknet med saldert budsjett 2013:

- 23,8 mill. kroner til kap. 732, post 72–75 knyttet til Barn som pårørende.

Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)

Det vises til omtale under kap. 781, post 21 og kap. 732, post 78. Det foreslås å videreføre tilskuddet til forskning på CFS/ME i Helse Vest RHF med 2 mill. kroner.

Nasjonalt medisinsk museum

Nasjonalt medisinsk museum er integrert i Norsk teknisk museum, og er opprettet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Museet skal formidle medisinhistorie ved å dokumentere og bevare gjenstander, fotografier, arkivmateriale og bøker innenfor sitt felt, samt videreutvikle utstillinger.

Organdonasjon

Flere mennesker som trenger det skal få tilbud om livreddende organtransplantasjon. Nasjonalt fagråd for organdonasjon ble opprettet høsten 2009 i regi av Helsedirektoratet, som også ivaretar sekretærfunksjonen for rådet. Oslo universitetssykehus HF har landsfunksjon for organtransplantasjon. Antall organtransplantasjoner har økt fra 303 i 2001 til 478 i 2012. Nyretransplantasjoner, som det skjer flest av, skjer med organer fra avdøde og levende giver.

Stiftelsen Organdonasjon

Det gis tilskudd til Stiftelsen Organdonasjon. Stiftelsen driver opplysningsarbeid overfor befolkningen og media for at flest mulig skal ta stilling til organdonasjon.

Norsk ressursgruppe for organdonasjon, Norod

Det gis tilskudd til Norod. Gruppen består av helsepersonell fra flere donorsykehus og fra transplantasjonsmiljøet ved Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet. Opplæring av helsepersonell i kommunikasjon med pårørende er en prioritert oppgave.

Hornhinnetransplantasjon

Regionale helseforetak er gitt i oppdrag å etablere egne rutiner for å innhente samtykke til hornhinne-donasjon. Det er et mål at sykehusene skal bli selvforsynte med hornhinner. Hornhinnetransplantasjoner foretas i dag ved St. Olavs hospital HF, Helse Bergen HF, Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus HF, Ullevål.

Barn som pårørende

Det foreslås å styrke tilbudet til barn av rusmiddel-avhengige. Ideelle organisasjoner, bl.a. Blå Kors, har utviklet modeller og tiltak som kan nå barn/pårørende. Det foreslås 4 mill. kroner øremerket til Blå Kors og videreutvikling av Kompasset. Det

foreslås ytterligere 16 mill. kroner til å etablere nye lavterskeltilbud til gravide, mødre/foreldre med rus/og eller psykiske problemer over kap. 732, post 72–75. Midlene som går til lavterskeltiltak foreslås flyttet til kap. 732, post 72–75 da dette er oppgaver som naturlig hører inne under de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar.

Forskning på området barn som pårørende ble i 2011 en egen femårig strategisk satsning gjennom Norges forskningsråd. Fire prosjekter er tildelt midler. Forskning på området barn som pårørende videreføres. Det vises til omtale under kap. 780 Forskning.

Helsedirektoratet har i 2013 satt i gang en levekårsundersøkelse av barn med rusavhengige foreldre. Det foreslås at tilskuddet på 3,2 mill. kroner videreføres i 2014.

Kompetanse og fagnettverk, Huntingtons sykdom

Fagnettverk Huntington – nasjonalt system for veiledning og kompetanse skal etableres som et nasjonalt system for veiledning og kompetanse.

Det vises til omtale under kap. 761, post 75. Det foreslås at tilskuddet på 1 mill. kroner videreføres.

Nasjonal kreftstrategi 2013–2017

Bedre og mer effektiv utredning og behandling av kreftsykdommer er et viktig satsingsområde. Sammen mot kreft, Nasjonal kreftstrategi 2013–2017 trekker opp nasjonale målsettinger og delmål på flere viktige områder: En mer brukerorientert kreftomsorg, gode pasientforløp uten unødige forsinkelser, kreftforebygging, økt kreftoverlevelse og bedre livskvalitet for kreftpasienter og pårørende. Strategien er utarbeidet i samarbeid med Kreftforeningen. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 70.

Onkologiske faggrupper

De onkologiske faggruppene organiserer legespesialistene innen de enkelte kreftformene. Faggruppene samler, vurderer og behandler forskningsinformasjon om de enkelte kreftformene. Dette formidles til de regionale helseforetakene og bidrar til lik behandling i Norge. Denne informasjonen danner også grunnlaget for de faglige anbefalingene som gjennom handlingsprogrammene utgis som nasjonale faglige retningslinjer. De onkologiske faggruppene gjennomfører forskning og skriver faglige artikler

som bidrar til kunnskapsspredning nasjonalt og internasjonalt. Det foreslås at tilskuddet på 1 mill. kroner videreføres.

Kreftlinjen

Kreftlinjen er et informasjonstilbud, primært rettet mot kreftpasienter og deres pårørende, som driftes av Kreftforeningen. Tilbudet har som formål å drive rådgivning, veiledning og støtte til mennesker som er rammet av eller har spørsmål om kreft. Kreftlinjen har et tett samarbeid med, og gir faglig bistand til Kreftforeningens 12 tilsluttede pasientforeninger. De som kontakter Kreftlinjen kan, som en del av Kreftforeningens rettighetstjeneste, også ved behov få bistand fra Kreftforeningens sosionomer og jurister/advokater. Det ble gitt et tilskudd på 1,8 mill. kroner til Kreftlinjen i 2013. Det foreslås at tilskuddet videreføres i 2014. Det vises til omtale under kap. 732, post 70 om ny nasjonal kreftstrategi.

Beslutningsstøtteverktøy for pasienter

Beslutningsstøtteverktøy kan hjelpe pasienter og pårørende med å tilegne seg kunnskap og kommunikasjonsferdigheter slik at de kan bli aktive deltakere i egen utredning, behandling og oppfølging. Verktøyet, som f.eks. kan finnes på DVD eller internett, vil gi pasienter informasjon om ulike behandlingsoalternativer, slik at pasienter sammen med helsepersonell kan treffe valg som er i tråd med dere verdier og preferanser. Det foreslås at tilskuddet på 2 mill. kroner videreføres.

International Cancer Benchmarking Partnership (ICBP)

Det er forskjeller i kreftoverlevelse i ulike land. ICBP ønsker å finne svar på hvorfor kreftoverlevelsen varierer mellom deltakerlandene. Prosjektet begynte som et initiativ fra Helsedepartementet i Storbritannia, og er et samarbeid mellom Storbritannia, Canada, Australia, Danmark, Sverige og Norge. ICBP ser spesifikt på fire ulike kreftformer: brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og ovarialkreft. En gjennomgang av statistikk for kreftoverlevelse i de seks landene i årene 1995–2007 viser at Australia, Canada og Sverige kommer best ut, Storbritannia og Danmark kommer dårligst ut, mens Norge kommer midt ut. Studien viste at overlevelsen økte i denne perioden for alle de fire krefttypene i alle deltakerlandene. I de øvrige studiene i prosjektet kartleg-

ges forskjeller i befolkningens kunnskap og bevissthet om kreft, fastlegenes rolle og forskjeller i kunnskap, atferd og systemer i førstelinjetjenesten, årsaker til forsinkelser i pasientforløp og i hvilken grad evidensbasert behandling blir brukt i de ulike landene. Prosjektet er planlagt fullført i løpet av 2014, men det vil gjenstå noe analyse- og publiseringsarbeid i 2015.

Diabetes

Hvor godt samfunnet og helsetjenesten lykkes med å forebygge og behandle diabetes er en indikator på både hvor godt folkehelsearbeidet fungerer og i hvilken grad vi lykkes med samhandlingsreformens målsettinger om en styrket innsats tidlig i forløpet med god oppfølging og opplæring i kommunene. De overordnede linjene for utvikling av tjenestetilbudet til mennesker med diabetes følges opp i den nasjonale strategien for forebygging, behandling og oppfølging av mennesker med ikke smittsomme kroniske sykdommer, som regjeringen la fram i høst jf. omtale under kap. 762. Strategien har en egen del spesielt rettet mot diabetes. Det foreslås 3 mill. kroner til å utvikle modeller for lærings- og mestringsfunksjoner i kommunene til voksne med diabetes over kap. 762, post 60. Det vises videre til tilskuddsmidler til å utvikle den kommunale oppfølgingen til mennesker med kroniske sykdommer, herunder diabetes, som foreslås videreført for 2014 jf. omtale under kap. 762, post 60.

Diabeteslinjen

Diabeteslinjen er et informasjonstilbud drevet av Diabetesforbundet, rettet mot pasienter med diabetes og deres pårørende. Tilbudet har som formål å drive rådgivning, veiledning og støtte til mennesker med diabetes. Tjenesten er tilgjengelig på telefon og internett. Diabeteslinjen skal være et lett tilgjengelig informasjonstilbud med høy faglig kvalitet til alle som har spørsmål om diabetes. 1 mill. kroner til drift av diabeteslinjen videreføres.

Motivasjonsgrupper

Diabetesforbundet utdanner ledere til motivasjonsgrupper. Lederne skal bl.a. motivere pasienter som lever med diabetes til å leve sunnere og mestre hverdagen med diabetes. Kosthold, fysisk aktivitet og erfaringsutveksling er pilarer i gruppene som møtes regelmessig over en lengre tidsperiode. Siden oppstarten i 2007 er det utdannet

om lag 180 igangsettere og om lag 1000 personer har deltatt på motivasjonskurs.

Undersøkelser viser at de som har vært på kurs beveger seg mer og spiser oftere frukt og grønt. De føler også at de mestrer sin diabetes bedre. 0,5 mill. kroner videreføres til utdanning av ledere til motivasjonsgruppene i regi av Diabetesforbundet i 2014.

Informasjonsvirksomhet

Det ble for 2013 bevilget 5 mill. kroner til Diabetesforbundets arbeid med motivasjonsgrupper og å oppdage diabetes tidlig. Disse midlene foreslås videreført. Som et ledd i oppfølgingen av den nasjonale strategien om innvandreres helse foreslås det å styrke Diabetesforbundets informasjonsarbeid knyttet til innvandrere med diabetes med 2 mill. kroner over kap. 762, post 70, jf. omtale der.

Kap. 782 Helseregistre

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
21	Spesielle driftsutgifter	15 832	17 029	17 125
70	Tilskudd	33 676	34 787	36 005
	Sum kap. 0782	49 508	51 816	53 130

Nasjonale helseregistre er nødvendige for helseovervåking, beredskap, forskning og kunnskapsutvikling, kvalitetssikring og forbedring av tjenestetilbudet. Det finnes i dag en rekke sentrale helseregistre, deriblant Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister, Meldesystemet for infeksjonssykdommer (MSIS) og Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser i Nasjonalt folkehelseinstitutt, Norsk pasientregister i Helsedirektoratet og Kreftregisteret i Oslo universitetssykehus HF. Det finnes om lag 200 medisinske kvalitetsregistre, hvorav 45 har offisiell status som nasjonale. 26 av disse ble godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2012 og våren 2013.

De norske helseregistrene gir bedre muligheter for å følge med på helsetilstanden, finne årsaker til sykdom og vurdere kvalitet på helsetjenestene enn i de fleste andre land. Disse mulighetene kan imidlertid utnyttes bedre. Infrastrukturen i flere av registrene er umoderne, og nye teknologiske løsninger er i begrenset grad tatt i bruk. Mange av registrene er ikke godt nok oppdatert, og flere av kvalitetsregistrene har fortsatt for lav nasjonal dekningsgrad. Det er store variasjoner i kvaliteten på dataene og det er krevende å koble informasjonen fra ulike registre sammen. Det er særlig behov for bedre data om primærhelsetjenesten for å vurdere kvaliteten på tjenestene og understøtte samhandlingsreformen.

Det er satt i gang et omfattende arbeid for å modernisere og samordne helseregisterfeltet.

Regjeringen vedtok våren 2011 en tiårig strategi for nasjonale helseregistre. Strategien legger til grunn at helseregistrene skal gi kunnskap som bidrar til bedre kvalitet på helsetjenestene og til bedre behandling, forebygging, helseovervåking og forskning. I tråd med regjeringens strategi ble nasjonalt helseregisterprosjekt etablert høsten 2011. Det er et mål at det skal finnes helseregistre innenfor alle store sykdomsområder for å ivareta pasientsikkerheten, kvaliteten på tjenestene og beredskapsformål. Viktige utviklingsområder er fellesregistermodellen og nye tekniske løsninger. I 2014 vil revisjon av helseregisterloven, modernisering av Dødsårsaksregisteret, utredning av et sentralt register over kommunale helse- og omsorgstjenester, videre utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre og videre utredning av et nytt nasjonalt legemiddelregister være prioriterte oppgaver.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker drift av nasjonalt helseregisterprosjekt. Det foreslås at 0,5 mill. kroner av bevilgningen, som har vært øremerket Helsedirektoratets forvaltning av nasjonalt nettverk for kvalitets- og helseregisterfeltet, overføres til kap. 720, post 01 for å følge opp Helsedirektoratets oppgaver på kvalitetsregisterfeltet samt se kvalitetsregistre i sammenheng med øvrige nasjonale virkemidler for å fremme kvalitet i helse- og

omsorgstjenesten. Ut over pris- og lønnsjustering foreslås ingen andre endringer i bevilgningen sammenliknet med saldert budsjett 2013.

Nasjonalt helseregisterprosjektet følges opp gjennom toårige handlingsplaner. Handlingsplanen for 2010–2011 var den første planen og fungerer som en overordnet plan for utvikling av helseregisterfeltet de kommende årene. Handlingsplanen for 2012–2013 løfter fram følgende prioriterte områder og tiltak for toårsperioden: Samordning, ledelse og organisering, personvern og juridiske tiltak, personvern og konkrete utviklingsprosjekter. De konkrete utviklingsprosjektene er videreutvikling av Norsk pasientregister, modernisering av dødsårsaksregisteret, etablering av nasjonalt register over hjerte- og karlidelser, forprosjekter for fellesregistre på spesifikke områder og videreføring av arbeidet med fellesløsninger for nasjonale helseregistre.

I perioden 2012–2013 er det lagt til rette for en tettere integrering mellom e-helseprosjektet og nasjonalt helseregisterprosjekt gjennom etablering av en felles styringsgruppe. Regjeringen har formulert mål og strategier for digitalisering av helsesektoren i Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal*. Helse- og omsorgsdepartementet sendte i juni 2013 på høring et forslag om å gjøre helseregisterloven om til to lover: en pasientjournallov og en helseregisterlov. I høringsnotatet er det foreslått lovendringer som skal gjøre det lettere å etablere nye helseregistre. Nasjonalt register over hjerte- og karlidelser ble etablert i 2012. Driften av Dødsårsaksregisteret skal innen 1. januar 2014 overføres fra Statistisk sentralbyrå til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Bakgrunnen for overføringen er at det skal innføres elektronisk innrapportering og gjennomføres omfattende modernisering av registeret for øvrig. Det arbeides med oppgradering og videreutvikling av Norsk pasientregister for å gi et enda bedre grunnlag for helseovervåking, kvalitetssikring, forskning og styring. Helse- og omsorgsdepartementet har nedsatt et forprosjekt for å koordinere registerinitiativ innenfor legemiddelområdet og vurdere alternative modeller for et ev. fellesregister for legemidler. Folkehelseinstituttet leder forprosjektet som skal levere en rapport innen september 2013. Et felles nettsted for nasjonale helseregistre ble lansert høsten 2012 (www.helseregistre.no). Nettstedet er en felles inngangsport til informasjon om de nasjonale helseregistrene og vil bli videreutviklet i samarbeid med kommunikasjonsgruppen i Nasjonalt helseregisterprosjekt.

I strategien for helseregisterfeltet er det lagt opp til at de skal utarbeides toårige handlingsplaner. I sammenheng med at dagens handlingsplan løper ut i 2013, skal Nasjonalt folkehelseinstitutt vurdere status for og erfaringer med gjennomføring av helseregisterprosjektet så langt.

Post 70 Tilskudd

Bevilgningen dekker finansiering av nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), videreutvikling av tekniske fellesløsninger i regi Nasjonal IKT og implementering av fellesløsninger for medisinske kvalitetsregistre. Det foreslås bevilget 36 mill. kroner til formålet i 2014.

Medisinske kvalitetsregistre er registre som løpende kan dokumentere resultater for en avgrenset pasientgruppe med utgangspunkt i individuelle behandlingsforløp. Data fra medisinske kvalitetsregistre gir grunnlag for å evaluere kvalitet og oppnådd helsegevinst og danner grunnlag for faglig forbedringsarbeid, forskning og styring.

Regionale helseforetak har ansvar for å finansiere driften av de medisinske kvalitetsregistrene med nasjonal status, og legge til rette for at de benyttes i tråd med sitt formål. De har også ansvar for å sikre bedre utnyttelse av data og sikrere drift gjennom samordning og utvikling av felles infrastruktur. Helse- og omsorgsdepartementet har på bakgrunn av anbefalinger fra de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet besluttet å gi nasjonal status til i alt 26 medisinske kvalitetsregistre det siste året. Antall medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status er nå 45.

For å ivareta sine ansvarsoppgaver på kvalitetsregisterområdet har de regionale helseforetakene organisert arbeidet med nasjonale medisinske kvalitetsregistre gjennom en interregional styringsgruppe, med mandat fra administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene. Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre ved SKDE er etablert for å understøtte og koordinere innsatsen for etablering av landsdekkende registre som kan benyttes i tråd med sine formål, og ivaretar sekretariatsledelsen for interregional styringsgruppe. Hemit i Helse Midt-Norge har siden 2009 hatt i oppdrag å etablere og videreutvikle felles tekniske løsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

I 2014 overføres ansvaret og ressursene til utvikling av felles tekniske løsninger fra Hemit til Nasjonal IKT. Endringen innebærer en overgang fra rammefinansiering av en foretrukket leverandør (Hemit) og teknisk innregistreringsløsning

(MRS) til oppdragsfinansiering av et begrenset antall (tre til fem) likeverdige aktører styrt av Nasjonal IKT og interregional styringsgruppe. Endringen er basert på en omfattende prosess i regi av de regionale helseforetakene, og begrunnes i behovet for raskere framdrift i arbeidet med å få kvalitetsregistrene til å virke etter sine formål. Dagens monopolløsning med en leverandør og en løsning har vist seg å representere en flaskehals for til å få alle de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i landsomfattende drift på teknisk plattform. Det å åpne for tre til fem løsninger forutsetter at de skal tilfredsstillende felles krav og standarder for å kunne godkjennes. Nasjonal IKT er spesialisthelsetjenestens hovedarena for samhandling innenfor informasjons- og kommunikasjonsteknologi, og arbeidet med felles tekniske løsninger blir dermed knyttet tettere opp mot det felles regionale og nasjonale arbeidet på IKT-området. Arbeidet blir også tettere knyttet sammen til oppfølgingen av Nasjonalt helseregisterprosjekt som er forankret i departementets E-helsegruppe.

Det er etablert samarbeid med Norsk pasientregister om dekningsgradanalyser for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Det er utviklet en felles elektronisk mal for årlig rapportering for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Første rapportering skjer i 2013. Det arbeides med å publisere informasjon om og resultater fra registrene

for offentligheten på en brukervennlig måte innen utgangen av 2013.

Prioritert oppgave i 2014 for de regionale helseforetakene vil fortsatt være å implementere felles infrastruktur for de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene, fremme nasjonal dekningsgrad, samt synliggjøre resultater fra registrene som grunnlag for kvalitetsforbedring og forskning.

Videreutviklingen av kvalitetsregisterfeltet skjer som del av nasjonalt helseregisterprosjekt. Den pågående revideringen av helseregisterloven har som mål å bedre de juridiske rammene for sentrale helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre med hensyn til både etablering av registre og bruk av data fra registre. Helse- og omsorgsdepartementet fikk i 2013 ansvar for å beslutte nasjonal status for medisinske kvalitetsregistre, samt å etablere et sett av kriterier og krav til konsekvensutredning for å kunne bli godkjent som et nasjonalt register. Kriteriene skal bygge på de kriteriene som i dag foreligger, men videreutvikles spesielt i lys av nasjonale faglige og helsepolitiske behov og prioriteringer, og i lys av prioriteringer og føringer som legges gjennom Nasjonalt helseregisterprosjekt. Det er også behov for å vurdere evalueringssystemer for nasjonale registre og forutsetninger for å opprettholde status som nasjonalt register.

Kap. 783 Personell

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	23 920	28 471	29 467
61	Turnustjeneste	120 585	129 138	133 400
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	25 456	28 912	29 924
	Sum kap. 0783	169 961	186 521	192 791

Helse- og omsorgstjenesten er personell- og kunnskapsintensiv virksomhet. Personellet står for om lag to tredeler av den samlede ressursinnsatsen i helse- og omsorgstjenestene. Kompetanseutvikling og utdanning av helsepersonell er viktig for innholdet og kvaliteten i tjenestene. Grunnutdanningene, videre- og spesialistutdanningene må være innrettet mot pasientenes og tjenestenes behov og de framtidige helseutfordringene, som beskrevet bl.a. i samhandlingsreformen. For å

sikre tilstrekkelig og rett kompetanse på rett sted i en tjeneste som er i rask endring, må det legges opp til fleksible systemer for utdanning og kompetanseutvikling. Godkjenningsordningene må også innrettes slik at sentrale målsettinger for den helhetlige helsetjenesten ivaretas.

Det er spesielt viktig å rekruttere og beholde personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samtidig må det arbeides framtidsrettet

med sikte på å møte behovene for spesialisert kompetanse i spesialisthelsetjenesten.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

For å få et klarere skille mellom midler til statlige driftsutgifter og tilskuddsmidler, er bevilgningen delt mellom post 21 og post 79, Andre tilskudd. Det er gitt en samlet omtale av tiltakene under post 79.

Post 61 Turnustjeneste

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvar for å organisere turnustjeneste for leger, fysioterapeuter, kiropraktorer og ortopediingeniører. Fullført turnustjeneste er i dag nødvendig for å få autorisasjon for fysioterapeuter, kiropraktorer og ortopediingeniører. Formålet med tilskuddsordningene er å sikre god kvalitet på turnustjenesten, herunder god veiledning, og bidra til forutsigbarhet for turnusstedene og turnuskandidatene ved å kompensere for en del av kommunenes kostnader i forbindelse med turnustjenesten. Tilskuddsordningen skal også bidra til å videreutvikle og kvalitetssikre de overordnede rammene for turnustjenesten. Turnustjenesten i sykehus for leger og fysioterapeuter finansieres over kap. 732, post 70. Det foreslås bevilget 133,4 mill. kroner i 2014.

Endringer i turnusordningen for leger

Ordningen med fordeling av turnusstillinger etter loddtrekning er avviklet. Det er fra 2013 innført en ny søknadsbasert ordning som er harmonisert med arbeidslivets regler. Utlysning av turnusstillinger vil som tidligere skje sentralt, mens tilsetninger og vurderinger foretas lokalt. Endringene gir turnuskandidatene et reelt valg om hvor de skal søke og gjennomføre turnustjenesten, mens arbeidsgiverne får mer innflytelse på tilsetningene. Turnusstillingene lyses ut hvert halvår i to puljer. De mest rekrutteringssvake stillingene lyses ut først. Autorisasjon som lege for medisinstudenter fra norske utdanningssteder blir gitt ved fullført cand.med.-utdanning. Turnusstillingene vil utgjøre første obligatoriske del av legers spesialistutdanning for alle leger som ønsker å gå videre med spesialisering i norsk helsetjeneste.

Ny forskrift om turnustjenesten for leger ble fastsatt i desember 2012. Helsedirektoratet har etablert en nettbasert søknadsportal for å administrere tilsetninger i turnusstillinger. Alle stillinger utlyses i søknadsportalen. Kandidater kan

søke stilling og arbeidsgiver kan behandle søknadene elektronisk. Det er lagt vekt på gode søknadsprosedyrer og antall turnusstillinger videreført, med 475 turnusstillinger per halvår. Erfaringene med den nye ordningen er så langt gode. Ordningen ble utprøvd i en pilotordning for enkelte av turnusstillingene med oppstart i februar 2013. Første ordinære søknadsrunde for oppstart i turnusstilling september 2013 ble gjennomført i perioden mars – juni 2013.

Turnustjeneste for fysioterapeuter

Fysioterapeuter har ett år obligatorisk turnustjeneste; 6 måneder i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten. Kommuner som mottar fysioterapikandidater tildeles fastlønnstilskudd etter forskrift om fastlønnsforskrift til delvis dekning av kommunenes utgifter. I 2012 var det om lag 300 fysioterapeutkandidater i turnustjeneste. Prognoser viser økt behov for turnusplasser for fysioterapeuter. I 2012 ble det i turnusforskriften for fysioterapeuter innført bestemmelser om at kandidater som ikke har fått turnusplass blir overført til venteliste. Ventetiden for turnusstart kan være på inntil ett år. Ved valg av turnusplass for 2013 ble 20 kandidater satt på venteliste, men samtlige fikk tilbud om hel- eller halvårs plass i løpet av våren 2013.

Turnustjeneste for kiropraktorer

Kiropraktorer har ett års turnustjeneste hos privatpraktiserende kiropraktor. Det var om lag 45 kiropraktorkandidater i turnustjeneste i 2012. Det forventes en viss økning de nærmeste årene. Det gis tilskudd til privatpraktiserende kiropraktorer som tar i mot turnuskandidater.

Turnustjeneste for ortopediingeniører

Ortopediingeniører har to års turnustjeneste ved privat ortopediteknisk verksted. Høgskolen i Oslo har ansvar for å skaffe turnusplasser i verksteder for gjennomføring av turnustjenesten. Det gis ikke tilskudd til turnusordningen for ortopediingeniører.

Post 79 Andre tilskudd

Turnustjeneste, kurs og veiledning, reise- og flytteutgifter

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for å organisere turnustjeneste for leger, fysioterapeuter, kiropraktorer og ortopedi-

ingeniører. Formålet med turnustjenesten er å bidra til å kvalifisere turnuskandidater til selvstendighet i yrket. Tilskuddsordningene på turnusfeltet skal bidra til god kvalitet, god veiledning og forutsigbarhet for turnusstedene og turnuskandidatene. Det gis tilskudd til ulike kurs og veiledningsprogram for turnuskandidater og turnusveiledere som administreres av Fylkesmannen. Det gis også tilskudd til reise- og flytteutgifter for turnuskandidater etter eget regelverk hvor distrikts- og rekrutteringshensyn vektlegges.

Personell- og kompetansestatistikk, Helsemod

Statistikk og framskrivninger er viktig for arbeidet med å sikre helse- og omsorgstjenestene tilgang på personell med relevant og god kompetanse. Statistisk sentralbyrå leverer løpende statistikk og analyser. Helse- og omsorgsdepartementet finansierer sammen med Arbeidsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet arbeid i Statistisk sentralbyrå med å videreutvikle modeller for framskrivninger av tilbud og etterspørsel av arbeidskraft. Byråets arbeid på dette området gjøres i tett dialog med helse- og utdanningsmyndighetene. Helsedirektoratet er gitt ansvaret for løpende dialog, oppfølging og forvaltning av arbeidet.

Både antall helsepersonell og kompetansenivå har økt betydelig de siste ti årene. Samtidig er helse- og omsorgstjenestene preget av høyt sykefravær og stort omfang av deltidsarbeid. Arbeidsinnvandring har fått økende betydning for personellutviklingen i tjenestene. Helsemod 2012 ble ferdigstilt i 2012, med tidsperspektiv fram til 2035. Framskrivningene, som må tolkes med forsiktighet, antyder at det i all hovedsak vil være balanse mellom tilbud og etterspørsel fram til 2020. Framskrivningene viser imidlertid at det sannsynligvis vil oppstå økende mangel på helsefagarbeidere, og på lengre sikt en økende mangel også på sykepleiere. Framskrivningene utgjør et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlag for det videre arbeidet med personell og kompetanse i helsetjenesten og må ses i sammenheng med andre tiltak for å organisere tjenesten bedre. Framskrivningene tydeliggjør betydningen av samhandlingsreformen og viktigheten av å fortsatt sikre god utnyttning og utvikling av personellet og kompetansen i tjenestene.

Helsepersonellregisteret

Helsepersonellregisteret (HPR) er helsemyndighetenes register over helsepersonell med norsk autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven og over veterinærer med autorisasjon og lisens etter dyrehelsepersonelloven. Registeret omfatter opplysninger om personalia og godkjenninger. Helsedirektoratet er registreier mens innholdet vedlikeholdes av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. I de senere årene har det vært utført et betydelig utviklingsarbeid knyttet til registeret. I løpet av 2013 kommer en ny versjon på plass. Denne ivaretar behov knyttet til saksbehandlingen og krav fra sektoren om samhandling med andre datasystemer. Gode data om helsepersonells offentlige godkjenninger er en forutsetning for å ta i bruk elektroniske resepter og sykemeldinger og for å utløse refusjoner og ytelser fra Nav og Helfo. HPR brukes også til personellstatistikk, planlegging, prognoser, beredskap og tilsyn. Fra 2013 skal HPR brukes som grunnlag for tilgangskontroll for ny elektronisk kjernejournal.

Nytt legestillingsregister

Formålet er å ivareta nasjonal styring med legefördeling og spesialistutdanning av leger. Dette innebærer bl.a. å overvåke fordelingen av legestillinger mellom spesialiteter, stillingstyper og geografiske områder. Det gjøres på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Helsedirektoratet er registreier og Norsk Helsenett er databehandler. Registeret ble satt i drift fra 1. januar 2013 og erstatter den tidligere legestillingsdatabasen til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR-databasen). I løpet av 2013 skal alle lønns- og personalsystemer ved helseforetakene være integrert og slik sørge for ajourførte og kvalitetssikrede data. Et utviklingsprosjekt er påbegynt for å utvide registeret til også å inkludere legestillinger i primærhelsetjenesten, i første rekke fastlegehjemler.

Tilskudd til godkjenning av personell utdannet i utlandet

Helsemyndighetene har ansvar for å sikre at helsepersonell har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å utøve sitt yrke på en forsvarlig måte. Offentlig godkjenning i form av autorisasjon og lisens gis til helsepersonell som oppfyller bestemte krav til teoretisk og praktisk kunnskap og kyndighet. Autorisasjonsordningen bidrar til å ivareta hensynet til pasientsikkerhet og befolkning

gens tillitt til helsepersonell og helsetjeneste. Godkjenning av helsepersonell utdannet i annet land innenfor EØS er regulert gjennom internasjonale avtaler. For helsepersonell utdannet utenfor EØS må det foretas en individuell vurdering av om lovens krav til autorisasjon eller lisens er oppfylt.

Helsedirektoratet har i 2013 utarbeidet forslag til forskrift og godkjenningsmodell for helsepersonell utdannet i land utenfor EØS-området. Forslaget tar utgangspunkt i rapporten Godkjenning av helsepersonell utdannet i land utenfor EØS og ble omtalt i Stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet som ble behandlet i Stortinget våren 2013. Det er foreslått at forskriften skal regulere språkkrav, faglig testing og kurs i nasjonal fag for søkere om autorisasjon, i tillegg til jevn godhetsvurdering av søkerens utdanning. Departementet har saken til vurdering.

Globale retningslinjer for rekruttering av helsepersonell

WHO's globale retningslinjer for internasjonal rekruttering fra 2010 inneholder bl.a. prinsipper for etisk rekruttering av helsepersonell. Retningslinjene har som mål å bidra til økt internasjonal samordning av politikken for rekruttering av helsepersonell og bidra til bedre helsepersonellplanlegging.

Regjeringen har bestemt at retningslinjene skal implementeres blant arbeidsgivere i norsk helsetjeneste. Implementeringen startet i 2011 og har involvert helseforetakene, den kommunale helse- og omsorgssektoren samt aktuelle private aktører og leverandører av helsepersonell. Helsedirektoratet blir gitt oppgaver på området, og har fra 2011 bl.a. arrangert flere informasjonsseminarer og har oversatt retningslinjene og medfølgende veileder. Helsedirektoratet har også ansvar for koordinering av rapporteringen til WHO om den norske implementeringen av retningslinjene.

Spesialistgodkjenning av helsepersonell

Oppgaven er regulert i forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger, og omfatter leger, tannleger og optikere. Stortinget vedtok i 2009 å endre Helsepersonelloven slik at godkjenning av spesialister ikke lenger kan delegeres til yrkesorganisasjonene. Fra 1. oktober 2011 overtok Helsedirektoratet oppgaven med å behandle og godkjenne søknader om spesialistgodkjenning. Fra samme tidspunkt ble det innført gebyrer for spesialistgodkjenning tilsvarende ordningen for autorisasjon av helsepersonell. Gebyrordningen finansierer bare delvis kostnadene ved spesialistgodkjenning. Berørte yrkesorganisasjoner bistår Helsedirektoratet med sakkyndige råd i enkeltsaker. I mai 2013 presenterte Helsedirektoratet et nytt elektronisk søknadsskjema til bruk i søknadsbehandlingen.

Alternativ behandling

Formålet med tilskuddsordningen er å sørge for kvalitetssikret informasjon som kan øke kunnskapen om bruk og ev. effekter av alternativ behandling, bidra til økt profesjonalitet og etisk bevissthet blant utøverne, samt bedre sikkerhet og kunnskap for brukerne. Tilskuddet omfatter registerordningen for utøvere av alternativ behandling i Brønnøysundregistrene (Altbas), Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling (Nafkam) og Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (Nifab). I 2013 ble det gjennomført en evaluering av virksomheten ved Nafkam og Nifab. Ny avtale om drift og finansiering av Nafkam skal inngås etter avsluttet evaluering mellom Helsedirektoratet og Nafkam som avtaleparter. En foreløpig avtale er inngått inntil evalueringen foreligger. Tilskudd foreslås videreført i 2014.

Programområde 30 Stønad ved helsetjenester

Folketrygdens stønad ved helsetjenester (kapittel 5 i folketrygdloven) har som overordnet mål å gi befolkningen i alle deler av landet god tilgang til effektiv medisinsk behandling ved å dekke utgifter til helsetjenester. Folketrygden gir i hovedsak stønad ved helsetjenester utenfor institusjon. Omsorgstjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

Kommunene har ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og regionale helseforetak for spesialisthelsetjenesten. Fylkeskommunen har ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Foruten det ansvarlige forvaltningsnivåets egenfinansiering av tjenestene, bidrar folketrygden og pasientene til finansiering av en del tjenester gjennom refusjonssatser og egenandeler.

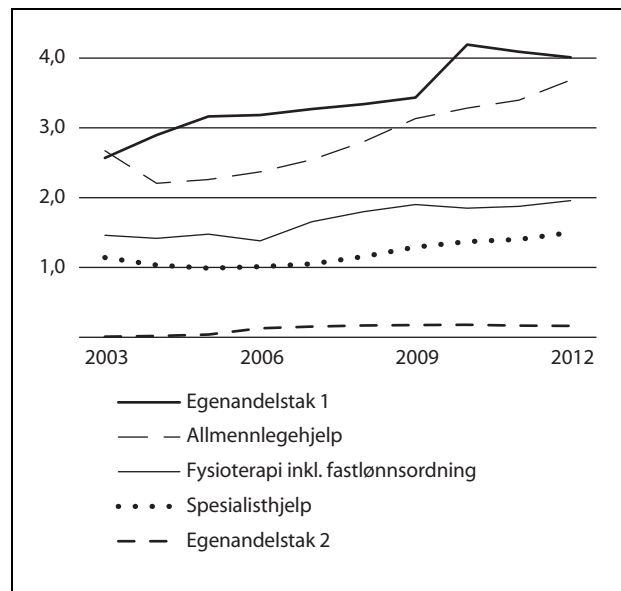
Trygden gir, etter nærmere vilkår, stønad til dekning av utgifter til tjenester ved private laboratorier og røntgeninstitutt, privatpraktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten gis det trygderefusjoner til bl.a. allmennlege- og fysioterapitjenester. Refusjonstakstene for lege-, fysioterapi- og psykologtjenester blir fastsatt som resultat av de årlige takstoppgjørene eller høringsprosesser. Det gis også refusjon til behandling hos tannlege for enkelte diagnosegrupper. Fra 2013 gis det også refusjon for behandling hos tannpleier.

Legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept finansieres av folketrygden og pasientene.

Over bidragsordningen gis det støtte til dekning av utgifter til enkelte helsetjenester når utgiftene ellers ikke dekkes etter folketrygdloven eller andre lover.

Saksbehandlingen og utbetalingen av refusjoner foregår i Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Helfo er en egen organisatorisk og administrativ enhet underlagt Helsedirektoratet. Det vises til omtale under programkategori 10.20, Helseforvaltning.

Utviklingstrekk



Figur 4.1 Folketrygdens refusjonsutgifter til lege- og fysioterapihjelp og egenandelstakordningene i perioden 2003–2012 (beløp i mrd. kroner)

Refusjon legetjenester

Utgifter til allmennlegehjelp omfatter refusjoner for behandling hos fastleger, ved legevakt og avsetning til fond. Refusjoner til allmennleger har økt fra 2 672 mill. kroner i 2003 til 3 686 mill. kroner i 2012, svarende til en nominell vekst på 37,9 pst. Nedgangen i refusjonsutgifter fra 2003 til 2004 skyldes dels overføring av legeerklæringer til daværende Arbeids- og sosialdepartementet og dels egenandelsøkninger som motsvares av reduserte refusjonstakster, jf. figur 4.1.

Det vises til omtale av allmennlegetjenesten under kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Refusjoner til behandling hos avtalespesialist har økt fra 1 142 mill. kroner i 2003 til 1 500 mill. kroner i 2012. Dette svarer til en nominell vekst på 31,3 pst. for hele perioden, jf. figur 4.1.

Refusjon fysioterapi

Utgifter til fysioterapi omfatter i hovedsak refusjoner for behandling hos fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunene og avsetning til fond.

Folketrygdens utgifter til fysioterapi, inkl. fastlønnstilskuddet til kommunene, økte i perioden 2003 til 2012 fra 1 461 mill. kroner til 1 957 mill. kroner. Dette svarer til en nominell vekst på 33,9 pst. Økningen i utgiftene fra 2006 til 2009 viser at det har vært en stor volumvekst i tjenesten. I 2009 var utgiftene 1 901 mill. kroner. Reduksjonen fra 2009 til 2010 er en følge av omleggingen av finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten. Omleggingen ble foretatt i takstforhandlingene 2009 og 2010 og midler ble overført fra folketrygden til det kommunale driftstilskuddet. Det var også en liten nedgang i antall utløste takster. Refusjonsutgiftene til fysioterapi, inkl. fastlønnstilskuddet til kommunene, viser en økning fra 1 874 mill. kroner i 2011 til 1 957 mill. kroner i 2012, tilsvarende 5,8 pst., jf. figur 4.1.

Det vises til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste og kap. 2755, post 71.

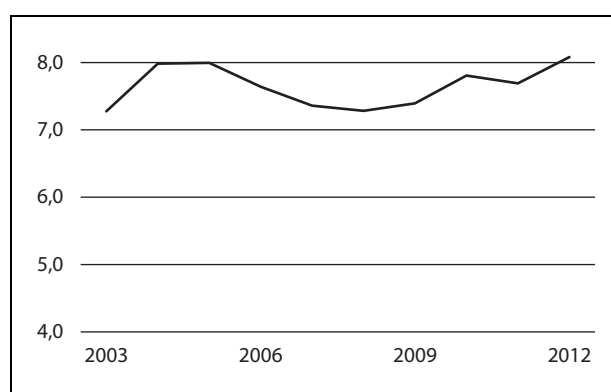
Refusjon legemidler på blå resept

I perioden 2003 til 2004 økte folketrygdens utgifter til legemidler under blåreseptordningen fra 7,3 mrd. kroner til 8 mrd. kroner, jf. figur 4.2. Dette svarer til en nominell vekst på 9,6 pst. Trygdens utgifter ble redusert fra 8 mrd. kroner i 2005 til 7,3 mrd. kroner i 2008. Dette hadde sammenheng med at regionale helseforetak overtok ansvaret for finansiering av enkelte legemidler. Dette gjelder ansvaret for behandling med TNF-hemmere, som ble overført fra folketrygden til regionale helseforetak i 2006 (392 mill. kroner) og 2007 (320 mill. kroner), og MS-legemidler som ble overført til regionale helseforetak i 2008 (259 mill. kroner). Videre ble det i 2007 overført legemidler fra refusjon etter bidragsordningen til forhåndsgodkjent refusjon og individuell refusjon (255 mill. kroner). Korrigert for disse overføringene var utgiftene stabile fra 2005 til 2008. I perioden 2008 til 2010 økte trygdens utgifter fra 7,3 mrd. kroner til 7,8 mrd. kroner. Veksten var på henholdsvis 1,5 pst. fra 2008 til 2009 og på 5,6 pst. fra 2009 til 2010. To forhold hadde betydning for den relativt sterke økningen i 2010, innføring av automatisk frikort og innføring av ny oppgjørsordning mellom apotek og Helfo. Automatisk frikort ga økt etterspørsel og ny raskere oppgjørsordning mellom apotek og Helfo, og ga forskyvning av utgifter til året løsningen ble innført. Utgiftsreduksjonen på 1,5 pst. fra 2010 til 2011 må ses i lys av sistnevnte. I 2012 var det en økning på 5,1 pst. sammenliknet med året før. Veksten var i stor grad knyttet til områ-

dene individuell refusjon og allmennfarlig smittsomme sykdommer (hhv. § 3 og § 4 i blåreseptforskriften). På individuell refusjon er det i stor grad kreftlegemidler samt et MS-legemiddel som bidrar til veksten og for allmennfarlig smittsomme sykdommer er det særlig legemidler til hepatitt C og HIV.

Fra våren 2013 er elektroniske resepter tatt i bruk hos fastleger, avtalespesialister og apotek i hele landet. Målet er økt pasientsikkerhet og bedre kvalitet i legemiddelbehandlingen. Elektroniske resepter gir enklere oppgjørs- og kontrollprosesser samt mer korrekt utbetaling av refusjon.

Forbruket av legemidler over blåreseptordningen, målt i definerte døgndoser (DDD), har vært økende i perioden 2004–2012, fra 1,2 mrd. DDD i 2004 til 1,6 mrd. DDD i 2012. Grunnen til dette er at flere personer omfattes av ordningen og at forbruket per person har økt noe. Trygdens utgifter til legemidler over blåreseptordningen har ikke økt tilsvarende. Prisregulerende tiltak på legemiddelområdet som maksimalprisregulering og opp-tak av flere nye legemidler i trinnprissystemet, har bidratt til dette, jf. omtale kap. 750 og kap. 2751, post 70.

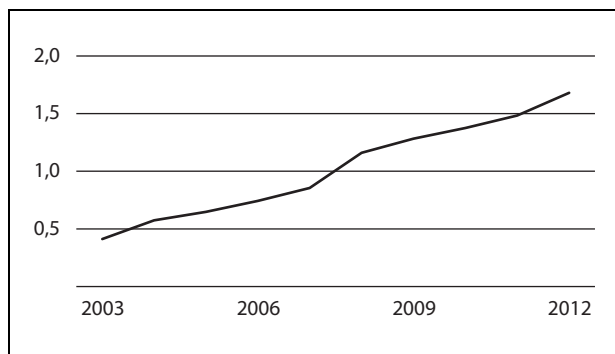


Figur 4.2 Folketrygdens utgifter til legemidler i perioden 2003–2012 (beløp i mrd. kroner)

Refusjon tannbehandling

Folketrygdens utgifter til tannbehandling omfatter stønad til undersøkelse og behandling ved bestemte diagnoser og behandlingsformer.

Stønad fra folketrygden gis på grunnlag av mange ulike tannsykdommer, lidelser og skader, men det er i hovedsak to store utgiftsområder på tannbehandlingsområdet. Tannregulering (kjeveortopedi) utgjorde 31 pst. av utbetalingene på posten i 2012, mens periodontitt omfattet 30 pst. av utbetalingene.



Figur 4.3 Refusjoner til tannbehandling for perioden 2003–2012 (beløp i mrd. kroner)

Folketrygdens utgifter til tannbehandling på kap. 2711, post 72 økte fra 412 mill. kroner i 2003 til 1 680 mill. kroner i 2012, jf. figur 4.3. De nominelle utgiftene har firedoblet seg i løpet av tiårsperioden. De største økningene i perioden 2003 til 2008 skyldes i stor grad nye stønadsordninger og flytting av stønader fra kap. 2790, post 70 (bidragsordningen).

Fra 2011 til 2012 var den nominelle utgiftsveksten på 13,3 pst. fra 1 483 mill. kroner i 2011 til 1 680 mill. kroner i 2012. Om lag 70 pst. av denne veksten er knyttet til styrkingen av posten med 137 mill. kroner i 2012 som følge av avviklingen av særfradrag for store sykdomsutgifter i skatteoppgjøret. De resterende 30 pst. av utgiftsveksten har sammenheng med volumvekst, prisjusteringer, takstendringer og ev. endret takstbruk.

Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1

Egenandelstak 1 ble innført i 1984 og omfatter egenandeler for:

- undersøkelse og behandling hos lege, psykolog, i poliklinikk, i laboratorier og i røntgeninstitutt
- reise i forbindelse med undersøkelse og behandling
- viktige legemidler og medisinsk forbruksmaterieell på blå resept

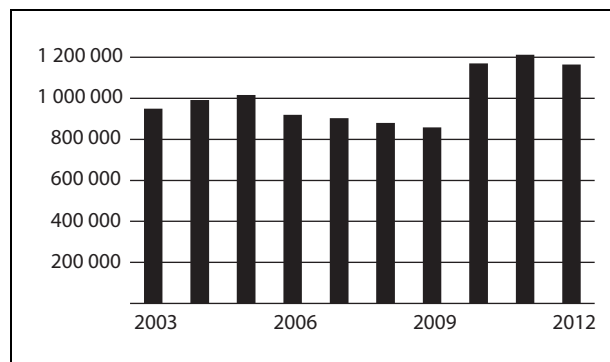
Fra 2003 til 2012 har utgiftene over egenandelstak 1 økt fra 2 569 mill. kroner til 4 010 mill. kroner, jf. figur 4.1. Utgiftsveksten var sterk t.o.m. 2005, deretter har den vært mer moderat t.o.m. 2009. Egenandelstaket økte mindre enn egenandelene som omfattes av takordningen i perioden 2001–2005, noe som betyr at flere fikk frikort.

Stabiliteten fra 2006 til 2009 har sammenheng med at økningen i egenandelstak 1 og egenandeler for tjenester som omfattes av egenandelstak 1-ordningen stort sett har tilsvart hverandre. Fra 2009 til

2010 økte utgiftene fra 3 434 til 4 192 mill. kroner, en nominell vekst på 22,1 pst. Videre var det en økning i antall frikort fra 2010 til 2011. Denne veksten kan knyttes til at flere får frikort som følge av innføringen av automatisk frikortordning i 2010 og at man i innføringsåret fikk om lag 200 mill. kroner i ekstrautgifter grunnet raskere utbetalinger.

Folketrygdens utgifter ble redusert fra 4 192 mill. kroner i 2010 til 4 010 mill. kroner i 2012. Det antas at reduksjonen i kostnadene er knyttet til innføringen av e-resept. Det vises til omtale under kap. 701, post 21.

I perioden fra 2006 til 2009 gikk antall frikort noe ned. I 2010 ble det utstedt 1 170 000 frikort. 2011 var det første ordinære driftsåret etter innføring av automatisk frikort. Da ble det utstedt 1 212 000 frikort, en økning på 3,6 pst. fra 2010, jf. figur 4.1. I 2012 ble det utstedt 1 166 000 frikort, en reduksjon på 3,8 pst. fra 2011.



Figur 4.4 Mottakere av frikort under egenandelstak 1 i perioden 2003–2012

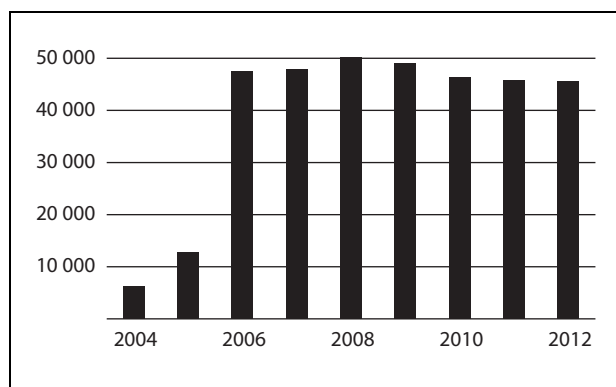
Av 1 166 000 brukere som fikk frikort under egenandelstak 1 i 2012, var 590 000 alders- og uførepensjonister. Dette er om lag 58 pst. av alders- og uførepensjonistene. 646 000 av frikortmottakerne i 2012 var i arbeidsfør alder, 17–69 år, og hadde arbeidsinntekt i 2011. Om lag 3,0 mill. personer i arbeidsfør alder hadde inntekt i 2011. 27 pst. av de arbeidsføre med inntekt mottok dermed frikort.

Det vises til omtale under kap. 2752, post 70.

Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2

Egenandelstak 2 ble innført i 2003 og omfatter egenandeler for følgende tjenester:

- fysioterapi
- enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling
- opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak
- behandlingsreiser til utlandet (klimareiser)



Figur 4.5 Mottakere av frikort under egenandelstak 2 i perioden 2003–2012

Utgiftene til egenandelstak 2 viser en økning siden innføringen i 2003 t.o.m. 2010, fra 7 mill. kroner til 179 mill. kroner. Egenandelstaket ble satt ned fra 4500 kroner i 2004, til 3500 i 2005 og til 2500 kroner i 2006. Dette forklarer økningen i utgiftene under ordningen i 2006, og den sterke veksten i antall frikortmottakere samme år. I de siste fem årene har utgiftsveksten vært mer moderat. Utgiftene til folketrygden ble redusert fra 166 mill. kroner i 2011 til 162 mill. kroner i 2012 dette svarer til en reduksjon i utgiftene på 2,4 pst., jf. figur 4.1.

Antall frikortmottakere har økt fra 3800 i 2003 til 50 200 i 2008, jf. figur 4.5. I forbindelse med at taket ble redusert til 2500 kroner i 2006, økte antall frikortmottakere med 34 800. I perioden fra 2006 til 2012, har antall frikort ligget på mellom 45 000 og 50 000. I 2012 mottok 45 600 personer frikort under egenandelstak 2.

63,5 pst. av de som oppnår frikort under tak 2-ordningen, oppnår også frikort under tak 1-ordningen. 33 000 av frikortmottakerne under tak 2 i 2012 var i arbeidsfør alder, 17–69 år, og hadde inntekt i 2012. Tilsvarende var det om lag 3,0 millioner personer i arbeidsfør alder med arbeidsinntekt i Norge i 2011. 1,1 pst. av de arbeidsføre med inntekt mottok dermed frikort på tak 2.

Det vises til omtale under kap. 2752, post 71.

Behandling i utlandet mv.

Det er opprettet nye budsjettposter under kap. 2756 Annen helsehjelp som følge av overføringen fra Arbeidsdepartementet om ansvaret for helsehjelp i utlandet etter folketrygdloven § 5-24 og forordning 883/04 og helsehjelp i Norge etter forordning 883/04 (kap. 2690, post 70 og 77, samt kap. 5701, post 74). Det vises til omtale under kap. 2756, post 71 og 72.

Refusjonsordningen for helsehjelp i andre EØS-land ble satt i verk 1. januar 2011. Ordningen gjelder helsehjelp EU-domstolen karakteriserer som «ikke-sykehusbehandling» og gir norske pasienter større valgfrihet med hensyn til om de vil motta helsehjelp i Norge eller i andre EØS-land. Refusjon gis for helsehjelp som pasienten ville fått på det offentliges bekostning (helt eller delvis) i Norge, og i hovedsak på de samme vilkår. Det vises videre til Stortingets behandling av Prop. 118 L (2012–2013) om bl.a. EUs pasientrettighetsdirektiv. Stortinget sluttet seg til regjeringens forslag om å utvide dagens forskrift til å omfatte sykehusbehandling som er forhåndsgodkjent. Pasientrettighetsdirektivet er ennå ikke formelt innlemmet i EØS-avtalen og det nærmere tidspunktet for når direktivet må være gjennomført i norsk rett er derfor ikke endelig avklart.

Ordningen administreres av Helsedirektoratet ved Helfo. Pasienten må selv betale alle utgifter til behandlingen, og deretter kreve refusjon fra Helfo. Helfo belaster folketrygden for utgiftene til behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog, tannbehandling ved sykdom samt blåreseptordningen, jf. kap. 2756, post 70. Helfo sender krav om dekning av utgiftene for allmennlege-, fysioterapi-, jordmorhjelp til kommunene, tannbehandling, som i Norge ytes av den offentlige tannhelsetjenesten til fylkeskommunene samt spesialisthelsetjenester til regionale helseforetak, jf. kap. 720, post 70 og kap. 3720, post 03. Det gis ikke aktivitetsbasert delfinansiering fra staten (ISF-refusjon og stønad fra folketrygden) for helsehjelp som pasienter får under denne ordningen. Det forvaltningsnivå som har sørge-for-ansvaret for den aktuelle tjenestetypen må derfor fullt ut dekke utgiftene innenfor basisbevilgning/frie inntekter.

Det har vært en økning i refusjonskrav på 6 pst. fra første halvår 2012 til første halvår 2013. I løpet av første halvår 2013 har Helfo mottatt 5700 refusjonskrav etter folketrygdloven § 5-24a. Helfo har innvilget 5100 saker i første halvår 2013, og totalt er det utbetalt 16,7 mill. kroner i refusjon. Vel tre firedeler av de innvilgede sakene gjaldt fysioterapi. Dette må sees i sammenheng med at bidrag til fysioterapi i utlandet under kap. 2790, post 70 ble avvirket fra 1. januar 2011. I tillegg er det et visst omfang av saker innen allmennlegetjenester og tannbehandling. Spania dominerer som behandlingssted for fysioterapi.

Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
2711	Spesialisthelsetjeneste mv.	3 953 906	4 328 500	4 623 000	6,8
	Sum kategori 30.10	3 953 906	4 328 500	4 623 000	6,8

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert bud- sjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
70–89	Andre overføringer	3 953 906	4 328 500	4 623 000	6,8
	Sum kategori 30.10	3 953 906	4 328 500	4 623 000	6,8

Kap. 2711 Spesialisthelsetjeneste mv.

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	
70	Spesialisthjelp	1 500 499	1 619 000	1 690 000	
71	Psykologhjelp	207 232	220 500	239 000	
72	Tannbehandling	1 679 991	1 850 000	2 000 000	
76	Private laboratorier og røntgeninstitut	566 184	639 000	694 000	
	Sum kap. 2711	3 953 906	4 328 500	4 623 000	

Det legges til grunn at egenandelene følger prisutviklingen og videreføres samlet på samme reelle nivå. Prisomregning av egenandelene under egenandelstakene svarer i sum til om lag 110 mill. kroner. Prisjusteringen foreslås gjennomført ved å øke tak 1 fra 2040 til 2105 kroner og tak 2 fra 2620 til 2670 kroner fra 1. januar 2014. Egenandelene for spesialist- og psykologhjelp, poliklinikk samt lab/røntgen foreslås økt med 1,5 pst. i gjennomsnitt. Egenandelen for pasientreiser økes fra 1. januar. Øvrige egenan-

delene økes fra 1. juli, som svarer til en økning på 0,8 pst. for året under ett.

Post 70 Spesialisthjelp

Folketrygden dekker utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i medhold av folketrygdloven § 5-4, jf. omtale under

kap. 2755, post 70. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til legetjenester ved sykdom eller mistanke om sykdom, ved skade eller lyte og ved svangerskap og fødsel.

Regionale helseforetak skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helse-regionen tilbys spesialisthelsetjeneste. Tjenestene til avtalespesialistene finansieres ved driftstilskudd fra regionale helseforetak, trygderefusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Pasienten skal som hovedregel betale egenandel. Denne utgjør differansen mellom legens honorar og trygdens refusjonsbeløp. I visse tilfeller skal det ikke betales egenandel. Dette gjelder bl.a. ved:

- Kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel.

- Skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade.
- Behandling av barn under 16 år og ved psykoterapeutisk behandling av barn og ungdom under 18 år.
- Undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at legespesialisten har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Enkelte unntak fra dette går fram av forskrift til folketrygdloven § 5-4.

Det er begrensninger i retten til stønad for personer som kommer til legespesialist uten å ha henvisning fra annen lege. Pasienten kan i slike tilfeller avkreves en forhøyet egenandel, og legens bruk av takster er innskrenket.

Tabell 4.22 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende spesialister i 2011 og 2012

(i mill. kroner)	Regnskap 2011	Regnskap 2012	Endring
Spesialister med avtale	1 401	1 499	7 %
Spesialister uten avtale	1	1	0 %
Sum kap. 2711, post 70	1 402	1 500	7 %

De regnskapsførte utgiftene på post 70 økte nominelt fra 1 402 mill. kroner i 2011 til 1 500 mill. kroner i 2012. Dette svarer til en vekst på 7 pst.

Utgiftsvekst kan skyldes flere faktorer. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonssatser og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres, f.eks. gjennom flere konsultasjoner. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres, som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt

for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonssatser og egenandeler.

Utgiftsveksten i 2012 skyldes en antatt volumvekst på vel 3 pst.

Den anslåtte utgiftsveksten i 2013 legger til grunn en volumvekst på om lag 4 pst. Takstoppgjøret våren 2013 medførte at folketrygdens refusjonstakster økte med 1 pst. Basert på veksten tidligere år, anslås det for 2014 en volumvekst på 4 pst. for privatpraktiserende spesialister med driftsavtale.

Tabell 4.23 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2010–2013

(i mill.kr)	Regnskap 2011	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
Sum kap. 2711, post 70	1 402	1 500	1 619	1 695
Volumvekst (anslag)	4,1 %	3,2 %	4,0 %	4 %

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2013 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2014.

Post 71 Psykologhjelp

Utgifter til psykologhjelp hos privatpraktiserende spesialist i klinisk psykologi dekkes etter forskrift

gitt med hjemmel i folketrygdloven § 5-7. Med visse unntak er det et vilkår for refusjon at psykologen har driftsavtale med regionalt helseforetak (avtalespesialister). Det er også et vilkår at pasienten er henvist fra lege eller fra leder ved barnevernsadministrasjon. Dette gjelder likevel ikke for inntil tre utredende undersøkelser eller samtaler.

Stønaden ytes etter fastsatte takster. Dette innebærer vanligvis at pasienten må betale en egenandel. Ved behandling av barn og ungdom

under 18 år, ved hiv-infeksjon og ved visse former for krisepsykologisk behandling er pasienten fritatt for å betale egenandel.

Tabell 4.24 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer i 2011 og 2012

(i mill. kr)	Regnskap 2011	Regnskap 2012	Endring
Psykologer med avtale	171,4	180,6	5,4 %
Psykologer uten avtale	20,7	25,0	20,8 %
Avsetning til fond	1,5	1,6	0,7 %
Sum kap. 2711, post 71	193,6	207,2	7,0 %

De regnskapsførte utgiftene på post 71 økte nominelt fra 194 mill. kroner i 2011 til 207 mill. kroner i

2012. Utgiftsveksten i 2012 skyldes bl.a. takstoppgjøret i 2012, som ga et påslag på takstene på 2,1 pst.

Tabell 4.25 Utgifter og aktivitetsvekst psykologhjelp 2011–2014

(i mill. kroner)	Regnskap 2011	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
Sum kap. 2711, post 71	194	207	221	240
Volumvekst (anslag)	0,0 %	1,3 %	2,0 %	2,0 %

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2013 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2014.

- 10 mill. kroner til økt stønad til personer med medisinske sykdommer eller lidelser og som har store tannhelseproblemer

Post 72 Tannbehandling

Fra 1. januar 2013 gis det også stønad ved behandling hos tannpleier. Det er ikke lenger kun refusjoner for behandling hos tannlege på denne posten. Det vises til Prop. 123 L (2011–2012) og Innst. 65 L (2012–2013). Posten har derfor endret navn fra Tannlegehjelp til Tannbehandling.

Som oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006–2007) Framtidas tannhelsetjenester, foreslås det å styrke kap. 2711, post 72 Tannbehandling med i alt 40 mill. kroner utover saldert budsjett for 2013. Styrkingen består av:

- 30 mill. kroner til behandling med implantatfestede proteser for personer uten egne tenner i underkjeven

Det foreslås i tillegg følgende innsparing sammenliknet med saldert budsjett 2013, for å styrke andre formål:

- 30 mill. kroner til kap. 770, fordelt på 4 mill. kroner til post 21 og 26 mill. kroner til post 70.

Utgifter til tannbehandling dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven §§ 5-6, 5-6 a og 5-25. Folketrygden yter stønad til undersøkelse og behandling som utføres av tannlege og tannpleier ved angitte diagnoser. Egenandeler ved enkelte stønadsberettigede behandlinger inngår i egenandelstak 2, jf. kap. 2752, post 71. Folketrygden gir refusjon basert på takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Det gis også stønad til tannbehandling som faller inn under yrkesskade etter folketrygdloven § 13.

Tabell 4.26 Regnskapsførte utgifter til tannbehandling i 2011 og 2012

(i mill. kr)	Regnskap 2011	Regnskap 2012	Endring
Tannbehandling	1 483	1 680	13,3 %

Utgiftene til tannbehandling økte fra 1 483 mill. kroner i 2011 til 1 680 mill. kroner i 2012, en økning på 13,3 pst. Om lag 70 pst. av veksten kan knyttes til styrkingen av posten i forbindelse med avviklingen av særfradrag for store sykdomsutgifter, som trekkes fra i alminnelig inntekt på selvangivelsen. Stortingets vedtak i 2011 om å foreta en gradvis avvikling av særfradraget, inneholdt også vedtak om å benytte midler som frigjøres ved avviklingen til å styrke eksisterende stønadsordninger med tilsvarende formål. Som en følge av dette ble folketrygdens stønad til tannbehandling styrket med i alt 137 mill. kroner i 2012. Stønadene ved periodontitt ble styrket med om lag 100 mill. kroner og stønad ved en rekke andre sykdommer ble styrket med om lag 37 mill. kroner.

De to største områdene på posten, målt i utgifter, er periodontitt og tannregulering (kjeveortopedi). Utgiftene til periodontitt, samlet for behandling og rehabilitering, økte med 35 pst. fra 2011 til 2012, hvorav tre firedeler kan tilskrives styrkingen på 100 mill. kroner som er omtalt foran, og en firedel skyldes volumvekst og prisjustering. Utgiftene til tannregulering (kjeveortopedi) viste en nedgang på 5 pst. fra 2011 til 2012.

Som følge av at veksten i trygdens utgifter til periodontitt var betydelig høyere enn forutsatt i 2012-budsjettet, vedtok Stortinget ved behandlingen av statsbudsjettet for 2013 å holde refusjonene til behandling av periodontitt på nominelt uendret nivå. I hovedsak ble øvrige honorartakster og refusjoner prisjustert med i gjennomsnitt 3,1 pst. i 2013.

I første halvår i 2013 er veksten i de samlede utgiftene på posten om lag 5 pst. Dette er en betydelig lavere vekst enn i 1. halvår i 2012, da utgiftsveksten var en følge av den omtalte styrkingen. I forbindelse med avviklingen av særfradrag for store sykdomsutgifter vedtok Stortinget for 2013 å styrke folketrygdens refusjoner til tannbehandling til personer med varig sykdom eller funksjonsnedsettelse, og med nedsatt evne til egenomsorg, med 20 mill. kroner. I første halvdel av 2013 har utgiftene til dette formålet økt i tråd med forutsetningene.

Utgifter til stønad til undersøkelse og behandling hos tannpleier utgjorde 16 mill. kroner i første halvår 2013.

En ny ordning med stønad til tannhelsekontroll for personer over 75 år, trådte i kraft fra annet halvår 2013.

For 2014 foreslås det en styrking av folketrygdens utgifter til tannbehandling som del av utfasingen av ordningen med særfradrag for store

sykdomsutgifter. I tråd med føringene i St.meld. nr. 35 (2006–2007) Framtidas tannhelsetjenester, legges det vekt på å prioritere dem med særskilte tannhelseproblemer. I 2014 foreslås det derfor å styrke kap. 2711, post 72 Tannbehandling med i alt 40 mill. kroner utover saldert budsjett for 2013. Styrkingen består av:

- 30 mill. kroner til behandling med implantatfestede proteser for personer uten egne tenner i underkjeven.
- 10 mill. kroner til tannhelsehjelp til personer med medisinske sykdommer eller lidelser og som har store tannhelseproblemer.

Forslaget om 30 mill. kroner til behandling med implantatfestede proteser for personer uten egne tenner i underkjeven er et nytt formål i folketrygdens stønadsordning på kap. 2711, post 72 Tannbehandling. Forslaget innebærer at personer som ikke er i stand til å bruke løstsittende tannprotese i underkjeven, gis rett til å få dekket utgifter til fastsittende protese som er festet på implantater.

Tap av tenner medfører tap av livskvalitet samt redusert selvfølelse. For mange innebærer løstsittende tannproteser betydelige fysiske og psykiske plager. Slag, brekningsproblemer, allmenne sykdommer eller uheldige anatomiske forhold i munn/kjeve, fører til at mange tannløse ikke er i stand til å kunne bruke løstsittende proteser i underkjeven. Dette gjelder særlig dem som har vært tannløse i mange år.

Det kan anslås at om lag 5000 personer kan være aktuelle for en ny stønadsordning. Brutto behandlingskostnad per person utgjør om lag 40 000 kroner basert på departementets takster. En stønadsordning til 30 mill. kroner, med i gjennomsnitt 30 000 kroner i stønad per person for angitt behandling, vil innebære stønad til bortimot 1000 personer per år. Behandlingen kan anses som en engangsbehandling. Antall personer uten egne tenner i underkjeven vil avta over tid. Utgiftene reduseres dermed etter noen år.

Detaljer i utforming av stønadsordningen vil bli beskrevet i regelverk og takster gjeldende f.o.m. 2014. Det vil bli stilt samme vilkår til spesialistkompetanse eller til særskilt godkjent kompetanse som ved tilsvarende behandlinger som trygden for øvrig yter stønad til ved tannløshet.

Forslaget om 10 mill. kroner til personer med medisinske sykdommer eller lidelser og med store tannhelseproblemer, innebærer at man oppjusterer folketrygdens honorartakster for tannbehandling. Forslaget gjelder personer som fra før gis stønad fra folketrygden, som f.eks. sjeldne medisinske tilstander, svulster (kreft) i

munnhulen, yrkesskade mv. Det tas utgangspunkt i honorartakster som er betydelig lavere enn prisene i markedet, og hvor pasientene ut fra dagens takster betaler store beløp i egenbetaling.

For å prioritere ressurser på best mulig måte, foreslås det i tillegg en innsparing på 30 mill. kroner, sammenliknet med saldert budsjett 2013, for å styrke kap. 770 Tannhelsetjenester. Beløpet på 30 mill. kroner fordeles med 4 mill. kroner til post 21 og 26 mill. kroner til post 70. Se nærmere omtale på kap. 770.

Refusjonstakster for behandling hos tannlege og tannpleier fastsettes av departementet hvert år, gjeldende fra 1. januar. I utgangspunktet prisjusteres takstene på ordinær måte. En omdisponering på 30 mill. kroner på posten utgjør om lag 1,5 pst. av overslagsbevilgningen. Omdisponeringen innebærer at refusjonstakster for enkelte ytelser fastsettes på et lavere nivå enn en ordinær prisjustering ville tilsi. Dette gjelder behandlinger som Helsedirektoratet på faglig grunnlag anser for å ha liten betydning for et funksjonelt tannsett. I tillegg foreslås det å stramme inn vilkårene for stønad til tannutviklingsforstyrrelser. En betydelig del av stønad til tannutviklingsforstyrrelser går i dag til å dekke utgifter til å erstatte én tann i jekselområdene hos personer i aldersgruppen 30 til 90 år, dvs. til tannbehandling som har svært begrenset betydning for et funksjonelt tannsett.

Enkelte egenandeler på særskilte typer tannbehandling inngår i egenandelstak 2. Det er imidlertid et lite antall tannbehandlinger som gir rett til utgiftsdekning over tak 2.

Som hovedregel prisjusteres honorartakster og refusjoner på kap. 2711, post 72 Tannbehandling med i gjennomsnitt 3,5 pst.

Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt

Private medisinske laboratorier og røntgeninstitutt inngår i det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester som et supplement og korrektiv til det statlige tilbudet. Utgiftene dekkes etter forskrift gitt av departementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-5. Formålet med stønaden er å gi kompensasjon for utgifter til undersøkelse og behandling ved privat laboratorium eller røntgeninstitutt. Hovedvilkåret for refusjon er nødvendig undersøkelse eller behandling pga. sykdom eller mistanke om sykdom. Stønad til laboratorier og røntgeninstitutt ytes etter fastsatt regelverk.

Det er en målsetting at takst- og refusjonssystemet skal bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. Etter folketrygdloven § 5-5 ytes stønad til dekning av utgifter til prøver, undersøkelser og behandling som er omfattet av avtale mellom laboratorie- og røntgenvirksomhet og regionalt helseforetak. Det kan likevel kreves trygderefusjon utover de ev. volumbegrensninger som er nedfelt i avtalene. Det er et vilkår for refusjon at laboratorieundersøkelser er rekvirert av lege, tannlege eller jordmor.

Undersøkelser ved røntgeninstitutt må være rekvirert av lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut.

Egenandelen ble oppjustert med 2,6 pst. fra 1. juli 2013. Refusjonstakstene ble prisjustert med 3,3 pst. fra 1. januar 2013.

Tabell 4.27 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2011–2012

(i mill. kr)	2011	2012	Endring
Laboratorium	272	355	30,5 %
Røntgen	180	211	17,2 %
Total	452	566	25,2 %

De regnskapsførte utgiftene til private laboratorier og røntgeninstitutt økte samlet sett med 25,2 pst. i 2012 sammenliknet med 2011.

Nytt refusjonssystem for poliklinisk radiologi ble innført fra 1. januar 2012. Forutsetnin-

gen om at systemomleggingen skulle være budsjettneutryal er evaluert. Mindre korreksjoner i systemet ble foretatt med virkning f.o.m. 2013.

Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
2751	Legemidler mv.	9 728 846	10 210 000	10 737 000	5,2
2752	Refusjon av egenbetaling	4 171 905	4 316 000	4 156 200	-3,7
2755	Helsetjenester i kommunene mv.	5 904 971	6 281 700	6 620 400	5,4
2756	Andre helsetjenester	4 280	10 000	480 000	4 700,0
	Sum kategori 30.50	19 810 002	20 817 700	21 993 600	5,6

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
60–69	Overføringer til kommuneforvaltningen	278 272	290 000	304 000	4,8
70–89	Andre overføringer	19 531 730	20 527 700	21 689 600	5,7
	Sum kategori 30.50	19 810 002	20 817 700	21 993 600	5,6

Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
70	Legemidler	8 080 942	8 481 000	8 841 000
71	Legeerklæringer	4 941	5 000	6 000
72	Medisinsk forbruksmaterieil	1 642 963	1 724 000	1 890 000
	Sum kap. 2751	9 728 846	10 210 000	10 737 000

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen økt med 527 mill. kroner. Ut over en antatt pris og volumvekst, er bevilgingsforslaget for 2014 påvirket av forslaget om å flytte 300

mill. kroner til kap. 732 til finansiering av tre kreftlegemidler og innparinger på 124 mill. kroner knyttet til økte kuttsatser for trinnprislegemidler.

Post 70 Legemidler

Offentlige utgifter til legemidler utenfor institusjon dekkes hovedsaklig etter blåreseptordningen, jf. folketrygdloven § 5-14 og blåreseptforskriften. Regelverket skal sikre refusjon av utgifter for pasienter med alvorlig og kronisk sykdom eller med høy risiko for sykdom, hvor det er, eller kan bli nødvendig med langvarig medikamentell behandling.

En rekke legemidler er forhåndsgodkjent for forskrivning på blå resept. Disse går fram av blåreseptforskriften §§ 2 og 4, jf. legemiddelforskriften § 14-4. Refusjonskravet for legemidlene inntre straks legen skriver en blå resept. For andre legemidler må Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) først ta stilling til refusjon gjennom en søknad fra pasientens lege før pasienten har rett til å få dekket legemiddelutgiftene over blåreseptordningen, jf. blåreseptforskriften § 3. For reseptpliktige legemidler som ikke omfattes av blåreseptordningen, kan det med visse unntak søkes utgiftsdekning gjennom folketrygdloven § 5-22 (bidragsordningen), jf. kap. 2790, post 70.

Statens legemiddelverk fatter vedtak i saker hvor legemiddelfirmaene har søkt om å få et legemiddel godkjent for forhåndsgodkjent refusjon. Departementet er klageinstans. En særskilt nemnd, Blåreseptnemnda, bistår Legemiddelverket med å kvalitetssikre det faglige beslutningsgrunnlaget som legges til grunn i avgjørelsen av om et legemiddel skal godkjennes for refusjon etter § 2 i viktige saker. Forhåndsgodkjent refusjon for et legemiddel skal ikke innvilges uten Stortingets samtykke, dersom det vil lede til en utgiftsvekst for folketrygden som årlig overstiger 5 mill. kroner, jf. legemiddelforskriften § 14-15. Denne grensen for framtidig utgiftsvekst omtales som bagatellgrensen.

Egenandel

Pasienten betaler en egenandel på 38 pst., men maksimalt 520 kroner per resept for legemidler på blå resept.

Barn under 16 år betaler ikke egenandel. Egenandel betales heller ikke for legemidler som brukes ved yrkesskade eller krigsskade, eller som er unntatt egenandelsbetaling iht. blåreseptforskriften § 8.

Alderspensionister som har fylt 67 år og tar ut hel alderspensjon, er fritatt for å betale egenandel på blå resept, hvis de får utbetalt en årlig pensjon som ikke overstiger minste pensjonsnivå. Videre er alderspensionister, uførepensionister og AFP-

pensionister som mottar særtilllegg, fritatt fra å betale egenandel på blå resept.

Egenandeler for legemidler på blå resept omfattes av frikortordningen (egenandelstak 1), som er nærmere omtalt under kap. 2752, post 70. Egenandelstak 1 innebærer at pasientens årlige utgifter knyttet til legehjelp (inkl. laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, enkelte polikliniske konsultasjoner, pasientreiser samt legemidler, næringsmidler og medisinsk forbruksmaterieell på blå resept samlet ikke skal overstige 2040 kroner i 2013.

Utgiftsutvikling til legemidler over blåreseptordningen

Statens utgifter til legemidler på blå resept var 8,1 mrd. kroner i 2012. Fra 2011 til 2012 gikk utgiftene opp med 5,1 pst. Det vises til nærmere omtale i innledningen under programområde 30.

Nye legemidler i blåreseptordningen

Legemiddelverket oversendte i 2012 tre søknader om forhåndsgodkjent refusjon til departementet pga. at kostnadene oversteg bagatellgrensen. To av disse ble innvilget refusjon fra 1. januar 2013.

Ny ordning for individuell refusjon

Det har de siste årene blitt gjennomført mange endringer innenfor forhåndsgodkjent refusjon for å sikre kostnadseffektiv bruk av legemidler. Ordningen med individuell refusjon har ikke blitt endret tilsvarende.

Det er sendt på høring et forslag om endring i regelverket for individuell refusjon av legemidler. Endringen vil innebære at det skal kunne gis individuell refusjon ved alvorlig sykdom, uavhengig av om det finnes legemidler som er gitt forhåndsgodkjent refusjon for sykdommen eller om det er en sjelden sykdom. Med de foreslåtte endringene i individuell refusjon vil bidragsordningen for legemidler (unntatt særordningen for p-piller og for infertilitetsbehandling) ikke lenger være nødvendig som en sikkerhetsventil, og denne er derfor foreslått avviklet. Det tas sikte på at endringer i individuell refusjon finansieres med midler som frigjøres ved avviklingen av særfradragsordningen for store sykdomsutgifter i 2015.

Legemiddelpriser

Statens legemiddelverk fastsetter priser på reseptpliktige legemidler, jf. omtale under kap. 750.

I Prop. 1 S (2011–2012) orienterte Helse- og omsorgsdepartementet Stortinget om en prisundersøkelse for å sammenlikne prisene på byttbare legemidler mellom Sverige, Danmark og Norge. Undersøkelsen, som ble gjennomført av Oslo Economics, dokumenterer at prisnivået på byttbare legemidler er høyere i Norge enn i Danmark og Sverige. Isolert sett gir dette grunnlag for å redusere prisnivået på byttbare legemidler i Norge. Prisnivået på patenterte legemidler er imidlertid lavere i Norge enn resten av Norden.

Prisnivået og apotekenes avanse ved salg av legemidler må sees i lys av en samlet vurdering av pris og avanse for byttbare og ikke-byttbare legemidler, samt avanse på andre forhandlingspliktige varer. På bakgrunn av resultatene fra den nye prisundersøkelsen på byttbare legemidler, foreslås endringer i strukturen for pris- og avanseregulering for legemidler i Norge.

Dagens pris og avanseregulering

Maksimalpris på legemidler fastsettes i Norge ved å beregne gjennomsnittet av de tre laveste prisene fra en gruppe på ni land i nordvest-Europa. Prisen fastsettes på apotekenes innkjøpspris (AIP). I tillegg reguleres apotekenes maksimale avanse, og derigjennom maksimale utsalgspris (AUP). Apotekenes avanse består av et kronetillegg og et prosenttillegg på AIP. I 2013 er kronetillegget 22 kroner og prosenttillegget 7 pst. for AIP opp til 200 kroner, og 4 pst. for AIP over 200 kroner. For de fleste byttbare legemidler (legemidler med generisk konkurranse) fastsettes det dessuten en trinnpris. Trinnpris fastsettes med utgangspunkt i maksimal AUP fra apotek, og reduseres med bestemte prosentsatser til gitte tider etter at generisk konkurranse inntraff. Trinnpris fastsettes som AUP, og apotek er pålagt å tilby minst ett legemiddel innenfor én byttegruppe til trinnpris.

Apotekenes omsetning kan i hovedsak deles inn i følgende hovedgrupper:

- Byttbare legemidler, 12 pst. av omsetningen.
- Andre reseptpliktige legemidler, 55 pst. av omsetningen.
- Reseptfrie legemidler, 9 pst. av omsetningen.
- Andre varer, 25 pst. av omsetningen.

Driftsresultatene i apoteknæringen samlet har vært ganske stabile fra 2005 og fram til i dag. Driftsresultatet avhenger bl.a. av pris- og avansereguleringen, antall apotek og lokale markedsf forhold samt salget av handelsvarer. Når antall apotek øker vil antall reseptekspederinger per apotek gå ned, og inntektene relatert til reseptekspedi-

sjon i hvert apotek vil gå ned. Det ser ut som om denne nedgangen er kompensert ved økt fortjeneste og økt salg av handelsvarer og reseptfrie legemidler. Selv om økonomien i næringen i hovedsak er god, hadde 163 apotek negativt driftsresultat i 2011.

Endring av pris og avanseregulering:

Trinnprisberegningen foreslås lagt om ved at det i stedet for å ta utgangspunkt i maksimal AUP på tidspunktet for generisk konkurranse, tas utgangspunkt i maksimal AIP. Denne prisen kuttes så med nye og høyere kuttsatser. Deretter legges det til et beløp som tilsvarende ny apotekavanse. De nye kuttsatsene fastsettes slik at det gir en prisreduksjon på om lag 150 mill. kroner inkl. mva. per år. Den nye beregningsmåten sikrer at billige legemiddelpakninger blir noe dyrere enn i dag, mens kostbare pakninger blir vesentlig billigere.

Dagens avansesatser gir apotekene relativt lite betalt for den jobben de utfører ved resephåndtering og salg av billige legemidler uten generisk konkurranse. Avansen har vært tilnærmet uendret siden 2001. Samtidig gir 4-prosenttillegget apotek relativt godt betalt for salg av dyre legemidler. Det foreslås at avansen endres ved at kronetillegget økes fra 22 kroner til 25 kroner og at prosenttillegget for AIP over 200 kroner reduseres fra 4 til 3 pst. Det foreslås videre å øke satsene for arbeidspris i apotek ved istandgjøring av legemidler og ved anbrudd/ delutlevering. Omfanget av dette er relativt beskjedent, men satsene har ikke vært prisregulert på mange år. Omleggingen med økt kronetillegg og redusert prosenttillegg vil føre til at avansen blir mindre avhengig av pakningens pris, og i større grad avspeiler apotekenes arbeid med salg av legemidler. Forslaget gir apotekene økt avanse for legemidler som ikke selges til trinnpris med om lag 70 mill. kroner.

Tiltakene vil redusere verdien av apotekenes salg av reseptpliktige legemidler med om lag 80 mill. kroner ekskl. mva. Dette utgjør 106 000 kroner per apotek, dersom det forutsettes at apotekenes innkjøpspris ikke reduseres som følge av endringene. Dette er en betydelig reduksjon i apotekenes inntjening. Dette vurderes likevel som forsvarlig bl.a. fordi antall apotek gjennom mange år har økt betydelig, hvilket indikerer god økonomi i næringen. Siden 2001, da apoteksektoren ble deregulert med den nye apoteklovgivningen, er det per 12. august 2013 etablert 355 nye apotek (netto). Flere av disse er etablert i områder med lav apotekdekning. Helse- og omsorgsdeparte-

mentet har ingen indikasjoner på at økonomien for distriktsapotek generelt er dårligere enn for apotek i sentrale strøk. Per 12. august 2013 var det 752 apotek. Det ble åpnet 31 nye apotek i 2012 og 14 nye apotek hittil i 2013.

Tiltakene gir økt pasientbetaling med om lag 60 mill. kroner inkl. mva. Dette skyldes at økning i kronetillegget i apotekavansen særlig slår ut for billige legemiddelpakninger. Legemidler som selges på hvit resept og ikke refunderes av folketrygden, har normalt en lavere enhetspris enn legemidler på blå resept. Dette er ofte legemidler for kortvarig behandling, f.eks. vanlige antibiotikakurer. Samtidig fører reduksjonen i trinnpriser i liten grad til redusert pasientbetaling, fordi dette er legemidler som i stor grad skrives ut på blå resept. Pga. skjermingsordningene (blåreseptordningen og egenandelstak 1) vil endringene i liten grad gå ut over kronikergrupper.

De foreslåtte endringer i pris og avanseregulering er anslått å gi en innsparing på 124 mill. kroner for folketrygden. Forslaget ble sendt på høring 13. september 2013.

Kreftlegemidler

Det foreslås å overføre finansieringsansvaret for kreftlegemidlene vemurafenib, abirateron og denosumab fra folketrygden til helseforetakene, jf. omtale under kap. 732. Kostnadene knyttet til finansiering av disse legemidlene er anslått til 300 mill. kroner. Det foreslås videre at finansieringsansvaret for nye kreftlegemidler som er alternativ til legemidler som allerede er finansiert av sykehusene, flyttes fra folketrygden til sykehusene. Helsedirektoratet foreslås gitt fullmakt til å fatte beslutning om hvilke nye legemidler dette skal gjelde for.

Post 71 Legeerklæringer

Ordningen er hjemlet i folketrygdloven § 5-4. Bevilgningen omfatter midler til å honorere leger som fyller ut søknad om individuell refusjon av legemidler på blå resept på vegne av pasienter. Legeerklæringstakstene fastsettes av staten.

Utgiftene til legeerklæringer var 4,9 mill. kroner i 2012.

Post 72 Medisinsk forbruksmateriell

Bevilgningen omfatter utgifter til visse typer medisinsk forbruksmateriell som dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5-14. Det kan ytes stønad til medisinsk forbruksmateriell ved en rekke ulike sykdommer, jf. blåreseptforskriften § 5. De dominerende gruppene er pasienter med diabetes, stomi (framlagt tarm) og urininkontinens (urinlekkasje). Medisinsk forbruksmateriell forskrives av lege på blå resept på samme måte som legemidler. Pasientene betaler egenandel etter samme regler som for legemidler. Det vises til omtale under kap. 2751, post 70. Medisinsk forbruksmateriell blir levert av apotek og bandasjister. Prisene fastsettes i stor grad gjennom prisforhandlinger. Produkt- og prislister for medisinsk forbruksmateriell er uttømmende og angir hvilke produkter det gis refusjon til og pris for disse. Helsedirektoratet ved Helseøkonomiforvaltningen, Helfo, har ansvar for området medisinsk forbruksmateriell. Det skal utøves en aktiv styring med produktområdet. Helsedirektoratet og Helfo har bl.a. fullmakt til å bestemme nærmere krav til blåreseptenes innhold, krav til diagnose/funksjonsevne knyttet til produktgrupper eller enkeltprodukter, ev. antallsbegrensning i utlevering, inntak og uttak av produkt- og prislister, prisfastsettelse mv.

Utgiftene til medisinsk forbruksmateriell var 1 643 mill. kroner i 2012, mot 1 505 mill. kroner i 2011, en økning på 9,2 pst. Det er flere grunner til at utgiftene har økt de siste årene, bl.a. bor stadig flere eldre i eget hjem, kroniske sykdommer øker i befolkningen, og det kommer stadig nye og bedre produkter på markedet innen medisinsk forbruksmateriell.

Helfo har påbegynt en nærmere gjennomgang av de største produktområdene med sikte på å vurdere hvilke produkter det gis støtte til, prisfastsettelse, avanseregulering, utleveringsmetode, antallsbegrensning samt vilkår for å få medisinsk forbruksmateriell på blå resept. Formålet er å sikre rett prioritering og god kostnadskontroll.

Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
70	Egenandelstak 1	4 010 293	4 149 000	3 990 200
71	Egenandelstak 2	161 612	167 000	166 000
	Sum kap. 2752	4 171 905	4 316 000	4 156 200

Det legges til grunn at egenandelene følger prisutviklingen og videreføres samlet på samme reelle nivå. Prisomregning av egenandelene under egenandelstakene svarer i sum til om lag 110 mill. kroner. Pga. at de fleste egenandelene ble økt med 2,6 pst. fra 1. juli 2013, er det halvårsvirkning av dette i 2013. Helårsvirkning i 2014 blir 36 mill. kroner ut over budsjettvirkningen i 2013. Det foreslås å doble overnattingsgodtgjørelsen ved opphold på sykehotell fra dagens 350 kroner til 700 kroner per døgn. Dette har en kostnad på 34 mill. kroner som tilsvarer 30 kroner økning av tak 1. Prisjusteringen og dekning av økningen av overnattingsgodtgjørelsen foreslås gjennomført ved å øke tak 1 fra 2040 til 2105 kroner og tak 2 fra 2620 til 2670 kroner fra 1. januar 2014. Videre foreslås egenandelene for lege-, psykolog- og fysioterapitjenester, poliklinikk, lab/røntgen, opphold ved opptreningsinstitusjoner og klimareiser samt pasientreiser økt med 1,5 pst. i gjennomsnitt. Egenandelen for pasientreiser økes fra 1. januar. Øvrige egenan-

delene under takordningene økes fra 1. juli, som svarer til en økning på 0,8 pst. for året under ett.

Post 70 Egenandelstak 1

Ordningen med et årlig utgiftstak 1 for egenandeler, egenandelstak 1, gjelder egenandeler til legehjelp (inkl. laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, poliklinikk, viktige legemidler på blå resept og medisinsk forbruksmateriell samt pasientreiser. Barn under 16 år er fritatt for egenandeler for helsetjenester under tak 1.

Egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av Prop. 1 S.

Når utgiftstaket er nådd, mottar brukeren automatisk et frikort som innebærer at folketrygden gir full dekning av disse utgiftene resten av kalenderåret. Automatisk frikort ble innført fra 1. juni 2010. Ansvaret for frikortordningene ble samtidig overført fra Nav til Helsedirektoratet ved Helseøkonomiforvaltningen, Helfo.

Tabell 4.28 Utgifter dekket over egenandelstak 1 i 2011 og 2012

(i mill. kroner)	Regnskap 2011	Regnskap 2012	Endring
Legehjelp	2 086,6	2 090,9	0,2 %
Psykologhjelp	107,2	103,9	-3,1 %
Legemidler og medisinsk forbruksmateriell	1 312,7	1 146,3	-12,7 %
Pasientreiser	584,1	669,2	14,6 %
I alt	4 096,6	4 010,3	-2,1 %

Utgiftene til refusjon av egenandeler gikk ned fra 4 090 mill. kroner i 2011 til 4 010 mill. kroner i 2012, en reduksjon på 2,0 pst. Reduksjonen i utgifter antas å ha sammenheng med innføring av e-resept som gir mulighet til å håndheve regelen om ikke å utlevere mer enn maksimalt 3 måneders forbruk.

I 2012 ble det utstedt 1 166 000 frikort under egenandelstak 1-ordningen. Dette er om lag 46 000 færre frikort enn i 2011, og er en reduksjon

på 3,8 pst. Antall personer som når taket er avhengig av nivået på egenandelene for de tjenester som inngår i egenandelstak 1 og av selve taket. Egenandelstaket økte fra 1980 kroner i 2012 til 2040 kroner i 2013.

De fleste refusjonskravene som går inn under egenandelstak 1 sendes nå inn elektronisk.

Det vises til omtale under innledningen til programområde 30.

Økning av egenandelstak 1

Det foreslås å øke egenandelstak 1 med 65 kroner, fra 2040 til 2105 kroner. Egenandelene for lege-, psykolog- og fysioterapitjenester, poliklinikk, lab/røntgen samt pasientreiser foreslås økt med 1,5 pst. i gjennomsnitt. Det foreslås ingen endringer i egenandeler for blå resept. Egenandelen for pasientreiser endres fra 1. januar 2014. De øvrige egenandelene under takordningen endres fra 1. juli 2014.

Post 71 Egenandelstak 2

Ordningen med et eget utgiftstak 2 for egenandeler, egenandelstak 2, for visse tjenester som ikke inngår under egenandelstak 1, ble innført 1. januar 2003. Egenandelstak 2 omfatter egenandeler for følgende tjenester:

- Fysioterapi.
- Enkelte former for refusjonsberettiget tannbehandling.
- Opphold ved opptreningsinstitusjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionale helseforetak.
- Behandlingsreiser til utlandet (klimareiser).

Egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av Prop. 1 S. For 2013 er utgiftstaket 2620 kroner. Når årlige utgifter overskrider 2620 kroner, har brukeren rett til frikort. Ytterligere utgifter dekkes deretter fullt ut av folketrygden. Det er Helsedirektoratet ved Helseøkonomiforvaltningen, Helfo, som har ansvaret for frikortordningene.

I 2012 ble det utstedt 45 600 frikort, en nedgang på 142 frikort eller 0,3 pst. fra 2011. Tall fra 2012 viser at 34 pst. av frikortmottakerne er alders- og uførepensjonister. Av disse har om lag 2,4 pst. minste pensjonsnivå. Om lag 63,5 pst. av de som i 2011 oppnådde frikort i tak 2-ordningen oppnådde også frikort under tak 1. Dette omfattet om lag 25 000 personer.

Utgiftene til refusjon av egenandeler ble redusert fra 166 mill. kroner i 2011 til 162 mill. kroner i 2012, en nedgang på 2,4 pst.

Det vises til omtale under innledningen til programområde 30.

Det foreslås å øke egenandelstak 2 med 50 kroner, fra 2620 kroner til 2670 kroner. Det foreslås at egenandelene for fysioterapitjenester, opphold ved opptreningsinstitusjoner og klimareiser økes med 1,5 pst. i gjennomsnitt. Egenandeler for fysioterapi økes fra 1. juli 2014. De øvrige egenandelene økes fra 1. januar 2014.

Kap. 2755 Helsetjenester i kommunene mv.

Post	Betegnelse	(i 1 000 kr)		
		Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	278 272	290 000	304 000
70	Allmennlegehjelp	3 685 926	3 941 200	4 222 400
71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 679 206	1 765 500	1 796 000
72	Jordmorhjelp	44 068	50 000	52 000
73	Kiropraktorbehandling	128 993	138 000	143 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	88 506	97 000	103 000
	Sum kap. 2755	5 904 971	6 281 700	6 620 400

Sammenliknet med saldert budsjett 2013 foreslås bevilgningen over post 70 økt med 49 mill. kroner til finansiering av ny takst for legemiddelgjennomgang som ble opprettet 1. mai 2012. Taksten er en følge av innføring av ny fastlegeforskrift per 1. januar 2012, jf. omtale under kap. 762, post 63.

Egenandelene for lege- og fysioterapitjenester foreslås økt med 1,5 pst. i gjennomsnitt fra 1. juli 2014.

Kommunene skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester for alle som oppholder seg i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven, herunder fastlegeordning. Folketrygden yter stø-

nad til undersøkelse og behandling bl.a. hos allmennleger, fysioterapeuter og jordmødre. I tillegg yter folketrygden stønad til fastlønsordningen for fysioterapeuter.

Post 62 Fastlønsordning fysioterapeuter

Det ytes særskilt tilskudd til kommuner som ansetter fysioterapeuter (fastlønnte fysioterapeuter). Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må sees i sammenheng med denne, jf. omtale under post 71. Fastlønstilskudd gis i stedet for trygderefusjoner. Kommunene mottar derfor ikke trygderefusjon fra staten for disse fysioterapeutenes virksomhet. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-21.

Fastlønstilskuddet til kommuner med fysioterapeutstillinger var 173 280 kroner per 100 pst. stilling i 2012. Det har ikke vært forhandlinger med fysioterapeutene i 2013. På bakgrunn av fastsetting av takster for fysioterapeuter våren 2013, ble fastlønstilskuddet økt til 178 080 kroner. Utgiftene til fastlønstilskudd for fysioterapeuter var 278 mill. kroner i 2012, mot 259 mill. kroner i 2011, en økning på 7,3 pst. Utgiftsøkningen har sammenheng med en økning i antall fastlønnte fysioterapiårsverk i kommunene og økningen i fastlønstilskuddet fra 2011 til 2012.

For nærmere omtale, se innledende omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Post 70 Allmennlegehjelp

Etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4, ytes godtgjørelse for undersøkelse og behandling

hos lege. Allmennlegen må ha fastlegeavtale med kommunen eller delta i kommunalt organisert legevakt for å få refusjon fra folketrygden. For fastleger i ansettelsesforhold (kommunal arbeidstaker) mottar kommunen refusjonene.

Formålet med stønaden fra folketrygden er å gi hel eller delvis kompensasjon for utgifter til helsetjenester ved sykdom, skade eller lyte, svangerskap og fødsel. Det vises også til omtale under programkategori 10.60 og kap. 762 Primærhelsetjeneste.

Fastlegenes virksomhet finansieres ved basistilskudd fra kommunen per innbygger på legens liste, refusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Basistilskuddet finansieres over kommunenes frie inntekter. Legevakttjenesten finansieres ved beredskapsgodtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler.

Takstene fastsettes i forhandlinger mellom staten, regionale helseforetak, KS og Den norske legeforening.

I visse tilfeller skal pasienten ikke betale egenandel ved behandling. Dette gjelder bl.a. ved:

- Kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel.
- Skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade.
- Behandling av barn under 16 år.
- Undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.
- Første legeundersøkelse ved overgrepsmottak.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger).

Tabell 4.29 Utgifter til allmennlegehjelp 2011 og 2012 (regnskapstall)

(i mill. kr)	2011	2012	Endring
Fastleger mv.	2 835,8	3 102,4	9,4 %
Legevakt	407,9	424,8	4,1 %
Avsetning til fond	153,0	158,7	3,7 %
Sum kap. 2755, post 70	3 396,7	3 685,9	8,5 %

Trygdens utgifter til allmennlegetjenester økte fra 3 397 mill. kroner i 2011 til 3 686 mill. kroner i 2012, en vekst på 8,5 pst.

Utgiftsendring kan skyldes flere forhold. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonstakster og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres, f.eks. gjennom flere konsultasjoner som følger av flere fastle-

ger/innbyggere eller særskilte situasjoner som pandemisk influensa mv. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres, som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Tabell 4.30 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2011–2014 (regnskapstall)

(i mill. kr)	Regnskap 2011	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
Sum kap. 2755, post 70	3 396,7	3 685,9	3 941,2	4 059,6
Volumvekst (anslag)	2,7 pst	3,7 pst	5 pst	4 pst

Utgiftsveksten i 2012 skyldes en antatt volumvekst på om lag 3,7 pst., samt en økning i refusjonene til allmennleger som følge av takstforhandlingene om normaltariiffen for leger.

Utgiftsveksten i 2013 skyldes en antatt volumvekst på om lag 5 pst. i tillegg til økninger som følge av avtalte refusjoner i takstforhandlingene.

Basert på veksten tidligere år, anslås det for 2014 en volumvekst i allmennlegetjenesten på 4 pst.

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2013 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2014.

Posten er økt med 49 mill. kroner til finansiering av ny takst for legemiddelgjennomgang, som ble opprettet 1. mai 2012. Taksten er en følge av krav og forventninger i forbindelse med innføring av ny fastlegeforskrift per 1. januar 2012, jf. omtale under kap. 762, post 63.

Egenandelene hos allmennlege foreslås økt med 1,5 pst. i gjennomsnitt fra 1. juli 2014.

Post 71 Fysioterapi

Utgiftene dekkes etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Forskriften angir hvilke former for fysioterapi det kan gis stønad til, og de medisinske vilkårene for stønad. Det er et vilkår for slik refusjon at

fysioterapeuten har avtale om driftstilskudd med kommunen og at pasienten er henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut. Det er ikke krav om henvisning ved behandling hos manuellterapeut.

Honorartariiffen har tidligere blitt fastsatt gjennom årlige forhandlinger mellom staten, KS og Norsk Fysioterapeutforbund. I 2013 fastsatte staten takstene på bakgrunn av høringsmøter. Pasienten skal selv betale differansen (egenandel) mellom fysioterapeutens honorar og folketrygdens refusjonsbeløp.

Over 50 pst. av pasientene betaler ikke egenandeler. Det gis godtgjørelse etter honorartakst ved nærmere angitte diagnoser basert på hjemmel i forskrift (diagnoselisten), ved yrkesskade og for barn under 12 år. Egenandeler ved fysioterapi inngår i ordningen med egenandelstak 2, jf. kap. 2752, post 71.

Tilskudd til kommuner med fastlønnsstillinger for fysioterapeuter føres under post 62. Dersom kommunene velger å ansette fysioterapeuter i fastlønte stillinger i stedet for å inngå driftsavtaler, vil dette i utgangspunktet resultere i en reduksjon i utgiftene over post 71, mot en økning over post 62. Bevilgningene kan derfor benyttes gjensidig under den andre posten.

Tabell 4.31 Utgifter til privatpraktiserende fysioterapeuter 2011 og 2012

(i mill. kr)	2011	2012	Endring
Fysioterapeuter med avtale	1 557,4	1 608,4	3,3 %
Fysioterapeuter uten avtale ¹	29,7	42,4	42,8 %
Avsetning til fond	27,6	28,4	2,9 %
Sum kap. 2755, post 71	1 614,7	1 679,2	4,0 %

¹ Omfatter videreutdanningskandidater under veiledning.

Folketrygdens utgifter til fysioterapi var 1 615 mill. kroner i 2011 og mill. kroner 1 679 i 2012. Refusjoner til fysioterapeuter uten avtale må sees i sammenheng med at antall utdanningskandidater som utløser refusjon kan variere fra år til år. Dette kan gi svingninger i refusjonsutbetalingene. Utgiftsendring kan skyldes

flere forhold. For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjonstakster og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres f.eks. gjennom antall konsultasjoner og antall utøvere av tjenesten. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres som f.eks. ved overgang til lengre konsultasjoner eller

andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumvekst er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjonstakster og egenandeler.

Den kommunale fysioterapitjenesten utgjorde i 2012 totalt 4429 fysioterapiårsverk. Dette viser en økning i årsverksutviklingen fra 2011 på totalt 3,3 pst. Dekningsgraden for fysioterapeuter per 10 000 innbyggere er også bedret fra 8,6 i 2011 til

8,8 i 2012. Det er innen områdene diagnose, behandling og rehabilitering, annet forebyggende arbeid og fysioterapi innen institusjoner for eldre og funksjonshemmede at økningen er positiv. Etablering av frisklivssentraler i kommunene har bidratt til økningen i det forebyggende arbeidet. Når det gjelder årsverk for fysioterapeuter i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det en nedgang på 3,5 pst.

Tabell 4.32 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2011–2014

(i mill. kr)	Regnskap 2011	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014
Sum kap. 2755, post 71	1 614,7	1 679,2	1 765,5	1 484,0
Volumvekst (anslag)	-0,5 pst.	-0,1 pst.	2 pst.	2 pst.

Kommunenes oppsplitting av driftstilskudd i små enheter med forutsetning om fulltidsarbeid har tidligere bidratt til økt aktivitet i tjenesten. Kostra-rapporteringen viser at av i alt 3987 avtalehjemler i 2012 er 48,1 pst. fulltidshjemler. De øvrige hjemlene er deltidshjemler. 42 pst. av avtalehjemlene er i størrelsesorden 2/5 til 5/5 hjemmel og 9,9 pst. i størrelsesorden 1/5 til 2/5 hjemmel. Sammenliknet med 2012 viser dette at kommunene har løftet deltidshjemlene slik at det er større samsvar mellom faktisk arbeidsvolum og hjemmelsstørrelse, noe som er en ønsket utvikling. I utgangspunktet skal en avtalehjemmel for fysioterapeutene være i samsvar med det omfang fysioterapeuten arbeider. Kommunene skal kun utlyse en deltidshjemmel når dette samsvarer med kommunens reelle behov for fysioterapitjeneste. For å gjøre det mulig for kommunen å øke volumet i eksisterende driftsavtaler uten ekstern utlysning, ble det 1. januar 2012 fastsatt en ny forskrift. Det er fortsatt for stort avvik mellom avtalehjemmel og arbeidsomfang. Det ble derfor ved fastsetting av takstene per 1. juli 2013, fastsatt at kommunene ikke kan inngå nye driftsavtaler med fysioterapeuter med et mindre volum enn 50 pst. av en fulltidsavtale, dvs. 18 timer per uke. Dette er hjemlet i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. hvor det også er forskriftsfestet at det skal være samsvar mellom driftshjemler og arbeidsomfang.

Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller andre honorar utover det som er fastsatt av staten. Økte egenandeler under henvisning til redusert hjemmel ol., er å anse som mislighold av driftsavtalen med kommunen.

Fra 2009 har det vært en lav vekst i fysioterapitjenester og prognose for 2013 viser en mindre volumvekst enn det budsjettet forutsetter. Volumveksten for 2014 er anslått til 2 pst.

Det vises til omtale under kap. 762 Primærhelsetjeneste og til innledningen under programområde 30.

Egenandelene hos fysioterapeut foreslås økt med 1,5 pst. i gjennomsnitt fra 1. juli 2014.

Post 72 Jordmorhjelp

Utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor, dekkes etter folketrygdloven § 5-12 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til jordmorhjelp. Det er et vilkår for refusjon at jordmor har kommunal driftsavtale eller er ansatt i kommunen. Leger og jordmødre som utfører svangerskapskontroller i helsestasjon utløser refusjon til kommunen etter sine respektive refusjonsordninger.

Utgifter til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon dekkes også etter folketrygdloven § 5-12. Det er ikke vilkår om at jordmor har driftsavtale eller kommunal ansettelse for å få stønad.

Ansvar for følgetjenesten/kvalifisert ledsagelse ved jordmor ble overført til de regionale helseforetakene 1. januar 2010, jf. St.meld. nr. 12 (2008–2009) og Prop. 1 S (2009–2010), kap. 732 og kap. 762. Fra 1. januar 2012 overtok de regionale helseforetakene ansvaret for finansiering av kvalifisert ledsagelse ved jordmor og lege fra folketrygden, jf. Prop. 1 S (2011–2012), kap. 732, post 72–75. Fra 1. juli 2012 har regionale helseforetak etablert et nytt honoreringssystem og refusjonstakstene for ledsagelse ved lege og jordmor kan ikke lenger kreves.

Utgiftene i 2012 var 44 mill. kroner, mot 47 mill. kroner i 2011.

Post 73 Kiropraktorbehandling

Utgifter til behandling hos kiropraktor dekkes etter fastsatte takster med hjemmel i folketrygdloven § 5-9 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor. Det gis stønad for inntil 14 behandlinger per kalenderår. Refusjonsordningen ble innført i 1974. Kiropraktorene har fri prissetting. I tillegg til takstgodtgjørelse honoreres kiropraktoren i form av møtegodtgjørelse med reisetid når kiropraktoren deltar i samarbeidsmøte med annet helse- og sosialfaglig personell som ledd i et behandlings- eller rehabiliteringsopplegg for enkeltpasienter.

Folketrygden yter et tilskudd til fond til videre- og etterutdanning av kiropraktorer tilsvarende 1,5 pst. av trygdens utgifter til behandling hos kiropraktor.

Utgiftene til kiropraktorbehandling var 129 mill. kroner i 2012 mot 118 mill. kroner i 2011. Utgiftsveksten skyldes en økning i antall kiropraktorer som har avtale om direkte oppgjør med Helfo og en økning i antall konsultasjoner som utløser refusjon. Antall konsultasjoner hos kiropraktor økte med 5 pst. fra 2011 til 2012.

Post 75 Logopedisk og ortoptisk behandling

Folketrygden dekker utgifter til behandling hos privatpraktiserende logoped og audiopedagog med hjemmel i folketrygdloven § 5-10 og tilhørende forskrift. Videre dekkes utgifter til behandling hos privatpraktiserende ortoptist med hjemmel i lovens § 5-10a.

Det er et vilkår for refusjon for logopedisk og audiopedagogisk behandling at det foreligger henvisning fra lege. Utgifter til behandling hos ortoptist dekkes når pasienten er henvist fra spesialist i øyesykdommer.

De logopediske og audiopedagogiske tiltakene som dekkes etter folketrygdloven, faller inn under kommunenes og fylkeskommunenes ansvar etter opplæringsloven av 1998. Kommuner og fylkeskommuner har iht. opplæringsloven kapittel 4A og kapittel 5 ansvar for å gi spesialundervisning, herunder logopediske og audiopedagogiske tjenester. Privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger har, siden 1948, hatt anledning til å utløse takster for undersøkelse og behandling av personer med språk- og talevansker.

I 2012 utbetalte folketrygden 82,7 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger og 5,7 mill. kroner til ortoptisk behandling.

De samlede utgiftene økte fra 87 mill. kroner i 2011 til 89 mill. kroner i 2012.

Kap. 2756 Andre helsetjenester

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap	Saldert	Forslag
		2012	budsjett 2013	2014
70	Helsetjenester i annet EØS-land	4 280	10 000	10 000
71	Helsetjenester i utlandet mv.			330 000
72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.			140 000
	Sum kap. 2756	4 280	10 000	480 000

Post 70 Helsetjenester i annet EØS-land

Med grunnlag i Ot.prp. nr. 92 (2008–2009) har Stortinget vedtatt at det i folketrygdloven etableres en ny § 5-24a om stønad til dekning av utgifter til helsetjenester i et annet EØS-land etter regler i forskrift. Refusjonsordningen ble satt i verk 1. januar 2011 og dekker refusjonsutgiftene ved helsehjelp som ikke omfattes av sørge for-ansvaret til kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak.

Rapportering fra Helfo viser at det i all hovedsak er blitt refundert utgifter til tannbehandling ved sykdom, jf. folketrygdloven § 5-6, på denne budsjettposten. Det er et begrenset antall saker innenfor blåreseptordningen og behandling hos kiropraktor, ortoptist, logoped og audiopedagog.

Utgiftene til helsehjelp i utlandet var 4,3 mill. kroner i 2012.

Det vises til omtale under innledningen til programområde 30.

Post 71 Helsetjenester i utlandet mv.

Nyopprettet post som følge av overføring av budsjettansvar fra Arbeidsdepartementet (kap. 2690, post 70). Posten gjelder stønad til helsetjenester i utlandet for personer som omfattes av bestemmelsene i folketrygdloven § 5-24.

De grupper som kommer inn under stønadsreglene er bl.a. sjøfolk på norske skip i utenriksfart, norske statsborgere som er statens lønnete tjenestemenn i utlandet, norske studenter i utlandet og utsendte arbeidstakere. Turister omfattes ikke av reglene.

Nødvendige utgifter til ambulansetransport og til opphold og behandling i helseinstitusjon dekkes fullt ut. Det betales egenandel for legebehandling, tannlegebehandling for sykdom, fysioterapi, behandling hos psykolog og for viktige legemidler. Utgiftene refunderes i hovedsak av Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) Utland.

Utenlandsboende pensjonister med rettigheter etter norsk folketrygd gis stønad etter de bestemmelser som gjelder for tilsvarende behandling i Norge, men med de særregler at utgiftene dekkes etter særskilte satser, og at utgifter til sykehusopphold dekkes med opptil et beløp som fastsettes av Stortinget. For 2014 foreslås det maksimale stønadsbeløpet til 3400 kroner per døgn. Ambulansetransport dekkes fullt ut.

Helfo Utland har inngått avtale med et utenlandsk selskap om administrasjon av refusjon for helsetjenester for en del medlemmer som omfattes av folketrygden og oppholder seg i USA, så som studenter, arbeidstakere i utenriksstjenesten og krigspensjonister. Departementet har gitt forskrift som avskjærer retten til medisinsk stønad fra trygden for personer som er sikret rett til dette etter gjensidighetsavtale med annet land. Dette har gitt betydelig reduksjon i folketrygdens utgifter til helsetjenester i utlandet.

Posten omfatter også refusjon for utgifter til helsetjenester som medlemmer av norsk trygd har mottatt i utlandet (EØS-land og Sveits) etter hhv. EØS-avtalen og EFTA-konvensjonen.

Utgiftene var 325 mill. kroner i 2012.

Post 72 Helsetjenester til utenlandsboende mv.

Nyopprettet post som følge av overføring av budsjettansvar fra Arbeidsdepartementet (kap. 2690, post 71). Posten omfatter utgifter for utenlandske pasienter som behandles i Norge, og som kommer fra EØS-land, og land Norge har gjensidig avtale med om dekning av utgifter. Posten dekker også utgifter til behandling i Norge av stønadsberettigede nordmenn bosatt i utlandet.

Utgiftene var 152,8 mill. kroner i 2012.

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
2790	Andre helsetiltak	226 488	230 000	235 000	2,2
	Sum kategori 30.90	226 488	230 000	235 000	2,2

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	Pst. endr. 13/14
70–89	Andre overføringer	226 488	230 000	235 000	2,2
	Sum kategori 30.90	226 488	230 000	235 000	2,2

Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2012	Saldert budsjett 2013	Forslag 2014	
70	Bidrag	226 488	230 000	235 000	
	Sum kap. 2790	226 488	230 000	235 000	

Egenandeler, døgnsetser mv. i bidragsordningen prisjusteres årlig.

Post 70 Bidrag

Med hjemmel i folketrygdloven § 5-22 kan det ytes bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Departementet har i forskrift gitt Helsedirektoratet fullmakt til å fastsette nærmere retningslinjer for ytelse av bidrag. Som hovedregel ytes bidrag med 90 pst. av de utgifter som overstiger 1667 kroner i 2013. Mange formål dekkes etter

andre regler og satser. Egenandeler, døgnsetser mv. i bidragsordningen prisjusteres årlig.

Bidragsordningen består av om lag 20 forskjellige tilskuddsordninger. Fullstendig oversikt over hvilke tilskuddsordninger som kommer inn under bidragsordningen går fram av rundskrivet til folketrygdloven § 5-22 Bidrag til spesielle formål. Rundskrivet er tilgjengelig via hjemmesidene til Helseøkonomiforvaltningen (Helfo.no).

Utgiftene på bidragsordningen har blitt redusert fra 617 mill. kroner i 2007 til 226 mill. kroner i 2012 som følge av at flere formål har blitt overført til andre ordninger.

Del III
Omtale av særlige tema

5 Anmodningsvedtak

Vedtaket nr. 189 (2007–2008), 3. desember 2007

Følgende ble vedtatt ved behandling av St.prp. nr. 1 (2007–2008), jf. Budsjett-innst.S nr. 11 (2007–2008):

«Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenesten sikres.»

Vedtaket ble truffet ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2007–2008), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008). Hjemmel for å stille krav om lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav til kommunale helse- og omsorgstjenester er tatt inn i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2. Den videre oppfølging har blitt sett i sammenheng med arbeidet med Meld. St. 10 (2012–2013) God Kvalitet – trygge tjenester, som ble lagt fram desember 2012. I tråd med uttalelser i meldingen sendte Helse- og omsorgsdepartementet i juli 2013 på høring forslag om endring av forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene slik at det innføres et krav om lokalpolitisk behandling. Høringsfrist er satt til 25. oktober 2013.

Vedtaket nr. 254 (2008–2009), 16. mars 2009

Følgende ble vedtatt ved behandling av Dokument nr. 8:128 (2007–2008) jf. Innst. S. nr. 138 (2008–2009):

«Stortinget ber Regjeringen kartlegge hvilket habiliterings- og rehabiliteringstilbud barn og voksne får etter cochlea implantatoperasjon.»

Helse- og omsorgsdepartementet ga Helsedirektoratet i tildelingsbrevet for 2010 i oppdrag å kartlegge hvilke habiliterings- og rehabiliteringstilbud barn og voksen får etter cochlea-implantasjon. Oslo universitetssykehus HF har ferdigstilt kartleggingen av utviklingen av hørsel og språk hos en gruppe barn som har fått tosidig cochlea-implantat tidlig. Kartleggingen tyder på at den habiliteringen barna har fått, har gitt god hørsel og

språkutvikling innenfor normalområdet dvs. at språkutviklingen for barna i studien lå innenfor de øvre og nedre grensene til befolkningen generelt når det gjelder språkutvikling.

Anmodningsvedtaket er med dette fulgt opp.

Vedtaket nr. 255 (2008–2009), 16. mars 2009

Følgende ble vedtatt ved behandling av Dokument nr. 8:128 (2007–2008), jf. Innst. S. nr. 138 (2008–2009):

«Stortinget ber Regjeringen kartlegge den tverrfaglige oppfølgingen barn med cochlea-implantat frem til skolestart.»

Det vises til redegjørelse for vedtak nr. 254 ovenfor. Anmodningsvedtaket er med dette fulgt opp.

Vedtaket nr. 556 (2008–2009), 19. juni 2009

Følgende ble vedtatt ved behandling av Ot.prp. nr. 83, jf. Innst. O. nr. 122 (2008–2009):

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en egen sak om organisering og vilkår for den fremtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet.»

Helsedirektoratet ble gitt i oppgave å utrede temaene i anmodningsvedtaket. De har hittil gitt en vurdering av om andre enn yrkesgrupper leger, tannleger og optikere bør ha offentlig spesialistgodkjenning og de har foretatt en gjennomgang av spesialistgodkjenningsordningen for optikere. Direktoratet leverte i 2012 rapporten Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten, en status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030. I 2013 leverte de en rapport om framtidens legespesialister.

Offentlig spesialistgodkjenning

Departementet har vurdert om flere yrkesgrupper skal ha offentlig spesialistgodkjenning enn leger,

tannleger og optikere. I direktoratets utredning i saken påpekes på den ene siden at hensynet til pasientsikkerhet taler for en standardisert kvalitetsvurdering ved en utvidelse av offentlig godkjenningsordning. På den andre siden påpeker direktoratet faren for fragmenterte helsetjenester og dermed økte kostnader. Departementet ser argumenter vedrørende kvalitet, men vurderer at merverdien av en offentlig godkjenning i tillegg til kvalitetssikringen knyttet til autorisasjon av helsepersonellet ikke oppveier de negative sidene ved en utvidelse av ordningen.

Departementet legger vekt på at fragmenterte tjenester står i motstrid til behovene i samhandlingsreformen og det framtidige tjenestebehovet. I framtidens helsetjeneste er det behov for større fleksibilitet i hvordan helse- og omsorgspersonellet løser oppgavene. Det blir flere syke per tilgjengelig personell i tiårene framover. Derfor er det behov for oppmyking av profesjonsgrensene, bedre arbeidsdeling og utvidede roller for mange typer helsepersonell. En utvidelse av ordningen med offentlig spesialistgodkjenning er ikke i tråd med disse målene.

Det er behov for effektive og fleksible systemer for kompetanseoppbygging som møter raske endringer ved utvikling av ny teknologi og organisatoriske endringer. Det er en positiv utvikling i tilbudet av etter- og videreutdanninger for helsepersonell ved universiteter, høyskoler og fagskoler. Det skjer også kompetanseutvikling internt i virksomhetene og en rekke kurs og spesialiseringsmuligheter mv. i regi av profesjonsorganisasjonene. Det sees som mer hensiktsmessig at denne type tiltak for å styrke personellens kompetanse blir utviklet enn å utvide ordningen med offentlig godkjenning.

Departementet viser også til arbeidet med å utvikle ulike typer reguleringer og offentlige godkjenningsordninger med tanke på å raskere kunne omstille tilbudene. Det vises til beslutningen om å utvikle kvotefordelingen av legestillinger og departementets forslag om å utvikle godkjenningsordningen av sykehus. Offentlige godkjenningsordninger, også for helsepersonellet, bør i tråd med dette begrenses.

Helsedirektoratet overtok ansvaret for spesialistgodkjenning av leger, tannleger og optikere 1. oktober 2011 fra de respektive yrkesorganisasjonene. Organisasjonene gir etter avtale sakkyndige råd i enkeltsaker. Mange søknader er ufullstendige og må suppleres av søker før søknadsbehandlingen kan påbegynnes. Godkjenningsarbeidet er styrket i 2013 for å redusere saksbehandlingstiden. Et nytt elektronisk søknadsskjema til bruk i søknadsbehandlingen ble presentert i mai 2013.

Spesialistutdanning for leger og tannleger

Helse- og omsorgsdepartementet har på bakgrunn av Stortingets anmodning gitt Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomgå legenes spesialistutdanning. Direktoratet skulle vurdere behov for endringer i innhold og struktur. Det var lagt vekt på at utdanningen skal være i tråd med de vedtatte reformene og tiltakene for å rette tjenestene inn mot befolkningens behov. Dette gjelder f.eks. at antall pasienter med sammensatte tilstander vil øke framover, flere har psykiske lidelser, flere har livstilsrelaterte og aldersrelaterte lidelser. Videre skal utdanningen ta innover seg endrede kompetansebehov som følge av utvikling i tjenestene og de medisinske fagene.

Helsedirektoratet har utarbeidet et forslag til hovedretning og rammer for en framtidig spesialistutdanning for leger. I arbeidet er det innhentet innspill fra arbeidsgrupper fra fagmiljøene i sykehusene, helseforetakene, de regionale helseforetakene, universitetene, pasientforeninger, KS, Spekter, Legeforeningen, Norsk Psykologforening og Norsk Sykepleierforbund.

De overordnede målene er iht. direktoratets utredning å få en høyere kvalitet i diagnostisering, behandling, oppfølging og samhandling om pasientene. I tillegg har pasientsikkerhet stått sentralt. Direktoratets hovedgrep er å etablere en fleksibel modell for spesialiststruktur som ivaretar behov for breddekompetanse og spisskompetanse, i tillegg til kompetanse som ses som sentral for legerollen som f.eks. etikk og kommunikasjon. Det er videre lagt vekt på en forbedret og effektivisert utdanning, basert på moderne pedagogikk med fokus på læringsutbytte.

Direktoratet har lagt vekt på at det må etableres en spesialiststruktur som er fleksibel, da det er raske endringer som påvirker kompetansebehovene. Selv om utviklingen går i retning av mer spesialisering og subspecialisering, krever sykehusstrukturen i Norge at hensynet til breddekompetanse ivaretas og styrkes. Dette er viktig både for den store gruppen pasienter i sykehus med flere og sammensatte sykdommer og for å ivareta de behovene som små og mellomstore sykehus har. Samtidig er det sentralt for å sikre gode, helhetlige forløp både innen spesialisthelsetjenesten og gjennomgående forløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Det er foreslått en tredelt modell for utdanningen, der delene bygger på hverandre. I del 1 er en sentrale element i turnustjenesten ivaretatt. Den består av 18 måneders tjeneste, med 12 måneder på sykehus og 6 måneder i kommunehelsetje-

nesten som i den gamle turnustjenesten, og vil utgjøre en felles kompetanseplattform. Del 2 omfatter felles kompetanseplattform for grupper av fag, og del 3 er den spesialitetsspesifikke utdanningen.

Sentrale elementer i forslaget er:

- Sterkere innretning av utdanningen mot de sykdommene og pasientgruppene som vil dominere framover, og endringene i tjenestene som følge av reformene
- Større vekt på felles kunnskapsbaser og omgjøring av grenspesialiteter til hovedspesialiteter
- Sterkere vekt på psykisk helse og mottaksmedisin/indremedisin
- Turnustjenesten er noe revidert og er integrert i spesialistutdanningen som første felles bolk
- Kommunikasjon, etikk, helsesystem, forskning, ledelse, samhandling er gjennomgående temaer i hele utdanningen
- Større vekt på læringsmål, moderne pedagogiske læringsformer og kompetansetesting
- Mer effektive utdanningsløp med nedkorting på gjennomsnittlig 1,5 år i forhold til tidligere
- Mer ryddig ansvarsdeling og endrede roller.

Helse- og omsorgsdepartementet ser at forslaget i sin hovedretning svarer på oppdraget. Forslagene er innrettet på å bringe utdanningene i større grad inn mot framtidens helseutfordringer. Innenfor de tidsrammer som var stilt til disposisjon for direktoratet har det ikke vært rom for konsekvensutredninger og en grundig høring. Departementet har derfor bedt direktoratet om å gjennomføre dette før saken vurderes videre.

Spesialistgodkjenning av optikere

Offentlig spesialistgodkjenning av optikere gis i dag med hjemmel i lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64 § 51, jf forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger av 21. desember 2000 nr. 1384. Det følger av forskriftens § 6 at den som har fått autorisasjon som optiker og som i tillegg har gjennomgått godkjent utdanning i kontaktlinsetilpasning, etter søknad kan få godkjenning som optiker med kontaktlinsekompetanse. Autoriserte optikere har hatt spesialistgodkjenning i kontaktlinsetilpasning siden 1972. Norges optikerforbund opplyser at om lag 90 pst. av alle optikere tar spesialistutdanningen. Utdanningen har vært en selvstendig videreutdanning, men ble også

godkjent av Nokut som en del av mastergraden i optometri og synsvitenskap i 2007. I Norge er det kun Høgskolen i Buskerud som tilbyr utdanning for optikere.

En endret utdanningsmodell er trådt i kraft for studenter som startet høsten 2011. Kandidater som uteksamineres med bachelorgrad fra våren 2014 vil da også inneha kompetanse til å utføre tilpassing av de typer kontaktlinser som oftest blir valgt for pasienter i privat praksis. Denne kompetansen vil dermed ikke lenger være en del av grunnlaget for en spesialistgodkjenning etter hjemmelsgrunnlaget gjengitt ovenfor. Det legges til grunn at kompetanse på kontaktlinsetilpassing nå vil være tilstrekkelig ivare tatt i grunnutdanningen for optikere. Den nye kontaktlinsekompetansen vil kunne sammenliknes med hva som undervises i Danmark og Sverige i deres optikerutdanning. Høgskolen i Buskerud tilbyr også en modul med avansert kontaktlinsetilpasning på 30 studiepoeng (Kontaktlinser II) på masternivå. Denne modulen vil ikke være av tilstrekkelig omfang eller varighet til å kvalifisere til en offentlig spesialistgodkjenning i kontaktlinsetilpassing.

På denne bakgrunn tar departementet sikte på at spesialistgodkjenning for optikere i kontaktlinsetilpasning bortfalle. Da optikere fra 2014 vil ha kontaktlinsetilpasning i grunnutdanningen, vil det være naturlig å opphøre spesialistgodkjenningen f.o.m. 2015. Behov for overgangsordninger vil bli vurdert.

Spesialistutdanning av tannleger

Organisering og finansiering av spesialistutdanning av tannleger har vært gjenstand for en rekke utredninger de siste årene. Tannlegespesialister utdannes ved universitetene. Departementet legger til grunn at på sikt skal spesialistutdanning av tannleger organiseres som et integrert samarbeid mellom universitetene og de regionale odontologiske kompetansesentre, som er under oppbygging. Store deler av den kliniske praksis i spesialistutdanningen skal kunne foregå ved kompetansesentrene. I oppfølgingen av Stortingets behandling av St.meld nr. 35 (2006–2007) Framtidens tannhelsetjenester, er det et sentralt mål for departementet å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet og nødvendig geografisk fordeling av tannlegespesialister. Dette gjøres gjennom en gradvis opptrapping av departementets finansiering av spesialistutdanningene og utvikling av regelverket for utdanningene. Det vises til nærmere omtale under kap. 770, post 70.

Vedtak nr. 686 (2010–2011), 17. juni 2011

Følgende ble vedtatt ved behandling av Prop. 91 L (2010–2011):

«Stortinget ber regjeringen utrede videre de økonomiske og administrative konsekvensene og raskt komme tilbake til Stortinget med et forslag om rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse for brukere med stort behov innenfor den samme økonomiske rammen som gjelder i dag (jf. Innst. 424 L).»

Regjeringen har hatt på høring et forslag om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven slik at brukere etter nærmere bestemmelser får rett til å få praktisk bistand og opplæring organisert som brukerstyrt personlig assistanse. Høringsfristen gikk ut 1. august 2013. Regjeringen tar sikte på så snart som mulig å fremme en lovproposisjon for Stortinget på bakgrunn av de innspill som har kommet under høringsrunden, og innenfor de rammer Stortinget har fastsatt.

Vedtak nr. 408 (2011–2012), 1. mars 2012

Følgende ble vedtatt ved behandling av Innst. 207 S (2011–2012):

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå erfaringene fra ordningen med fast kontakt for ofre og pårørende i forbindelse med en krise og vurdere om den skal utvides til å bli en generell ordning for kommunene.»

Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å gjennomgå ordningen som en del av deres oppdrag med å koordinere oppfølgingen av NOU 2012: 14, Rapport fra 22. juli-kommisjonen, jf. Innst. 207 (2011–2012) og direktoratets rapport Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011. Læring for bedre beredskap. Direktoratet skal gjennomgå den nevnte ordningen som en del av deres samlede oppfølgingsoppdrag. Departementet vil ta stilling til hvorvidt det skal tilbys fast kontaktperson i kommunene når evaluering av modellen for den proaktive oppfølgingen av rammede i kommunene er gjennomført. Evaluering av den proaktive tilnærmingen er forankret i Helsedirektoratets Oppfølgingsplan 2013–2014. Evalueringen er utsatt til 2014 for å kunne nyttiggjøre kunnskap fra forskningen på terrorens konsekvenser via longitudinelle studier gjennomført ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Vedtak nr. 412 (2012–2013), 19. mars 2013

Følgende ble vedtatt ved behandling av Dokument nr. 8:21 (2012–2013), jf. Innst. S. nr. 208 (2012–2013):

«Stortinget ber Regjeringen utarbeide en legemiddelmelding med ny, helhetlig gjennomgang av hele legemiddelpolitikken.»

Regjeringen tar sikte på å legge fram en legemiddelmelding våren 2015.

6 Folkehelsepolitikken

Regjeringen har som mål for folkehelsepolitikken at:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

Målene er nærmere beskrevet i Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar og Innst. 478 S (2012–2013). Målene bygger på regjeringens strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller slik den er nedfelt i St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller og i Nasjonal helse- og omsorgsplan som ble lagt fram i Meld. St. 16 (2010–2011).

Nasjonale virkemidler og tiltak

Regjeringen vil etablere et nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken. Det innebærer å utvikle resultatmål og indikatorer på tvers av sektorer for å følge utviklingen og utvikle nye tiltak. Det skal legges fram en stortingsmelding om folkehelse hvert fjerde år, første gang i 2015. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal utgi en rapport om befolkningens helse hvert fjerde år som innspill til meldingen. Helsedirektoratet skal levere en rapport som presenterer status for folkehelsearbeidet og indikatorer på oppfølging av politikken. Rapporten skal også inneholde direktoratets faglige anbefalinger for å videreutvikle folkehelsearbeidet. Rapportene fra Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet vil bli sendt på høring og vil sammen med høringsuttalelsene være utgangspunktet for arbeidet med stortingsmeldingen.

Det er et mål å få bedre oversikt over helse og påvirkningsfaktorer. Folkehelseinstituttet skal utvikle et nasjonalt sykdomsbyrdeprosjekt for å få bedre kunnskap om ulike risikofaktorer og sykdomsgruppers bidrag til dødelighet og sykkelighet i befolkningen. Instituttet vil få i oppdrag å styrke kunnskapen om effektive folkehelseiltak gjen-

nom forskning og forskningsbaserte evalueringer. Folkehelse skal få større plass i arbeidet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, samtidig skal Folkehelseinstituttet få en tydeligere rolle i å oppsummere kunnskap på feltet. Videre vil regjeringen styrke folkehelseperspektivet i aktuelle utdanninger, bidra til å bygge opp kompetanse i kommuner og fylkeskommuner og utvikle bedre verktøy for å ivareta folkehelse på tvers av sektorer. Folkehelseinstituttet vil videreutvikle folkehelseprofilene til kommuner og fylkeskommuner. Barnebarometeret, som følger utviklingen i barn og unges oppvekstvilkår, vil bli oppdatert.

Regjeringen har lagt fram en felles strategi for hvordan Norge skal forebygge og behandle de fire største folkesykdommene: hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft (NCD-strategi 2013–2017). Strategien er utarbeidet i tett dialog med de fire store pasientorganisasjonene Diabetesforbundet, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Kreftforeningen og Nasjonalforeningen for folkehelsen. Arbeidet skal følges opp i samarbeid med organisasjonene. Regjeringen vil videre etablere et folkehelsepolitisk råd, ledet av helse- og omsorgsministeren. Formålet med rådet er å sikre politisk oppmerksomhet og bidra til bred forankring av folkehelsearbeidet på tvers av fagområder og sektorer. Rådet skal bidra i arbeidet med å følge opp folkehelsemeldingen og strategien for å forebygge de store folkesykdommene, og bidra med innspill til arbeidet med nye meldinger og strategier på folkehelsefeltet.

Regjeringen vil fortløpende vurdere om det er mulig å bruke økonomiske virkemidler mer effektivt for å få til en langsiktig styrking av folkehelsearbeidet. Regjeringen vil legge til rette for å bruke samfunnsøkonomiske vurderinger av folkehelseiltak mer systematisk og vil videreutvikle bruken av reguleringer som virkemiddel for å påvirke tilgjengelighet til varer og tjenester som har betydning for helsen. I budsjettene framover vil regjeringen vurdere om det er mulig å endre de helse-relaterte særavgiftene på en måte som bidrar til bedre folkehelse.

Regjeringen legger vekt på å ha et aktivt samarbeid med kommunesektoren om å utvikle og sette i verk folkehelsepolitikken. Samarbeidet vil bli forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren. Helse- og omsorgsdepartementet har også bilaterale møter med KS om samarbeidsavtalene om samhandling og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Som ledd i dette samarbeidet, er KS tildelt et økonomisk tilskudd til å bygge opp et læringsnettverk som skal bidra til å heve kompetansen og spre erfaring på folkehelseområdet.

Det er lang tradisjon for samarbeid mellom myndigheter og frivillige organisasjoner om folkehelsearbeid. Regjeringen vil utvikle samarbeidet med frivillig sektor om å sette deltakelse, medvirkning og sosial inkludering på dagsorden i det lokale folkehelsearbeidet. På nasjonalt nivå vil det bli etablert et kontaktforum om folkehelsearbeid mellom frivillige organisasjoner og Helse- og omsorgsdepartementet og andre berørte departementer. Forskning om deltakelse i frivillig arbeid som folkehelseressurs skal styrkes.

Næringslivet er en samfunnsaktør med stor innflytelse på flere områder som berører befolkningens helse og kan derfor spille en viktig rolle i folkehelsepolitikken. Regjeringen vil fremme et helsevennlig næringsliv gjennom tre overordnede strategier: 1) bidra til en bevisstgjøring og utvikling av hva som ligger i næringslivets samfunnsansvar, 2) vurdere tiltak for å styrke myndighetenes virkemidler for å beskytte mot helseskader og fremme en mer helsevennlig produksjon av produkter og tjenester, og 3) ta initiativ til en mer formalisert dialog og gjensidig forpliktende avtaler.

Utviklingen med en stadig mer globalisert verden har stor betydning for det norske samfunnet. Varer, tjenester, arbeidskraft og kapital flyter i stadig større omfang over landegrensene. Globaliseringen har også bidratt til å sette helsespørsmål sterkere på dagsorden. Internasjonale normer og regler blir mer forpliktende og berører i større grad den nasjonale helsepolitikken. I tillegg har mange land de samme helseutfordringene og flere av utfordringene er grenseoverskridende. Regjeringen vil styrke det internasjonale arbeidet på folkehelseområdet og arbeide for retten til å gjennomføre nasjonale tiltak for å styrke folkehelsen innenfor det internasjonale rammeverket for handel.

6.1 Utjevning av levekår og sosial inkludering

I folkehelsemeldingen er det lagt vekt på at befolkningens helse og sosiale forskjeller i helse henger nært sammen med velferdsutvikling og forskjeller i levekår og inntekt. Folkehelsepolitikken skal bygge videre på den norske velferdsmodellen med universelle velferdsordninger, arbeidslinjen, demokrati, deltakelse og inkludering. Kunnskapen om betydningen av sosial kapital og sosial støtte skal styrkes.

Redusere økonomiske forskjeller

Regjeringens utjevningsspolitikk har som overordnet mål at forskjellene i levekår skal være små. Et rettferdig og solidarisk samfunn uten store forskjeller mellom grupper og generasjoner skaper gode vilkår for å fremme folkehelsen. Et samfunn preget av økonomisk likhet gir større frihet, likeverd og muligheter for den enkelte. Målene for inntektsutjevning og sosial inkludering er å: 1) redusere økonomiske forskjeller, 2) bekjempe fattigdom, 3) sikre grunnleggende økonomisk trygghet for alle og 4) forbedre levekårene til de vanskeligst stilte.

I Meld. St. 30 (2010–2011) Fordelingsmeldingen har regjeringen presentert virkemidler og innsatsområder som er grunnleggende i en helhetlig og langsiktig innsats for å forebygge lavinntekt og fattigdom. En viktig forutsetning for å skape et samfunn med små sosiale og økonomiske forskjeller er å gi alle barn og unge samme muligheter til å delta og utvikle seg, uavhengig av foreldrenes økonomiske bakgrunn og sosiale situasjon. Regjeringen legger vekt på å fremme sosial mobilitet og endre forhold som skaper og opprettholder sosiale og økonomiske forskjeller. Fattigdom skal bekjempes gjennom innsats rettet mot barnefamilier og oppvekstmiljø, i barnehager, skoler og utdanning, i arbeidslivet og gjennom velferdsordningene. Flere skal inkluderes i arbeidslivet og kunne leve av egen inntekt. Inntektssikringsordninger og skattesystemet bidrar til fattigdomsbekjempelse og omfordeling. Regjeringen la sammen med statsbudsjettet for 2007 fram en handlingsplan mot fattigdom.

I Meld. St. 45 (2012–2013) Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming har regjeringen lagt fram en politikk for å bedre levekårene for utviklingshemmede.

Grunnleggende økonomisk trygghet

Inntektssikringsordningene i folketrygden gir økonomisk trygghet ved å sikre den enkelte inntekt og kompensere for særlige utgifter ved bl.a. arbeidsløshet, aleneomsorg for barn, sykdom og uførhet. Samtidig skal inntektssikringsordningene bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv. Deltakelse i arbeidslivet gir for de fleste en betydelig velferdsgvinst og arbeid er også det viktigste for å unngå fattigdom og sosial eksklusjon. Høy sysselsetting gir også samfunnet større verdiskaping og et tryggere økonomisk grunnlag for velferden.

Samtidig skal det legges til rette for at personer med nedsatt funksjonsevne skal sikres likeverdige levekår, livskvalitet og aktive selvstendige liv på linje med den øvrige befolkningen. Folketrygden dekker en rekke hjelpemidler til bedring av arbeidsevnen og funksjonsevnen i dagliglivet.

Sosial boligpolitikk

Trygge boforhold fremmer helse, tilknytning til arbeidslivet og muligheten for å stå i et utdanningsløp. Boligen og bomiljøet er viktig for integrering, for å forebygge kriminalitet og skape gode oppvekstvilkår.

Selv om de fleste i Norge bor trygt og godt, er det mange som ikke får dekket boligbehovene. I Meld. St. 17 (2012–2013) Byggje – Bu – Leve er det vist til at regjeringen vil legge fram en ny nasjonal strategi for boligsosialt arbeid i 2014. Strategien skal bidra til at flere får et egnet sted å bo, at flere får den oppfølgingen de trenger for å mestre boforholdet og hverdagen, og til å styrke den boligsosiale kompetansen.

Tilknytning til arbeidslivet

Arbeid til alle er et hovedmål for regjeringen. Arbeid er grunnlag for velferd både for individer og samfunn. Det gir den enkelte et selvstendig økonomisk livsgrunnlag og mulighet til selvrealisering og sosial inkludering. Høy sysselsetting motvirker fattigdom, utjevner økonomiske og sosiale forskjeller og fremmer likestilling mellom kvinner og menn. Arbeids- og velferdspolitikken skal bidra til høy yrkesdeltakelse og forebygge langvarig ledighet og utstøting fra arbeidslivet.

Det er gjennomført en rekke tiltak for å styrke grunnleggende ferdigheter og øke gjennomføringen i videregående opplæring. Offentlige og private skoler med ungdomstrinn vil få tilbud om støtte til skolebasert kompetanseutvikling. Andre

innsatsområder er ny lærerutdanning, et varig system for etter- og videreutdanning, yrkesrådgivning og rettlederkorps for skoleutvikling. Prosjektet Ny giv retter innsatsen mot de svakeste elevene i siste del av 10. trinn og i videregående opplæring. For å få på plass et bedre system for å følge opp unge som står utenfor opplæring og arbeid, blir det lagt vekt på å styrke samarbeidet mellom den fylkeskommunale oppfølgingstjenesten, de videregående skolene, fagopplæringen, kommunene og Nav.

Program for basiskompetanse i arbeidslivet skal bidra til å styrke voksne arbeidstakers grunnleggende ferdigheter. Det gjennomføres også forsøk med ulike modeller for videregående opplæring på arbeidsplassen. Kunnskapsnivået skal bedres gjennom motivasjon, god veiledning og fleksible ordninger for læring innenfor og utenfor utdanningssystemet.

Regjeringen la i august 2013 fram Meld. St. 46 (2012–2013) Flere i arbeid, med fokus på tiltak som støtter opp om arbeidslinjen og målet om arbeid for alle. Gjennom intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv har det vært satt i gang en rekke tiltak for å skape et mer inkluderende arbeidsliv. Det er fastsatt tre delmål for avtalen om et inkluderende arbeidsliv: redusert sykefravær, inkludering av flere med redusert funksjonsevne og økning av den reelle pensjoneringsalderen. Det er enighet om at arbeidsplassen er den viktigste arenaen og det er bl.a. satt i verk en rekke tiltak for tidlig oppfølging av og tilrettelegging for sykmeldte. Det systematiske, forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i virksomhetene vektlegges også nå i større grad, og arbeidsmiljømyndighetene har fått en tydeligere rolle enn tidligere. Gjeldende avtale utløper 31. desember 2013 og regjeringen ønsker å videreføre det gode samarbeidet med partene i arbeidslivet om et mer inkluderende arbeidsliv.

Trygge oppvekstvilkår

Målet er at alle barn skal ha like muligheter til utvikling uavhengig av foreldres økonomi, utdanning, etnisk og geografisk tilhørighet. Regjeringen vil bidra til gode oppvekstvilkår gjennom tiltak for å styrke foreldrenes kompetanse, videreutvikle kvalitet på barnehager og skoler, videreutvikle og styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten og sikre bedre samhandling mellom tjenestene.

Rett til barnehageplass og en storstilt barnehageutbygging har gitt alle barn mulighet til å gå i barnehage. I Meld. St. 24 (2012–2013) Framtidens

barnehage har regjeringen lagt fram en rekke tiltak for å bedre kvaliteten på tilbudet. En helhetlig kompetansestrategi for perioden 2014 til 2020 ble lagt fram i august 2013. Det arbeides med å oppfylle dagens pedagognorm, øke andelen ansatte med relevant utdanning og innføre en bemaningsnorm.

Stortinget har vedtatt endringer i barnevernloven som skal sikre god kvalitet i barnevernet gjennom krav til rettssikkerhet, forsvarlighet og medvirkning. Regjeringen har gjennomført et barnevernsløft som har gjort det mulig å styrke rekrutteringen til det kommunale barnevernet. Kunnskaps- og kompetanseutvikling og god samhandling mellom forvaltningsnivåene og mellom tjenestene skal bidra til å bedre kvaliteten. Det skal lages retningslinjer for samarbeid og ansvarsdeling mellom barnevernet og Nav. Fire departement har lagt fram en felles strategi for å forebygge og avdekke vold og overgrep mot barn og unge. Tilskuddsordningen til barne- og ungdomstiltak i større bysamfunn skal bidra til bedre levekår og sosial inkludering. Det vil bli etablert en ny nasjonal tilskuddsordning mot barnefattigdom. Målet er å gi flere barn og unge fra lavinntektsfamilier mulighet til å delta i ferie- og fritidsaktiviteter.

Det er et mål å øke deltakelsen blant barn og unge som i liten grad deltar i kultur og frivillig organisasjonsliv. Idrett, kunst og kultur er blant de viktigste fritidsaktivitetene for barn og unge og sentrale for fysisk, kulturell og sosial utfoldelse. Et åpent og inkluderende frivillig organisasjonsamfunn er en forutsetning for deltakelse og en arena for fellesskap og demokrati. Barn og ungdom er den viktigste målgruppen for den statlige idrettspolitikken og det skal legges til rette for et allsidig tilbud om idrett og fysisk aktivitet. Det vises til Meld. St. 10 (2011–2012) Kultur, inkludering og deltaking, St.meld. nr. 39 (2006–2007) Frivillighet for alle, Meld. St. 26 (2011–2012) Den norske idrettsmodellen og Innst. 211 S (2012–2013).

Helsevennlig arbeidsliv

Målet er et mer inkluderende arbeidsliv og trygge og sikre arbeidsmiljøer. Arbeid gir økonomisk trygghet og bidrar til å utjevne sosiale forskjeller. Like sentralt er betydningen for deltakelse i samfunnet, livskvalitet, mestring og arbeidsglede. Et mer inkluderende arbeidsliv kan bidra til bedre helse og mindre helseforskjeller i befolkningen.

Generelt er arbeidsmiljøet i Norge godt, men det gjenstår betydelige utfordringer med å sikre

et forsvarlig arbeidsmiljø for alle. Enkelte bransjer er preget av mange useriøse bedrifter og sosial dumping, og det er en fare for at slike forhold kan bre seg til andre deler av arbeidslivet. Videre er deler av arbeidslivet preget av høyt langtidssykefravær, frafall og utstøting.

I 2013 la regjeringen fram Handlingsplan 3 for et anstendig og seriøst arbeidsliv mot sosial dumping. Handlingsplanen bygger på de tidligere handlingsplanene mot sosial dumping og innholder nye tiltak for å styrke kontrollen og sikre bedre etterlevelse av regelverket i hele arbeidslivet. Arbeidet med det treparts bransjeprogrammet er videreført gjennom oppstart av bransjeprogrammer i veg- og utelivsbransjen.

Gjennom Den kulturelle nistepakka er det gitt tilskudd til kulturtiltak på arbeidsplassen som skal bidra til bedre arbeidsmiljø og redusert sykefravær. I Meld. St. 44 (2012–2013) Likestilling kommer ikke av seg selv har regjeringen lagt ramme for å videreutvikle likestillingspolitikken og organiseringen av det offentlige likestillingsarbeidet. Arbeidet for å fremme likestilling vil i stor grad handle om arbeidslivet. Samarbeidet mellom myndighetene og partene i arbeidslivet skal forsterkes og det skal legges til rette for lokalt utviklingsarbeid.

Aktiv og trygg aldring

Det er et mål å utvikle et samfunn som bidrar til å fremme en aktiv og trygg aldring. Regjeringen vil legge til rette for at folk kan stå lenger i arbeidslivet, bekjempe aldersdiskriminering og legge til rette for å fremme eldres deltakelse i samfunnet. Bedre tilgjengelighet til transport og tilrettelegging for kulturelle og frivillige aktiviteter, skal bidra til selvstendighet og deltakelse. Helse- og omsorgstjenesten skal legge mer vekt på forebygging og egenmestring. Universell utforming og lokal planlegging skal bidra til at omgivelsene legges til rette for en aktiv alderdom. Videre må utvikling av tjenestetilbudet ta hensyn til at det blir stadig flere eldre med innvandrerbakgrunn

Seniorers deltakelse i arbeidslivet er relativt høy i Norge sammenliknet med de fleste andre land. Pensjonsreformene og trepartssamarbeidet om et inkluderende arbeidsliv bidrar til dette. Mange kombinerer pensjon og arbeid gjennom de fleksible mulighetene etter fylte 62 år. Det er viktig å følge utviklingen og den sosiale fordelingen i arbeidsdeltakelsen. Andelen uførepensjonister har gått noe ned blant de eldre aldersgruppene, men den er fortsatt høy. Regjeringen følger opp gjennom stortingsmeldingen om flere i arbeid.

Enkelte seniorer opplever aldersdiskriminering, eller at den formelle aldersgrensen er til hinder for å fortsette i arbeid. Arbeidsdepartementet foretar derfor en gjennomgang av aldersgrensebestemmelsene.

Regjeringen legger vekt på å stimulere og inkludere eldre som ressurs i frivillig arbeid. Alle skal kunne oppleve et mangfold av kulturtilbud og kunstneriske uttrykk og delta i et aktivt kulturliv. Tilskuddsordningen Den kulturelle spaserstokken bidrar til engasjement og bredde i kulturtiltak for eldre.

6.2 Mulighet for sunne valg

Det er et mål å redusere sosiale forskjeller i helseatferd. Det skal bli lettere å velge sunt, og det skal spesielt legges vekt på tiltak rettet mot barn og unge. Det er et langsiktig mål at alle barn og unge skal ha tilgang til sunne måltider i skole og barnehage og at det innenfor dagens ordning skal legges til rette for daglig fysisk aktivitet i skolehverdagen. Det skal legges til rette for helsevennlige arenaer, f.eks. ved å skape alkohol- og tobakksfrie arenaer for barn og unge, helsefremmende arbeidsplasser og tilbud om sunnere mat på idretts- og kulturarrangementer.

Kosthold og ernæring

Til tross for flere positive utviklingstrekk i matvareforbruket de senere årene, har kostholdet til store deler av befolkningen klare ernæringsmessige svakheter. De største utfordringene framover er å øke inntaket av grønnsaker, frukt, grove kornprodukter og fisk og å redusere inntaket av mettet fett, salt og sukker.

Den nasjonale kostholdsundersøkelsen blant voksne fra 18 til 70 år, Norkost 2010–2011, viste et høyt inntak av mettet fett med kjøtt og kjøttprodukter, ost og smør eller margarin som viktigste kilder. Helsemyndighetene anbefaler et totalt inntak av frukt og grønnsaker på omkring 500 gram daglig. Kun drøyt 20 pst. av de voksne spiste anbefalt mengde av disse varene. Brusforbruket er redusert over tid, men det gjennomsnittlige forbruket er fortsatt over 60 liter sukkerholdig brus per person i året. Forbruket av godterier har økt betydelig de siste 30 årene og var 14 kilo per innbygger i 2011. Det gjennomsnittlige inntaket av salt i befolkningen er anslått til om lag 10 gram per person daglig, dobbelt så høyt som anbefalt. Kostens innhold av transfettsyrer har minsket fra fire til under en energipro-

sent de siste 25 årene. Dette er i tråd med anbefalingene. Imidlertid kan vi ikke utelukke at grupper i befolkningen, f.eks. grupper av innvandrere, kan ha et høyt inntak. Forslag til forskrift for å regulere innhold av industriframstilt transfett er sendt på høring høsten 2013.

Norkost-undersøkelsen viste enkelte sosiale ulikheter i valg av matvarer og inntak av næringsstoffer, bl.a. hadde de med kortest utdanning høyere inntak av brus og saft og lavere inntak av kornvarer, grønnsaker, frukt og bær. Tilsvarende sosiale forskjeller er vist i helsevaneundersøkelsene blant skoleelever.

Kostholdsarbeidet i Norge har vært forankret i Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011). Verdens helseorganisasjons evaluering av kostholdsarbeidet og Helsedirektoratets sluttrapport om handlingsplanen utgjør et viktig grunnlag for å utvikle arbeidet framover. Målet er å bedre befolkningens kosthold i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger og redusere sosiale forskjeller i kosthold. Målet må ses i sammenheng med Verdens helseorganisasjons globale mål for å forebygge og kontrollere sykdommer som ikke er smittsomme (non-communicable diseases, NCD). I Norge bruker vi gjerne begrepet livsstilssykdommer, men det betyr ikke at livsstil er eneste årsak til sykdom. Innenfor dette arbeidet er det utarbeidet ni mål og 25 indikatorer. Fire mål og tolv indikatorer er relatert til kosthold.

Begrensning av befolkningens saltinntak er ifølge Verdens helseorganisasjon blant de mest kostnadseffektive tiltakene i folkehelsearbeidet. Mesteparten av saltet i gjennomsnittskosten kommer fra industribearbejdede matvarer og mat spist på serveringssteder. En reduksjon av salt i slike matvarer vil kunne ha meget stor betydning for befolkningens saltinntak.

Helsedirektoratet og Mattilsynet samarbeider om et felles system for mat- og kostholdsovervåking. Dataene brukes til utforming og evaluering av ernæringspolitikken, i folkehelsestatistikk og i risikovurderinger i regi av Vitenskapskomiteen for mattrygghet. Helsedirektoratet samarbeider med Mattilsynet om videreutvikling av Mat på data.

Merkeordningen Nøkkelhullet har siden innføringen i 2009 blitt godt kjent og fått en viktig posisjon både blant forbrukerne og i næringen. I januar 2013 kjenner 98 pst. til merket og en av to sier merket gir hjelp til sunnere valg. Antall nøkkelhullsmerkede produkter i handelen økte fra 1532 i 2011 til 1738 produkter i 2012. I følge Norsk Spisefakta 2012 brukes merket uavhengig av sosial tilhørighet, utdanning og bosted. Helsedirektoratet og

Mattilsynet følger opp ordningen med informasjons-, tilsyns- og utviklingsarbeid. Nøkkelhullsfor-skriften revideres i 2013–2014.

Helsedirektoratet ga i 2011 ut nye matvareba-serte kostråd. I en tid med mange ulike kostholds-råd i media, er det avgjørende med kontinuerlig og tydelig kommunikasjon om helsemyndighete-nes anbefalinger. Helsedirektoratet initierte i 2012 en langsiktig satsing for å øke kunnskapen i befolkningen. Andelen som kjenner kostrådene økte fra 32 pst. i januar 2012 til 41 pst. i januar 2013 og tilliten fra 51 pst. til 60 pst. Det er fortsatt et betydelig potensial for å øke kunnskapen om kostrådene og sammensetning av et sunt kosthold, særlig blant yngre aldersgrupper. Sjømat-programmet Fiskesprell videreføres og videreutvikles og har i 2013 inngått et samarbeid med Opplysningskontoret for frukt og grønt.

Helsedirektoratets retningslinjer for skolemål-tidet i grunnskole og videregående skole skal revideres. I 2013 er det gjort en kartlegging av mat og måltider i skole og skolefritidsordning. Resultatene fra kartleggingen vil danne grunnlag for revidering av retningslinjer for skolemåltidet. God ernæring og regelmessig fysisk aktivitet er viktig for helse, trivsel og læring i barnehager og skoler. Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet etablerte høsten 2013 et Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet. Senteret skal synliggjøre og formidle sammen-hengen mellom helse og barn og unges læring, læringsmiljø og læringsutbytte, med vekt på sunne måltider, gode matopplevelser og daglig fysisk aktivitet. Senteret skal være en ressurs for fagene mat og helse og kroppsøving. Det vises til kap. 719, post 21.

Norge har vært pådriver for Verdens helseor-ganisasjons anbefalinger for markedsføring av mat og alkoholfrie drikkevarer som ble vedtatt på Verdens helseforsamling i mai 2010. Anbefalin-gene gir medlemslandene grunnlag for å utforme ny eller styrke eksisterende politikk på området.

Norsk matvarebransje har utviklet et nytt og forbedret selvreguleringssystem for markedsføring rettet mot barn, med bl.a. Matvarebransjens faglige utvalg (MFU). Høsten 2015 vil departementene i samråd med bransjen evaluere systemet. Dersom evalueringen viser at markedsføringstrykket ikke er tilstrekkelig redusert, vil regjeringen på nytt vur-dere å forskriftsregulere begrensninger på mar-kedsføring rettet mot denne gruppen.

Det mangler nyere data om amming, men data fra 2006–2007 viste at under 10 pst. fullammet i tråd med anbefalingene, men at det likevel var 50 pst. som ammet ved 12 måneders alder. Mor-barn-

vennlig initiativ har vist seg velegnet til å beskytte, fremme og støtte amming. I 2012 ble mer enn 90 pst. av barn i Norge født ved sertifiserte Mor-barn-vennlig sykehus. Mor-barn-vennlig initiativ er utvidet til også å omfatte helsestasjoner. Om lag halvparten av barna tilhører en helsestasjon som er sertifisert eller er i ferd med å sertifiseres som Ammekyndig helsestasjon. Nasjonal kompetanse-tjeneste for amming har godkjenning- og oppføl-gingsansvar. Det arbeides med å etablere en nasjonal amme-statistikk.

Fysisk aktivitet

Det totale aktivitetsnivået i befolkningen er lavt og viser negativ utvikling. Fysisk aktivitet som tidli-gere var en naturlig del av arbeid og daglige gjøre-mål er sterkt redusert. Samfunnsutviklingen har ført til at vi verken i måten vi arbeider eller forflyt-ter oss på, får tilstrekkelig fysisk aktivitet. En svak økning i trening og mosjon på fritiden de siste ti-årene i deler av befolkningen, kompenseres ikke for sterkt redusert hverdagsaktivitet hos de fleste blant oss.

Nasjonale kartlegginger viser at kun 20 pst. blant voksne og eldre oppfyller anbefalingen om minimum 30 minutter daglig fysisk aktivitet. Det er sosiale forskjeller i fysisk aktivitet blant voksne. 25 pst. av dem med minst fire års høyskole- eller universitetsutdanning oppfyller anbefalingene sammenliknet med 16 pst. blant dem med grunn-skole som høyest fullførte utdanning. Rundt 90 pst. av landets seksåringer er moderat fysisk aktive i minst 60 minutter hver. Også gutter i niårsalderen følger i stor grad anbefalingene. Blant ni år gamle jenter er det derimot bare 70 pst. som er moderat fysisk aktive i minst 60 minutter hver dag, slik anbefalingen er. Blant 15-åringene kan omtrent halvparten defineres som aktive.

Fysisk inaktivitet og stillesitting registrert med aktivitetsmåler viser at fra seksårs alder øker inaktiv tid per dag i gjennomsnitt med 17 minutter for hvert år opp til femtenårsalderen. En sammen-likning av data fra 2005/2006 med data fra 2011 viser at tiden som brukes til stillesitting øker blant niåringer og femtenåringene. I kartleggingen av stillesitting blant voksne viser objektive mål at kvinner og menn i snitt er fysisk inaktive ni av de 14 timene aktivitetsmålerne har vært brukt.

Folkehelsemeldingen legger grunnlag for en sektorovergripende innsats for å fremme befolk-ningsens fysiske aktivitet. Hovedutfordringen er å øke andelen som oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet. For personer som er lite aktive, vil selv en liten økning i aktivitetsnivået gi en betyde-

lig helsegevinst i form av bedre livskvalitet, økt funksjonsevne og redusert risiko for sykdom og helseplager. Mål må ses i sammenheng med WHO's globale mål for å forebygge og kontrollere sykdommer som ikke er smittsomme, jf. NCD-strategi 2013–2017.

Helsemyndighetene vil framover styrke informasjonen til befolkningen om betydningen av fysisk aktivitet, hva som skal til for å oppnå helsegevinst for den enkelte og helsekonsekvenser av fysisk inaktivitet og stillesitting. Det skal legges vekt på kunnskapsformidling og positiv informasjon og inspirasjon til daglig bevegelse. Et mål på sikt vil være å gjøre 30 minutter om dagen like kjent som fem om dagen. Det vises til kap. 719, post 21.

Hesledirektoratet har i 2013 ferdigstilt et oppdatert kunnskapsgrunnlag om fysisk aktivitet, herunder samfunnsøkonomiske beregninger. Dette kunnskapsgrunnlaget vil ligge til grunn for videre arbeid med fysisk aktivitet, herunder oppfølgingen av tiltak i folkehelsemeldingen og NCD-strategi 2013–2017.

Kommunale frisklivssentraler har tilbud om tilpasset fysisk aktivitet og skal også ha oversikt over aktuelle aktivitetstilbud i nærmiljøet. Mange frivillige organisasjoner og private aktører samarbeider med frisklivssentraler om lavterskeltilbud for fysisk aktivitet. Gode lavterskeltilbud er viktige for at personer som i utgangspunktet er fysisk inaktive skal finne tilbud som passer dem. Det vises til kap. 762, og til kap. 719 post 21, 60 og 73.

Som oppfølging av folkehelsemeldingen skal det vurderes hvordan skoledagen kan organiseres slik at elevene sikres minst en time fysisk aktivitet hver dag. Skolen står fritt til å arbeide for mer fysisk aktivitet, enten dette gjøres ved å benytte dette som metode i andre fag eller i form av lek og fysisk aktivitet for elevene. Erfaringer fra gjennomførte og pågående tiltak ved både grunn- og videregående skoler viser at god tilrettelegging for fysisk aktivitet fremmer fysisk form og har positiv virkning på elevenes konsentrasjonsevne og atferd i klasserommet samt på det psykososiale læringsmiljøet. Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet vil bistå i å samle og formidle kunnskap, erfaringer og gode eksempler.

Meld. St. 26 (2011–2012) Den norske idrettsmodellen og Innst. 211 S (2012–2013) vektlegger virkemiddelbruk som vil bidra til økt fritidsaktivitet for flere. Dette gjelder bl.a. idrettstilbud som favner alle barn og unge og som forhindrer tidlig frafall fra idretten, anleggsutvikling med appell til ungdom og til egenorganisert fysisk aktivitet og friluftsliv. Se også omtale under 6.1, Trygge oppvekstvilkår over.

Folkehelsemeldingen varsler en rekke tiltak for å fremme et aktivt friluftsliv for alle. Hensynet til befolkningens helse og fysiske aktivitet skal få større plass i steds- og nærmiljøutvikling, og det skal legges et grunnlag for mer miljø- og helsevennlig transportløsninger. Se omtale under 6.3 Miljø og helse.

Tobakk

Røyking fører hvert år til om lag 5100 dødsfall i Norge, noe som tilsvarer 13 pst. av alle dødsfall. I gjennomsnitt taper hver person som døde av røyking 11 leveår, og om lag halvparten av storrykere dør før 70-årsalderen. Beregninger har vist at de totale samfunnskostnadene er svært høye.

I 2012 røykte 16 pst. av befolkningen (16 til 74 år) daglig, mot 17 pst. i 2011, det vil si om lag 40 000 færre røykere. I tillegg røykte ti pst. av og til. Andelen dagligrøykere blant unge (16 til 24 år) var sju pst., mot 11 pst. året før. I tillegg røykte 13 pst. unge av og til. Det er store sosiale og geografiske forskjeller i røyking. Blant dem med kort utdanning røykte 34 pst. daglig, og blant dem med lang utdanning røykte sju pst. I Finnmark røykte 28 pst. daglig, mens i Oslo røykte 14 pst. Blant gravide røykte i 2012 om lag ni pst. ved svangerskapets begynnelse, og om lag seks pst. ved svangerskapets slutt. Etter noen år uten nedgang, ser utviklingen igjen ut til å peke nedover.

Samtidig som stadig færre røyker, er det flere som bruker snus. I 2012 brukte 9 pst. av befolkningen snus daglig, mot 8 pst. i 2011. Å bruke snus er imidlertid først og fremst et ungdomsfenomen. Blant unge (16 til 24 år) brukte 19 pst. snus daglig, mot 18 pst. året før. Snusbruk er vanligere blant unge menn, 25 pst. brukte snus daglig mot 14 pst. blant unge kvinner. De siste par årene har økningen vært størst blant unge kvinner. Det er 10 pst. blant unge som bruker snus av og til.

Departementet la våren 2013 fram en ny nasjonal strategi for arbeidet mot tobakksskader for perioden 2013–2016. Målet for det tobakksforebyggende arbeidet er å hindre at unge begynner å røyke eller snuse, motivere og gi hjelp til snus- og røykeslutt, og beskytte befolkningen og samfunnet mot tobakksskadene. Strategiens fire hovedelementer er restriktiv tobakkslovgivning, videreføring av det høye avgiftsnivået på tobakk, massemediekampanjer og etablering av et nasjonalt tobakksavvenningstilbud.

Det er de brede befolkningsrettede tilnærmingene med bruk av både regulatoriske og økonomiske virkemidler sammen med kampanjer og tiltak innen helsesektoren, som er dokumentert å

ha den sterkeste langsiktige virkningen på tobakksforbruket i en befolkning. Den samlede innsatsen av slike tiltak har ført til at Norge har hatt den sterkeste nedgangen i andel røykere av OECD-landene fra 2000 til 2010.

Våren 2013 vedtok Stortinget en rekke endringer i tobakksskadeloven med formål å hindre barns tilgang til tobakksvarer, gjøre flere arener røykfrie og styrke vernet mot passiv røyking. Fra 1. juli 2013 ble visjonen om et tobakksfritt samfunn inntatt i lovens formålsbestemmelse. Videre trådte en normativ bestemmelse om barns rett til et røykfritt miljø i kraft, sammen med et forbud mot salg av tipakninger sigaretter. Fra 1. januar 2014 gjelder de nye forbudene mot tobakkssponsing og forbrukertesting. Fra 1. juli 2014 vil det ikke lenger være lovlig med røykerom i arbeidslokaler og offentlige lokaler, med visse unntak. Fra samme tid innføres tobakksfrie barnehager og skoler, røykfrie inngangspartier til helseinstitusjoner og offentlige virksomheter og forbudet mot selvbetjening av tobakksvarer. Fra 1. januar 2015 innføres en kommunal bevillingsordning for salg av tobakksvarer.

Det ble i 2012 gjennomført to massemediekampanjer med temaene helseskader ved røyking og beskyttelse av barn mot passiv røyking. Evalueringer viser at kampanjene i noen grad førte til økt kunnskap om helserisiko og motiverte til røykeslutt. I januar 2013 ble det gjennomført en kampanje med det formål å formidle kunnskap om at selv det å røyke av og til er helseskadelig.

Helsedirektoratet har kurset om lag 100 slutteveiledere til frisklivssentraler. Direktoratet tilbyr landsdekkende hjelp til snus- og røykeslutt gjennom Røyketelefonen, tilrettelagte netjtjenester og en applikasjon for smarttelefoner. Det er fortsatt noe over halvparten av landets skoler som bruker skoleprogrammet FRI. Det er i denne aldersgruppen røyking har gått kraftigst ned, om lag like mye blant menn og kvinner. Helsedirektoratet jobber videre med å sørge for at helsepersonell etter spør tobakksbruk ved konsultasjoner, benytter minimal intervensjon og henviser til kunnskapsbaserte metoder for tobakksavvenning.

Norge er, sammen med 175 andre land samt EU, part i Verdens helseorganisasjons tobakkskonvensjon. Det femte partsmøtet ble gjennomført høsten 2012, hvor en protokoll mot ulovlig handel med tobakksvarer ble vedtatt. Norge har undertegnet protokollen og satt i gang prosessen med ratifikasjon.

Alkohol

Alkoholkonsumet i Norge har lenge vært økende, men gjennomsnittlig solgt alkoholmengde per innbygger har gått noe ned etter 2008. I 2012 var det registrerte forbruket 6,21 liter ren alkohol per person 15 år og eldre. I tillegg kommer forbruk knyttet til taxfree-salg, øvrig grensehandel og smugling. I følge spørreundersøkelser økte konsumet blant ungdom fram mot årtusensskiftet, men har siden gått noe tilbake. Særlig økte forbruket blant jenter i siste del av 1990-tallet, men gutters bruk av alkohol er fortsatt vesentlig høyere enn jenters. Alkoholforbruket i Norge er fortsatt lavt i europeisk sammenheng.

I Norge er det anslagsvis mellom 80 000 og 120 000 storforbrukere av alkohol. Det er imidlertid den store gruppen med moderat forbruk av alkohol som forårsaker mest skade og sykdom. Det er en dokumentert sammenheng mellom totalkonsumet av alkohol i samfunnet og akutte skader, ulykker, kroniske lidelser, avhengighetsproblemer og sosiale problemer. Skader og problemer den som drikker påfører andre, passiv drikking, utgjør en betydelig del av skadebildet.

Det er i dag flere eldre som drikker enn før 15 år siden, og de drikker oftere enn før. Økningen er størst i aldersgruppen 66 til 79 år, og omtrent like stor for kvinner og menn. Det er særlig konsumet av vin som har økt. Andelen i befolkningen over 65 år vil øke de neste tiårene. Dagens eldre er vokst opp med et annet forhold til alkohol enn foregående generasjoner, og det er grunn til å anta at de generasjonene som nå nærmer seg pensjonsalder vil ha et høyere alkoholforbruk enn generasjonene før dem. At de eldre blir stadig flere og samtidig drikker mer alkohol, antas å føre til flere alkoholrelaterte problemer i denne gruppen. Det blir stadig færre som ikke drikker alkohol. Vel 80 pst. av ungdommene mellom 15 og 20 oppgir å ha drukket alkohol.

Alkohol er det rusmidlet som forårsaker flest sosiale og helsemessige skader. I de senere år har flere europeiske land tatt i bruk regulatoriske virkemidler som allerede inngår i norsk alkoholpolitikk, og alkoholkonsumet er redusert i flere av landene.

De årlige undersøkelsene om kommunenes forvaltning av alkoholoven viser at den fysiske tilgangen til alkohol har økt de siste tiårene. Tre utviklingstrekk kan illustrere dette. For det første kan en nå få kjøpt alkohol i alle landets kommuner mens det for 30 år siden var over 200 kommuner uten salgssted for alkohol. For det andre har antall vinmonopolutsalg økt. De siste 10 årene er antal-

let nesten fordoblet, og 87 pst. av befolkningen bor nå i en kommune med polutsalg. For det tredje er antall skjenkesteder tredoblet i løpet av de siste 30 årene, og mens det i 1980 var nærmere 100 kommuner uten skjenkested, var antallet i 2011 redusert til fire. Vi ser også en utvikling hvor kommunene har tillatt salg og skjenking utover lovens normaltid. For salgsbevillinger har over 90 pst. av kommunene en salgstid som tilsvarer lovens maksimaltid, altså til klokken 20 på hverdager og til klokken 18 på lørdager. Bildet er imidlertid annerledes når det kommer til skjenkebevillinger. Lovens maksimaltid er her til klokken tre for alle alkoholdrikker hele uken, men hele 87 pst. av kommunene har valgt en kortere skjenketid enn dette. Den vanligste skjenketiden er til klokken to både for øl, vin og brennevin.

Illegale rusmidler og dopingmidler

Bruken av illegale rusmidler økte på 1990-tallet, toppet seg rundt årtusenskiftet, men har siden gått tilbake og ser ut til å ha stabilisert seg. Cannabis er fortsatt det mest brukte illegale rusmiddelet, fulgt av amfetaminer. I 2010 oppga f.eks. 29 pst. (18 til 30 år) at de noen gang hadde prøvd cannabis, mens omkring sju pst. oppga at de noen gang har brukt amfetaminer. Amfetaminer, kokain, heroin og andre opioider er de narkotiske stoffene som gir størst problemer og skader.

Antall injeksjonsbrukere antas å ha vært nokså stabilt siden 2003. I 2009 ble antallet estimert til å være mellom 8800 og 12 000. Blant disse er også bruk av vanedannende legemidler svært utbredt – mer enn tre av fire heroinbrukere og vel halvparten av amfetaminbrukere rapporterer slik bruk. Narkotikabruken i Norge er lav i europeisk sammenheng, men antall narkotikarelaterte dødsfall (overdosedødsfall) er fortsatt høyt. I 2011 ble det i Norge registrert 262 narkotikadødsfall. Norge har lav forekomst av hiv blant injeksjonsmisbrukere, samtidig som en relativt høy andel er bærere av hepatitt C.

Markedet for nye psykoaktive rusmidler er i rask endring. I løpet av det siste tiåret har det vært en sterk økning av nye stoffer på det globale narkotikamarkedet, og stadig utvikles det nye varianter – til nå er nær 240 produkter blitt avdekket. Stoffene går under betegnelser som «designer drugs», «nye psykoaktive stoffer», «research chemicals» og «legal highs». Rundt en tredjedel av de nye psykoaktive stoffene tilhører gruppen syntetiske cannabinoider. Disse stoffene er laget for å etterlikne effekten av organisk cannabis.

Omsetningen skjer hovedsakelig via internettbutikker og antallet salgssider er økende.

I februar 2013 ble en ny narkotikaforskrift fastsatt. I narkotikalistene som er vedtatt som en del av forskriften, er det listeført ti stoffgrupper. Disse gruppene dekker mange av de nyutviklede psykoaktive stoffene som fagmyndighetene har avdekket siden 2011. Forskriften definerer hva som er narkotika på en mer presis måte enn tidligere. Det gjør at myndighetene kan være i forkant av utviklingen og på forhånd definere nyutviklede narkotiske stoffer som narkotika og det blir enklere å avgjøre om et stoff kan regnes som narkotika.

Bruken av dopingmidler utenfor idretten er ikke svært utbredt. De fleste studier indikerer at om lag to pst. av befolkningen har prøvd dopingmidler noen gang gjennom livsløpet. Blant dem som oppgir å ha brukt dopingmidler, rapporterer de fleste om kortvarig og forbigående bruk. Tilgjengeligheten til dopingmidler synes imidlertid å være betydelig, og relativt mange sier at de har blitt tilbudt eller vet hvor de skulle kunne skaffe dopingmidler. I tråd med Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, er det vedtatt endringer i legemiddeloven, slik at det er blitt straffbart uten lovlig adkomst å erverve, besitte eller bruke dopingmidler. Endringsloven trådte i kraft 1. juli 2013.

Forebygging og tidlig innsats på rusmiddelområdet er omtalt i kap. 11 Rustiltak.

6.3 Miljø og helse

Det fysiske miljøet som omgir oss, enten det er naturlig eller skapt av mennesket, er grunnleggende for helse, trivsel og livskvalitet. Sundhedsloven av 1860 stadfestet at «Opmærksomhed» skulle rettes mot «Stedets Sundhedsforhold, og på hva derpaa kan have Indflydelse». Folkehelse-loven av 2012 viderefører tradisjonen. Innsats skal rettes mot miljø- og samfunnsforhold som bidrar til god helse eller som hindrer at sykdom og skade oppstår.

Steds- og lokalsamfunnsutvikling

Helsehensyn skal få større plass i steds-, nær- miljø- og lokalsamfunnsutviklingen. Gode steder og lokalsamfunn har stor betydning for livskvalitet, trivsel og helse. Folkehelsepolitikken skal understreke at gode steder gir gode liv for alle.

Folkehelsemeldingen varsler en rekke tiltak for å fremme friluftsliv for alle, herunder Nasjonal strategi for et aktivt friluftsliv og Nasjonal hand-

lingsplan for statlig sikring og tilrettelegging av friluftsområder som Miljøverndepartementet la fram i august 2013. Kort avstand til friluftsområder og gode forbindelser til sti- og løypenett reduserer terskelen for bruk av skog og kulturlandskap til rekreasjon, trening og avkopling.

Hensynet til befolkningens helse og muligheter for livsutfoldelse skal ivaretas i den generelle samfunns- og arealplanleggingen og i regionalt og lokalt utviklingsarbeid. Et toårig utviklingsprogram er i gang og tar sikte på å bygge opp kompetanse på hvordan nærmiljøkvaliteter og -tiltak kan fremme befolkningens helse og trivsel. Flere kommuner deltar, og høyskoler og universiteter i fem fylker er involvert i et samarbeid med respektive fylkeskommuner. Helsedirektoratet bidrar med faglig og ressursmessig innsats i programmet. Det vises til kap. 719, post 60.

Helsemyndighetene samarbeider om pågående nærmiljø-satsing i regi av Miljødirektoratet, og deltar i det tverretatlige Forum for stedsutvikling i regi av Miljøverndepartementet og bidrar for øvrig i innsats for å fremme friluftsliv og idrett for alle. Samarbeidet videreføres i 2014. Fysisk aktivitet i et nærmiljøperspektiv vil være ett av hovedtemaene under den nordiske folkehelsekonferansen i 2014 som arrangeres i Trondheim.

Enkelte områder i større byer har utfordringer av et slikt omfang at det er behov for en særlig områdesatsing. Fra 2014 foreslår regjeringen derfor en områdesatsing for Indre Oslo Øst. I tillegg videreføres bidraget til områdesatsinger i Groruddalen og Oslo Sør. I regi av disse satsingene gjennomføres infrastrukturtiltak for å motvirke sosiale forskjeller i helse og livskvalitet, og for å sikre bedre levekår, miljøopprusting og bærekraftig sosial utvikling. Det vises til omtale under kap. 719, post 60.

I planarbeidet bør det være oppmerksomhet på hvordan tilbud om sunn og usunn mat og drikke der folk ferdes, påvirker kostvaner. Kommunen kan, som eier av virksomheter og eiendommer, legge til rette for at man kan ta sunne valg på en naturlig måte i hverdagen. Det skal utvikles en veileder til støtte for kommunens arbeid.

Helsefremmende transportløsninger

Hensynet til framkommelighet, fysisk aktivitet, lokalt miljø, klima og arealknapphet krever en vesentlig satsing på tilrettelegging for sykling og gåing i byområdene og langs veier som er skolevei for mange barn og unge.

Folkehelsemeldingen legger et grunnlag for mer miljø- og helsevennlig transport og transportløsninger. Meldingen omtaler og understøtter Meld. St. 26 (2012–2013) Nasjonal transportplan 2014–2023, som følger opp klimaforliket om at veksten i persontransporten i byer og tettsteder skal tas med kollektiv, sykkel og gange, og som legger opp til en styrket satsing på gang- og sykkelveier.

Målet er å øke den aktive transporten slik at vi i større grad enn i dag går eller sykler til skole og jobb, i daglige gjøremål og ellers når vi skal fra et sted til et annet. Helsemyndighetene vil delta i oppfølgingen av Nasjonal transportplan 2014–2023, herunder Nasjonal sykkelstrategi og Nasjonal gåstrategi. I samarbeid med vegmyndighetene vil helsemyndighetene bidra i holdningsskapende arbeid for å fremme økt bevissthet om sykling og gåing som aktiv transport og i tiltak for å påvirke ulike befolkningsgrupper til å gå eller sykle mer.

Trygg mat og trygt drikkevann

Regjeringens mål for matpolitikken og budsjettet for Mattilsynet er omtalt i Prop. 1 S (2013–2014) for Landbruks- og matdepartementet. Det er et mål å sikre trygg mat og trygt drikkevann. Norge har fortsatt en gunstig situasjon sammenliknet med de fleste andre land når det gjelder sykdom som skyldes smittestoffer og fremmedstoffer i mat. Norge har også god status når det gjelder sykdommer som kan smitte mellom dyr og mennesker (zoonoser), bl.a. gjennom mat eller vann.

Vitenskapskomiteen for mattrygghet utfører uavhengige vitenskapelige risikovurderinger på matområdet etter oppdrag fra Mattilsynet. I 2013 forventes komiteen å utføre 40 risikovurderinger, bl.a. av mykotoksiner (soppgifter) i korn, bly i hjorteviltkjøtt, aluminium i mat og kosmetikk, salterstattere i mat samt smitterisiko og risiko for dårlig dyrevelferd ved fiskeoppdrett i ferskvann. Vitenskapskomiteen vil også utføre en helhetlig risiko- og nyttevurdering av morsmelk og en kunnskapsoppsummering av økologisk mat og produksjon.

I Norge er drikkevann som ikke er godt nok rensert eller som er forurenset etter rensing som følge av innsig i utette drikkevannsledninger, kilde til en betydelig andel av de tilfellene av sykdom som kan overføres med mat eller drikkevann. Utbredt bruk av overflatevann som råvannskilde i vannforsyningssystemene og gammelt ledningsnett er viktige risikofaktorer for spredning av sykdommer som campylobacteriose, salmonellose og yersinose. Det er regjeringens mål

at alle skal ha tilgang til trygt drikkevann, uansett hvor en bor.

Norge har sluttet seg til Protokollen for vann og helse i regi av Verdens helseorganisasjons europakontor og FNs økonomiske kommisjon for Europa (UNECE). Protokollen krever at hvert land skal utarbeide nasjonale mål for å bedre vann- og avløpssituasjonen. Mattilsynet har koordinert arbeidet med å utvikle nasjonale mål og vil bidra til å følge opp de målene som blir vedtatt. Hensikten er å bringe norsk vannforsyning og avløpshåndtering i samsvar med de kravene som allerede er nedfelt i regelverket om vann og avløp.

Smittevern

Det nasjonale vaksinasjonsprogrammet og smittevernloven er kjernen i smittevernarbeidet. Smittevernloven skal sikre at myndighetene setter i verk nødvendige smitteverntiltak, samordner virksomheten og ivaretar rettssikkerheten til den enkelte. Særlig prioriterte områder er å forebygge resistens mot antibiotika, redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner, redusere nysmitte av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner og sikre at alle som er hiv-smittet får god oppfølging, å sørge for at staten har et faglig oppdatert og godt tuberkuloseprogram, og god beredskap mot pandemisk influensa. Disse områdene blir fulgt opp gjennom nasjonale strategier og beredskapsplaner.

Resistens mot antibiotika er en stor og økende helseutfordring globalt. I Norge er situasjonen bedre enn i de fleste andre europeiske land. Medisinsk behandling av dyr og mennesker, landbruk, akvakultur, avløpsvann og industrivirksomhet har bidratt til dagens situasjon. Den direkte årsaken til situasjonen er bruk og feilbruk av antibiotika. I Norge står mennesker nå for om lag 84 pst. av antibiotikaforbruket, husdyr for om lag 15 pst. og oppdrettsfisk for under en pst. I 2011 ble det hvert døgn brukt i gjennomsnitt 16,7 doser antibiotika per 1000 nordmenn. Dette tilsvarer at nesten to pst. av befolkningen hver dag tok en normaldose antibiotika, eller at nesten alle nordmenn hadde en antibiotikakur i løpet av året. Samtidig er det i løpet av de siste 40 årene bare utviklet to nye klasser av antibiotika. Industrien mangler insentiver til å lage nye antibiotika og det er få under utvikling.

Utviklingen med økning og rask spredning av mikrober som er resistente mot de fleste eller alle typer antibiotika gjør at medisinske inngrep, som inntil nylig ble sett på som inngrep med lav risiko, om kort tid igjen kan bli risikofylte eller t.o.m.

umulige å gjennomføre. Det er behov for en forsterket innsats fra alle relevante sektorer, både nasjonalt og internasjonalt.

Infeksjoner som oppstår som følge av opphold i helseinstitusjoner, påfører pasientene økt lidelse og i noen tilfelle død, og representerer store kostnader for helsetjenesten. Med bakgrunn i studier av forekomsten av sykehusinfeksjoner i Norge er det beregnet at 50 000 pasienter som hvert år innlegges i sykehus, får en sykehusinfeksjon som vil forlenge oppholdet med fire dager, det vil si til sammen 200 000 dager. I tillegg til de direkte kostnadene for helseforetakene kommer sykepenger, tapt arbeidsfortjeneste, produksjonstap mv. Flere eldre pasienter, mer avanserte behandlinger i helsevesenet, og det at pasienter skrives raskere ut fra sykehus vil bety at problemet vil øke framover både i sykehus og kommunale sykehjem og utenfor institusjoner.

Infrastrukturen i kampen mot antibiotikaresistens og helsetjenesteassosierte infeksjoner er nå mer eller mindre på plass i Norge. Området er regulert gjennom lover, forskrifter og retningslinjer som nylig er revidert. Det er en god geografisk spredning av tiltakene og et godt samarbeid mellom ulike aktører. Men det mangler standardiserte IT-systemer for å overvåke antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner. Gjennom oppfølging av Meld. St. (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester vil regjeringen bidra til å bedre kvaliteten på arbeidet og implementere infrastrukturtiltak, spesielt i kommunene.

For å møte det økende problemet med antibiotikaresistens er det nylig opprettet en tverrsektoriell ekspertgruppe med representanter fra Landbruks- og matdepartementet, Fiskeri- og kystdepartementet, Miljøverndepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Ekspertgruppen har fått i oppdrag å utarbeide en rapport som oppsummerer tilgjengelig kunnskap på området, inkl. identifisering av kunnskapshull og effektive virkemidler. Internasjonalt foregår det et omfattende arbeid mot antibiotikaresistens, både i Verdens helseorganisasjon, Verdens matvareorganisasjon, EU, ECDC, EFSA og i enkeltland. Norge deltar aktivt i dette arbeidet.

Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens utløp i 2012. Videre arbeid for å forebygge helsetjenesteassosierte infeksjoner er omtalt i stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet og vil bl.a. bli fulgt opp gjennom et nytt femårig pasientsikkerhetsprogram. Sentrale elementer vil være ledelsesforankring og styrking av lederkompetanse, og virkemidler for å redusere uønsket variasjon, her-

under implementering av retningslinjer og veiledere og utvikling av kvalitetsindikatorer.

I 2012 ble 242 personer diagnostisert med hiv-infeksjon i Norge, 166 menn og 76 kvinner. Det er en svak nedgang fra 268 tilfeller i 2011. De to største gruppene som lever med hiv i Norge, er menn som har sex med menn, og innvandrere som var smittet før ankomst til Norge. Økt testfrekvens blant utsatte grupper er en viktig forutsetning for å bremse nysmitte. Den norske delen av en europeisk internettstudie blant menn som har sex med menn fra 2012 viste at 34 pst. av deltakerne aldri har mottatt resultatet av en hivtest. For å øke testfrekvensen i denne gruppen, er hurtigtest på hiv gjort tilgjengelig i seks byer og det arbeides oppsøkende på interaktive arenaer og gråsonearenaer for tilfeldig sex. Asylsøkere og familiegjenforente skal sikres tilbud om hivtest og tilpasset informasjon om hiv tidligst mulig etter ankomst.

Sentrale aktører i hiv-arbeidet evaluerte den nasjonale hivstrategien Aksept og mestring (2009–2014) i 2012. Det er enighet om hovedretningen for hivarbeidet, men det er flere oppgaver som gjenstår. Derfor er det utviklet et tillegg til hivstrategien for å revitalisere og konkretisere arbeidet i perioden 2013 til 2015. I dette tillegget er ulike sektors ansvar klargjort. Tiltakene omfatter bl.a. utvikling av informasjon om hiv til nyankomne innvandrere og asylsøkere, ansatte i asylmottak, partene i arbeidslivet, ansatte i Nav og i skolen. Hivstrategien er forlenget med et år, både for å gi bedre mulighet til å nå målene og for å samstemme det norske hivarbeidet med det internasjonale arbeidet i FNs aidsorganisasjon (UNAIDS) som skal utarbeide en ny deklarasjon på hiv fra 2015.

Det er mange organisasjoner og grupper som mottar tilskudd til arbeidet med hiv i Norge. For å bidra til en mer målrettet innsats, gjennomgår Helsedirektoratet nå finansieringen og organiseringen av arbeidet.

Regjeringen oppnevnte i desember 2010 et utvalg som så på reguleringen av allmennfarlige smittsomme sykdommer i straffeloven. Utvalgets rapport har vært på bred høring. Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet samarbeider om oppfølging av forslagene. Forslaget om å åpne for at par som er smittet med hiv eller en annen alvorlig seksuelt overførbare kronisk sykdom skal få hjelp til å få barn med assistert befruktning for å redusere faren for smitteoverføring, er fulgt opp. De nødvendige endringene i bioteknologiloven trådte i kraft 1. juli i år og de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å sørge for et tilbud om assistert befruktning til både fertile

og infertile par med hiv eller andre alvorlige seksuelt overførbare kroniske sykdommer.

For 2012 var det i mai 2013 meldt 381 tilfeller av tuberkulose, hvorav 324 er utenlandskfødte og 57 norskfødte. Blant de 57 norskfødte var 10 av foreldrene født i utlandet. Det er lite nysmitte i Norge og mesteparten av tuberkulosen skyldes reaktivering av smitte før ankomst. Under 20 pst. av pasientene i Norge har bakterie fra samme stamme (cluster) som en annen pasient, og få pasienter er del av clusterer med både norsk- og utenlandskfødte pasienter. Det er svært lite tuberkulose blant barn i Norge.

Det er et mål at tidlig diagnostikk og bedre håndtering av multiresistent tuberkulose skal føre til færre dødsfall av tuberkuløs sykdom. Viktige virkemidler er økt årvåkenhet blant helsepersonell, rask tilgang til diagnostikk og behandling for utsatte grupper, bedre tilbud til innvandregrupper og papirløse, forbedring av screeningprogrammet og mer målrettet forebyggende behandling.

Verdens helseorganisasjon og EUs smittevernkontor gjennomgikk i 2011 det norske tuberkuloseprogrammet. Konklusjonen var at tuberkuloseprogrammet i all hovedsak er velfungerende. Evalueringen pekte på screeningprogrammet for flyktninger og asylsøkere som et område med behov for forbedring. Departementet arbeider med oppfølging av evalueringer.

Miljørettet helsevern

Kommunene skal styrkes som tilsynsmyndighet. Etter folkehelseloven har kommunene ansvar for å føre tilsyn med virksomheter og eiendom som direkte eller indirekte har betydning for helsen. Helsedirektoratet har ansvar for å veilede kommunene og er i gang med å utvikle tilsynsveiledning og standarder for godt folkehelsearbeid. Det er behov for å utvikle bedre støttefunksjoner. Det er aktuelt å vurdere om de arbeids- og miljømedisinske sentrene i helseforetakene bør utvikles til regionale kompetansemiljøer på miljømedisin.

Godt innemiljø

Barnehager og skoler skal planlegges og drives slik at astma-, allergi- og inneklimalager forebygges eller reduseres. Skoler og barnehager skal godkjennes etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet har gjennomført kartlegginger som viste at 32 pst. av skolene ikke var godkjente i 2009. Det er i 2013 gjennomført en ny kartlegging av godkjenningsstatus og tilsynsprak-

sis. Fylkesmannen vil bruke resultatene fra kartleggingen som et grunnlag for dialog med kommuner som har en lav andel godkjente skoler eller svikt i tilsynspraksis.

Sentrale helsemyndigheter mangler en samlet oversikt over innemiljøforhold i offentlige bygg som sykehus, sykehjem, pleie- og omsorgsboliger mv. Det har vært uttrykt faglig bekymring om mangelfullt renhold og vedlikehold. I folkehelsemeldingen har regjeringen varslet at det skal arbeides for å utvikle bedre styringsdata for drift og vedlikehold av offentlige bygg.

Kjemikalier

Det er et mål at utslipp og bruk av helse- og miljøfarlige kjemikalier ikke skal føre til helseskader eller skader på naturens evne til produksjon og selvfornyelse. De senere årene har lett nedbrytbare miljøforensninger i større grad blitt satt i sammenheng med uønskede helseeffekter. Det er behov for å kunne vurdere stoffers virkning, alene eller sammen med andre stoffer, og å se ulike kilder og eksponeringsformer i sammenheng. Vitenskapskomiteen for mattrygghet og Folkehelseinstituttet bistår miljø- og helsemyndighetene med vurdering av risiko for eksponering av ulike miljøgifter og forurensende stoffer i den norske befolkningen. Miljøgifter skal inngå i vurderingen av miljøbelastningers relative betydning for sykkelighet. Helse- og matmyndighetene skal i samarbeid med miljømyndighetene vurdere tiltak for sikre en mest mulig giftfri hverdag.

Skader og ulykker

Antallet personer som årlig dør som følge av ulykker har de siste årene vært om lag 1900. Ulykker er fortsatt den viktigste dødsårsaken for personer under 45 år. I følge tall fra Norsk pasientregister ble det i 2012 registrert nesten 91 800 døgnopphold ved norske sykehus, der skader og forgiftninger var hoveddiagnose.

Den nasjonale strategien for forebygging av ulykker har som ett av to hovedmål at det skal være mulig å tallfeste nasjonale mål for reduksjon av ulykker som medfører personskader. I 2014 vil det bli lagt vekt på å avklare på hvilke områder det er relevant med slike tall. Nasjonalt folkehelseinstitutt legger i løpet av 2013 fram en rapport over skadebildet i Norge som utgjør en del av grunnlaget for dette arbeidet. En viktig del av datagrunnlaget kommer fra Norsk pasientregister. Somatiske sykehus og enkelte legevakter

(Oslo, Bergen og Trondheim) har siden 2009 hatt plikt til å rapportere om omstendighetene rundt skader og ulykker. I 2012 rapporterte 14 av 26 enheter og det forventes at de fleste sykehus vil rapportere i løpet av 2014. Det har vært enkelte utfordringer med registreringssystemer, rutiner og datakvalitet. Helse- og omsorgsdepartementet har, på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet, nedsatt en arbeidsgruppe som i løpet av 2013 skal komme med forslag til effektivisering av registreringer.

Det andre hovedmålet i strategien er å forbedre det tverrsektorielle arbeidet med skade- og ulykkesforebygging. Forebygging av ulykker blant eldre og barn er prioriterte områder. Det arbeides med å legge grunnlaget for å videreføre det tverrsektorielle arbeidet etter at strategiperioden utløper i 2014. Skadeforebyggende forum vil fortsatt være et nasjonalt kontakt- og samarbeidsorgan og samarbeidet med Vegdirektoratet om trafikksikkerhet videreføres.

Støy

Om lag 1,5 millioner nordmenn er utsatt for gjennomsnittlige støynivåer i hjemmet som overskrider de anbefalte verdier på 55 dB. Samferdsel, industri og næringsvirksomhet bidrar med mest støy. Vegtrafikken er den absolutt dominerende kilden. Søvnforstyrrelser er trolig den største helseplagen som følge av trafikkstøy og bidrar hvert år til store tap av friske leveår. Støy kan på kort sikt føre til nedsatt prestasjonsevne og risiko for ulykker, og på lang sikt føre til utvikling av diabetes type 2 og hjerte- og karsykdom.

Helse- og omsorgsdepartementets kartlegging av miljørettet helsevern i landets kommuner fra 2009 viser at vegtrafikk er den klart største lokale støykilden. Lokale helsemyndigheter kan gjennom engasjement i samfunns- og arealplanlegging bidra til å forebygge og redusere støy fra vegtrafikk og andre kilder.

Sentrale helsemyndigheter har deltatt i arbeidet med oppfølging av Nasjonal handlingsplan mot støy 2007–2011. Nasjonalt folkehelseinstitutt har ledet arbeidet med en rapport som dokumenterer virkninger av støy på søvn og helse. Rapporten gir en faglig vurdering av hvilke indikatorer for støy som best kan forutsi virkninger på søvn. Rapporten vil være et grunnlag for arbeidet med å evaluere og utvikle nye nasjonale støymål. Nasjonalt folkehelseinstitutt vil i løpet av 2013 legge fram en rapport om støy og sosial ulikhet i eksponering for vegtrafikkstøy i Oslo.

6.4 Mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten

Målet er en likeverdig helse- og omsorgstjeneste med hensyn til tilgjengelighet, bruk og resultat. Helse- og omsorgstjenesten skal videreutvikles i tråd med målene i samhandlingsreformen og nye utfordringer knyttet til livsstilssykdommer, en økende andel eldre, flere som lever med kroniske lidelser og utfordringer knyttet til psykisk helse og rusproblemer. Det er behov for å utvikle mer integrerte og tverrfaglige tjenester. Strategien for å forebygge og behandle hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft (NCD-strategi 2013–2017) skal bidra til en mer samlet og ensartet innsats. Samtidig skal behov som er spesielle for hver enkelt sykdom ivaretas.

Regjeringen vil bidra til å videreutvikle og styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten og stimulere til etablering av frisklivstilbud og lærings- og mestringstilbud. Det er nødvendig å prioritere helse- og omsorgstjenestens arbeid med livsstilsendring, videreutvikle arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, vurdere bruken av screening og følge opp tjenestens ansvar for å støtte det tverrsektorielle arbeidet.

Videreutvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Fra 1994 til 2013 har det vært en økning i av personell i helsestasjons- og skolehelsetjeneste fra 2372 til 3875 årsverk. Tall fra Kostra viser at 26 pst. av landets kommuner ikke tilbyr helsestasjon for ungdom. 79 pst. av landets nyfødte får hjemmebesøk og 91 pst. har fullført helseundersøkelse ved fireårs alder.

En god helsestasjons- og skolehelsetjeneste er viktig for å nå målet om bedre helse til barn og unge. Regjeringen vil bidra til å videreutvikle og styrke de forebyggende helsetjenestene til barn og unge. Spesielt ønsker regjeringen at tilbudet i skolehelsetjenesten skal bli bedre. Se kap. 763 Primærhelsetjeneste for en omtale av regjeringens forslag om å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten innenfor kommunerammen.

Kommunene har et lovfestet ansvar for å tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til hele aldersgruppen 0 til 20 år. En videreutvikling av tjenesten er viktig for å styrke det forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge. En god helsestasjons- og skolehelsetjeneste kan bidra til å forebygge psykiske problemer, fange opp barn og unge som er utsatt for vold og overgrep og identifisere barn som lever i familier med alkohol- eller andre rusproblemer. Tjenesten vil også kunne fange opp barn og unge som er i risiko for å utvikle overvekt og fedme eller som er undervektige.

Videreutvikling av tjenesten skal bidra til større tverrfaglighet, utvikling av mer effektive metoder og bedre systemer for kartlegging og registrering som kan tas i bruk på nasjonalt nivå. Det er også behov for tettere samarbeid med andre tjenester og aktører, rekruttering av personell med psykososial kompetanse og oppdatering av kompetansen til eksisterende personell. Målet er en tjeneste som fanger opp barn og unge med problemer så tidlig som mulig, gir dem det tilbudet de trenger i tjenesten og henviser videre de som trenger behandling i spesialisthelsetjenesten.

Styrke arbeidet med livsstilsendring

Det er et potensial for å utvikle helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenestens arbeid med livsstilsendring. Tjenesten har gjennom den ordinære virksomheten mulighet til å fange opp og veilede personer med økt sykdomsrisiko eller etablert sykdom. Helsepersonell er også den gruppen fagfolk som befolkningen har størst tillit til når det gjelder råd om livsstil. Regjeringen vil styrke dette arbeidet gjennom å stimulere til utvikling av frisklivstilbud og lærings- og mestringssentre i kommunene, sørge for at helseforetakene har oppmerksomhet på forebyggende arbeid og samarbeide med KS og kommunesektoren om hvordan det forebyggende arbeidet kan styrkes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Se for øvrig omtalen under 6.3 Mulighet for sunne valg.

7 Samhandling

Samhandlingsreformen har virket halvannet år og erfaringene så langt er i tråd med målene for reformen. Pasientene blir i mindre grad enn tidligere liggende på sykehus, og det blir flere og bedre tilbud i kommunene.

Bakgrunnen for samhandlingsreformen er erkjennelsen av at strukturen i helsetjenesten i for liten grad har vært tilpasset pasienter med kroniske sykdommer. Helsetjenesten har sterkt fokus på behandling av sykdom og senkomplikasjoner, og for lite på å fremme helse og forebygge helseproblemer. Som en konsekvens av dette skjer behandlingen i spesialisthelsetjenesten når de kroniske sykdommene har kommet langt, i stedet for at disse forebygges og begrenses gjennom primærforebygging og tidlig intervensjon. Samhandlingsreformen er en retningsreform. Innhold og veivalg er beskrevet i St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid, Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar, Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) og Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, samt i regjeringens NCD-strategi 2013–2017.

Reformen trådte i kraft 1. januar 2012 og er et langsiktig utviklingsarbeid. Finansieringssystemet er endret og alle kommuner og sykehus skal inngå samarbeidsavtaler. Systemet med lov-pålagte samarbeidsavtaler har kommet godt i gang. Alle kommuner og helseforetak har begynt på en samhandling som mange ikke hadde erfaring med tidligere. Noen få kommuner og helseforetak trengte mekling i den nasjonale tvisteløsningsnemnda for å komme til enighet.

Det tas sikte på å sette i verk en plikt for kommunene til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgnopphold fra 1. januar 2016. Mange kommuner er allerede i gang. I 2012 mottok 111 kommuner tilskudd. 99 nye kommuner har søkt om tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgnopphold med planlagt oppstart i 2013. Søknadsfristen gikk ut 1. mars. Av disse har 63 kommuner fått tilskudd. I tillegg har 29 kommuner som søkte om tilskudd i 2012 fått

tilskudd i 2013. Med dette har 203, eller om lag halvparten av landets 428 kommuner, fått tilskudd i 2012 og 2013.

Det ble i 2012 innført kommunal medfinansiering av utgifter til spesialisthelsetjenesten for somatikk, i tillegg til at kommunene fikk finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter. Med kommunal medfinansiering er det etablert en økonomisk kobling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene får et økonomisk medansvar for innbyggernes medisinske innleggelser og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Slik får kommunene et incentiv til å følge med på sammenhengen mellom eget tjenestetilbud og innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester. Utgiftene til kommunal medfinansiering ble på om lag 5,1 mrd. kroner i 2012. Dette er om lag 120 mill. kroner høyere enn det som er overført kommunene fra sykehusene. Kommunenes utgifter til kommunal medfinansiering i første tertial 2013 er 1,8 mrd. kroner. En prognose for hele 2013 gir et anslag på 5 374 mill. kroner. Det var en halvering i antall liggedøgn for ferdigbehandlede i sykehus i 2012 (fra 140 000 til 70 000 liggedøgn, sammenliknet med 2011). Per første tertial 2013 har det vært en ytterligere nedgang på 8000 liggedøgn for ferdigbehandlede i sykehus, sammenliknet med første tertial 2012.

Det tas sikte på en gradvis innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern og rus så snart det lar seg gjennomføre. Det tas forbehold om at ambisjonene tilpasses erfaringene med innfasing av samhandlingsreformen og kvaliteten på dataene som må legges til grunn for oppgjørsordningen. Helsedirektoratet har utredet mulige modeller for kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og rus. I tillegg er Helsedirektoratet bedt om å beskrive mulige tiltak for å bedre kvaliteten på registreringen av utskrivningsklare pasienter. Helse- og omsorgsdepartementet vil arbeide videre med disse spørsmålene. Samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene omhandler også rus og psykisk helse. Samarbeidsavtalene skal brukes som et aktivt virkemiddel til å

styrke samhandlingen innenfor rus og psykisk helse.

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2010–2011), jf. Innst. 11 S (2010–2011), ble det vedtatt å utvikle et opplærings- og utviklingsprogram i langsiktig og strategisk samfunnsplanlegging innen folkehelse og helse- og omsorgstjenestene. Hensikten er å bidra til en god implementering av samhandlingsreformen, styrke kommunenes, fylkeskommunenes og helseforetakenes kompetanse om helhetlig planlegging, sikre flerfaglig og tverrsektoriell planlegging og bidra til innovasjons- og utviklingsarbeid på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivå. Målgruppen er medarbeidere som har ansvar for planlegging i kommuner og helseforetak.

For studieåret 2012–2013 ble det tatt opp 139 studenter til studiet Helse og omsorg i plan fordelt på fire utdanningsinstitusjoner. Det er inngått avtale med et femte utdanningssted for skoleåret 2013–2014. Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) har fått i oppdrag å evaluere studiet gjennom prosjektperioden (2011–2015).

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet et rundskriv om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene. Det er også

undertegnet en ny samarbeidsavtale mellom KS og sentrale helsemyndigheter om gjennomføring av reformen. Reformen følges nøye opp bl.a. gjennom bredt anlagt følgeforskning i regi av Norges forskningsråd og et forvaltningsmessig følge-med opplegg i regi av Helsedirektoratet. Evalueringen gjennom Forskningsrådet omfatter første del av implementeringsfasen for reformen (2011–2015). I første fase av evalueringen er det lagt størst vekt på implementeringen av reformens ulike virkemidler, mens det i andre fase er effektene av reformen som skal evalueres. I 2013 er det lyst ut og tildelt midler til tre temaer som ble ufullstendig dekket i første søknadsrunde: effekter av reformen for utsatte og sårbare grupper, analyser av helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak i kommunene og analyser av utviklingen med hensyn til informasjonsutveksling og IKT-løsninger. Helsedirektoratet har publisert en rapport i 2012 med vurderinger av status for reformen. Det jobbes med å utvikle denne rapporteringen med tanke på å gi et mer helhetlig bilde av utviklingen i tjenestene som følge av reformen. Det vises til øvrig omtale av reformen under programkategori 10.60, kap. 762 og kap. 732.

8 Kvalitet og pasientsikkerhet

Regjeringen la i 2012 fram Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. Meldingen ble behandlet av Stortinget 23. april 2013. Stortinget sluttet seg til alle tiltakene i meldingen.

Regjeringens overordnede mål for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er:

- et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud
- økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring
- bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser

Meldingen legger til grunn at det er behov for økt oppmerksomhet på innhold og kvalitet og at en tjeneste av god kvalitet setter pasient og bruker i sentrum.

Meldingen tar utgangspunkt i at kvalitetsarbeidet må skje i virksomhetene og er et lederansvar på alle nivå. Regjeringen og sentrale helsemyndigheter har et ansvar for å støtte opp under tjenestens arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet på samfunns- og systemnivå, og etterspørre resultater på kvalitet. Meldingen varsler at virkemidler og tiltak som kan støtte kommunene i deres kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid skal gjennomgås og systematiseres og mange kommuner vil ha behov for bistand til å utvikle dette arbeidet.

Tiltakene i meldingen utgjør en samlet politikk for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet i hele helse- og omsorgstjenesten. Det gjennomføres tiltak på følgende områder for å nå de overordnede målene:

- Mer aktiv pasient- og brukerrolle
- Strukturer som støtter kvalitetsarbeidet
- Kvalitetsforbedring i tjenesten

- Større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet
- Mer systematisk utprøving av nye behandlingsmetoder
- Bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon.

Flere av tiltakene i meldingen er allerede startet opp eller under utvikling. Stortinget har vedtatt endringer i pasient- og brukerrettighetsloven om å styrke pasienters, brukeres og pårørendes stilling i tilsynssaker og ved uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten, jf. Innst. 388 L (2012–2013). Utvalget som skal gjennomføre en bred utredning om hvordan samfunnet bør følge opp alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd, er nedsatt. System for metodevurdering ved innføring av ny teknologi og nye behandlingsformer ble innført fra 2012. Publiseringsløsning for nasjonale kvalitetsindikatorer er tatt i bruk på www.helsenorge.no. Det vises til kap. 781, post 21 for omtale av kvalitetsindikatorer. Det femårige programmet for pasientsikkerhet starter i 2014, jf. omtale under kap. 725. Det foreslås å sette i verk en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene fra 2014, jf. kap. 732, post 71. Det er satt som mål for helseforetakene i 2013 at utprøvende behandling som hovedregel skal gis gjennom kliniske forskningsstudier, og i henhold nasjonale prinsipper for dette. Arbeid med HelseOmsorg21-strategien er satt i gang, jf. omtale under Forskning og innovasjon, del III. Øvrige utviklingstiltak er gitt i tildelingsbrev og oppdragsdokument til underliggende etater og regionale helseforetak. Disse følges opp i årlig rapportering og brukes i budsjettproposisjonen.

9 Utviklingstrekk, kommunale tjenester

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er i kontinuerlig utvikling. De siste 20 årene har kommunene fått nye oppgaver, og samtidig hatt en stor tilvekst av nye brukergrupper.

En rekke nye lover og reformer på 1970- og 80-tallet har lagt grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på kommunalt nivå. Økning i aktivitet i spesialisthelsetjenesten, samt omlegging av driften til kortere liggetid, mer dagbehandling og poliklinisk virksomhet, har også bidratt til at flere oppgaver enn tidligere blir løst i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det ytes derfor stadig mer kompleks medisinsk behandling i de kommunale tjenestene. Samtidig er det i kommunene en dreining fra tradisjonelle institusjonstjenester til hjemmebasert behandling, tilrettelegging og oppfølging.

Andre trekk ved de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste årene er at tjenestene i økende grad vektlegger livskvalitet, mestring og trygghet i hverdagen. Tjenestetilbudet har gjennomgående fått en mer aktiv profil, og det legges større vekt på brukerinnflytelse. Dette bidrar til at brukerne av helse- og omsorgstjenester kan leve et mest mulig verdig og selvstendig liv.

Helse- og omsorgstjenesten skal gi befolkningen tjenester av god kvalitet. Mange brukere som står i krevende livssituasjoner kan ha både sosiale og helsemessige problemer eller utfordringer. Målet for kommunene er å tilby tjenester som er tilpasset brukernes individuelle behov, uavhengig av alder, diagnose eller funksjonsevne.

9.1 Brukere av helse- og omsorgstjenesten

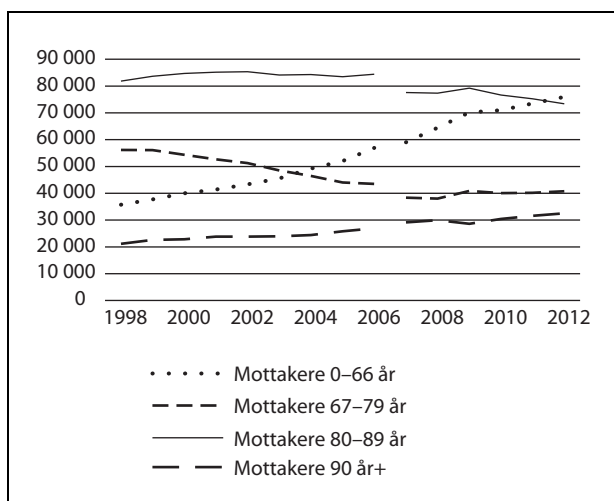
Foreløpige tall viser at det i alt var i overkant av 271 000 personer som mottok kommunale omsorgstjenester ved utgangen av 2012. Dette er en økning i antall mottakere på nær 8 pst. fra 2007 til 2012. Av disse mottakerne hadde om lag 44 000 personer opphold i institusjon, og om lag 179 000 personer mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem. Vel 49 000 personer mottok andre typer tjenester som avlastning,

omsorgslønn, støttekontakt mv. Om lag to av ti tjenestemottakere bor i en institusjon, eller i en bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet. En av ti bor i en annen bolig som kommunen stiller til disposisjon, og noen av disse boligene har fast personell deler av døgnet. De aller fleste mottakere av pleie- og omsorgstjenester, syv av ti, bor imidlertid i en vanlig bolig. Halvparten av alle hjemmeboende mottakere av omsorgstjenester bor alene. Av mottakere av hjemmetjenester over 90 år bor 75 pst. alene. Nesten to av tre mottakere av omsorgstjenester er kvinner, og i den eldste aldersgruppen 80 år og over er tre av fire tjenestemottakere kvinner. Dette har bl.a. sammenheng med at gjennomsnittlig levealder er høyere for kvinner enn for menn, og at kvinner ofte har en lengre periode enn menn med alvorlig sykdom og funksjonssvikt mot slutten av livet.

Fra 2009 har Iplos-registeret tall på hvor stor gjennomstrømningen av tjenestemottakere er i omsorgssektoren. Med gjennomstrømning menes den årlige utskiftningen av tjenestemottakere som ikke fanges opp av den ordinære statistikken nevnt over. Den ordinære statistikken måler tilstanden ved årets slutt. Tallene viser at for årene 2009 til 2011 kom det hvert år nær 71 000 nye mottakere inn i omsorgstjenesten. I 2012 kom det, i følge foreløpige tall, om lag 74 000 nye mottakere inn. Avgangen i de samme årene sank noe, fra om lag 69 000 mottakere i 2009 til om lag 68 000 mottakere i 2011. I 2012 viser de foreløpige tallene at avgangen har økt til om lag 72 000 mottakere. Dette viser at vel en fjerdedel av mottakerne av omsorgstjenester skiftes ut hvert år i disse fire årene. Det betyr igjen at omsorgstjenesten betjener om lag 25 pst. flere mottakere enn tverrsnittstallene viser.

Gjennom Iplos-registeret får vi opplysninger om mottakernes bistandsbehov. Bistandsbehov er et mål for i hvilken grad en mottaker er selvhjulpent på de fleste områder (noe/avgrenset bistandsbehov), eller er avhengig av hjelp på flere områder (omfattende bistandsbehov). Tallene må tolkes med en viss forsiktighet, da andelen mottakere med uoppgett bistandsbehov er på 7 pst. Av mottakere over 90 år har 33 pst. omfattende

bistandsbehov. For de øvrige aldersgruppene er det mellom 17 pst. og 26 pst. som har omfattende bistandsbehov. Det er en svak tendens til at andelen mottakere med avgrenset bistandsbehov går ned. Beboere på langtidsopphold i institusjon har gjennomgående et mer omfattende bistandsbehov enn mottakere av hjemmetjenester. Fire av fem mottakere av langtidsopphold i institusjon har omfattende bistandsbehov. Det er flere mottakere med omfattende bistandsbehov blant de yngre mottakerne av hjemmesykepleie og praktisk bistand, enn blant eldre med samme bistandsbehov. Dette skyldes at mange av de eldre med omfattende bistandsbehov får hjelp i form av langtidsplass i institusjon. Det er også et mål å tilby andre tjenester enn langtidsplass i institusjon for yngre mottakere. Dette gjelder spesielt for tjenestemottakere under 50 år. Tallene viser samtidig at yngre brukere med omfattende bistandsbehov får tildelt flere timer hjemmesykepleie og praktisk bistand, enn eldre brukere med tilsvarende behov for tjenester.



Figur 9.1 Antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester etter alder 1998–2012

Merknader: Mottakere er her beboere i institusjoner for eldre og funksjonshemmede og mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. Fram til 2006 ble tallet på mottakere innhentet med summariske skjema. F.o.m. 2007 er data hentet fra Iplos-registeret. Tall fra 2007 og senere lar seg derfor ikke uten videre sammenlikne med tidligere år. Tall for 2012 er foreløpige.

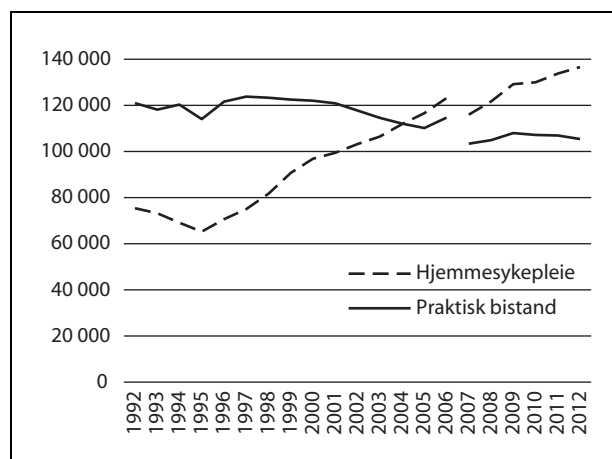
Kilde: Statistisk sentralbyrå

De kommunale omsorgstjenestene har mottakere i alle aldre med et mangfold av behov, både med hensyn til boform og tjenestetilbud. De fleste mottakere av omsorgstjenester er i aldersgruppen over 80 år. Ved utgangen av 2012 mottok 106 000

eldre over 80 år institusjonstjenester og hjemmetjenester. Det har de senere år vært en nedgang i antall mottakere i aldersgruppen mellom 67 og 79 år. I årene som kommer vil imidlertid denne aldersgruppen vokse i befolkningen. Dette vil være en utfordring for hjemmetjenesten spesielt. Morgendagens eldre vil likevel ha andre ressurser å møte alderdommen med i form av bedre helse, bedre økonomi, bedre boforhold og høyere utdanning sammenliknet med tidligere generasjoner. Erfaringstall fra de siste 20 år viser at tallet på eldre brukere i omsorgstjenesten ikke øker i takt med veksten i eldrebefolkningen.

I rapporten Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester (Statistiske analyser 137, Statistisk sentralbyrå 2013) kommer det fram at svært mange mottar pleie- og omsorgstjenester i livets siste fase. I 2011 døde 41 300 personer i Norge. Vel tre fjerdedeler av disse mottok kommunale pleie- og omsorgstjenester. Andelen som mottok tjenester økte med alder, og blant de aller eldste mottok så godt som alle bistand fra kommunenes pleie- og omsorgstjenester.

Det har over en periode på 20 år vært en tredobling av antall tjenestemottakere under 67 år. Mer enn hver tredje mottaker av omsorgstjenester er nå under 67 år. Undersøkelser viser at mange av de som mottar omsorgstjenester ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Dette avspeiles i de endringene som skjer i tjenestetilbudet, hvor det kan ses en økt vekt på tjenestetilbudet utenfor institusjon.



Figur 9.2 Antall mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand 1992–2012

Merknader: Fram til 2006 ble tallet på mottakere innhentet med summariske skjema. F.o.m. 2007 er data hentet fra Iplos-registeret. Tall fra 2007 og senere lar seg derfor ikke uten videre sammenlikne med tidligere år. Tall for 2012 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

De største endringene i de kommunale omsorgstjenestene skjer i hjemmetjenestene. Det er først og fremst hjemmesykepleien som står for veksten, både ressursmessig og i antall brukere, mens praktisk og sosial bistand viser en nedgang. Et sentralt utviklingstrekk ser ut til å være at kurative og medisinske tjenester prioriteres framfor forebyggende tiltak, praktisk bistand og sosiale tjenester. Forebygging, habilitering/rehabilitering og tidlig innsats er sentrale mål både i samhandlingsreformen og i Omsorgsplan 2020, som legger til grunn en faglig omstilling med større vekt på aktiv omsorg, hverdagsrehabilitering, sosialt nettverksarbeid og bruk av velferdsteknologi. Det er derfor grunn til å følge den videre utvikling nøye, med sikte på om virkemidlene som tas i bruk gir tilstrekkelig effekt.

I 2012 mottok 2882 brukere tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse. Det er en økning på 8 pst. siden 2010. Antall brukere økte mest blant de yngre, mens eldre mottakere hadde den prosentvis største veksten. Gjennomsnittlig mottok brukerne 32 timer BPA i uken i 2011. I gjennomsnitt mottar også nesten halvparten av BPA-brukerne hjemmesykepleie, og en firedel mottar ordinær praktisk bistand i tillegg.

Kommunene har ansvar for å sikre nødvendig kapasitet og god kvalitet i allmennlegetjenesten. Allmennlegetjenesten i kommunene omfatter fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegeoppgaver, f.eks. i sykehjem og helsestasjon. Det ble utført om lag 14,0 mill. konsultasjoner hos allmennlege i 2012, en økning på 0,2 mill. sammenliknet med 2011. Det ble utført om lag 1,1 mill. konsultasjoner på legevakt både i 2010, 2011 og

2012. En rapport fra Helfo (2011) viser at innbyggerne i gjennomsnitt hadde 2,6 konsultasjoner hos fastlege i 2009 (kvinner 3,0 og menn 2,2).

Den kommunale fysioterapitjenesten omfatter fast ansatte fysioterapeuter og privatpraktiserende fysioterapeuter kommunen har avtale med. Det ble foretatt 8,4 mill. konsultasjoner hos avtalefysioterapeuter i 2012. Det var om lag 460 000 brukere av den avtalebaserte fysioterapitjenesten i 2012. Av disse var om lag 53 pst. sykdomslistebrukere (brukere med rett til gratis behandling), 42 pst. ikke-sykdomslistebrukere, 3 pst. barn under 12 år og 2 pst. personer med yrkesskade.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er viktige forebyggende tjenester for barn og unge 0–20 år. Det fødes om lag 60 000 hvert år. Tjenesten når ut til alle, og har tilnærmet 100 pst. oppslutning. Det kan imidlertid se ut som det er en negativ utvikling i antall barn som får fullført de ulike helseundersøkelsene. Bl.a. er det en 6 pst. nedgang fra 2008 på antall barn som har fått fullført helseundersøkelse ved 2–3 års alder.

Helsestasjonen er en viktig aktør innen svangerskapsomsorgen. I 2012 var det om lag 7800 gravide som fullførte fødselsforberedende kurs i helsestasjonens regi. Dette er 4 pst. færre enn i 2008.

9.2 Personell i helse- og omsorgstjenesten

I følge tall fra Statistisk sentralbyrå har det i perioden 2006–2012 vært en betydelig økning i årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 9.1 Årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2006–2012¹

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ⁵
Legeårsverk i kommunetjenesten	4 281	4 396	4 533	4 637	4 746	4 837	5 020
Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ^{2,3}	2 841	3 002	3 062	3 096	3 611	3 747	3 875
Fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten ⁴	4 205	4 255	4 334	4 220	4 288	4 296	4 429
Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene ²	113 220	118 189	121 209	123 482	126 227	128 902	131 180
Sum	124 547	129 842	133 138	135 435	138 530	141 367	144 100

¹ Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket fra

² Leger og fysioterapeuter er ikke inkludert.

³ F.o.m. 2010 er antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten hentet fra register.

⁴ Private fysioterapeuter uten avtale er ikke inkludert i årsverkstallene f.o.m. 2009.

⁵ Tall for 2012 er foreløpige.

Allmennlegetjenesten

Per juni 2013 er 95,1 pst. av fastlegepraksisene basert på selvstendig næringsdrift, mens 4,9 pst. er fastlønte. Ved innføringen av fastlegeordningen var 10,2 pst. av praksisene fastlønte. Stadig flere fastleger arbeider i grupper med flere leger. Rundt 10 pst. av fastlegene antas i dag å arbeide alene, mot 18 pst. før innføringen av fastlegeordningen. 8,3 pst. av fastlegepraksisene er del av en fellesliste, det vil si at de har et felles ansvar for listepopulasjonen.

Ved innføringen av fastlegeordningen var 28,8 pst. av fastlegene kvinner. Andelen kvinnelige fastleger har gradvis økt til 38 pst. per juni 2013. Av økningen i antall fastleger fra utgangen av 2002 til utgangen av juni 2013 utgjorde kvinnelige leger 89 pst. (546 av 613 fastleger) (kilde: Helsedirektoratet).

Den samlede årsverksinnsatsen i allmennlegetjenesten utgjorde 5020 årsverk i 2012, dvs. en økning på 183 årsverk fra 2011 (3,8 pst.). Til sammenlikning økte antall legeårsverk med 1,8 pst. fra 2010 til 2011. Fra 2002 til 2012 økte antall årsverk i allmennlegetjenesten med til sammen 869 årsverk (20,9 pst.) fra 4151. Til sammenlikning økte antall legeårsverk i spesialisthelsetjenesten med 41,5 pst. fra 9300 til 13 158 årsverk i samme periode (kilde: Statistisk sentralbyrå).

Ved utgangen av andre kvartal 2013 var det registrert 4336 fastlegepraksiser i kommunene (4316 fastleger). Dette er en økning på 608 fra utgangen av 2002. Av totalt 4408 fastlegehjemler var 72 ikke besatt. 0,8 pst. av befolkningen (39 277 innbyggere) sto på lister knyttet til disse hjemlene. Flertallet av disse listene er betjent av vikarer, ofte korttidsvikariater. I noen områder av landet er det fortsatt betydelige utfordringer med å opprettholde stabiliteten i allmennlegetjenesten. Utfordringene har vært størst i de fire nordligste fylkene, på nordvestlandet og i enkelte innlandsområder. Per 30. juni 2013 var andelen ledige hjemler størst i Nordland og Finnmark (hhv. 8,2 pst. og 7,7 pst.). Legedekningen i Sogn og Fjordane har vært betydelig bedret gjennom flere år, men fra juni 2012 til juni 2013 økte andelen ubesatte fastlegehjemler i dette fylket fra 2,7 pst. til 4,3 pst. Hvert kvartal benytter rundt 1,5 pst. av innbyggerne seg av muligheten til å bytte fastlege.

Kommunen skal ha et system som sikrer ivaretakelse av øyeblikkelig hjelp hele døgnet, bl.a. gjennom legevakt og heldøgns medisinsk akuttberedskap. De fleste kommuner deltar i et interkommunalt legevaktsamarbeid. Til sammen er det 203 legevaktdistrikter, hvorav 119 er helt eller delvis

interkommunale. Kommunen kan gjennom fastlegeavtalen tilplikte den enkelte fastlege å delta i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helse-radionettet/nødnett og ivaretagelse av utrykningsplikten. Den enkelte fastlege har i tillegg ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp til innbyggere på sin liste innenfor den åpningstid som er avtalt med kommunen.

Forebyggende helsetjenester

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentral i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge.

Utviklingen i antall årsverk i tjenesten er positiv. Fra 1994 til 2013 har årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten økt fra 2372 til 3875 (kilde: Statistisk sentralbyrå). Grunnbemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er helsesøster, jordmor, lege og fysioterapeut. Det er viktig å merke seg at statistikktilgangen på dette feltet er mangelfull. Tallene skiller ikke mellom forskjellig utdanningsbakgrunn.

Det vises for øvrig til omtale under kap 762.

Svangerskaps- og barselomsorg mv.

Svangerskaps- og barselomsorg ytes av leger, jordmødre og helsesøstre. Kommunene er forpliktet til å tilby svangerskapskontroller/-omsorg i tilknytning til helsestasjon.

Antallet jordmorårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten var 278,8 i 2012, en økning på 9,8 årsverk fra 2011 (kilde: Statistisk sentralbyrå). Det er gjennomsnittlig 0,7 jordmorårsverk per kommune. Det ble våren 2011 fremmet et forslag for Stortinget om styrking av kommunal jordmortjeneste, Dokument 8:121 S (2010–2011), jf. Innst. 407 S (2010–2011). Helse- og omsorgsdepartementet vil på denne bakgrunn gjennomgå takstsystemet for jordmødre, vurdere dette ut fra formålet og ev. se det i sammenheng med tilsvarende systemer for andre yrkesgrupper.

Det vises for øvrig til omtale under kap. 732.

Fysioterapeuter

Årsverksutviklingen for fysioterapeuter i kommunene er positiv. Det er særlig gruppen fastlønnede fysioterapeuter som øker mest. Utviklingen per 10 000 innbyggere var i 2012 på 8,8 årsverk, en økning på 0,2 årsverk fra 2011.

Manuellterapeuter er fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi. Disse arbeider hovedsaklig i primærhelsetjenesten. Manuellterapeuter med driftsavtale med kommunen kan utføre undersøkelse og behandling med rett til refusjon fra folketrygden uten at pasienten må gå via fastlegen eller annen henvisningsinstans. I tillegg er manuellterapeuter og kiropraktorer gitt mulighet til å henvise pasienter til legespesialist, røntgenologiske undersøkelser, samt å sykemelde pasienter med muskel-/skjelettplager i inntil 12 uker. Manuellterapeuter og kiropraktorer vil derfor kunne avlaste fastlegene på muskel/skjelettområdet.

Omsorgstjenesten

I løpet av de siste 20 årene har årsverksinnsatsen i omsorgstjenesten omtrent blitt fordoblet til dagens om lag 131 200 årsverk. Veksten har i stor grad kommet i hjemmetjenestene. For 20 år siden gikk to tredeler av årsverkene til institusjonsomsorg, og en tredel til hjemmetjenester. I dag er det hjemmetjenestene som utfører flest årsverk. Nesten ni av ti nye årsverk i perioden 2002–2007 har gått til hjemmebaserte tjenester. Det er hjemmesykepleien som først og fremst er i vekst, sammen med andre fagtilbud utført av helse- og sosialpersonell med høgskole- og universitetsutdanning, mens hjemmehjelpstjenesten reduseres.

Veksten i omsorgstilbudet til eldre over 67 år har kommet i form av en noe styrket bemanningsfaktor i sykehjemmene, og ikke i form av vekst i hjemmetjenestetilbudet. Noe av årsaken kan ligge i at de yngste eldre (67–79 år) er redusert i antall i befolkningen de siste 15 årene, og at funksjonsevnen blant denne gruppen er blitt bedre etter hvert som levealderen har økt.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at kommunene økte årsverksinnsatsen i omsorgstjenesten med om lag 24 100 årsverk i perioden 2005–2012. Om lag 87 pst. av disse besto av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Dette har gitt en økning i andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og omsorgssektoren fra 66,4 pst. i 2005 til 70,1 pst. i 2012. Det legemeldte sykefraværet ble redusert i 2011, fra i overkant av 9 pst. i perioden 2005–2010 til 8,5 pst. i 2011. For 2012 var sykefraværet på 9 pst.

Det er særskilte utfordringer knyttet til tilgangen på helsefagarbeidere, som er den største utdanningsgruppen i omsorgssektoren. Etter omleggingen av hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningen til helsearbeiderfaget har tilgangen på denne utdanningsgruppen blitt betydelig redusert. Sysselsettingstall for omsorgstjenestene viser en tilnærmet nullvekst for denne utdanningsgruppen fra 2010 til 2012. Statistisk sentralbyrås framskrivninger av arbeidsmarkedet viser at det vil bli stor mangel på helsefagarbeidere i årene framover. Tilgangen på helsefagarbeidere var tema i Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. Departementets virkemidler for å øke tilgangen på helsefagarbeidere ligger i regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for omsorgstjenestene, Kompetanseløftet 2015, som er omtalt under kap. 761, post 60.

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå har antall legeårsverk i sykehjem økt med til sammen om lag 63 pst. fra 2006 t.o.m. 2012. Kommunene fastsatte i 2007 lokale normer for legedekningen i sykehjem. Oppsummeringen av kommunenes lokale normeringsprosess viser at det planlegges en vekst i legeårsverk på om lag 40 pst. f.o.m. 2006. Økningen i årsverk av leger i institusjon viser at lokal normering har vært viktig for å styrke det medisinske tilbudet til beboere i sykehjem.

Tabell 9.2 Personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren 2004–2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ⁵
Årsverk i alt ¹	108 731	107 071	113 220	118 189	121 209	123 482	126 227	128 902	131 180
Årsverk leger i institusjon	260	275	289	320	343	383	405	427	472
Årsverk fysioterapeuter i institusjon ²	332	311	333	353	357	353	368	389	410
Årsverk per mottaker ^{3, 4}	0,53	0,52	0,53	0,58	0,58	0,57	0,58	0,59	0,60
Årsverk per 1000 innb. 80 år og over	506	496	519	541	552	561	571	582	592
Andel legemeldt sykefravær av årsverk totalt	-	9,0	9,1	9,1	9,0	9,4	9,1	8,5	8,9

¹ Årsverk er summen av heltidsstillinger og deltidstillinger omregnet til heltidsstillinger. Fravær og vikarer er ikke trukket fra. Ekskludert leger og fysioterapeuter.

² Tidsseriebrudd: Private fysioterapeuter uten avtale er ikke inkludert i årsverkstall f.o.m. 2009.

³ Mottakere er summen av antall plasser i sykehjem og aldershjem, samt antall brukere av hjemmesykepleie og praktisk bistand.

⁴ Tallene for årsverk per mottaker har brudd mellom 2006 og 2007, ettersom tallet på hjemmetjenestebrukere før 2007 er basert på skjemarapportering og f.o.m. 2007 er hentet fra Iplos.

⁵ Tall for 2012 er foreløpige.

Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Psykisk helse

Helse- og omsorgsdepartementet har siden avslutningen av Opptrappingsplanen for psykisk helse i 2008 fulgt utviklingen i kommunenes innsats på psykisk helsefeltet. Kommunenes rapportering om psykisk helsearbeid for perioden 2007–2012 bygger på rapporteringsskjema som fylkesmennene innhenter fra kommunene. Sintef har sammenstilt datamaterialet for 2012, og analysert utviklingen fra 2007. Det tas forbehold om at datakvaliteten kan være svak, og at endring i rapporteringsrutiner i enkeltkommuner kan gi utslag i totalt antall rappor-

terte årsverk. Rapporteringen er delvis overlappende med ordinære statistikker for helse- og omsorgstjenestene fra Statistisk sentralbyrå. Korrigert for rapporteringsavvik, avdekket i et mindre antall kommuner, viser den reelle endringen fra 2011 til 2012 en nedgang i antall årsverk for voksne på 0,6 pst., og en økning i antall årsverk for barn og unge på 2,8 pst. Tallene for andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid for voksne og tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge viser en liten, men stabil økning over tid.

Tabell 9.3 Årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid etter målgruppe og videreutdanning i psykisk helsearbeid

	2007	2008	2009	2010	2011	2012 ¹
Totalt antall årsverk	12 029	12 546	12 136	12 195	11 940	11 955
Årsverk voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	9 326	9 267
Årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614	2 688
Andel årsverk voksne med videre-utdanning i psykisk helsearbeid (%)	34	34	36	37	38	39
Andel årsverk barn og unge med videreutdanning i psykososialt arbeid (%)	19	22	23	24	25	27

¹ Tall for 2012 er foreløpige.

Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Departementet vil fortsatt følge utviklingen innen psykisk helsearbeid og gjennom landets fylkesmenn understreke betydningen av at resultatene oppnådd gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse videreføres.

9.3 Botilbud

Kommunene tilbyr plasser i institusjon eller plass i ulike former for omsorgsboliger til personer med behov for et tilrettelagt botilbud. Både i perioden under og i perioden etter Handlingsplan for eldreomsorgen er det bygget et stort antall omsorgsboliger til pleie- og omsorgsformål. Mange av disse er imidlertid ikke tilpasset personer med demens og kognitiv svikt, eller tilrettelagt for å kunne yte heldøgns tjenester.

Antallet institusjonsplasser har som helhet blitt noe redusert de siste to tiårene. Det er først og fremst de gamle aldershjemmene som er tatt ut av drift, mens tallet på sykehjems plasser har hatt en økning fra 35 500 i 1998 til om lag 40 300 i 2012. Siden 1998 er om lag halvparten av institusjonsplassene fornyet eller skiftet ut, og standarden på institusjonsplassene har derfor økt. Bl.a. er nå de fleste institusjonsplassene i enerom.

Den andre halvparten av institusjonsplassene vil etter flere tiårs intensiv bruk trenge fornyelse eller utskifting i årene som kommer. Dette gjelder også et stort antall omsorgsboliger. En slik modernisering må samtidig sikre at bo- og institusjonstilbudet i omsorgstjenesten blir tilpasset framtidens brukergrupper, og er i tråd med kravene i regjeringens demensplan. Fornyelsen bør skje i perioden før den sterke veksten i tallet på eldre 80 år og over setter inn om 10 til 15 år. Det er også nødvendig med økt innsats for å tilrettelegge allerede eksisterende omsorgsboliger, slik at det også der kan ytes heldøgns omsorgstjenester.

For heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger, opererer Statistisk sentralbyrå for 2012 med en dekningsgrad på 29 pst. sett i forhold til antall innbyggere på 80 år og over. Antall beboere i boliger med heldøgns bemanning har økt fra om lag 20 000 i 2008 til vel 22 000 ved utgangen av 2012. Dette kommer i tillegg til de som mottar heldøgns tjenester i sykehjem og aldershjem. Samtidig er det en del mennesker som får et omfattende tjenestetilbud i eget hjem. Utviklingen av tjenestetilbudet i omsorgstjenesten må vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem, omsorgsboliger og eget hjem. Det vises for øvrig til omtale av investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser under innledningen til kapittel 761.

9.4 Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester

Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester var om lag 108,4 mrd. kroner i 2012. Utgifter til omsorgstjenestene i kommunene utgjorde i 2012 om lag 95,4 mrd. kroner. Av disse var 5,2 mrd. kroner utgifter for kommunene knyttet til samhandlingsreformen. Siden 2007 har kommunene hatt høyere utgifter til hjemmetjenester og aktivisering, enn til tjenester i institusjon. Det vesentligste av kommunenes utgifter til omsorgsformål finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. For kommunene utgjorde inntektene fra brukerbetaling både for opphold i institusjon og for praktisk bistand til sammen 6 mrd. kroner i 2012. I tillegg bevilges en rekke øremerkede tilskudd til omsorgsformål over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Det ble over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett i 2013 utbetalt over 6,3 mrd. kroner til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester. Det er videre etablert et øremerket investeringstilskudd til kommunene for 12 000 heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger.

Kommunenes utgifter til rusmiddeltiltak og til psykisk helse inngår for en stor del i kommunenes samlede utgifter til helse- og omsorgstjenester.

Kommunenes kostnader til fysioterapitjenesten er knyttet til lønn til ansatte og driftstilskudd til fysioterapeuter med driftsavtale. For fysioterapeuter med avtale skal det som utgangspunkt inngås 100 pst. driftsavtalehjemmel, dersom praksisen skal drives på heltid. Kommunene skal bare utlyse deltidshjemler med minimum 50 pst. når dette samsvarer med det reelle tjenestebehovet. Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen kan ikke kreve egenandeler eller annet honorar utover det som er fastsatt av staten. Økte egenandeler under henvisning til redusert hjemmel o.l., er å anse som mislighold av driftsavtalen med kommunen. Mange avtalefysioterapeuter har over tid hatt deltidshjemler. Etter at regjeringen la om finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten i 2009 og 2010 i honorartarifforhandlingene, har kommunene løftet en rekke av disse deltidshjemlene. I 2012 var fortsatt 51,9 pst. av avtalefysioterapeutene deltidshjemler. Utviklingen går i retning av større hjemmelsstørrelser. Det vises til omtale under kap. 2755, post 71.

Statlige trygderefusjoner til helsetjenester i kommunene omfatter bl.a. allmennlegetjenester, fysioterapi, kiropraktor- og jordmortjeneste og utgjorde om lag 5,9 mrd. kroner i 2012. Nærmere

omtale av utviklingen i trygderefusjoner er gitt på programområde 30. Brukerbetaling og egenand-

ler utgjør i tillegg en viktig del av finansieringen av helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 9.4 Utvikling i brutto driftsutgifter i kommunene, utgifter til pleie- og omsorg og kommunehelsetjenester (mill. kroner) 2006–2012

Brutto driftsutgifter	2006	2007	2008 ¹	2009	2010	2011	2012 ³
kommunene ²	224 533	243 006	267 074	289 891	303 712	321 473	343 053
kommunehelsetjenester	8 373	8 968	9 888	10 549	11 279	12 213	12 990
pleie-/omsorgstjenester	57 913	62 957	70 473	74 823	78 575	83 242	90 208
samhandling							5 178

¹ T.o.m. 2007 gjelder tallene kun kommunekasse. F.o.m. 2008 er også kommunekonsern inkludert. Konsern omfatter tall fra kommuneregnskapet og regnskapene fra kommunale foretak (KF/FKF) samt interkommunale samarbeid og interkommunale selskaper (IKS).

² Inkl. fylkeskommunale utgifter.

³ Tall for 2012 er foreløpige.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Gjennom ulike datakilder som Kostra, Iplos, fastlegedatabasen, legeoppgjørdata og datamateriale fra ulike fag- og forskningsmiljøer er det i dag relativt god oversikt over utviklingen i deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

9.5 Bærekraftig utvikling

Oppsummert har noen av de viktigste utviklingstrekkene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten de siste tiårene vært:

- Fra eldreomsorg til helse- og omsorgstjenester for alle aldersgrupper, der yngre tjenestemottakere vokser mest.
- Fra institusjonsomsorg til primærhelsetjeneste og hjemmetjenester
- Fra aldershjem til sykehjem og omsorgsboliger.
- Fra hjemmehjelp og husmorvikar til hjemmesykepleie og medisinske tjenester.
- Fra særomsorg til integrerte og mer helhetlige helse- og omsorgstjenestetilbud.

De offentlige helse- og omsorgstjenestene har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår. Med sikte på de demografiske utfordringer som venter oss for fullt om 10–15 år, må denne veksten organiseres slik at den støtter opp under og utløser de ressurser som ligger hos brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk og i nærmiljøet, organisasjoner

og lokalsamfunnet. Det vil kreve omstilling av den faglige virksomheten, med større vekt på forebygging, tidlig innsats, sosialt nettverksarbeid og rehabilitering og økt bruk av ny teknologi og arbeidsmetoder. Samtidig må den pleiefaglige kjernevirksomheten foredles og den medisinske oppfølgingen styrkes.

Den norske modellen er kjennetegnet av en arbeidsdeling og et nært samspill mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og familie/pårørende. Morgendagens utfordringer reiser spørsmålet om andre aktører bør få større plass og gis flere oppgaver, og om blandingsforholdet mellom offentlige tjenester, familie, frivillige, ideell sektor, brukerstyrte ordninger, samvirkeløsninger og næringslivet bør endres.

Usikkerhet om den økonomiske utviklingen, slik vi ser i mange land i Europa, tilsier videre at ikke alt støpes i betong, men at det som bygges opp har nødvendig fleksibilitet i møte med mulige endringer i arbeidsmarkedet. Satsing på hjemmetjenesteløsninger, dagtilbud og medisinsk behandling lokalt gir størst fleksibilitet med tanke på pårørendes yrkesaktivitet og arbeidsmarkedets behov. De nærmeste årene er det de yngste eldre som vokser mest. De demografiske endringene taler derfor også for at veksten i første omgang tas ut i hjemmetjenestetilbud, rehabilitering og forebyggende innsats. Samlet gir dette størst bærekraft i møte med framtidens helse- og omsorgsutfordringer.

10 Psykisk helse

Målet er å fremme god psykisk helse i befolkningen, forebygge psykiske problemer og lidelser, og arbeide for at de som har behov for hjelp blir møtt av tilgjengelige og likeverdige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Regjeringen vil fortsette arbeidet for at tilbudet skal være helhetlig og samordnet, også for personer med både psykiske problemer og rusavhengighet. Brukerinnflytelse skal være et bærende prinsipp. Aktiv involvering av brukeren i valg av behandling og tjenester er en demokratisk rettighet, og en politisk og faglig målsetting. Målet er å fremme selvstendighet og mestring av eget liv for mennesker med psykiske problemer eller lidelser. Pårørende har viktige roller overfor den syke og opp mot tjenesteapparatet, i tillegg til å ha egne behov, og er en viktig ressurs i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser. Omstillingen av psykisk helsevern skal videreføres, arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang skal styrkes, og trygge oppfølgings- og behandlingsmodeller skal videreutvikles. Regjeringen vil arbeide for at tilbudet til barn og unge skal prioriteres, og samtidig arbeide for at voksne får et lavterskeltilbud for å forebygge utvikling av mer alvorlige psykiske lidelser.

Psykisk helse utvikles i et komplekst samspill mellom en rekke beskyttende faktorer og faktorer som øker risiko for sykdomsutvikling. Psykiske plager og lidelser er et samlebegrep, og omfatter et bredt spekter av tilstander fra lettere former for angst- og depresjonsplager til alvorlige psykoselidelser.

Psykiske helseproblemer forekommer i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen. Angst- og depresjonsliknende plager, søvnvansker og redusert mestring er utbredt i Norge. Flere forhold kan gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen, og det har vært en sterk økning i antallet som behandles for psykiske lidelser. Forskningsresultater fra USA og Europa, og undersøkelser fra Norge, gir imidlertid ingen støtte for at det skal ha skjedd en forverring i folkehelsen med økt forekomst av psykiske lidelser. Andelen av befolkningen som får en eller annen psykisk lidelse i løpet av livet varierer fra 25 pst. til 52 pst. i forskjellige undersøkelser, mens

tallene for hvor stor andel som har hatt en lidelse i løpet av det siste året varierer fra om lag 10 pst. til om lag 33 pst. Det er høy forekomst av rusproblemer blant personer med psykiske lidelser.

Psykiske lidelser oppstår ofte i ung alder, og er den viktigste årsaken til uhelse i aldersgruppen 20–30 år. Hos barn og unge som rammes kan psykiske problemer og lidelser føre til mistriivsel, lærevansker og funksjonsproblemer i hjem og på skole. Det anslås at 15–20 pst. av barn mellom 3 og 18 år til enhver tid har nedsatt funksjon pga. symptomer på psykiske lidelser. Undersøkelser tyder på at halvparten av disse, om lag 70 000 barn, vil ha behov for behandling fra kommunale tjenester eller fra spesialisthelsetjenesten. Forekomsten av aldersrelaterede psykiske lidelser vil øke som en konsekvens av en aldrende befolkning. Forekomsten av demens forventes å øke betydelig. Depresjon hos eldre utgjør et betydelig helseproblem og er knyttet til svekket fysisk helse og redusert kognitiv funksjon.

Redusert livskvalitet, sykmeldinger, uførepensjon og økt dødelighet er blant følgene av psykisk sykdom. Forskning viser at psykisk syke menn har 20 år kortere levetid enn den generelle befolkningen og at psykisk syke kvinner i gjennomsnitt dør 15 år tidligere. Om lag 20 pst. av det legemeldte sykefraværet i Norge skyldes psykiske lidelser, mens andelen uføre med psykiske lidelser er over 30 pst. Gjennomsnittsalderen for innvilgelse av uførepensjon på bakgrunn av psykiske lidelser er om lag ni år lavere enn for somatiske tilstander. Depresjon, angst og rusmiddelproblemer antas, sammen med ikke-smittsomme sykdommer (NCD), å bli de store framtidige helsemessige utfordringene. Verdens helseorganisasjon anslår at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020. NCD-lidelser medfører økt risiko for psykisk sykdom. I regjeringens NCD-strategi legges grunnlaget for styrket samarbeid mellom de somatiske og psykiske helsetjenestene for å sikre denne pasientgruppen et bedre tilbud. Dette innebærer bl.a. en gradvis styrking av lærings- og mestringstilbudet i kommunene, større oppmerksomhet om angst- og depresjonslidelser blant

NCD-syke og et arbeid for å styrke psykisk helse-tilbudet i frisklivssentralene.

Det eksisterer fortsatt fordommer knyttet til rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser. Mange kontakter ikke tjenesteapparatet når de har behov for hjelp, og tjenestene må i langt større grad enn ved somatiske sykdommer, drive aktivt informasjonsarbeid, oppsøkende virksomhet og organisere tjenestene slik at de er lett tilgjengelige for brukerne.

Økt allmenn kunnskap om rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer og deres konsekvenser er grunnleggende for å hindre uønskede hendelser, redusere stigma og øke inkluderingen av personer med rusmiddelproblemer og psykiske helseproblemer i samfunnet.

Psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern forutsettes å legge til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning i lokalsamfunnet.

Psykisk helse er en viktig dimensjon i folkehelsearbeidet. Psykiske helseproblemer kan til en viss grad forebygges gjennom brede befolkningsrettede tiltak som fremmer inkludering og deltakelse, og ved målrettede tiltak overfor sårbare grupper. Å forebygge at vanlige livskriser utvikler seg til psykiske lidelser er i første rekke en utfordring for arbeidsliv, barnehage, skole, fritidsarenaer, idrettsmiljø mv.

Kommunen skal i samsvar med den nye folkehelse-loven ha oversikt over den psykiske helsetilstanden til befolkningen, faktorer som påvirker den og over behovet for tiltak og tjenester. Oppfyl-ling av grunnleggende materielle betingelser i form av et godt botilbud, et meningsfylt aktivitets-tilbud, sosial tilhørighet og et inntektsgrunnlag som gjør at materielle behov kan ivaretas, er sentrale faktorer i arbeidet med å forebygge og behandle psykiske lidelser. Mange arenaer på alle nivåer deler derfor ansvaret for å skape helsefremmende leve- og oppvekstvilkår som bidrar til en god psykisk helse i befolkningen. Tjenesteapparatet skal på sin side delta i og understøtte det forebyggende arbeidet, ved siden av behandlings- og støttefunksjoner.

Grad av alvorlighet, kompleksitet og behov for hjelp vil variere. Mange med psykiske plager eller lidelser vil klare å håndtere situasjonen selv, eller med støtte fra familie, nettverk eller selvhjelp-tilbud, mens en del vil ha behov for bistand fra enkelte kommunale tjenester, ofte i et begrenset tidsrom. Andre kan ha behov for et mer omfattende tilbud, gjerne i et lengre tidsrom, både fra kommunale tjenester og fra psykisk helsevern i

spesialisthelsetjenesten. Kommunene og spesialisthelsetjenestene må derfor ha et differensiert tilbud både til barn, unge og voksne.

Kommunene er sentrale for å lykkes med hel-letlig behandling og oppfølging av personer med psykiske problemer. Et godt kommunalt psykisk helsearbeid bygger på bred tverrfaglig og tverrs-ektoriell tenkning. Psykisk helsearbeid i kommu-nene omfatter forebygging, diagnostikk og funk-sjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabi-litering, oppfølging i bolig, psykososial støtte og veiledning, samt henvisning til spesialisthelsetje-nesten. Kommunale tjenester til personer med psykiske problemer utføres i flere sektorer og av ulike faggrupper i kommunen. Arbeidet på feltet krever et sterkt fokus på samarbeid innad i kom-munen, med spesialisthelsetjenesten og med fri-villig sektor. Det er viktig med godt samarbeid mellom fastlegen og det øvrige psykiske helsear-beidet i kommunen. Fastlegen har en sentral rolle i arbeidet med å forebygge og gjenkjenne psy-kiske problemer av varierende alvorlighetsgrad, diagnostisere, behandle og følge opp personer med psykiske problemer, samt henvise videre ved behov. Det er derfor viktig at fastlegen har kunn-skap om slike problemer og behandlingstiltak, herunder forsvarlig forskrivning av vanedannende medikamenter. God tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester og kunnskap om psykiske lidel-ser hos sentrale tjenesteytere som fastleger, øvrige psykiske helsearbeidere, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og annet helse- og omsorgs-personell er en forutsetning for å kunne drive et effektivt helsearbeid på psykisk helsefeltet.

En hovedoppgave de kommende årene vil være å redusere forekomsten av angst, depresjon og rusmiddelproblemer for å sikre enkeltmennes-ker bedre livskvalitet og redusere totalbelastninqen for samfunnet. Gjennom tidlig intervensjon, god behandling og tilrettelegging kan konsekven-sene av psykiske lidelser reduseres betraktelig.

Psykisk helsevern for voksne består av desen-traliserte spesialisthelsetjenester ved distriktpsya-kiatriske sentre (DPS), mer spesialiserte syke-husavdelinger og privatpraktiserende avtalespesi-alister. DPS vil normalt være første kontaktpunkt med spesialisthelsetjenesten og har et hovedan-svar for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område både i akutsituasjoner og på bakgrunn av henvisninger. DPS skal gi spesialisert utredning og tilby differensiert behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling.

DPS skal også bistå kommunehelsetjenesten med råd og veiledning og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten, dvs. være veien inn og ut

av psykisk helsevern. For å ivareta dette må det finnes tilgjengelige akuttjenester gjennom døgnet forankret i DPS. Sykehusavdelingene skal ivareta spissede funksjoner, som lukkede akutt- og sikkerhetsavdelinger, og enkelte andre spesialiserte oppgaver. Mer arbeid vil i framtiden være basert på at spesialistkompetansen blir lettere tilgjengelig på kommunale arenaer, men samtidig på en slik måte at psykisk helsevern ikke overtar kommunale oppgaver. Som et ledd i dette forutsettes ambulante tjenester videreutviklet, bl.a. ved at lege og psykologspesialister deltar fast i dette arbeidet.

Psykisk helsevern for barn og unge (bup) legger hovedvekt på polikliniske og ambulante funksjoner og samarbeid med det kommunale tjenesteapparatet. Ved behov kan det gis tilbud om døgnbehandling. Alle kommuner tilhører nå opp-taksområdet til et DPS og en poliklinikk i bup.

Omstillingen av psykisk helsevern i tråd med målene i opptrappingsplanen er ikke fullført. Det psykiske helsevernet må fortsette arbeidet med å gjøre sine tjenester mer tilgjengelige for befolkningen, og innrette sin virksomhet slik at den kan understøtte kommunene i deres arbeid og hindre unødvendige henvisninger og innleggelser, dette også i tråd med samhandlingsreformen. Det er fortsatt behov for betydelig omstrukturering av tjenestene med vekt på en ressurs- og kompetansemessig oppgradering av DPS, slik at de blir i stand til å løse oppgavene som forutsatt.

For brukerne er det nødvendig at kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste fungerer som et helhetlig tilbud, hvor aktørene samarbeider tett. En moderne tjeneste forventes i vesentlig større grad enn tidligere å etablere utadrettede og åpne tilbud, slik at kompetansen blir lett tilgjengelig for det kommunale tjenesteapparatet. Den pågående omstruktureringen av tjenesten innebærer at ressurser overføres fra sykehus til DPS, og fra døgnavdelinger til poliklinikk og ambulante tjenester.

Psykisk helsevern for barn og unge er etablert som en moderne tjeneste med stor vekt på polikliniske funksjoner og liten grad av døgnbehandling. Helseforetakene må likevel vurdere hvordan de kan bidra til utvikling av nye arbeidsmodeller, herunder hvordan samarbeid med kommunale instanser og utvikling av ambulante arbeidsmetoder kan utvikles videre. De må videre vurdere hvordan samspillet mellom poliklinikk, dag og døgnfunksjoner kan utvikles, herunder om DPS-modellen med kombinerte enheter under samme tak bør etableres også for bup-området.

WHO Europa og EU-kommisjonen gir begge tydelige og samstemte signaler vedrørende behov for økt prioritering av psykisk helse. I forlengelsen av Helsinkierklæringen (2005) har begge instanser tatt en rekke initiativ i form av konferanser, rapporter og fellessatsinger (joint actions). Norge deltar regelmessig i dette arbeidet, både på overordnet nivå og i relevante arbeidsgrupper.

Verdens helseforsamling godkjente i mai i år ny global handlingsplan for psykisk helse. WHO Europa har for sin del utarbeidet endelig utkast til ny Europeisk handlingsplan, som vil bli sluttbehandlet høsten 2013. Norge har deltatt aktivt i arbeidet, både i forberedelser og som vertskap for WHO konsultasjonsmøte for begge planer i Oslo i september 2012.

10.1 Hovedutfordringer og prioriterte områder

Psykisk helse har høy prioritet og de overordnede målene og verdigrunnlaget fra opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2008) ligger fortsatt til grunn for regjeringens politikk. Det er imidlertid gått fem år siden opptrappingsplanen ble avsluttet, og mål skal revideres slik at det reflekterer den faglige utviklingen på feltet. Det vises til omtale av kvalitetsløftet for rus og psykisk helse under kap. 763.

Følgende anses å være de viktigste målene i årene som kommer:

- Styrket forebyggende arbeid og økt bevissthet om den psykiske helsens betydning på alle arenaer og sektorer.
- Styrke lavterskeltilbudet til mennesker som lider av mildere og moderate former for angst og depresjoner.
- Fremme forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot barn og unge, med fortsatt videreutvikling av behandlingstilbudet til aldersgruppen.
- Videreutvikle psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene.
- Kvalitet i tjenestene med vekt på bruker- og pårørendeperspektiv, trygghet for brukerne, tilgjengelighet og kompetanseheving. Sikre at verdigrunnlaget for psykisk helsefeltet fra opptrappingsplanen preger kultur og holdninger i tjenestene.
- Bedre samhandling både innen helse- og omsorgstjenesten og overfor andre sektorer.
- Fullføre omstillingen av psykisk helsevern med styrking og overføring av allmennfunksjoner og tilhørende ressurser til DPS, spissing av

sykehusfunksjoner, redusert bruk av tvang og økt vekt på utadrettet arbeid og samarbeid og støtte til kommunale tjenester. I omstillingsprosessen må helseregionene samarbeide med kommuner og brukerorganisasjoner, slik at alle brukergrupper sikres et minst like godt tilbud etter omstilling.

- Videreutvikle god akuttpsykiatri og sikkerhetspsykiatri.
- Legge til rette for og utvikle gode og tilstrekkelige tjenester til personer med langvarige og sammensatte lidelser med basis i kommunene og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Gjennomgang av aktuelle utdanninger med sikte på oppdatering ift brukerinntilflytelse, mestringsperspektiv, samhandling, samfunnsperspektiv, kunnskapsbaserte metoder mv.
- Arbeide for økt åpenhet og redusert stigma knyttet til psykiske problemer og lidelser og rusavhengighet.

Regjeringen tar sikte på gradvis innføring av de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen for psykisk helsevern og rus så snart det lar seg gjennomføre. Det tas forbehold om at ambisjonene tilpasses erfaringene med innfasing av samhandlingsreformen og kvaliteten på dataene som må legges til grunn for oppgjørsordningen.

Kommunalt psykisk helsearbeid finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. Det vises her til omtale av den generelle kommuneøkonomien i 2014 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. Bevilgninger til kunnskaps- og kompetansetiltak, samt utviklingstiltak i tjenestene bevilges over kap. 763 og kap. 764.

10.2 Psykososial oppfølging etter 22. juli 2011

Det ble i 2011 etablert et eget prosjekt i Helsedirektoratet for å bidra til den langsiktige psykososiale oppfølgingen av rammede og pårørende etter 22. juli 2011. Prosjektet har videreført sitt arbeid i 2013. Arbeidet har vært innrettet mot følgende hovedområder:

- Planlegging og gjennomføring av samlinger for de overlevende og etterlatte i både regjeringskvartalet og Utøya.
- Faglig bistand til og kompetanseoppbygging i både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester.
- Forskning.

Helsemyndighetene ga i etterkant av 22. juli føringer og råd til kommuner og helseforetak om psykososial oppfølging av overlevende og pårørende. Det ble bl.a. besluttet at ansatte i regjeringskvartalet skulle følges opp av bedriftshelsetjenesten, og at andre berørte skulle følges opp i sine hjemkommuner. Det ble i tillegg anbefalt en proaktiv tilnærming, der alle rammede skulle kontaktes av en egen kontaktperson i kommunen.

Meld. St. 21 Terrorberedskap (2012–2013) følger opp NOU 2012: 14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen. Det vises til omtale av helsesektorens oppfølging av læringspunkter etter 22. juli under kap. 702.

Kommunene har ansvar for å yte forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder psykososial rehabilitering. Helsedirektoratet har gjennom fylkesmennene fulgt kommunenes oppfølgingsarbeid, og bidratt med faglige råd og veiledning.

Fylkesmennenes rådgivere innen psykisk helse vil fortsatt ha en viktig rolle gjennom å følge med på og støtte kommunenes langsiktige oppfølgingsarbeid etter 22. juli. Oppfølgingen av de rammede vil fortsette i 2014. Langtidsoppfølgingen av rammede og berørte etter terroren 22. juli og andre katastrofer ivaretas av det ordinære hjelpeapparatet

Det er satt i gang flere forskningsprosjekter som vil gi nærmere svar på hvordan det går med de berørte etter 22. juli, samt kunnskapsgrunnlag for videre arbeid. Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) er ansvarlig for et forskningsprogram om de psykososiale konsekvensene for de overlevende og deres foresatte etter terroren på Utøya. Prosjektet bidrar også til å fange opp ev. udekkede hjelpebehov hos de rammede da intervjuene utføres av helsepersonell. Prosjektet er dermed meget viktig både i forskningsøyemed og som et ledd i den psykososiale oppfølgingen. Videre er det startet et forskningsprosjekt for å kartlegge helsemessige konsekvenser av angrepet i regjeringskvartalet i samarbeid mellom NKVTS og Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI).

10.3 Vold og traumatisk stress

Å utsettes for vold kan gi fysiske og psykiske plager og lidelser, både på kort og lang sikt. De helsemessige konsekvensene kan være omfattende, alvorlige og potensielt livstruende. Helse- og omsorgstjenesten spiller en viktig rolle når det gjelder å forebygge, avdekke, behandle og følge opp

skader forårsaket av vold i nære relasjoner. Det er i dag for liten kompetanse om vold og overgrep i helsetjenesten. I 2012 og 2013 er det lagt fram en rekke dokumenter på volds- og traumefeltet hvor Helse- og omsorgsdepartementet har bidratt: Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlig begrensning av unges frihet (2013–2016), Meld. St. 15 (2012–2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner, handlingsplanen Et liv uten vold – Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017, Barndommen kommer ikke i reprise – Strategi for å

bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017). I tillegg vil Helsedirektoratet legge fram sin handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading i løpet av høsten 2013.

I handlingsplanen mot vold i nære relasjoner inngår tiltak knyttet til overgrepsmottakene, som gir akutt hjelp til personer utsatt for vold i nære relasjoner og/eller seksuelle overgrep. Det vises til omtale av mottakene under kap.762.

Det er Justisdepartementet som koordinerer regjeringens satsing på området vold i nære relasjoner.

11 Rustiltak

Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, ble behandlet av Stortinget i 2013, jf. Innst. 207 S (2012–2013). I stortingsmeldingen angis de politiske målene for en helhetlig rusmiddelpolitikk: Fra virksom forebygging, tidlig innsats og hjelp til dem som har omfattende rusproblemer, til en politikk som ivaretar pårørende og tredjepart som rammes av skader av rusmiddelbruk.

En rekke tiltak vil bli videreført og nye satt i verk innenfor meldingens fem innsatsområder:

1. Forebygging og tidlig innsats
2. Samhandling – tjenester som jobber sammen
3. Økt kompetanse og bedre kvalitet
4. Hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall
5. Innsats for pårørende og mot passiv drikking

Opptrappingsplanen for rusfeltet ble avsluttet i 2012 og avløses av strategier på områder der det er behov for forsterket innsats: Folkehelse, overdoser, kompetanse og implementering av rus og psykisk helse i samhandlingsreformen.

Folkehelsestrategien går fram av Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. Som ledd i oppfølgingen av stortingsmeldingen vil regjeringen videreutvikle resultatmål og indikatorer for å følge opp målene for folkehelsepolitikken, herunder psykisk helse og rus. Videre skal det hvert fjerde år legges fram en melding for Stortinget om status og videre arbeid med å nå de folkehelsepolitiske målene. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet skal utarbeide rapporter som grunnlag for en politisk statusvurdering.

11.1 Utfordringsbilde

Forbruket av alkohol og narkotika er lavt i Norge sammenliknet med andre land. Samtidig er det bekymringsfullt at forbruket av alkohol øker, og at overdosetallene er vedvarende høye. Økningen i omsetning via internett av nye syntetiske stoffer og dopingpreparater bekymrer. For nærmere informasjon om utviklingen i bruk av alkohol, narkotika og dopingpreparater, se del III, kapittel 6.

Store deler av skadeomfanget er knyttet til de som har et relativt lavt forbruk av alkohol. Vi må derfor arbeide for reduksjon av det totale forbruket. Regulatoriske virkemidler som aldersgrenser og Vinmonopolet er svært virksomme, og det må arbeides for å sikre og videreutvikle disse. Kommunene er en viktig aktør i forebyggingspolitikken. Det er grunn til å tro at kommunene er under direkte og indirekte press fra næringsinteresser, samt at sammenlikninger av alkoholpolitikken i nabokommuner medfører ytterligere press om å føre en liberal alkoholpolitikk. Det må derfor stimuleres til at forebyggingshensyn settes høyt i kommunene.

Vi vet at tidlig innsats gir gode resultater. En av de største utfordringene på rusfeltet er derfor å sikre tidlig identifikasjon av personer med risiko for rusmiddelproblemer/på vei inn i rusmiddelproblemer, samt å sørge for at den tidlige identifikasjonen medfører tidlig intervensjon. I dette arbeidet er det helt nødvendig med en tverrsektoriell tilnærming.

Antall personer med registrerte rusproblemer i kommunene og i spesialisthelsetjenesten er en indikasjon på omfanget av rusproblemer i befolkningen. Tall fra Brukerplan i 2012 viser at om lag 30 000 personer over 18 år mottar kommunale tjenester som følge av rusproblemer.

Alkohol og opiater er de hyppigst forekommende rusmidlene blant pasienter med rusproblemer i spesialisthelsetjenesten. Aktivitetsdata for 2012 for tverrfaglig spesialisert behandling fra Norsk pasientregister viser at det har vært en svak økning i antall pasienter fra 2011 da det ble registrert om lag 25 000 personer som fikk behandling for sine rusproblemer. I tillegg ble et betydelig antall pasienter med rusproblemer som bidiagnose, behandlet innen psykisk helsevern med en psykiatrisk hoveddiagnose.

Det er satt inn en omfattende innsats på rusfeltet de senere årene, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Brukerorganisasjoner og fagmiljøer peker imidlertid på at tjenestene må komme tidligere inn og at tilgjengeligheten til tjenestene må bli bedre. Manglende samhandling er en annen viktig utfordring. Mange

brukere og pasienter opplever problemer når ansvaret for videre oppfølging overføres til nye tjenester og at hjelpetilbudet oppleves som fragmentert. Denne samhandlingsutfordringen oppleves både innenfor og mellom sektorer og nivåer. Videre er gode og individuelt tilpassede kommunale oppfølgingstilbud, ikke minst bo- og fritidstilbud, en utfordring for denne brukergruppen.

11.2 Innsatsområder

11.2.1 Forebygging og tidlig innsats

Norge har et lavt forbruk av alkohol og narkotika, og hovedretningen i rusmiddelpolitikken skal derfor ligge fast. Samtidig er det bekymringsfullt at forbruk av alkohol øker og at antallet overdoser er for høyt.

For å understøtte hovedretningen vil regjeringen:

- sikre ansvarlig alkoholhåndtering
- opprettholde forbudet mot narkotika
- mobilisere mot doping – herunder forbud mot bruk og besittelse
- sørge for at personer med rusproblemer møtes med helsehjelp i stedet for tradisjonell straff

Ansvarlig alkoholhåndtering

Alkoholloven er et av de viktigste virkemidlene i det rusmiddelforebyggende arbeidet, og de regulatoriske virkemidlene, herunder Vinmonopolet, bevilingsordningene med maksimaltider og kontrollordninger, aldersgrensebestemmelsene og reklameforbudet, skal sikres og videreutvikles.

Gjennom satsingen Ansvarlig alkoholhåndtering, jf. ikke minst styrkingen av bevilgningen over kapittel 718, post 21 på 6 mill. kroner i 2013, arbeider Helsedirektoratet med en helhetlig tilnærming for å styrke kommunenes forvaltning av alkoholloven. For å øke kunnskapen om og bruken av alkoholovens virkemidler, fra innvilgespraksis til kontroll og inndragning av bevilling, skal det gjennom satsingen utvikles og tilbys gode verktøy og opplæring. I dette arbeidet er de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og fylkesmennene sentrale samarbeidsaktører for Helsedirektoratet. Målet er at kommunene i større grad skal ta ut potensialet alkohollovgivningen gir i arbeidet med å fremme folkehelsen og begrense skader.

Det arbeides bl.a. for å styrke den kommunale kontrollen med salgs- og skjenkebevillinger. Helsedirektoratet utga i 2013 en veileder i salgs- og

skjenkekontroll. Veilederen er et verktøy for å heve kvaliteten på kontrollene, gi en mer effektiv håndheving av alkoholovens bestemmelser og gi tydeligere rammebetingelser for salgs- og skjenkebransjen. Fylkesmennene er bedt om å styrke sin veiledning av kommunene i alkoholloven. Helsedirektoratet har bistått embetene med fylkesvise seminarer om alkoholloven og vil tilby årlige regelverksamlinger for fylkesmennene.

Fylkesmennene fikk vesentlig økte ressurser til sitt arbeid med alkoholloven i 2012. I samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål ble det gjennomført opplæring om alkoholloven for ansatte og politikere i kommunene i de fleste fylker. Satsingen videreføres gjennom faglige nettverk i fylkene samt styrking av samarbeidet mellom fylkesmannen og politidistriktene.

I tillegg til Helsedirektoratets satsing på Ansvarlig alkoholhåndtering, vil det foretas endringer i regelverket i tråd med signalene i Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Det arbeides bl.a. med forslag til forskrift med nasjonale krav til kommunenes reaksjoner ved brudd på alkoholloven.

Opprettholde forbudet mot narkotika

Regjeringen ønsker å sende et klart signal om at bruk av narkotika ikke er akseptert ved å opprettholde forbudet mot besittelse og bruk. Samtidig er det avgjørende å overholde de folkerettslige forpliktelsene som følger av de tre narkotikakonvensjonene som Norge har ratifisert. Disse konvensjonene vektlegger behovet for å beskytte menneskehetens helse og velferd som er helt i tråd med regjeringens politikk. Bruk av narkotika skal derfor i utgangspunktet betraktes som et helseproblem og personer som bruker narkotika skal derfor primært møtes med helsehjelp. Det skal også være Norges posisjon i internasjonale møter og forhandlinger.

Mobilisering mot doping

I tråd med Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, er det vedtatt endringer i legemiddeloven, slik at det er blitt straffbart uten lovlig adkomst å erverve, besitte eller bruke dopingmidler. Endringsloven trådte i kraft 1. juli 2013.

Forbudet gir hjemmel til å intervenere mot bruk og tydeliggjør samfunnets holdning til dopingbruk. Erverv, besittelse og bruk av dopingmidler kan nå staffes på samme måte som besit-

telse og bruk av narkotika. I likhet med narkotika-bruk, er også bruk av doping i utgangspunktet et helseproblem som primært skal møtes med helsehjelp.

Mobiliseringen mot doping som samfunnsproblem er en del av rusmiddelpolitikken. Helsedirektoratet er gitt et tydelig ansvar for å integrere doping i forebyggingsarbeidet. Dette gjelder både tidlig intervensjon og generell forebygging. Regjeringen mobiliserer mot doping gjennom økt kunnskap og satsing på forebygging og et godt behandlingstilbud. Fra 2014 er det foreslått et eget øremerket tilskudd til Antidoping Norges arbeid med doping utenfor idretten, jf. omtale under kap. 718, post 70.

Statens institutt for rusmiddelforskning (Sirus) forsker på bruk av dopingmidler i befolkningen. Flere prosjekter er allerede etablert og en rapport om anabole steroider i Norge er publisert. Sirus har samlet inn data om bruk av doping og slankepreparater i den årlige befolkningsundersøkelsen som Statistisk sentralbyrå gjennomfører for instituttet. Funnene vil foreligge i oktober 2013. I tillegg har instituttet foretatt en gjennomgang av tidligere befolkningsundersøkelser publisert i Sirus-rapport nr. 4/2013. Sirus har i 2013 også gjennomført en kvalitativ studie av brukere av dopingpreparater. Resultatene fra studien vil bli publisert i en egen Sirus-rapport høsten 2013.

11.2.2 Samhandling i alle ledd

Tjenestene til personer med rusproblemer skal utvikles i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, jf. Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Framtidens tjenestetilbud skal innrettes slik at den enkelte møter et tilgjengelig og sammenhengende behandlingsforløp. Hovedansvaret skal være lokalt. Tjenestene skal integreres i det ordinære tjenesteapparatet, og ikke som særomsorg.

Rusavhengighet er å betrakte som en kronisk sykdom som krever oppfølging over lang tid. De kommunale tjenestene skal utgjøre bærebjelken i tjenestetilbudet gjennom hele behandlingsforløpet, i tett samarbeid med en understøttende og mer oppsøkende, tilgjengelig og fleksibel spesialisthelsetjeneste når behovene tilsier det. Utstrakt bruk av oppsøkende/ambulante tilbud som sikrer nærhet til den enkelte er et viktig bidrag for å fange opp tidligere og øke tilgjengelighet til tjenestetilbudene.

Stortingsmeldingen viderefører samhandlingsreformens mål og understreker betydningen av reformens virkemidler for å oppnå et bedre og

mer helhetlig hjelpetilbud. Målet er et tilgjengelig, kunnskapsbasert, individuelt tilpasset, samordnet og sammenhengende tjenestetilbud. Det er viktig at flere mennesker med rusproblemer eller psykisk sykdom får tilbud om et egnet og langsiktig botilbud og hjelp med arbeid/aktivitet.

De økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen omfatter i første omgang ikke pasienter med psykisk sykdom eller rusproblem. I stortingsmeldingen varsler regjeringen en gradvis innføring av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter for rusbehandling og psykisk helsevern, så snart det lar seg gjøre. Det tas forbehold om at ambisjonene tilpasses erfaringene med innfasing av samhandlingsreformen og kvaliteten på registreringen som må legges til grunn for oppgjørsordningen. Det er stilt krav om registrering av utskrivningsklare pasienter.

I helse- og omsorgstjenesteloven er det stilt krav om at kommuner og helseforetak skal inngå avtaler om samarbeid om en rekke oppgaver, bl.a. om retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud. Konkrete løsninger må utvikles lokalt i et samarbeid mellom tjenester og nivåer.

Regjeringen vil legge fram en ny nasjonal strategi for boligsosialt arbeid i 2014. Strategien skal samle og målrette den offentlige innsatsen, synliggjøre ansvarsfordelingen i det boligsosiale arbeidet og vise hvilke virkemidler som kan brukes for å hjelpe dem som sliter på boligmarkedet. Regjeringen vil legge vekt på forebygging av boligproblemer i strategien.

Regjeringen vil forsterke innsatsen for at personer med psykiske lidelser og rusproblemer opprettholder tilknytningen til arbeid. Erfaringene og den systematiske satsingen i Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse, videreføres gjennom regjeringens Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse, som nylig er lagt fram. Planen inneholder bl.a. tiltak for å forsterke samarbeidet mellom helse- og omsorgssektoren og arbeids- og velferdsforvaltningen. Rask psykisk helsehjelp kombinert med arbeidsrettet oppfølging med sikte på ansettelse i ordinært arbeidsliv er en viktig del av dette samarbeidet. Forsøkene med individuell jobbstøtte (IPS) og jobbmestrende oppfølging er eksempler på denne typen samarbeid.

11.2.3 Økt kompetanse og bedre kvalitet

Senere års innsats på rusfeltet har bidratt til å øke kunnskapen om rusproblematikk. Fortsatt man-

gler vi gode kvalitetsindikatorer og informasjon om tjenestene til personer med rusproblemer og ressursbruk. Kompetansetiltak som er gjennomført gjennom opptrappingsplanene for rusfeltet og psykisk helse er videreført og samlet i regjeringens kompetansestrategi i Kvalitetsløft rus og psykisk helse. Kvalitetsløft rus og psykisk helse har tre innsatsområder:

1. Kompetanseplan rus og psykisk helse (rekruttering og kvalifisering mv.)
2. Bedre grunnlag for styring, kunnskap om helseutfordringer og behandling
3. Forskning, utvikling og kunnskapsstøtte

Kompetanseplan rus og psykisk helse

Regjeringen vil gjennom Kompetanseplan rus og psykisk helse bidra til å sikre nødvendig fagkompetanse i tjenestene som tilbys rusavhengige og personer med psykiske lidelser. Den skal videreføre og videreutvikle kompetansetiltak som er gjennomført gjennom opptrappingsplanene for rusfeltet og psykisk helse. Sentrale tiltak i planen er:

- styrke videre- og etterutdanningstilbud (se kap. 763 og kap. 764 for nærmere omtale)
- etablere en egen legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin (se kap. 763, post 21 for nærmere omtale)
- legge til rette for god ledelse (se kap. 763, post 72 for nærmere omtale)

Bedre grunnlag for styring, kunnskap om helseutfordringer og behandling

Det pågår flere viktige arbeid for å følge med på utviklingen av forbruk, og for å skaffe økt kunnskap om tjenestene som tilbys. Det behov for å arbeide videre med datakilder som folkehelseprofilene, Norsk pasientregister, Kostra, Brukerplan, Iplos og ulike rapporteringer og undersøkelser.

Det har blitt gjennomført årlige kommunale rapporteringer av årsverk og tjenesteutvikling innen psykisk helsearbeid og innen kommunalt rusarbeid de siste årene. Videreutvikling av disse rapporteringene er en prioritert oppgave. Det er også opprettet en egen Kostra-arbeidsgruppe innen psykisk helse og rus som har som mål å bedre data som er relevant for psykisk helse og rus på kommunenivå, samt å bedre tilgjengeligheten/presentasjonen av en del relevante data som eksisterer i dag.

Helsedirektoratet har også opprettet to arbeidsgrupper som jobber med å utvikle kvali-

tetsindikatorer innen psykisk helse og rus, en arbeidsgruppe innen spesialisthelsetjenester og en innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Gruppene har som mål å etablere et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for spesialist- og helse- og omsorgstjenester i kommunene som kan fungere som støtte til intern kvalitetsforbedring, helsepolitisk styring og virksomhetsstyring.

Brukerplan er et verktøy som kartlegger forekomsten og karakteristika ved rusmiddelproblemer i norske kommuner. Helsedirektoratet har inngått en tre års kontrakt for å videreutvikle og rulle ut Brukerplan, slik at alle kommuner kan benytte Brukerplan gratis. I løpet av 2013 skal alle norske kommuner ha blitt tilbudt å bruke Brukerplan. Det pågår også arbeid for å kunne bruke Brukerplan til å kartlegge forekomsten av personer med psykiske plager, uten rusmiddelproblem, og for å videreutvikle Brukerplan på flere områder.

Forskning, utvikling og kunnskapsstøtte

Helse og omsorg er prioriterte områder i regjeringens arbeid med forskning og innovasjon. Regjeringen vil videreføre innsatsen på forskning og utvikling innenfor rusfeltet.

Gjennom opptrappingsplan for psykisk helse og opptrappingsplan for rusfeltet har det vært en betydelig innsats for å styrke forskning og formidling av forskningsbasert kunnskap. Forskningsaktiviteten har vært styrket i Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens institutt for rusmiddelforskning, gjennom rusmiddelforskningsprogrammet og program for psykisk helse i Norges forskningsråd og i de regionale helseforetakene. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål driver også forskning på områder der de har nasjonalt ansvar. Sentrale tiltak er:

- videreføre rusmiddelforskningsprogrammet og program for psykisk helse i regi av Norges forskningsråd
- etablere en nasjonal kompetansetjeneste på tverrfaglig spesialisert behandling inkl. legemiddelassistert rehabilitering i helseregion sørøst
- slutføre arbeidet med faglige retningslinjer og kvalitetsindikatorer

Videre vil det bli satt i verk egne brukererfæringsundersøkelser innen tverrfaglig spesialisert behandling og bli utarbeidet egne nøkkeltallsrapporter på tjenestefeltet for å følge utviklingen og for å gi økt kunnskap om brukernes egne erfaringer og behov.

11.2.4 Innsats for pårørende og mot passiv drikking

Rusproblemer skader også andre enn den som bruker rusmidler. Et betydelig antall barn lever med foreldre med et risikofylt alkoholkonsum. Skader på andre enn den som drikker, såkalt passiv drikking, er omfattende og får for lite oppmerksomhet. Ved utforming av politikken skal hensynet til de som utsettes for passiv drikking vektlegges sterkere.

Helsedirektoratet har satt i verk flere tiltak med sikte på å styrke pårørendeperspektivet i tjenestene, bl.a. har pårørendesenteret i Stavanger utviklet og startet implementeringsarbeidet av et E-læringsprogram om pårørendevaluering for tjenesteapparatet.

Helsedirektoratet skal i 2013 arrangere en nasjonal alkoholkonferanse. Konferansen vil ha oppmerksomhet på alkohol i et samfunnsperspektiv og behandling av alkoholavhengighet i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Konferansen vil samle personer og organisasjoner som arbeider med og har interesse for folkehelse, rusforebygging og behandling.

For å styrke innsatsen overfor pårørende til personer med rusproblemer er det satt i gang to levekårsundersøkelser om henholdsvis barn og voksne som pårørende. Formålet er å få kunnskap om erfaringer og egenopplevelser, og deres mestring av hverdagen. Resultatene skal legges til grunn for videre tiltak jf. kap. 763, post 21 og kap. 781, post 79.

Evaluering av forsøk i to helseforetak med lavterskeltiltak som gir tilbud til gravide, mødre/foreldre med rus/og eller psykiske problemer fra barnets fødsel til skolealder, har vist svært gode resultater. Derfor ble det i Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, varslet at departementet vil vurdere å opprette liknende tilbud andre steder i landet. Det skal særlig legges vekt på langsiktig oppfølging av familier med føtal alkoholsyndrom og barn av mødre i lar-behandling. Målet med lavterskeltiltakene er å styrke foreldrekompetansen, barnets omsorgssituasjon og tilknytingsprosessen mellom foreldre og barn, og på denne måten bidra til at rusrelaterte skader og psykososiale vansker hos barna forebygges. Tilbudene gis i nært samarbeid med brukere og kommunale tjenester. I innstillingen til stortingsmeldingen støtter en enstemmig helse- og omsorgskomite opprettelse av flere slike tiltak.

For å sikre et likeverdig tilbud til særlig sårbare barn og deres familier uansett bosted, foreslås det et å etablere flere tilsvarende lavterskeltilbud i alle helseforetak i tidsperioden 2014–2017. Vestre Viken HF vil i 2014 få i oppdrag å organisere et nettverk for lavterskeltilbudene.

11.2.5 Hjelp til rusavhengige med omfattende hjelpebehov

Mennesker med rusproblemer skal møtes med likeverd og respekt. Vi skal ha høye ambisjoner om å hjelpe mennesker ut av avhengighet. Tjenestene skal tilpasses den enkeltes behov og gi mulighet for mestring, god helse og en verdig livssituasjon. Et velfungerende helse- og omsorgstilbud som er tilgjengelig for alle, er en viktig forutsetning for god helse og utjevning av sosiale helseforskjeller. Utgangspunktet er at mennesker med rusproblemer skal og bør få hjelp innenfor det ordinære tjenesteapparatet. Samtidig er det behov for en særskilt innsats.

Norge ligger høyt på den europeiske statistikken over antall overdosedødsfall i følge det europeiske overvåkningssenteret for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA/EONN). Siden 2001 da det i Norge ble registrert 405 dødsfall som skyldtes bruk av narkotika, viser den årlige registreringen at antall dødsfall har gått ned, og i 2011 ble det registrert 262 dødsfall. Dette antallet er i europeisk sammenheng fortsatt høyt på tross av at en rekke tiltak har vært satt i verk for å få antall overdosedødsfall ytterligere ned. Det anslås å være om lag 8000 som injiserer heroin i Norge. De fleste overdosedødsfall skjer privat og ikke i det offentlige rom. Innsatsen for å redusere antallet overdosedødsfall må derfor foregå på flere arenaer.

I Meld. St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk foreslo Regjeringen å sette i verk en nasjonal strategi mot overdosedødsfall. Stortinget ga sin tilslutning til denne, jf. Innst. 207 S (2012–2013). Helsedirektoratet vil etter planen ferdigstille en samlet overdosestrategi i løpet av 2013.

Regjeringen har sendt på høring forslag til endringer i sprøyteromsloven og -forskriften, som åpner for inhalering av heroin i sprøyterom. Forslaget om å inhalere heroin som alternativ til injisering, inngår som et av flere tiltak i strategiarbeidet.

12 Forskning og innovasjon

Forskning innen helse og omsorg videreføres som et av regjeringens prioriterte tematiske områder i Meld. St. 18 (2012–2013) Lange linjer – kunnskap gir muligheter (Forskningsmeldingen). I Forskningsmeldingen understrekes betydningen av å sikre at det forskes på de områdene der behovene er størst og at forsknings- og innovasjonsresultatene tas raskt i bruk og spres. Dette for å bidra til større likhet med hensyn til tilgang til ny teknologi og beste praksis. For å få til høy forskningskvalitet, gode utdanninger, effektiv nasjonal ressursutnyttelse, raskere innføring av ny kunnskap og nye løsninger og kunnskapsbaserte tjenester er det nødvendig med et godt samarbeid om forskning, utdanning og innovasjon mellom helse- og omsorgssektoren og universiteter og høyskoler. I meldingen varslet regjeringen at det skal utarbeides en langtidsplan for forskning. Langtidsplanen skal inkludere forskning og kompetanseutvikling innenfor bl.a. utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Langtidsplanen skal legges fram sammen med statsbudsjettet høsten 2014. Se mer i Kunnskapsdepartementets budsjettforslag.

Som en del av oppfølgingen av Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester (Kvalitetsmeldingen), skal det utarbeides en forsknings- og innovasjonsstrategi innen helse og omsorg for det 21. århundre, kalt HelseOmsorg21. En strategigruppe er gitt ansvaret for utarbeidelsen av strategien og det legges opp til en bred og inkluderende innspillsprosess. Strategien overleveres Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2014. Våren 2013 ble det etablert et Topplederforum for HelseOmsorg21. Dette permanente forumet skal bidra til økt samarbeid og en helhetlig tenkning for å sikre best mulig utnyttelse av ressursene til forskning og innovasjon innenfor området. I forumet deltar representanter fra akademia, næringsliv, helseforetakene, universitets- og høyskolesektoren, profesjonsorganisasjoner, brukerorganisasjoner mv. Forumet skal bidra inn i strategiarbeidet og i oppfølgingen av strategien når denne foreligger. Både strategien og forumet skal dekke hele verdikjeden fra grunnleggende forskning til innovasjon.

Regjeringen vil sette i gang arbeidet med å utarbeide en nasjonal strategi for forskning og innovasjon på området mat, ernæring og helse. Formålet med strategien er å skape en mer helhetlig og koordinert innsats på området. Økt kunnskap om sammenhengen mellom mat, ernæring og helse skal bidra til et sunnere kosthold i befolkningen og med det bedre helse, og legge grunnlaget for produksjon av sunne og trygge råvarer og produkt, samt økt innovasjon og verdiskapning.

I Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen, God helse – felles ansvar, har regjeringen satt seg som mål å gjøre folkehelsearbeidet mer kunnskapsbasert. En sterkere faglig forankring skal bidra til bedre resultater og mer effektiv ressursbruk. Kunnskap om effektive folkehelseiltak skal styrkes gjennom forskning og forskningsbaserte evalueringer. Folkehelsearbeid er utpreget tverrsektorielt og det er et potensial for å øke antallet tverrfaglige forskningsprosjektet gjennom Norges forskningsråd. Nasjonalt folkehelseinstitutt vil få i oppdrag å utvikle et kompetansemiljø for å evaluere tiltaksforskning med utgangspunkt i helseregistre og andre folkehelseanalyser. Kompetansemiljøet skal være en ressurs og støtte til andre forsknings- og utviklingsmiljøer som driver tiltaksforskning.

Det er et behov for å styrke forskning og innovasjon i og for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Gjennom forskning, innovasjon, ny teknologi og kompetanse legges grunnlaget for utvikling av tjenester og tiltak som kan møte framtidens utfordringer, styrke samspillet med familie og sivilsamfunn og bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene. Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, har som et av sine tre hovedmål å støtte og styrke kommunenes forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid på omsorgsfeltet. Det skal etableres et eget innovasjonsprogram som skal utforme nye løsninger for framtidens omsorg sammen med brukere, pårørende, kommuner, ideelle organisasjoner, forskningsmiljøer og næringslivet. Gjennom innovasjonsprogrammet vil regjeringen både forsterke den regionale forskningsstrukturen, involvere etablerte innova-

sjons- og forskningsinstitusjoner på nasjonalt nivå og styrke innsatsen for forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid i kommunene. Det foreslås 54 mill. kroner til program for utvikling og innføring av velferdsteknologi og innovasjonsprogrammet. For nærmere omtale se kap. 761. Forskning i kommunene omtales under kap. 761 og 762.

Det er utarbeidet en egen veileder som gir praktiske råd og kunnskap om hvordan kommunene kan utøve ansvaret for å medvirke og tilrettelegge for forskning. Det er opprettet flere kompetansesentre for å styrke forskning og/eller kompetanseutvikling i den kommunale helse- og omsorgssektoren. For ytterligere omtale se kap. 769.

Satsning på innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren mellom Nærings- og handelsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vil videreføres ut 2017. Fra 2013 vil KS inngå som part i samarbeidet. Satsningen er utvidet til å gjelde forskningsdrevet innovasjon, innovasjon i offentlige anskaffelser og innovasjoner som kan bidra til å møte store samfunnsutfordringer.

Det må sikres at nasjonale fortrinn blir utnyttet og bygd videre på, f.eks. gjennom de nasjonale helse- og kvalitetsregistrene, biobankene og de store befolkningsundersøkelsene. Det er foreslått en langsiktig nasjonal strategi og en toårig handlingsplan for videreutvikling av de nasjonale medi-

sinske kvalitetsregistrene og de sentrale helseregistrene, jf. omtale under kap. 782, Helseregistre.

Formidling av forskningsresultater er viktig for at ny kunnskap skal implementeres i sektoren. Gjennom systematiske kunnskapsoppsummeringer bidrar Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten til å legge grunnlag for riktige prioriteringer i helsetjenesten og synliggjøre områder der det er behov for mer forskning, jf. omtale under kap. 725. Kunnskapssenteret har også ansvar for kunnskapsoppsummeringer om effekten av folkehelseiltak. I folkehelsemeldingen har regjeringen varslet at det skal legges til rette for å at folkehelse skal få en større plass i Kunnskapssenterets arbeid.

En nasjonal strategi for IKT-FoU (2013–2022) er lansert. Strategien formulerer langsiktige mål og tiltak for IKT-forskning, grunnleggende kunnskapsutvikling og innovasjon basert på IKT. Helse og omsorg er et av innsatsområdene i strategien.

For omtale av Helse- og omsorgsdepartementets finansiering av forskning gjennom Norges forskningsråd, se kap. 780, post 50. For omtale av forskning og innovasjon i helseforetakene og de nasjonale kompetansetjenestene i spesialisthelsetjenesten, se kap. 732 post 78.

Etter initiativ fra Norge er det etablert et treårig nordisk samarbeid om kliniske multisenterstudier, som et ledd i nordisk holdbar velferd, jf. omtale under kap. 13.

13 Internasjonalt samarbeid

Norge deltar aktivt i internasjonalt helsesamarbeid på tvers av landegrensene. Hovedmålet er å medvirke til å realisere og videreutvikle sentrale helsepolitiske mål gjennom multilaterale og bilaterale kanaler, bl.a. i FN, Verdens helseorganisasjon, EU, Europarådet, OECD, Norden, nordområdene, Barents og Russland.

FN/Verdens helseorganisasjon (WHO)

Som FNs særorganisasjon for helse er WHO en sentral arena for Norges internasjonale helseengasjement. Norge gir økonomisk støtte over Utenriksdepartementets budsjett i form av kontingent og frivillige bidrag.

Mål for 2014 er aktivt å støtte opp under gjennomføringen av WHO-reformen. Reformagendaen innebærer sterkere vektlegging av kjerneoppgaver, resultatbasert budsjettering og styring, klargjøring av roller og ansvar mellom de tre organisasjonsnivåene, bedre effektivitet på landnivå og styrking av WHOs rolle overfor bredden av aktører i global helse. Prinsippene for reformen er vedtatt, men mye arbeid gjenstår for å sikre en god gjennomføring.

Helse- og omsorgsdepartementet representerer Norge i WHOs styrende organer.

Norge har i perioden 2010–2013 hatt plass i WHOs styre. Arbeidet i styret var forankret i en norsk strategi for styreperioden som fastsatte overordnede mål og prioriteringer.

Norge har i styreperioden arbeidet for å styrke WHO som ledende, normativ organisasjon for global helse. Med utgangspunkt i målet om integrering av helse i alle politikkområder, skal WHO bidra til å tydeliggjøre helsefaglige hensyn. Norge har i perioden også bidratt til WHOs fokus på utbygging av universell tilgang til helsetjenester basert på den grunnleggende retten til helsetjenester for alle gjennom helsefremmende livsbetaingelser og styrking av helsesystemer.

I mai 2012 vedtok Verdens helseforsamling (WHA) på oppdrag for FNs generalforsamling, et globalt mål om 25 pst. reduksjon i prematur dødelighet som følge av ikke-smittsomme sykdommer innen 2025. Norge ledet medlemslandsforhandlin-

gene i november 2012 om utviklingen av et rammeverk for monitoreringen av ikke-smittsomme sykdommer. Utfallet av forhandlingene fikk tilslutning under WHA i mai 2013. De globale ambisjonene på dette området vil påvirke prioriteringene både nasjonalt og i det internasjonale helsesamarbeidet i årene som kommer.

WHOs internasjonale helsereglement (IHR 2005) gir retningslinjer for varsling og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, bl.a. ved pandemier og grenseoverskridende kjemikaliehendelser. Norge har gjennomført hoveddelen av reglementet i norsk rett og arbeider med resterende implementering. Ny folkehelselov gir hjemmelsgrunnlag for dette arbeidet. Nasjonalt folkehelseinstitutt er nasjonalt kontaktpunkt for IHR i Norge.

WHOs medlemsland har vedtatt et globalt rammeverk for pandemisk influensaberedskap og respons. Rammeverket sikrer umiddelbar deling av virus gjennom etablerte WHO-samarbeidssentra for å legge grunnlaget for utvikling av vaksiner mot pandemier/influensa. Samtidig sørger rammeverket for at resultater og goder som følger av dette samarbeidet gjøres tilgjengelig for alle medlemslandene, herunder vaksiner og samarbeid/kompetanseoverføring.

Norge deltar aktivt i miljø- og helseprosessen i regi av WHO, herunder gjennomføring av WHO/UNECE-protokollen om vann og helse hvor Norge ivaretar lederskapet for byrået i perioden 2010–2013. Norge arrangerer i november 2013 partsmøte for protokollen. Norge har sluttet seg til og bidrar til oppfølgingen av Parmaerklæringen fra 2010 som ble vedtatt på WHOs 5. ministerkonferanse for miljø og helse i Europa. Erklæringen innebærer sterkere politisk innflytelse i prosessen og legger økt vekt på konsekvenser av klimendringer på fysiske og sosiale miljøfaktorer. Norge deltar også aktivt i arbeidet i Codex Alimentarius, der internasjonale standarder på matområdet utarbeides og vedtas.

Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer Norges internasjonale arbeid med narkotikasporsmål og deltar i det styrende organet for FNs narkotikasamarbeid, FNs narkotikakommisjon

(CND). Norge gir bistand til FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC).

Norge deltar også i UNECEs (United Nations Economic Commission for Europe) arbeid med demografiske utfordringer, aktiv aldring og et samfunn for alle aldre.

EU og EØS

Mål for 2014 er å fremme norske helse- og mattrykghetspolitiske hensyn ved å delta aktivt i EUs ulike prosesser, programmer og byråer på helse- og mattrykghetsområdet.

Et prioritert område er direktivet om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester, som ble vedtatt i EU 2011. Direktivet gir regler om når en pasient skal få tilbakebetalt utgifter til helsehjelp pasienten har valgt å få utført i et annet EØS-land. Reglene skaper større forutsigbarhet for pasientene. Norske myndigheter har vært opptatt av at det enkelte land må kunne opprettholde en sterk offentlig og desentralisert helsetjeneste. Dagens refusjonsordning for helsehjelp i andre EØS-land ivaretar langt på vei direktivets regler om refusjon, men omfatter imidlertid ikke refusjon av utgifter til sykehusbehandling. Direktivet åpner for at det kan stilles vilkår om forhåndsgodkjenning for refusjon av utgifter til sykehusbehandling for å sikre tilstrekkelig og vedvarende adgang til et balansert tilbud av behandling av høy kvalitet, eller for å styre omkostningene og unngå unødig ressursbruk. Stortinget har sluttet seg til regjeringens forslag om å utvide dagens refusjonsordning til å omfatte utgifter til sykehusbehandling og har vedtatt en lovendring som presiserer adgangen til å stille krav om forhåndsgodkjenning for refusjon av slike utgifter. Direktivet vil bli innlemmet i EØS-avtalen når alle EØS/EFTA-statene har gitt sin tilslutning til direktivet.

Norge er forpliktet til å gjennomføre regler om produksjon, markedsføring og standarder for legemidler og næringsmidler. Videre vil Norge gjennomføre direktivet om kvalitets- og sikkerhetsstandarder for menneskelige organer til transplantasjon (organdirektiv).

EUs forordning om matinformasjon innfører krav om obligatorisk merking av næringsinnhold for matvarer til forbruker. Regelverket vil bli innlemmet i EØS-avtalen og gjennomført i norsk rett.

Norge arbeider for å påvirke hvilke påstander om ernærings- og helseeffekter som skal kunne knyttes til mat, iht. det pågående arbeidet med det EØS-baserte påstandsregelverket.

Videre arbeides det med å innlemme i EØS-avtalen EUs forordning for ny mat, og forordninger om genmodifiserte næringsmidler og fôrvarer.

Norge deltar i EUs tredje generasjon helseprogram (2008–2013), jf. St.prp. nr. 36 (2007–2008) om programdeltakelsen og Innst. S. nr. 217 (2007–2008). Norge ved helseforvaltningen er representert i programkomiteen og i gruppen av nasjonale kontaktpunkt. Norske fagmiljøer deltar i flere prosjekter. EU har foreslått et nytt helseprogram (2014–2020), som er under vurdering for innlemelse i EØS-avtalen.

Norske fagmyndigheter deltar i Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrykghet (EFSA) og EU-byrået for godkjenning av legemidler, European Medicines Agency (EMA). Norge er medlem i EUs narkotikaovervåkingssenter, The European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Senteret samler inn og analyserer data, driver utviklingsarbeid for å forbedre sammenliknbarheten av data på tvers av grenser, og formidler og distribuerer informasjon. EFTA-statene deltar i EUs narkotikaprogram Drug Prevention and Information (2007–2013). Programmet støtter prosjekter som kan bidra til å forebygge og redusere avhengighet og skadevirkninger ved bruk av narkotiske stoffer.

Norge deltar i EUs Health Security Committee (HSC). HSC utvikler bl.a. felles standarder, krisehåndteringsverktøy og har nettverk for informasjon og varsling. Videre deltar Norge i EUs senter for forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer (ECDC) i Stockholm. ECDC ivaretar smittevernovervåking, varsling og vitenskapelig basert rådgivning til landene om håndtering av sykdomsutbrudd. Nytt regelverk for å styrke EUs beredskap og håndtering av alvorlige grensekryssende helsetrusler er nylig vedtatt i EU, og er under vurdering for innlemelse i EØS-avtalen. Regelverket vil være kompatibelt med WHO's International Health Regulations (2005).

Fellesprogrammer, Joint Programming Initiatives (JPI), er en ny samarbeidsarena om forskning for å møte felles samfunnsmessige utfordringer. JPI er medlemslandenes initiativ og Kommisjonen skal støtte opp under arbeidet ut fra sitt mandat og kompetanse. I samarbeid mellom medlemslandene og Kommisjonen er det etablert en egen høynivå-komite. Komiteens hovedoppgave er å identifisere store samfunnsmessige utfordringer innen bl.a. helse, kosthold og klima der JPI-ene kunne spille en vital rolle i å skaffe kunnskapsgrunnlag for å møte disse utfordringene. Kjernen i samarbeidet er å koordinere nasjonale

forskningsprogram og EUs rammeprogram mot disse målene.

Norge deltar i oppfølging av EUs hvitbok om kosthold og fysisk aktivitet, bl.a. gjennom deltakelse i High Level Group on Nutrition and Physical Activity. Norge deltar også i EUs regulatoriske komité for tobakksproduktdirektivet samt i relevante fora for oppfølging av EUs alkoholpolitiske strategi.

Norge deltar i EFTAs og EU-kommisjonens arbeidsgrupper på helse- og mattrygghetsområdet.

Ny avtale om videreføring av EØS-finansieringsordninger for perioden 2009–2014 ble undertegnet i 2010. Norge har gjennom avtalen forpliktet seg til å bidra med nær 15 mrd. kroner i 2009–2014. Midlene skal støtte programmer og prosjekter innen en rekke sektorer, bl.a. helsesektoren. Norge samarbeider med Tsjekia, Estland, Ungarn, Polen, Portugal og Slovenia på helseområdet. Hovedmålene er å forbedre folkehelsen i mottagerlandet og redusere sosial ulikhet i helse.

Europarådet

Samarbeidet i Europarådet har som hovedmålsetting å fremme demokrati, rettsstaten og respekt for menneskerettigheter. I 2012 ble det gjennomført en ny og forenklet struktur for komiteene. Politiske saker er i større grad satt på dagsorden og samarbeidet med EU er styrket. Innenfor pilarene Human Rights, Rule of Law og Democracy finnes helseområdet med bl.a. styringskomiteen Bioethics, Pompidou-gruppen (tverrfaglig samarbeid om narkotikaspørsmål), Pharmacopedia (standarder for produksjon av legemidler) og Medicrime Convention om straffeforfølgning av forfalskede legemidler. Helse- og omsorgsdepartementet deltar sammen med Arbeidsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet i styringskomiteen for sosialt samhold (CDCS). Initiativer på helseområdet er omfattet av styringskomiteens mandat, og her følges bl.a. Europarådets handlingsplan for funksjonshemmede opp.

Nordisk Ministerråd

Mål for 2014 er å styrke samarbeidet og ivareta norske interesser i Nordisk Ministerråd.

Det er en hovedoppgave for Helse- og omsorgsdepartementet å ivareta samarbeidet under Ministerrådet for sosial- og helsepolitikk og Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmid-

ler og skogbruk. Programmet Holdbar nordisk velferd (2013–2015) skal realisere de nordiske statsministres initiativ i 2012 om videreutvikling av det nordiske helsesamarbeidet.

Med sikte på å fornye og styrke det nordiske helsesamarbeidet har Ministerrådet i august 2013 besluttet at det skal utredes på hvilke områder det kan være aktuelt med et tettere samarbeid.

Nordisk Ministerråd har besluttet at Nordic School of Public Health (NHV) skal avvikles innen 2015. Enkelte tilbud som i dag ikke eksisterer nasjonalt, skal videreføres i nordisk regi, dels ved integrering i og omdannelse av eksisterende virksomheter. Det nordiske folkehelsesamarbeidet skal videreføres med et høyt ambisjonsnivå.

Det nordiske helse- og mattrygghetsamarbeidet er en arena for samarbeid mellom naboland, bl.a. om helsetjenester, ernæring og mattrygghet, beredskap og krisehåndtering.

De nordiske landene arbeider for å løse grensehindre mellom landene. Den nordiske arenaen utgjør også en plattform for samarbeidet inn mot EU og nordens nærområder, FN/WHO, Europarådet og OECD.

Den nordlige dimensjon, Barents- og Russlandssamarbeidet

Mål for 2014 er å ivareta norsk deltakelse i Barents helse- og sosialsamarbeid, bidra til implementeringen av Barents helse- og sosialsamarbeidsprogram og videreføre det bilaterale norsk-russiske helsesamarbeidet.

Norge spiller en aktiv rolle i det regionale helsesamarbeidet i nordområdene. Samarbeidet foregår først og fremst gjennom Den nordlige dimensjons partnerskap for helse og livskvalitet (NDPHS) og Barents helse og sosialsamarbeidsprogram. NDPHS arbeider for å bedre helsesituasjonen i regionen ved å bekjempe smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer og fremme en sunn livsstil. Barentssamarbeidet vektlegger særlig hiv/aids og tuberkulose, men også ikke-smittsomme sykdommer.

Norge har en bilateral helseavtale med Russland fra 1994, som følges opp gjennom et mer spesifikt norsk-russisk helsesamarbeidsprogram som utarbeides for fire år av gangen. I programmene legges hovedføringene for helsesamarbeidet mellom de to land for aktuell periode.

Helse- og omsorgsdepartementet forvalter, på vegne av Utenriksdepartementet, en tilskuddsordning til samarbeidsprosjekter under Barents helsesamarbeid og NDPHS.

Andre internasjonale organisasjoner og avtaler

Mål for 2014 er å ivareta helsepolitiske hensyn i internasjonale handels- og frihandelsavtaler.

Norge er i handelssammenheng, både gjennom EFTA og Verdens handelsorganisasjon (WTO), forpliktet på flere områder som angår helse, bl.a. regler for handel med varer og tjenester. Norge deltar i Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) på helse- og mattrykghetsområdet.

Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for norsk deltagelse i Codex Alimentarius-kommisjonen og Den internasjonale vinorganisasjonen (OIV). Disse organisasjonene lager internasjonale standarder på mat- og vinområdet.

Norge har et bilateralt helsesamarbeid med Kina. En prioritert oppgave i 2014 vil være å arbeide for en snarlig undertegning av en ny handlingsplan under Kina-samarbeidet. Et viktig element i samarbeidet med Kina vil være utvikling av helsesystemer, særlig primærhelse, pleie og omsorgstjenester. Andre sentrale områder er IKT og forebyggende folkehelsearbeid.

Norge er partner og bidragsyter til European Observatory on Health Systems and Policies sammen med Sverige, Finland, Spania og Hellas, WHO's Europakontor, Verdensbanken, The European Investment Bank, Open Society Institute, London School of Economics samt London School of Hygiene & Tropical Medicine. Formålet er, gjennom sammenliknende studier, å gjøre kunnskap og erfaringer fra ulike helsesystemer tilgjengelig som grunnlag for politikktutforming.

Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider med Utenriksdepartementet i initiativet Utenrikspolitikk og global helse. Initiativet drives av sju land og søker å løfte fram at landenes mulighet til å sikre folkehelse først og fremst er avhengig av en mer helhetlig og samstemt politikk som tar hensyn til folkehelse innenfor forskjellige politikkområder, og i internasjonale forhandlinger og prosesser.

Videre samarbeider helse- og utenriksforvaltningen om oppfølgingen av Meld. St. 11 (2011–2012) om global helse. Det utarbeides en rapport om norsk innsats innen global helse med oversikt over statlige aktørers bidrag på området relatert til handlingspunkter beskrevet i stortingsmeldingen.

14 Sektorovergripende miljøvernpolitikk

Helse- og omsorgsdepartementets målsetting er å oppnå tryggere og mer helsefremmende miljø. Viktige tiltak er å tydeliggjøre miljøfaktorene i folkehelsearbeidet, støtte kommunenes arbeid med miljørettet helsevern, herunder god forvaltning av regelverk, bidra til å forebygge skader og ulykker, forebygge forgiftninger, forebygge astma, allergi og inneklimalykdommer, og forbedre miljø og helse for barn. Lov om folkehelsearbeid trådte i kraft 1. januar 2012. Loven skal bl.a. bidra til bedre prioritering og mer systematisk arbeid innen folkehelse, herunder miljørettet helsevern. I Meld. St. 34 (2012–2013), Folkehelsemeldingen, går det fram at regjeringen vil bidra til at helsehensyn skal få en større plass i utviklingen av steder, nærmiljø og lokalsamfunn, herunder skal det legges til rette for helsefremmende transportløsninger.

Regjeringen har i sin eierskapspolitikk uttrykt klare forventninger til at statlig eide virksomheter skal være ledende i arbeidet med samfunnsansvar. Det å vise samfunnsansvar innebærer at en tar sosiale og miljømessige hensyn i den daglige driften. I eierskapspolitikken er det formulert forventninger om samfunnsansvar på fire hovedområder: menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, arbeid mot korrupsjon samt miljø og klima. De regionale helseforetakene har et ansvar for dette, både gjennom kjøp av varer og tjenester og som en direkte effekt av egen virksomhet.

De regionale helseforetakene gjennomførte i 2008 et relativt omfattende arbeid med å kartlegge og identifisere gode miljøtiltak med overføringsverdi for andre helseforetak. Gjennom dette arbeidet fikk man en bedre kunnskap om gode tiltak i sektoren, men fikk samtidig en bevissthet om at miljøarbeidet både var fragmentert og til dels tilfeldig. Derfor etablerte man prosjektet Grønt sykehus i 2009, som har som målsetting å systematisere miljø- og klimaarbeidet i sykehusene. Prosjektet handler både om en bevisstgjøring i sektoren og gjennomføring av konkrete tiltak.

Et sentralt tiltak har vært innføring av miljøledelse, miljøstyring og sertifisering av dette. Dette er tiltak som innebærer at man får en oversikt over virksomhetens påvirkning på det ytre miljø, og at en samtidig setter seg mål om hva en skal

gjøre med de viktigste miljøaspektene. Det er utarbeidet en gjennomføringsplan med sikte på en ISO 14001-sertifisering av alle helseforetakene i landet innen utgangen av 2014. Dette har vært et sentralt arbeid i prosjektet i 2012. Prosjektets har følgende hovedmål:

- Innføre miljøledelse, miljøstyring og miljøsertifisering (ISO 14001) i alle norske helseforetak innen utgangen av 2014.
- Samle representanter fra landets helseforetak i felles miljø- og klimaforum.
- Drifte nettsiden www.grontsykehus.no
- Arrangere en årlig miljø- og klimakonferanse for spesialisthelsetjenesten, med utdeling av miljøpris
- Drifte fem delprosjekt for kartlegging av miljøbelastning og effektive tiltak i sykehusene på områdene avfall, legemidler, kompetanse og opplæring, bygg og miljø, innkjøp, transport og økologisk mat.

Miljøverndepartementet har det konstitusjonelle ansvaret for radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljøet. Statens strålevern ivaretar oppgaver for Miljøverndepartementet, og forvalter som ledd i dette de delene av stråle- og miljøvernlovgivingen som regulerer fagområdet. Strålevernet har videre ansvar for faglig utredningsarbeid, tilsyn med radioaktiv forurensning og for å koordinere nasjonal overvåking av radioaktiv forurensning i det ytre miljø. Dette blir gjennomført i samarbeid med andre relevante institusjoner og fagmiljø.

Statens stråleverns hovedoppgave er å styrke forvaltning og rådgivingsarbeid under ansvarsområdet til Miljøverndepartementet. Dette omfatter en effektiv gjennomføring av nytt regelverk for radioaktiv forurensning og radioaktivt avfall og det omfatter arbeid for å redusere risiko. Statens strålevern skal sørge for å øke kunnskapen om helse- og miljøeffekter fra radioaktive stoffer og være orientert om utenlandsk tilførsel og kilder til radioaktiv forurensning av norsk område.

Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, samt Statens helsetilsyn, helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene, er rådgivere for sentrale og

lokale helsemyndigheter, utreder og tar del i overvåking av miljøforurensning. Både folkehelseloven og forskrift om miljørettet helsevern peker på kommunenes ansvar for oversikt, rådgivning og medvirkning som ledd i arbeidet med å fremme folke-

helse og bidra til gode forhold med hensyn til miljøet. Kommunene skal også gjennom planlegging sikre befolkningen mot skadelige faktorer i miljøet, bl.a. biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale, som kan ha negativ innvirkning på helsen.

15 Administrative fellesomtaler

15.1 Oppfølging av likestillingslovens krav om å gjøre rede for likestilling

Med Samhandlingsreformen, Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) og Folkehelsemeldingen legger regjeringen den politiske kursen for helse- og omsorgstjenesten og folkehelsearbeidet de neste årene. Regjeringen sitt utgangspunkt er at det er et offentlig ansvar å fremme helse, forebygge sykdom, og å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Regjeringen vil bidra til sosial utjevning av helse samt utvikling av et helsefremmende samfunn der alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk bakgrunn.

Departementet sitt mål for en likestilt helsetjeneste er konsentrert rundt to akser. Den ene er å inkludere kjønnsperspektivet i alle virksomheter der dette er relevant. Den andre er å rette særskilt oppmerksomhet mot lidelser som kvinner eller menn har, eller sykdommer der det ene kjønnnet er i flertall eller har spesielle vanskeligheter. I departementet sine styringsdokumenter er de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet bedt om å legge vekt på at helsetjenestene blir utviklet i et kjønnsperspektiv. Særskilte utfordringer knyttet til kvinner sin eller menn sin helse skal bli møtt med tilstrekkelig kunnskap og ressurser.

Regjeringen vil legge til rette for en god helse for alle og har som mål flere leveår med god helse i befolkningen. Dette vil også medvirke til at levealderen for menn blir mer lik levealder for kvinner. Strategiplan for kvinners helse 2003–2013 som var presentert for Stortinget i St.meld. nr. 16 (2002–2003), Resept for et sunnere Norge, innebærer at perspektivet på kjønn skal være sentralt i helse- og omsorgssektoren, både i forskning, utforming av politikk, forebygging og tjenester. Strategien har utløst faglig engasjement, handlingsplaner for områder som kreft, diabetes, forebygging av uønskete svangerskap, opptrappingsplan for psykisk helse og faglige retningslinjer for forebygging og behandling av beinskjørhet. Helsedirektoratet skal gjennomgå kvinnehelsestrategien i 2013 og utarbeide forslag til nye tiltak innen-

for kjønn og helse. Det er viktig at problemstillinger knyttet til kjønn blir integrert i all klinisk medisinsk forskning. Kjønnsperspektivet i klinisk forskning ivaretas i styringsbudskapet til de regionale helseforetakene. Helseforetakene skal prioritere å bygge opp forskningskompetanse på forskningssvake områder, bl.a. kvinnehelse. I 2006 etablerte Helse- og omsorgsdepartementet et nasjonalt kompetansetjeneste for kvinnehelse knyttet til Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet. Kompetansetjenesten har særskilte oppgaver innenfor forskning, kompetanseoppbygging, rådgiving og formidling av kunnskap om kvinnehelse. I tillegg er det etablert nasjonal kompetansetjeneste for amming og nasjonal kompetansetjeneste for gynekologisk onkologi, samt flere andre nasjonale behandlingstjenester og kompetansetjenester med fokus på kvinnehelse i spesialisthelsetjenesten.

Andel menn som arbeider i omsorgstjenesten har økt svakt i perioden 2007–2012 fra 10,2 til 11,9 pst. Nivået har vært tilnærmet stabilt de siste ti årene. I tillegg til legene er andelen menn høy blant miljøterapeuter, sosionomer, fysioterapeuter og vernepleiere. Også blant personell uten formell utdanning er andelen relativt høy. Blant de nye helsefagarbeiderne som er rekruttert inn i perioden 2010–2012 er andel menn vesentlig høyere enn for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Det er siden 2010 blitt gitt økonomisk støtte til Trondheim kommunes prosjekt Menn i helse gjennom Kompetanseløftet 2015. Prosjektet skal utvikle Trondheim kommune til en foregangskommune i arbeidet med å rekruttere flere menn i omsorgstjenesten, og vurderes å ha overføringsverdi til andre kommuner. For å bidra til økt rekruttering av menn i omsorgssektoren ønsker regjeringen å sette i gang et nasjonalt prosjekt – Menn i helse og omsorg – basert på erfaringene fra Trondheim kommune. Regjeringen foreslår å bevilge 4 mill. kroner til formålet i 2014. Se kap. 761, post 21 for nærmere omtale.

Departementets krav om reduksjon i bruken av deltid i helseforetakene med minst 20 pst. ble videreført fra 2011 til 2012 og 2013. Hovedregelen er at det skal benyttes faste hele stillinger og at helse-

foretakene, i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, skal arbeide for å etablere en heltidskultur. Arbeidet med å øke andelen faste hele stillinger er et tiltak som vil styrke pasienttryggheten og kvaliteten i pasientbehandlingen. Dette er et langsiktig arbeid som vil medvirke til å øke kvinners generelle stillingsprosent i helseforetakene, og er dermed et viktig likestillingsperspektiv.

Arbeidet med å øke stillingsandelen og etablere en heltidskultur skjer i alle landets helseforetak, hvor det i første fase har vært viktig å øke kunnskapsgrunnlaget, og i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene prøve ut nye tiltak. Utviklingen fra 2011 til mars 2013 viser at tre av fire regionale helseforetak langt på vei har oppnådd målsettingen om å redusere bruken av deltid med 20 pst.

Almlidutvalget (NOU 2010: 13, Arbeid for helse) viste til at det er om lag 60 pst. høyere sykefravær blant kvinner enn blant menn i helse- og omsorgssektoren. Utvalget viste også til at det er behov for å øke kunnskapsgrunnlaget om årsaksammenhengene. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med følge opp dette.

Arbeidet med å redusere og forebygge sykefravær og utstøting er sentralt, også med tanke på økt likestilling mellom kjønnene. I den videre prosessen vil departementet være opptatt av å finne tiltak som har effekt på reduksjon av sykefravær og utstøting. Et sentralt anliggende i dette arbeidet er å øke kunnskapen om kvinners nærværsopplevelse. I hovedsak arbeides det med kunnskapsinnhenting og erfaringsutveksling på tvers i helse- og omsorgssektoren.

Likestillingsrapport

Av tilsatte i Helse- og omsorgsdepartementet i 2012 var 63,6 pst. kvinner. Den største gruppa stillinger i organisasjonen er seniorrådgivere med 60,5 pst. kvinner og 39,5 pst. menn. Tallene inneholder ikke tilsatte i utlandet eller de med permisjon uten lønn.

Tabell 15.1 Stillinger, Helse- og omsorgsdepartementet 2012 (kvinner/menn)

Dep.råd/eksp.sjef	3/5
Avd.direktør mv.	18/8
Fagdirektør	8/9
Underdirektør	12/3
Prosjektleder	0/1
Spesialrådgiver	5/5
Seniorrådgiver	52/34
Rådgiver	19/8
Seniorkonsulent	8/0
Førstekonsulent	7/3
Sekretær	1/0
Totalt	133/76

Oversikten viser at det i Helse- og omsorgsdepartementet er 61,8 pst. kvinnelige ledere når alle lederstillinger er medregnet (dep.råd, eksp.sjefer og avd. direktører). Ser en øverste ledernivå alene, som omfatter departementsråd og ekspedisjonssjefer, var kvinnedelen i 2012 på 37,5 pst. som var det samme i 2011.

Tabell 15.2 Lønn, Helse- og omsorgsdepartementet 2012 (kvinner/menn, 1000 kr/år)

Dep.råd/eksp.sjef	1220/1180
Avd.direktør mv.	850/750
Fagdirektør	600/710
Prosjektleder	– /780
Underdirektør	600/690
Spesialrådgiver	860/1060
Seniorrådgiver	550/570
Rådgiver	460/440
Seniorkonsulent	460/–
Førstekonsulent	420/430
Sekretær	330/–
Totalt	600/670

Forskjellen i gjennomsnittlig årslønn mellom kjønnene var i 2012 på 70 000 kroner. I 2011 var det 50 000 kroner.

Tabell 15.3 Arbeidstid, Helse- og omsorgsdepartementet 2012 (kvinner/menn)

Heltid	115/73
Deltid	18/3
Totalt	133/76
Midlertidig/vikariat	15/5

Tabell 15.4 Fravær pga. sykdom, Helse- og omsorgsdepartementet

Kvinner	4,5 pst.
Menn	2,7 pst.
Totalt	3,8 pst.

Helse- og omsorgsdepartementet hadde et gjennomsnittlig fravær på bakgrunn av sykdom i 2012 på 3,8 pst., som er en nedgang fra foregående år. Helse- og omsorgsdepartementet vil som før legge vekt på likestilling i nåværende og framtidige aktiviteter.

Ved utgangen av 2012 var det 65 pst. kvinner i Helsedirektoratet. Det er to prosentpoeng ned fra 2011. I gruppene seniorrådgivere, og spesielt for gruppen over 60 år, spesialstillinger/prosjektledere og avdelingsdirektører, er kvinner fortsatt lønnet lavere enn menn, til tross for særlige tiltak i 2.2.4 og 2.3.3-forhandlinger for disse gruppene. Differensen i lønn har vært uendret fra 2010. Gruppen under rådgivernivå har den høyeste kvinneandelen med 82 pst., mens gruppen spesialstillinger har lavest andel med 46 pst. kvinner. I gruppen divisjonsdirektører er det en kvinneandel på 50 pst. Sykefraværet for 2012 var på 5,6 pst. mot 5,5 pst. i 2011.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har om lag 960 ansatte inkl. de eksternt finansierte. Omtalen omfatter alle disse. Folkehelseinstituttet er bevisst på å ha samme lønns- og personalpolitikk overfor alle ansatte. 69 pst. av de ansatte er kvinner. I lederstillinger er kvinneandelen nå 56 pst., en økning fra 51 pst. forrige år. Instituttet har nå en kvinneandel på 58 pst. i senior fagstillinger (forskere 1110 og 1183, overleger og seniorrådgivere), som er en liten økning. Instituttet kan ikke se noen lønnsforskjeller mellom kvinner og menn som kan forklares med kjønn. Den største utfordringen for likestilling er å øke andelen kvinner blant seniorforskerne, slik at det over tid samsvarer med den høye andelen kvinner blant stipendiat og postdoktorer (77 pst.). Bl.a. vil instituttet sikre seg at kvinner og menn får like muligheter for meritterende oppgaver.

Ved utløpet av 2012 var 67 pst. av de ansatte kvinner mens 33 pst. var menn i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Fordelingen var uendret sammenliknet med 2011. Ledergruppen består ved utløpet av 2012 av 5 kvinner og 2 menn, seksjonsledergruppen består av 8 kvinner og 8 menn, tilsvarende som for 2011. Det totale sykefraværet i 2012 var på 3,8 pst. Dette er lavere enn i 2011 da sykefraværet var på 4,9 pst.

Norsk pasientskadeerstatning har totalt en kvinneandel på 69 pst. Andelen kvinner i lederstillinger er på 53 pst. Andelen kvinner er den samme som i 2011. Det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i Norsk pasientskadeerstatning. For å øke tallet på mannlige ansatte i stillingskategorier der andelen av menn er lav, har etaten tatt inn en oppmodning til mannlige kandidater i stillingsannonse. Styret til Norsk pasientskadeerstatning har en kvinneandel på 60 pst.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell hadde ved inngangen til 2013 en kvinneandel på 62 pst. Kvinneandelen har gått ned fra 66 pst. i 2011. Ledergruppen bestod av 60 pst. menn og 40 pst. kvinner. I gruppene seniorrådgivere, rådgivere og førstekonsulenter er kvinner lønnet gjennomsnittlig lavere enn menn, men i gruppene seniorkonsulenter og konsulenter er kvinnene lønnet gjennomsnittlig litt høyere enn menn. Sykefraværet i 2012 har vært stabilt, med et årsgjennomsnitt på 7,13 pst., mot 6,9 pst. i 2011. Etaten arbeider systematisk for å redusere sykefraværet.

Statens helsetilsyn hadde per desember 2012 en kvinneandel på 65 pst. I stillingsgruppa ledere (avdelingsdirektør, underdirektør, fagsjef, arkivleder, informasjonssjef) er 58 pst. kvinner. Dette ligger godt innenfor Hovedavtalens mål om 40 pst. kvinner i lederstillinger innenfor definert lederstillingsgruppe. Statens helsetilsyn deltar i Statens traineeprogram 2013–2014, med målsetting om å få flere funksjonshemmede med høyere utdanning inn i arbeidslivet.

Per 31. desember 2012 var det 42 ansatte ved Statens institutt for rusmiddelforskning. Av disse var 28 kvinner og 14 menn, dvs. en kvinneandel på 68 pst. I tillegg kommer to forskere, begge menn, ansatt i 20 pst. stillinger. Det gjennomsnittlige lønnsnivået for alle ansatte per 31. desember 2012 tilsvarte lønnstrinn 65 i statsregulativet. Mennene hadde et høyere gjennomsnittlig lønnstrinn (l.tr. 69) enn kvinnene (l.tr. 63). Dette har sammenheng med at det bare er kvinner i de lavest lønnede stillingene (stillinger som er teknisk administrative og ved biblioteket). Sirius har flere likestillingstiltak, bl.a. kjønnsnøytrale kriterier for

lønsfastsetting. Kvinner skal ha samme mulighet som menn til å ivareta lederfunksjoner, og kvinner skal ha samme mulighet til å arbeide med kvalifiserende arbeidsoppgaver. Slik fordelingen av kvinner og menn er ved instituttet, og slik arbeids- og lønnsvilkårene er fordelt, er det ikke nødvendig å sette inn ytterligere tiltak.

Statens legemiddelverk har flere kvinnelige tilsatte enn menn, og har kontinuerlig fokus på å oppnå en jevn kjønnsfordeling. Kvinnelige ansatte utgjør 72 pst. av arbeidsstokken, og i toppledergruppen er 67 pst. kvinner. Mellomledergruppen har en kvinneandel på 70 pst. Legemiddelverket har i 2012 videreført arbeidet med å tydeliggjøre sin livsfasepolitikk og med virkemidler for å unngå redusert arbeidstid og ulønnet permisjon. For å sikre god praksis og utvikling på dette området gjennomfører etaten årlige interne undersøkelser hvor bl.a. likestilling og mangfold er berørt.

I Statens strålevern er det kjønnsbalanse. I gjennomsnitt tjener kvinner om lag 6 pst. mindre enn menn – mot 8 pst. i 2012. Det er ingen vesentlig forskjell i lønn for kvinner og menn i samme stillingskategori. Hovedårsaken til lønnsforskjellen er færre kvinner i overordnede stillinger – dette gjelder i forskerstillinger og tekniske stillinger. Det er ingen vesentlig forskjell på kvinner og menn når det gjelder midlertidig tilsetning – om lag 10 pst., eller uttak av foreldrepermisjon. Om lag 8 pst. av menn har deltidsstilling, for kvinnene er tilsvarende del 14 pst. Sykefraværet er i snitt 2–4 pst. – og uendret over tid. Utfordringen med tanke på likestilling for Statens strålevern har vært å rekruttere kvinner til lederstillinger. Ledergruppen består nå av tre kvinner og tre menn. På seksjonssjefsnivå er hovedandelen kvinner.

Årsrapportene for virksomhetene under Helse- og omsorgsdepartementet inneholder nærmere omtale av likestilling.

15.2 Omtale av tilsetningsvilkårene til ledere i heleide statlige virksomheter

Tidligere administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF fratradte stillingen 30. oktober 2012, men hadde lønnet permisjon i fem måneder fra 1. november 2012. Tidligere administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har i regnskapsperioden 2012 mottatt lønn på 2 166 969 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 6629 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 268 881 kroner. Konstituert administrerende direktør fra

1. november 2012 har i regnskapsperioden 2012 mottatt lønn på 1 565 410 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 6038 kroner. Pensjonsutgiftene til konstituert administrerende direktør utgjorde 216 800 kroner. Konstituert administrerende direktør har vært ansatt i Helse Sør-Øst RHF hele året. Konstituert administrerende direktør ble tilsatt som administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF 14. mars 2013. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Dersom administrerende direktør, i samråd med styret, velger å slutte i stillingen, vil vedkommende få utbetalt 12 måneders etterlønn fra dato for fratredelsen. Dersom administrerende direktør har annen inntekt i etterlønsperioden, blir etterlønnen redusert tilsvarende. Det er ikke gitt lån eller sikkerhetsstillelse til administrerende direktør.

Administrerende direktør i Helse Vest RHF har i regnskapsperioden 2012 mottatt lønn på 2 062 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 23 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 511 000 kroner. I dette beløpet inngår kostnader knyttet til pensjon utover kollektiv pensjonsordning. Det er ikke inngått avtale om sluttvederlag e.l. for administrerende direktør. Det er ikke gitt lån eller sikkerhetsstillelse til administrerende direktør.

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF har i regnskapsperioden 2012 mottatt lønn på 1 702 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 235 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 142 000 kroner. Ved avgang etter oppfordring fra styret, hadde administrerende direktør krav på lønn i oppsigelsestiden, som var seks måneder. Ved fylte 60 år kunne det inngås en avtale mellom administrerende direktør og styret om avgang fra stillingen som administrerende direktør. Ved fratredelse etter dette vedtaket, skulle det regionale helseforetaket arbeide for å tilby arbeidstakeren annen relevant stilling i foretaksgruppen. Lønn og andre vilkår ville bli ført videre ved fratredelse. Det er fra 1. januar 2013 konstituert en ny administrerende direktør. Konstituert administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF vil motta en årslønn på 1 575 000 kroner. Pensjonskostnadene til konstituert administrerende direktør er i sin helhet knyttet til kollektiv pensjonsordning i KLP. Ny administrerende direktør tiltrådte 15. august 2013 og vil motta en årslønn på 1 700 000 kroner. Andre ytelser kommer i tillegg. Pensjonskostnadene til administrerende direktør er i sin helhet knyttet til kollektiv pensjonsordning i KLP. Ved avgang etter oppfordring fra styret, har administrerende direktør

tør krav på 12 måneders etterlønn uten tilleggssytelser. Lønn og honorarer fra annen arbeidsgiver i perioden, vil gå til fratrukk i etterlønn.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF har i regnskapsperioden 2012 mottatt lønn på 1 729 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 8 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 225 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. I tillegg til lønn tjener administrerende direktør opp halvannen måneds studie- og oppdateringspermisjon for hvert hele år i funksjon som administrerende direktør. Dersom administrerende direktør må fratrukk, eller selv velger å slutte i stillingen, plikter Helse Nord RHF å betale lønn i seks måneder ut over vanlig oppsigelsestid.

Administrerende direktør i Norsk Helsenett SF har i regnskapsperioden 2012 mottatt lønn på 1 270 842 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 18 914 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 266 319 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsvilkår via

KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Dersom styret oppfordrer administrerende direktør til å si opp stillingen, eller administrerende direktør i samråd med styrets leder eller styret velger å si opp stillingen uten at det er saklig grunn til oppsigelse eller avskjed, har administrerende direktør i tillegg til lønn i oppsigelsestiden krav på sluttvederlag i ni måneder etter oppsigelsestidens utløp. Dersom administrerende direktør i perioden for sluttvederlag, men etter utløpet av ordinær oppsigelsestid, har annen inntekt, skal sluttvederlaget reduseres krone for krone. Det er ikke gitt lån eller sikkerhetsstillelse til administrerende direktør.

Administrerende direktør i AS Vinmonopolet hadde per 31. desember 2012 en årslønn på 2 064 000 kroner. I tillegg til lønn har administrerende direktør faste godtgjørelser på 174 000 kroner i året. Vinmonopolet innførte i 2007 en lederpensjonsordning som finansieres over drift. Total pensjonskostnad for administrerende direktør i 2012 var 670 000 kroner.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

I Prop. 1 S (2013–2014) om statsbudsjettet for år 2014 føres opp de forslag til vedtak som er nevnt i et
framlagt forslag.

Forslag

Under Helse- og omsorgsdepartementet føres det i Prop. 1 S (2013–2014) statsbudsjettet for budsjettåret 2014 opp følgende forslag til vedtak:

Kapitlene 700–783 og 2711–2790, 3710–3750, 5572 og 5631

I

Utgifter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
Helse- og omsorgsdepartementet mv.			
700	Helse- og omsorgsdepartementet		
	01 Driftsutgifter	206 951 000	206 951 000
701	IKT i helse- og omsorgssektoren		
	21 Spesielle driftsutgifter	217 150 000	
	70 Norsk Helsenett SF	97 517 000	314 667 000
702	Beredskap		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	36 402 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 539 000	39 941 000
703	Internasjonalt samarbeid		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	56 783 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres</i>	15 298 000	72 081 000
	Sum Helse- og omsorgsdepartementet mv.		633 640 000
Folkehelse			
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	01 Driftsutgifter	617 275 000	
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	618 893 000	
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	18 859 000	1 255 027 000
711	Ernæring og mattrygghet		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	36 488 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	1 112 000	
	74 Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	18 948 000	56 548 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
712	Bioteknologinemnda		
	01 Driftsutgifter	8 847 000	8 847 000
713	Vitenskapskomiteen for mattrygghet		
	01 Driftsutgifter	22 530 000	22 530 000
715	Statens strålevern		
	01 Driftsutgifter	77 715 000	
	21 Spesielle driftsutgifter	35 332 000	113 047 000
716	Statens institutt for rusmiddelforskning		
	01 Driftsutgifter	47 075 000	47 075 000
718	Rusmiddelforebygging		
	21 Spesielle driftsutgifter	86 875 000	
	63 Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	16 484 000	
	70 Andre tilskudd, <i>kan overføres</i>	113 605 000	216 964 000
719	Annet folkehelsearbeid		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	84 391 000	
	60 Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	6 672 000	
	70 Smittevern mv., <i>kan overføres</i>	19 093 000	
	73 Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	35 385 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	18 691 000	164 232 000
	Sum Folkehelse		1 884 270 000
Helseforvaltning			
720	Helsedirektoratet		
	01 Driftsutgifter	1 040 644 000	
	21 Spesielle driftsutgifter	20 402 000	
	70 Helsetjenester i annet EØS-land	24 840 000	1 085 886 000
721	Statens helsetilsyn		
	01 Driftsutgifter	127 255 000	127 255 000
722	Norsk pasientskadeerstatning		
	01 Driftsutgifter	164 308 000	
	70 Advokatutgifter	34 056 000	
	71 Særskilte tilskudd	105 483 000	303 847 000
723	Pasientskadenemnda		
	01 Driftsutgifter	61 757 000	61 757 000
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	01 Driftsutgifter	37 692 000	37 692 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	01 Driftsutgifter	182 294 000	182 294 000
726	Statens helsepersonellnemnd		
	01 Driftsutgifter	8 234 000	8 234 000
728	Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda		
	01 Driftsutgifter	3 244 000	3 244 000
729	Pasient- og brukerombud		
	01 Driftsutgifter	59 691 000	59 691 000
	Sum Helseforvaltning		1 869 900 000
	Spesialisthelsetjenester		
732	Regionale helseforetak		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	9 202 000	
	70 Særskilte tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 72, 73, 74 og 75</i>	630 705 000	
	71 Kvalitetsbasert finansiering, <i>kan overføres</i>	497 000 000	
	72 Basisbevilgning Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	49 942 055 000	
	73 Basisbevilgning Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	17 567 979 000	
	74 Basisbevilgning Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	13 264 224 000	
	75 Basisbevilgning Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	11 783 643 000	
	76 Innsatsstyrt finansiering, <i>overslagsbevilgning</i>	17 344 415 000	
	77 Poliklinisk virksomhet mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 404 908 000	
	78 Forskning og nasjonale kompetansetjenester, <i>kan overføres</i>	1 083 160 000	
	79 Raskere tilbake, <i>kan overføres</i>	549 559 000	
	82 Investeringslån, <i>kan overføres</i>	1 592 794 000	
	83 Opptreksrenter for lån f.o.m. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	142 000 000	
	86 Driftskreditter	510 000 000	
	91 Opptreksrenter for lån t.o.m. 2007, <i>overslagsbevilgning</i>	2 500 000	118 324 144 000
733	Habilitering og rehabilitering		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	13 252 000	
	70 Behandlingsreiser til utlandet	115 854 000	
	72 Kjøp av opptrening mv., <i>kan overføres</i>	4 978 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	17 711 000	151 795 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
734	Særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak		
	01 Driftsutgifter	39 650 000	
	21 Spesielle driftsutgifter	14 916 000	
	70 Tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket	2 411 000	
	71 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	74 394 000	
	72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus	16 497 000	147 868 000
	Sum Spesialisthelsetjenester		118 623 807 000
	Legemidler		
750	Statens legemiddelverk		
	01 Driftsutgifter	232 186 000	232 186 000
751	Legemiddeltiltak		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	12 251 000	
	70 Tilskudd	62 908 000	75 159 000
	Sum Legemidler		307 345 000
	Helse- og omsorgstjenester i kommunene		
761	Omsorgstjeneste		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	212 192 000	
	60 Kommunale kompetansetiltak, <i>kan overføres</i>	212 888 000	
	61 Vertskommuner	947 723 000	
	62 Dagaktivitetstilbud, <i>kan overføres</i>	81 400 000	
	66 Brukerstyrt personlig assistanse	90 004 000	
	67 Utviklingstiltak	75 753 000	
	71 Frivillig arbeid mv.	24 839 000	
	72 Landsbystiftelsen	70 150 000	
	73 Særlige omsorgsbehov	21 497 000	
	75 Andre kompetansetiltak	9 418 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	14 117 000	1 759 981 000
762	Primærhelsetjeneste		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	30 196 000	
	50 Samisk helse	5 247 000	
	60 Forebyggende helsetjenester	62 113 000	
	61 Fengselshelsetjeneste	135 176 000	
	62 Øyeblikkelig hjelp, <i>kan overføres, kan nyttes under kap. 732, post 70 og 76</i>	419 108 000	
	63 Allmennlegetjenester	128 208 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	46 720 000	
	71	Frivillig arbeid mv.	6 373 000	
	73	Forebygging uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	26 309 000	
	74	Stiftelsen Amatheia	16 223 000	875 673 000
763		Rustiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 71</i>	50 706 000	
	61	Kommunalt rusarbeid, <i>kan overføres</i>	104 068 000	
	71	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres,</i> <i>kan nyttes under post 21</i>	176 013 000	
	72	Kompetansesentra mv.	94 092 000	424 879 000
764		Psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	75 802 000	
	60	Psykisk helsearbeid, <i>kan overføres</i>	268 643 000	
	72	Utviklingstiltak, <i>kan overføres</i>	390 615 000	
	73	Vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	124 244 000	859 304 000
769		Utredningsvirksomhet mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	32 870 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	734 000	33 604 000
		Sum Helse- og omsorgstjenester i kommunene		3 953 441 000
		Tannhelse		
770		Tannhelsetjenester		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	24 363 000	
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	174 841 000	199 204 000
		Sum Tannhelse		199 204 000
		Kunnskap og kompetanse		
780		Forskning		
	50	Norges forskningsråd mv.	323 306 000	323 306 000
781		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	71 062 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	47 139 000	118 201 000
782		Helseregistre		
	21	Spesielle driftsutgifter	17 125 000	
	70	Tilskudd	36 005 000	53 130 000
783		Personell		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	29 467 000	

Kap.	Post	Kroner	Kroner
	61	Turnustjeneste	133 400 000
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	29 924 000
		Sum Kunnskap og kompetanse	687 428 000
		Spesialisthelsetjenester mv.	
2711		Spesialisthelsetjeneste mv.	
	70	Spesialisthjelp	1 690 000 000
	71	Psykologhjelp	239 000 000
	72	Tannbehandling	2 000 000 000
	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	694 000 000
		Sum Spesialisthelsetjenester mv.	4 623 000 000
		Legehjelp, legemidler mv.	
2751		Legemidler mv.	
	70	Legemidler	8 841 000 000
	71	Legeerklæringer	6 000 000
	72	Medisinsk forbruksmateriell	1 890 000 000
			10 737 000 000
2752		Refusjon av egenbetaling	
	70	Egenandelstak 1	3 990 200 000
	71	Egenandelstak 2	166 000 000
			4 156 200 000
2755		Helsetjenester i kommunene mv.	
	62	Fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	304 000 000
	70	Allmennlegehjelp	4 222 400 000
	71	Fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 796 000 000
	72	Jordmorhjelp	52 000 000
	73	Kiropraktorbehandling	143 000 000
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	103 000 000
			6 620 400 000
2756		Andre helsetjenester	
	70	Helsetjenester i annet EØS-land	10 000 000
	71	Helsetjenester i utlandet mv.	330 000 000
	72	Helsetjenester til utenlandsboende mv.	140 000 000
		Sum Legehjelp, legemidler mv.	21 993 600 000
		Andre helsetiltak	
2790		Andre helsetiltak	
	70	Bidrag	235 000 000
		Sum Andre helsetiltak	235 000 000
		Sum departementets utgifter	155 010 635 000

Inntekter:

Kap.	Post	Kroner	Kroner
	Diverse inntekter		
3710	Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	02 Diverse inntekter	198 751 000	
	03 Vaksinesalg	99 300 000	298 051 000
3713	Vitenskapskomiteen for mattrygghet		
	02 Diverse inntekter	214 000	214 000
3715	Statens strålevern		
	02 Diverse inntekter	28 280 000	
	04 Gebyrinntekter	4 486 000	
	05 Oppdragsinntekter	1 460 000	34 226 000
3716	Statens institutt for rusmiddelforskning		
	02 Diverse inntekter	1 847 000	1 847 000
3718	Rusmiddelforebygging		
	04 Gebyrinntekter	1 710 000	1 710 000
3720	Helsedirektoratet		
	02 Diverse inntekter	2 736 000	
	03 Helsetjenester i annet EØS-land	24 840 000	
	04 Gebyrinntekter	3 241 000	
	05 Helsetjenester til utenlandsboende mv.	50 000 000	80 817 000
3722	Norsk pasientskadeerstatning		
	02 Diverse inntekter	1 326 000	
	50 Premie fra private	18 400 000	19 726 000
3723	Pasientskadenemnda		
	50 Premie fra private	2 500 000	2 500 000
3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	04 Gebyrinntekter	29 021 000	29 021 000
3725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	02 Diverse inntekter	141 000	141 000
3732	Regionale helseforetak		
	80 Renter på investeringslån	404 000 000	
	85 Avdrag på investeringslån f.o.m. 2008	212 000 000	
	90 Avdrag på investeringslån t.o.m. 2007	676 000 000	1 292 000 000

Kap.	Post	Kroner	Kroner
3750	Statens legemiddelverk		
	02 Diverse inntekter	2 246 000	
	04 Registreringsgebyr	102 832 000	
	06 Refusjonsgebyr	2 829 000	107 907 000
	Sum Diverse inntekter		1 868 160 000
	Skatter og avgifter		
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		
	70 Legemiddelomsetningsavgift	73 000 000	
	72 Avgift utsalgssteder utenom apotek	4 900 000	
	73 Legemiddelkontrollavgift	75 322 000	153 222 000
	Sum Skatter og avgifter		153 222 000
	Renter og utbytte		
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet		
	85 Statens overskuddsandel	30 000 000	
	86 Utbytte	2 000	30 002 000
	Sum Renter og utbytte		30 002 000
	Sum departementets inntekter		2 051 384 000

Fullmakter til å overskride gitte bevilgninger

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2014 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 710, post 01	kap. 3710, post 02
kap. 710, post 21	kap. 3710, postene 02 og 03
kap. 713, post 01	kap. 3713, post 02
kap. 715, postene 01 og 21	kap. 3715, postene 02, 04 og 05
kap. 716, post 01	kap. 3716, post 02
kap. 720, postene 01 og 21	kap. 3720, postene 02 og 04
kap. 720, post 70	kap. 3720, post 03
kap. 721, post 01	kap. 3721, postene 02 og 04
kap. 722, post 01	kap. 3722, postene 02 og 50
kap. 723, post 01	kap. 3723, post 50
kap. 724, post 01	kap. 3724, post 04
kap. 725, post 01	kap. 3725, post 02
kap. 750, post 01	kap. 3750, post 02

Fullmakter til å pådra staten forpliktelser ut over gitte bevilgninger

III

Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2014 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
710		Nasjonalt folkehelseinstitutt	
	21	Spesielle driftsutgifter	180 mill. kroner

IV

Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2014 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
761		Omsorgstjeneste	
	79	Andre tilskudd	1 mill. kroner

Andre fullmakter

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. investeringslån og driftskreditrammen til regionale helseforetak aktiveres i statens kapitalregnskap. 2. det av avgiftspliktig omsetning for legemiddelgrossister i 2014 skal betales avgift svarende til 0,55 pst. | <ol style="list-style-type: none"> 3. statens andel i 2014 av driftsoverskuddet til AS Vinmonopolet fastsettes til 50 pst. av resultatet i 2013 før ekstraordinære poster. |
|---|---|

=====

Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 22 24 20 00

Opplysninger om abonnement, løssalg og
pris får man hos:
Fagbokforlaget
Postboks 6050, Postterminalen
5892 Bergen
E-post: offpub@fagbokforlaget.no
Telefon: 55 38 66 00
Faks: 55 38 66 01
www.fagbokforlaget.no/offpub

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringen.no

Trykk: 07 Oslo AS – 10/2013

