



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.prp. nr. 1

(2008–2009)

FOR BUDSJETTÅRET 2009

Utgiftskapitler: 700–761 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3751, 5572 og 5631

Innhold

Del I

Innledende del	7
1 Helse- og omsorgspolitikken	9
2 Profilen i budsjettforslaget	13
3 Budsjett- og strukturtiltak	18
4 Oversikter	19

Del II

Budsjettforslaget	25
Programområde 10 Helse og omsorg	27
<i>Programkategori 10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.</i>	<i>27</i>
Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet ...	27
Kap. 701 Forskning	28
Kap. 702 Helse- og sosialberedskap	36
Kap. 703 Internasjonalt samarbeid	39
Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid	43
<i>Programkategori 10.10 Folkehelse</i>	<i>44</i>
Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt	45
Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt	48
Kap. 712 Bioteknologinemnda	48
Kap. 715 Statens strålevern	49
Kap. 3715 Statens strålevern	50
Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning	50
Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning	51
Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet	51
Kap. 718 Alkohol og narkotika	53
Kap. 719 Folkehelse	60
<i>Programkategori 10.20 Helsetjeneste</i>	<i>75</i>
Kap. 720 Helsedirektoratet	80
Kap. 3720 Helsedirektoratet	83
Kap. 721 Statens helsetilsyn	83
Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning	88
Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning	91
Kap. 723 Pasientskadenemnda	91
Kap. 3723 Pasientskadenemnda	92
Kap. 724 Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak	93

Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	97
Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	98
Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	98
Kap. 726 Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige	99
Kap. 727 Tannhelsetjenesten	104
Kap. 728 Forsøk og utvikling mv.	105
Kap. 729 Annen helsetjeneste	110

<i>Programkategori 10.30 Regionale helseforetak</i>	<i>114</i>
Kap. 732 Regionale helseforetak	114
Kap. 3732 Regionale helseforetak	156
Kap. 737 Kreftregisteret	156

<i>Programkategori 10.40 Psykisk helse</i>	<i>158</i>
Kap. 742 Kontrollkommisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern	159
Kap. 743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse	160
Kap. 744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	179

<i>Programkategori 10.50 Legemidler</i>	<i>180</i>
Kap. 750 Statens legemiddelverk	180
Kap. 3750 Statens legemiddelverk	182
Kap. 751 Apotekvesenet og legemiddel-faglige tiltak	183
Kap. 3751 Apotekvesenet og legemiddel-faglige tiltak	184
Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet	184

<i>Programkategori 10.60 Omsorgstjenester</i>	<i>186</i>
Kap. 760 Utredningsvirksomhet mv.	197
Kap. 761 Tilskudd forvaltet av Helsedirektoratet	199

Programområde 30 Stønad ved helsetjenester	213
---	------------

<i>Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.</i>	<i>215</i>
Kap. 2711 Spesialisthelsetjenester mv.	215

<i>Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.</i>	219
Kap. 2751 Legemidler mv.	219
Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling	222
Kap. 2755 Helsetjeneste i kommunene mv. ...	224
<i>Programkategori 30.90 Andre helsetiltak</i>	228
Kap. 2790 Andre helsetiltak	228

Del III

Omtale av særlige tema	229
------------------------------	-----

6	Nasjonal helseplan	231
6.1	Helhet og samhandling	231
6.2	Demokrati og legitimitet	232
6.3	Nærhet og trygghet	232
6.4	Faglighet og kvalitet	233
6.5	Sterkere brukerroлле	239
6.6	Arbeid og helse	240
7	Sosiale helseforskjeller	241
7.1	Inntekt	241
7.2	Oppvekst	241

7.3	Arbeid og arbeidsmiljø	243
7.4	Helseatferd	244
7.5	Helsetjenester	245
7.6	Sosial inkludering	246
7.7	Rapportering	247
7.8	Sektorovergripende verktøy	248
7.9	Kunnskapsutvikling	248

8	Andre særlige tema	249
8.1	Sektorovergripende miljøvern-politikk	249
8.2	Fornyning, organisasjons- og strukturendring i statsforvaltningen	250
8.3	Kjønns- og likestillingsperspektivet	250
8.4	Omtale av tilsetningsvilkårene til ledere i heleide statlige virksomheter	253

Forslag til vedtak om bevilgning for budsjettåret 2009, kapitlene 700–761 og 2711–2790, 3700–3751, 5572 og 5631	256
--	-----



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.prp. nr. 1

(2008–2009)

FOR BUDSJETTÅRET 2009

Utgiftskapitler: 700–761 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3751, 5572 og 5631

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 12. september 2008,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

Del I
Innledende del

1 Helse- og omsorgspolitikken

1.1 Regjeringens mål

Helse- og omsorgstilbudet har stor betydning for den enkeltes levekår og livsutfoldelse, og er en hovedforutsetning for et godt samfunn. Regjeringens politikk bygger på fellesskapsløsninger. Målet er et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud, tilpasset den enkelte bruker. Brukere og pårørende skal ha innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet og de skal møtes med omsorg og respekt. Tjenesten skal være likeverdig tilgjengelig og av god kvalitet. Det er et offentlig ansvar å sikre nødvendig helse- og omsorgstjeneste til alle. Behandling og oppfølging skal organiseres etter prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå. Helse- og omsorgstjenester skal tilbys i nærmiljøet, og gi mulighet for et selvstendig liv, der hver enkelt kan delta i samfunnet ut fra sine egne forutsetninger.

Målet med den forebyggende innsatsen er flere leveår med god helse og reduserte helseforskjeller i befolkningen. Regjeringen mener at folkehelsearbeidet i større grad må ta utgangspunkt i samfunnets ansvar for befolkningens helse. Så lenge de systematiske forskjellene i helse skyldes ulikheter i samfunnets ressursfordeling, er det fellesskapets ansvar å påvirke denne fordelingen i en mer rettferdig retning. Regjeringens mål er å prioritere de pasientgruppene som trenger det mest både i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten. Pasientene skal tilbys helhetlige og sammenhengende tjenester gjennom hele pasientforløpet. Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten skal utvikles videre slik at den gir brukerne gode muligheter for livskvalitet og mestring. Tilbudet skal være tilpasset den enkeltes behov. Tjenestetilbudet til mennesker med demenslidelser og deres pårørende skal bygges ut. Det skal legges spesiell vekt på dagtilbud, avlastning, kompetanse og tilpassing av bo- og institusjonstilbud. Psykisk helse skal prioriteres høyt. Det skal særlig legges vekt på psykisk helse for barn og unge og tiltak for å redusere ventetider til behandling. Innsatsen på rusfeltet skal favne bredt, med spesielt fokus på barn og unge. Oppfølging av rusmiddelavhengige i kommunene, i tannhelsetjenesten i fengslene og i spesialisthelsetjenesten skal

samordnes. Habiliterings- og rehabiliteringsfeltet skal styrkes og samhandling og koordinering bedres. Helse- og omsorgstjenesten skal utformes i samarbeid med brukere og pårørende.

Manglende helhetstenking kan føre til at aktører avgrenser sitt ansvarsområde i stedet for å samarbeide om gode løsninger som tjener pasientene. Regjeringen vil starte arbeidet med en samhandlingsreform i helsesektoren for å kunne gi pasientene et bedre og mer helhetlig helsetilbud.

Norge deltar aktivt i internasjonalt helsesamarbeid på tvers av landegrensene. Hovedmålet er å medvirke til utviklingen av sentrale helsepolitiske målsetninger i EU, WHO, norden og nærområdene, både gjennom multilaterale og bilaterale kanaler. Norge er en pådriver i helsesamarbeidet i nordområdene gjennom Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor rammen av Den nordlige dimensjon, bl.a. gjennom sitt formannsskap.

1.2 Status for omsorg og helse

Flertallet i befolkningen har i dag god helse og gode levekår. De fleste befolkningsgrupper har hatt en positiv utvikling på de viktigste levekårsområdene de siste 25 årene. Siden 1950-årene har forventet levealder i Norge økt med ti år, til 80 år for kvinner og menn, sett under ett. Likevel har Norge hatt en mindre gunstig utvikling i forventet levealder enn en del andre vestlige land. Spedbarnsdødeligheten har sunket med en tredel i løpet av ti år, og ligger på et svært lavt nivå, internasjonalt sett.

Sosiale helseforskjeller – det vil si helseforskjeller som følger utdannings-, yrkes- og inntektskategorier i befolkningen – er betydelige i Norge. For eksempel er dødsrisikoen i aldersgruppen 45–59 år 2,5 ganger så høy for de som bare har grunnskole sammenliknet med de som har universitetsutdanning. Forskjellen er blitt større de siste 30 årene. Gjennomsnittlig levealder i ulike yrkesgrupper varierer med opp til 12 år.

Om lag 22 pst. av den norske befolkningen er dagligrøykere. Det er omtrent tre ganger så mange røykere blant dem med kort utdanning som blant dem med lang utdanning. Det er også blant de høyt utdannede at flest slutter. Rundt 16 pst. av alle dødsfall skyldes røyking.

Alkohol er den tredje største risikofaktoren for helseskade i vår del av verden, etter tobakk og høyt blodtrykk.

Forekomsten av overvekt og fedme øker i de fleste aldersgrupper i Norge som i mange andre land. Overvekt og fedme øker risikoen for bl.a. type 2-diabetes, hjerte-karsykdom, muskelskjelettlidelser, psykiske lidelser og enkelte former for kreft. Andelen barn og unge med overvekt er mellom 10 og 20 pst. Undersøkelser av 8–12 åringer i Oslo i 2004 viser en variasjon på 15–29 pst. mellom østlige og vestlige bydeler. Blant voksne 40-åringer er over halvparten overvektige og nærmere 20 pst. har fedme.

Hjerte- og karlidelser og kreft er årsak til over 60 pst. av dødsfallene i Norge. Siden 1970 er forekomst av hjerteinfarkt og hjertekrampe blitt redusert med 70 pst. Størst har nedgangen vært hos menn. Hjertesykdom hos kvinner har inntil nylig vært et lite utforsket felt. I dag vet vi at den typiske hjertepasienten er en eldre kvinne. Vi mangler forskning om kjønnsforskjeller i helse, og Regjeringen har derfor laget en egen strategi for forskning på kvinnehelse og kjønnsforskjeller i helse.

Siden 1950-tallet har antall krefttilfeller økt med 80 pst. Samtidig har overlevelsen økt jevnt. I dag er mer enn 50 pst. av alle kreftpasienter i live fem år etter at kreftsykdommen ble diagnostisert. Tidlig diagnostisering og utvikling av bedre behandlingsmetoder har bidratt til økt overlevelse og bedre livskvalitet for kreftpasienter. Det er fortsatt store geografiske forskjeller i behandlingstilbudet til kreftpasienter. Det er utfordringer knyttet til å få til et likeverdig behandlingstilbud over hele landet.

Diabetes er et voksende problem i Norge og i resten av verden. Mellom 100 000 og 120 000 personer har kjent diabetes i Norge, og like mange har diabetes uten å vite om det. Hovedårsaken er vektøkning og mindre fysisk aktivitet.

Om lag 200 000 nordmenn har kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). Mer enn halvparten har sykdommen uten å vite om det. Forekomsten har økt med 35 pst. de siste 15 årene. Hovedårsaken er røyking, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle.

Astma forekommer nå hos om lag 20 pst. av barn og unge i Norge, og om lag 8 pst. av de voksne. Forekomsten har økt jevnt de siste 50 årene, og forskning knytter dette til både arv og miljø.

Internasjonale studier viser at om lag 50 pst. av befolkningen opplever psykiske sykdomsreaksjoner i løpet av livet. Verdens helseorganisasjon anslår at depresjon vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning på verdensbasis, nest etter hjerte- og karsykdom.

Nesten 70 000 mennesker er rammet av en demenslidelse. Antallet stiger med den økende

levelderen og den sterke veksten i antall eldre. Mer enn tre firedeler av de som bor i sykehjem, har demens som del av et sammensatt sykdomsbilde. Svært mange bor i eget hjem eller omsorgsbolig, og får ofte omfattende omsorg av sine nærreste og bistand fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tannhelsen i befolkningen har bedret seg betydelig de siste 35–40 årene, og må sies å være rimelig god. Barn og unge har bedre tannhelse enn de hadde for en generasjon siden, men en del barn og unge har fortsatt tannhelseproblemer. I den voksne befolkningen er det fortsatt mange som har store tannhelseproblemer, og som av ulike grunner ikke får nødvendig hjelp.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at Norge i 2007 brukte i overkant av 203 mrd. kroner på helse, og at helseutgiftene er mer enn doblet på under 10 år. Dette er nesten 43 000 kroner på helse per innbygger. Beløpet inkluderer også husholdningenes kjøp av legemidler, tannhelsetjenester, fysioterapi mv., samt drift av private sykehus mv. utover det som dekkes over offentlige budsjetter. Sammenliknet med andre OECD-land er det kun USA som bruker mer per innbygger. Helsetjenesten betales hovedsaklig av staten (inkludert folketrygden), fylkeskommunene og kommunene. Offentlige midler dekket om lag 84 pst. av de samlede helseutgiftene. Denne andelen har vært stabil de siste årene.

Samlet ressursbruk i spesialisthelsetjenesten i 2007 er beregnet til vel 86,7 mrd. kroner. Sammenliknet med 2006 er dette en økning på om lag 9 pst. Korrigert for nye oppgaver, endret arbeidsgiveravgift og prisstigning var veksten, iht. årsrapporten fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten, 2,7 pst. fra 2006 til 2007.

Antall årsverk i spesialisthelsetjenesten er om lag 96 000. Siden 2002 er det blitt 10 300 flere årsverk. Veksten har kommet innenfor alle personellgrupper unntatt hjelpepleiere. Fra 2002 til 2007 er det blitt 1840 flere leger og 3700 flere sykepleiere ved sykehusene. I samme periode har det vært en nedgang i antall hjelpepleiere.

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten har i sin rapport for 2007 evaluert departementets krav om at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige skal være sterkere enn for somatisk pasientbehandling. Beregningsutvalget konkluderer med at tallene for aktivitetsutviklingen i 2007 viser, så langt utvalget kan bedømme, at dette kravet er oppfylt for de regionale helseforetakene som helhet.

Mer dagbehandling og poliklinisk behandling og redusert bruk av senger er en gjennomgående

tendens i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Innen psykisk helsevern for voksne ble det i 2007 gjennomført vel 988 400 polikliniske konsultasjoner. Dette er en økning på vel 6,2 pst. fra året før. Siden 2003 har antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern økt med over 41 pst.

I 2007 var det i overkant av 1,4 mill. opphold innen somatikk (innleggelser, dagkirurgi og dagbehandling) ved sykehusene. Dette er en økning på 9000 opphold, hvilket tilsvarer en vekst på 0,6 pst. fra 2006. I tillegg var det over 3,6 mill. polikliniske konsultasjoner i 2007. Det tilsvarer en økning på 89 000 konsultasjoner eller 2,3 pst. sammenliknet med 2006. Ut over dette var det registrert 2549 opphold og 6750 polikliniske konsultasjoner i ordningen Raskere tilbake.

Ventetidene har vært relativt stabile det siste året. I første tertial 2008 er gjennomsnittlig ventetid 71 dager mot 70 dager samme tertial 2007. Etter at staten overtok sykehusene er ventetiden redusert med gjennomsnittlig 11 dager. Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har kortere ventetid enn pasienter som ikke har rett til nødvendig helsehjelp. Det er betydelige variasjoner i ventetider og tildeling av rett til nødvendig helsehjelp mellom regioner og mellom helseforetak. Det vises til kapittel 732 der tiltak for å oppnå riktigere prioritering omtales.

Den sterke veksten i ressursinnsatsen innen psykisk helsevern for barn og unge har bidratt til at stadig flere får behandling. Nesten 50 000 barn og unge under 18 år, dvs. 4,5 pst. av gruppen, fikk et behandlingstilbud fra det psykiske helsevernet i 2007. Det svarer til en økning på 5 pst. fra 2006. Poliklinisk omsorg er det dominerende behandlingstilbudet.

Helse- og sosialtjenesten i kommunene er omfattende, og brutto driftsutgifter til helsetjenester, sosialtjenester og pleie- og omsorgstjenester i kommunene utgjorde om lag 82,0 mrd. kroner i 2007. For kommunene utgjorde disse tjenestene i 2007 om lag 35 pst. av deres brutto årlige driftsutgifter, hvorav omsorgstjenesten veier tyngst.

Kommunene har ansvaret for tjenestetilbudet til alle med behov for omsorgstjenester, uten hensyn til alder eller diagnose. Mer enn 200 000 personer mottar kommunale omsorgstjenester. Av disse mottar om lag 42 000 personer tjenester i institusjon, og om lag 160 000 personer mottar tjenestetilbud i eget hjem eller kommunale boliger, herunder 50 000 i boliger til pleie- og omsorgsformål. Det betyr at om lag fire av fem brukere mottar omsorgstjenester hjemme.

Flertallet av de som mottar pleie- og omsorgstjeneste er over 80 år, men de siste årene har det også vært en vekst i gruppen under 67 år. Dette

stiller nye krav til omsorgssektoren og nye krav til kompetanse og personell. Nesten en tredel av alle hjemmetjenestemottakere er under 67 år. Kommunene har gjennom flere reformer tatt et større ansvar for mennesker med utviklingshemming og mennesker med psykiske problemer. I tillegg yter kommunene omfattende tjenester til pasienter som skrives ut av sykehus, og som ofte har langvarige og sammensatte ledelser.

Pleie- og omsorgstjenesten utførte i 2007 over 118 000 årsverk. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser en betydelig årsverksvekst i 2006 og 2007, til sammen vel 11 100 nye årsverk. Det var en nedgang fra 2004 til 2005. Fra 2004 til 2007 er personellinnsatsen økt med om lag 9500 årsverk, i vesentlig grad av fagpersonell med helse- og sosialutdanning. Av denne årsverksveksten er om lag 4000 årsverk knyttet til økte stillingsbrøker. Statistisk sentralbyrå har foretatt endringer for å bedre kvaliteten på årsverksstatistikken for kommunesektoren, slik at tallene ikke uten videre kan sammenliknes direkte med tilvarende rapportering i St.prp. nr. 1 (2007–2008).

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter tiltak og tjenester til mennesker med psykiske vansker og lidelser, og deres familier og nettverk. Barn og unge er en viktig målgruppe. Opptrappingsplanen for psykisk helse avsluttes i 2008. Resultatene viser at måltallene om 4770 nye årsverk i kommunene knyttet til psykisk helsearbeid, samt mål om 3400 nye boliger, i hovedsak er nådd ved utgangen av 2008.

I 2006 mottok om lag 100 000 personer tjenester i kommunene for psykiske lidelser eller problemer. Om lag 9000 ansatte arbeidet med psykisk helsearbeid i kommunene ved utgangen av 2006. Dette inkluderer blant annet ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid, ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten m.fl. I tillegg er fastlegen en sentral aktør for mange med psykiske lidelser og problemer. Selv med usikre data, anslår NAV at om lag 10 pst. av konsultasjonene hos fastlegene skyldes psykiske vansker eller lidelser som årsak til kontakten.

Antall legeårsverk i kommunene gikk opp fra vel 4150 til nær 4400 fra 2002 til 2007. Fra 2006 til 2007 er økningen på 115 årsverk. Størstedelen av denne veksten er knyttet til ordinær fastlegevirksomhet, hele 31 årsverk av de 115 er knyttet til en økning i legeårsverk i sykehjem. Fra fastlegeordningen ble innført i 2001 til juni 2008 er det blitt 201 færre ubesatte fastlegehjemmer, tallet er nå 76. Nær 44 000 innbyggere er knyttet til disse hjemmene, som i hovedsak er besatt med vikarer. Andelen av listene som manglet fast lege var størst i Finnmark og Nordland. Det er blitt en bedring i

legedekningen i Nord-Trøndelag det siste året. Legedekningen i Sogn og Fjordane har bedret seg betydelig de siste fire årene.

Fylkeskommunenes netto driftsutgifter til tannhelsetjenesten utgjorde i 2007 om lag 1,6 mrd. kroner. Om lag 1,5 mill. brukere var under tilsyn i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i 2007.

I følge statistikk fra Folkehelseinstituttet ble det i 2007 samlet solgt legemidler for 17,4 mrd. kroner, som innebærer en nominell økning på 3,8 pst. fra året før. En vesentlig del av omsetningen av legemidler betales av folketrygden gjennom blåreseptordningen. Utgiftene var 7,4 mrd. kroner i 2007.

Norge deltar aktivt i internasjonalt helsesamarbeid på tvers av landegrensene. Hovedmålet er å medvirke til utviklingen av sentrale helsepolitiske målsetninger i EU, WHO, norden og nærområdene, både gjennom multilaterale og bilaterale kanaler. Norge er en pådriver i helsesamarbeidet i nordområdene gjennom Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor rammen av Den nordlige dimensjon, bl.a. gjennom sitt formannsskap. I tillegg arbeider Norge for en bilateral helseavtale med Russland.

1.3 Sentrale utfordringer

I Norge har vi høye ambisjoner for helse- og omsorgstjenesten. Tjenesten skal ha høy kvalitet, være tilgjengelig innen akseptable ventetider og avstand, og tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av egen økonomi, sosial status, alder, kjønn, funksjonsevne og etnisk bakgrunn. Langt på vei er ambisjonene innfridd, og vi har en helse- og omsorgstjeneste som er blant de beste i verden. Samtidig er det mangler og utfordringer på en rekke områder. Det er geografiske forskjeller i tjenestetilbud, det er forskjellig ventetid for å komme til behandling, og pasienter prioriteres forskjellig i ulike deler av landet. Det er fortsatt for lange ventetider innen noen fagområder, og samhandlingen mellom tjenestene er for dårlig.

Rusmiddelavhengige er den gruppen som har høyest sykkelighet, som opplever å være stigmatisert og ekskludert fra fellesskapet, og som har høyest dødelighet. De sosiale og samfunnsøkonomiske konsekvensene av rusmiddelbruk er omfattende. Mange barn lider under foreldrenes rusmiddelmisbruk. Store kostnader er knyttet til helse- og sosialhjelp, tapt arbeidsinnsats, velferdstap og rusrelatert kriminalitet.

Omsorgssektoren står overfor krevende utfordringer de neste tiårene. Disse er primært knyttet til nye brukergrupper, en aldrende befolkning, knapphet på fagpersonell og frivillige omsorgsytere, behovet for medisinsk og tverrfaglig oppfølging og mangel på sosial kontakt og aktivitet i dag-

liglivet. Det økende antall eldre er også en utfordring for helsetjenesten. I tillegg endrer sykdomsbildet seg, og ny kunnskap og teknologi gir nye, og ofte kostbare behandlingsmuligheter.

Overvekt- og fedmeutviklingen krever systematisk forebyggende innsats, rettet mot hele befolkningen og særskilte risikogrupper. Det er en utfordring å sikre samordning av helsetjenestens forebyggende innsats overfor grupper som står i fare for å utvikle sykdommer knyttet til levevaner.

Et tilbakevendende tema i utredninger, evalueringer og i tilbakemeldinger fra pasienter og ansatte er at det er for dårlig samhandling og for lite helhetlige tjenester. Mangel på helhet og samordning er en av de største utfordringene helsetjenesten står overfor. Regjeringen vil utvikle en sterkere helse- og omsorgstjeneste i kommunene, en desentralisert spesialisthelsetjeneste og samhandlingstiltak mellom nivåene for å sikre kvalitet og nærhet til tjenestene.

Brukerne er avhengig av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede. Mange pasienter opplever brudd og svikt i overgangen mellom sykehus og kommunen. I tillegg opplever mange at de selv må styre samhandlingen mellom de ulike aktørene. Dette rammer særskilt syke eldre, kronisk syke, barn og unge, psykisk syke, rusmiddelavhengige og mennesker som trenger rehabilitering. Dette er mennesker som trenger tett oppfølging fra flere instanser, men som fort faller utenfor dagens helsesystem. Fram til 2050 vil antall personer over 67 år mer enn fordobles i tillegg til at vi også står overfor store endringer i befolkningens sykdomsbilde. Dette vil gi en økning av pasienter med behov for samordnede helsetjenester. Helse- og omsorgstjenestene må innrettes på å møte disse utfordringene.

Mange gode samhandlingstiltak er under utvikling mange steder i landet, men mye av samhandlingen skjer på tross av systemet. I løpet av de siste årene er det prøvd ut flere ulike modeller for samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik som distriktsmedisinske senter, intermedieærnheter og ambulante/desentraliserte spesialisthelsetjenester. Ved intermedieæravdelinger (ved distriktsmedisinske senter, sykestuer eller sykehjem) kan pasienter følges opp etter utskrivning fra sykehus, eller innlegges for observasjon fra primærhelsetjenesten. Det er imidlertid flere eksempler på at samhandlingsaktiviteter opphører pga. uklare ansvarsforhold, konflikter og manglende medfinansiering fra samarbeidende parter.

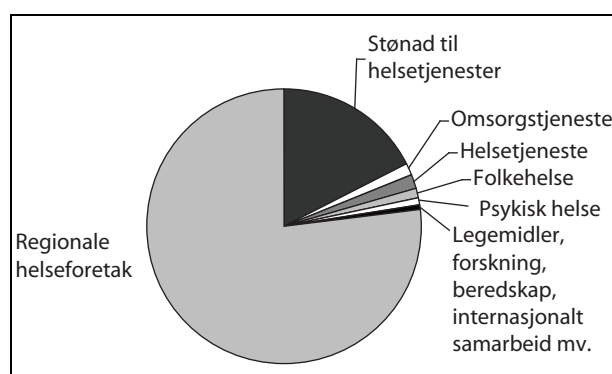
Regjeringen vil starte arbeidet med en samhandlingsreform i helsesektoren for å kunne gi pasientene et bedre og mer helhetlig helsetilbud.

2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag for 2009 er på om lag 131,4 mrd. kroner. Dette fordeler seg med 109,8 mrd. kroner på programområde 10, Helse og omsorg, og 21,6 mrd. kroner på programområde 30, Stønad ved helsetjenester, jf. tabellen og figur 2.1.

Budsjettforslaget innebærer en økning i løpende priser på 13,7 pst., eller om lag 15,8 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2008. Forslaget er bl.a. påvirket av at de regionale helseforetakenes driftskreditter i private banker foreslås omgjort til driftskredittslån i staten. Det foreslås i den sammenheng bevilget 7,3 mrd. kroner som driftskredittlån i Norges bank (kat. 10.30). Videre er bevilgningsforslaget påvirket av at øremerkede tilskudd til kommunene gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (kat. 10.40) innlemmes i rammetilskuddet på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett fom. 2009. Samtidig overføres det midler fra Kommunal- og regionaldepartementets budsjett til Helse- og omsorgsdepartementets bud-

sjett i samband med omlegging av vertskommunetilskuddet (kat. 10.60). I tillegg flyttes forvaltningsansvaret for helserefusjoner iht. folketrygdlovens kap. 5 fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet til Helse- og omsorgsdepartementet, ved Helsedirektoratet (kat. 10.20). Boks 2.1 viser de viktigste styrkingene innenfor programområde 10.



Figur 2.1 Fordeling av budsjettforslaget på programkategorier

Boks 2.1 Regjeringens viktigste satsinger på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2008

Styrket sykehusøkonomi ¹	6 564 mill. kroner
Opptappingsplan for rusfeltet ²	300 mill. kroner
Omsorgsplan 2015 ³	159 mill. kroner
Samhandling og forebygging ⁴	95 mill. kroner
Vaksine mot livmorhalskreft ³	57 mill. kroner
Nasjonale medisinske kvalitetsregistre	32 mill. kroner
Kontroll med helsehjelp uten samtykke ³	27 mill. kroner
Godkjenning av legemidler	25,6 mill. kroner
Utvidet pasientombudsordning.....	7,5 mill. kroner
Utvidet pasientskadeordning	4 mill. kroner
Undersøkelser ved uventet spedbarnsdød	2,7 mill. kroner

¹ Inkl. 148 mill. kroner som inngår i 300 mill. kroner til Opptappingsplanen for rusfeltet

² Inkl. forslag under Justisdepartementet

³ Inkl. forslag under Kommunal- og regionaldepartementet

⁴ Inkl. 5 mill. kroner som inngår i 300 mill. kroner til Opptappingsplanen for rusfeltet

Betegnelse	mill. kr		
	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
<i>Programområde 10 Helse og omsorg</i>			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	443,9	504,2	13,6
10.10 Folkehelse	1 371,6	1 516,6	10,6
10.20 Helsetjeneste	1 537,3	1 910,8	24,3
10.30 Regionale helseforetak	84 052,7	102 742,2	22,2
10.40 Psykisk helse	6 472,3	787,1	-87,8
10.50 Legemidler	215,1	252,4	17,3
10.60 Omsorgstjenester	1 333,3	1 985,8	48,9
<i>Sum før lånetransaksjoner</i>	95 426,1	109 698,9	15,0
<i>Lånetransaksjoner</i>	330,0	90,0	-72,7
Sum Helse og omsorg	95 756,1	109 788,9	14,7
<i>Programområde 30 Stønad ved helsetjenester</i>			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	2 665,5	3 135,1	17,6
30.50 Legehjelp, legemidler mv.	16 848,7	18 182,6	7,9
30.90 Andre helsetiltak	320,0	285,0	-10,9
Sum Stønad ved helsetjenester	19 834,2	21 602,7	8,9
Sum Helse- og omsorgsdepartementet	115 590,3	131 391,6	13,7

2.1 Styrket sykehusøkonomi

Regjeringen følger opp Soria Moria-erklæringen om at sykehusenes økonomi skal styrkes slik at flere pasienter får behandling og ventetidene holdes lave. Ut over generell pris- og lønnsjustering av tilskudd foreslås det bevilget 6,494 mrd. kroner mer til regionale helseforetak i 2009 sammenliknet med saldert budsjett 2008. Forslag til styrket sykehusøkonomi er fordelt som følger:

- Dekning av økte pensjonskostnader: 3920 mill. kroner
- Vekst i pasientbehandlingen med 1,5 pst. fra 2008 til 2009: 1026 mill. kroner
- Videreføring av antatt høyere aktivitetsvekst i 2008 enn forutsatt 1,5 pst. (anslag første tertial 2008): 300 mill. kroner
- Opptrappingsplan for rusfeltet styrkes med 300 mill. kroner, hvorav til spesialisthelsetjenesten: 148 mill. kroner
- Ny inntektsfordeling gjennom økt bevilgning: 600 mill. kroner
- Økt basistilskudd for å lette omstillingsutfordringene: 500 mill. kroner
- Reduserte renteutgifter knyttet til nedbetaling av driftskreditt: 70 mill. kroner

I tillegg kommer reduserte renteutgifter på 70 mill. kroner knyttet til nedbetaling av driftskreditter.

Pensjonskostnader

Det foreslås til sammen 3920 mill. kroner til dekning av økte pensjonskostnader sammenliknet med saldert budsjett 2008.

I St.prp. nr. 59 (2007–2008) ble det varslet at regjeringen ville komme tilbake til den langsiktige håndteringen av pensjonspremier og -kostnader for de regionale helseforetakene og de private helseinstitusjonene i St.prp. nr. 1 (2008–2009). Det foreslås at pensjonskostnaden legges til grunn ved fastsettelse av inntektsrammen til de regionale helseforetakene, og at basisbevilgningen økes med 3600 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2008. Dette innebærer at det kan stilles et entydig, ukorrigert resultatkrav til helseforetakene. Ved at pensjonskostnaden legges til grunn ved fastsettelse av basistilskuddet oppstår det et likviditetsoverskudd som følge av at anslått pensjonskostnad er høyere enn anslått pensjonspremie. Det stilles krav om at dette likviditetsoverskuddet skal gå til å nedbetale driftskreditt.

I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2007–2008) ble det vedtatt å bevilge 320 mill. kroner for å sette de regionale helseforetakene i stand til å inngå kjøps-/driftsavtaler med private som avspeiler det anslått høyere pensjonskostnadsnivå, jf. Innst. S. nr. 270 (2007–2008). Denne tilleggsbevilgningen er videreført i budsjettforslaget for 2009.

Regjeringen foreslår som en del av opplegget at de regionale helseforetakenes driftskreditter i private banker omgjøres til driftskreditt i staten, og at framtidige endringer i driftskredittrammen inntekts- eller utgiftsføres i statsbudsjettet. De regionale helseforetakene vil deretter ikke ha adgang til å ta opp driftskreditter i private banker.

Økt pasientbehandling

Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, og regjeringen møter det økte behovet med å styrke sykehusenes økonomi med 1026 mill. kroner. Budsjettforslaget legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen med 1,5 pst. på nasjonalt nivå fra 2008 (aktivitetstall for første tertial 2008).

Den generelle veksten i pasientbehandlingen er beregnet på hele inntektsgrunnlaget til helseforetakene. Det er lagt til grunn en gjennomsnittlig marginalkostnad på 80 pst. for den økte aktiviteten. Denne veksten vil gjelde all behandling som er omfattet av de aktivitetsbaserte tilskuddsordningene (innsatsstyrt finansiering og tilskudd til poliklinisk behandling), så vel som behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabilitering, psykisk helsevern og rus).

Videreføring av økt aktivitetsvekst i 2008 til 2009

I 2008 ble det budsjettert med økt pasientbehandling på 1,5 pst. Aktivitetstall for første tertial 2008 indikerer en samlet vekst i 2008 knyttet til innsatsstyrt finansiering (ISF) og poliklinisk behandling som er 300 mill. kroner høyere enn dette. Dette antatt høyere utgiftsnivået er videreført i bevilgningsforslaget for 2009 for ISF og refusjon poliklinisk behandling.

Særskilt styrking gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet

Det foreslås en samlet styrking av rusfeltet med 300 mill. kroner gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet, hvorav 148 mill. kroner til spesialisthelsetjenesten.

Ny inntektsfordeling gjennom økt bevilgning (Magnussenutvalget)

Det foreslås ny inntektsfordeling i tråd med Magnussenutvalgets innstilling (NOU 2008: 2) gjen-

nom økt bevilgning i 2009 og 2010. Det innebærer at Helse Sør-Øst RHF, som ellers ville tapt på omleggingen, ikke får redusert sine inntekter. I 2009 foreslås det avsatt 600 mill. kroner til innføring av ny inntektsfordeling. Resterende beløp vil bli foreslått bevilget i 2010.

Økt basistilskudd for å lette omstillingsutfordringer

Selv om det er vedtatt at alle regionale helseforetak skal gå i balanse i 2008, viser prognosen for økonomisk resultat for 2008 et antatt underskudd på om lag 900 mill. kroner inneværende år, jf. omtale under kapittel 732. Det knytter seg usikkerhet til prognosen. Regionale helseforetak må omstille og effektivisere driften slik at de oppnår økonomisk balanse. For å lette omstillingsutfordringene for de regionale helseforetakene, foreslås basisbevilgningen styrket med 500 mill. kroner i 2009.

Reduserte renteutgifter knyttet til nedbetaling av driftskreditt

Regjeringen foreslår å legge pensjonskostnaden til grunn for bevilgningsnivået i 2009. I og med at anslått pensjonspremie er lavere enn pensjonskostnad, oppstår det et likviditetsoverskudd. De regionale helseforetakene pålegges å bruke dette likviditetsoverskuddet til å nedbetale driftskreditt med 1,3 mrd. kroner. Dette medfører isolert sett en reduksjon i de regionale helseforetakenes renteutgifter med om lag 70 mill. kroner, og en tilsvarende styrking av økonomien. Det vises til nærmere omtale av pensjoner og driftskreditter under kapittel 732.

2.2 Opptrappingsplan for rusfeltet

Opptrappingsplanen for rusfeltet ble lagt fram i St.prp. nr. 1 (2007–2008). Gjennom denne satsingen skal rusmiddelavhengige tilbys den hjelp, behandling og rehabilitering de har behov for og rett til. Samtidig skal det rusforebyggende arbeidet styrkes. Opptrappingsperioden er 2006–2010. Det foreslås en særskilt styrking av rusfeltet på 300 mill. kroner i 2009 gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet. For 2009 foreslås det i tillegg en generell vekst innenfor spesialisthelsetjenesten, herunder rusfeltet, på 1,5 pst. Med dette forslaget vil de årlige bevilgningene til rusfeltet gjennom opptrappingsplanen være økt med til sammen 685 mill. kroner sammenliknet med 2005. I denne perioden har det også vært en generell aktivitetsvekst i de regionale helseforetakene og en bedring av kommuneøkonomien. Dette har også bidratt til styrking av rusfeltet.

Omfanget av sosiale problemer, sykdom og ulykker øker når forbruket av rusmidler øker. Det er derfor nødvendig å redusere det samlede forbruket av alkohol og omfanget av bruken av narkotika. For 2009 foreslås 24 mill. kroner til rusforebyggende arbeid. For å sikre bedre kvalitet og økt kompetanse foreslås 36 mill. kroner til forskning, faglige retningslinjer og kompetanseheving i kommunale tjenester og blant fastlegene. Det foreslås videre 228 mill. kroner for å styrke innsatsen i kommuner og helseforetak slik at flere får hjelp tilpasset sine behov. Mer tilgjengelige tjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten skal gi rusmiddelavhengige et bedre tilbud. Det legges vekt på tidlig intervensjon og bedre oppfølging etter institusjons- og fengselsopphold. Tiltakene bidrar til å redusere fattigdom og sosiale helseforskjeller. For å oppnå bedre samordning og samhandling mellom ulike tjenester foreslås 5 mill. kroner satt av til arbeidet med samhandlingsreformen og utforming av et særskilt rapporteringssystem mellom helseforetak og kommuner. Frivillig og ideell sektor utfører mye verdifullt arbeid innen rusfeltet. Partnerskapet mellom frivillige organisasjoner og offentlig sektor skal styrkes gjennom opptrappingsplanen. Det foreslås bevilget 7 mill. kroner for å øke brukerinnflytelse og sikre ivaretagelse av barn og pårørende.

2.3 Omsorgsplan 2015

For å møte dagens og framtidens omsorgsutfordringer har regjeringen lagt fram Omsorgsplan 2015 som løfter fram fire hovedsaker: 10 000 nye årsverk, 12 000 nye omsorgsplasser, Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015.

Gjennom avtalen som er inngått mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre er Omsorgsplan 2015 utvidet og konkretisert. I tråd med avtalen foreslår regjeringen en samlet styrking på 159 mill. kroner. Det foreslås å etablere en egen tilskuddsordning for fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag. Samtidig som det foreslås å bruke 25 mill. kroner fra Kompetanseløftet 2015 til formålet, styrkes ordningen med 25 mill. kroner med virkning fra annet halvår 2009. Satsingen medfører at helsefagskolene fullfinansieres. Fra 2010 vil tilskuddet utgjøre i alt 75 mill. kroner. Det foreslås også å øke bevilgningen til Kompetanseløftet 2015 med 5 mill. kroner til kvalifisering av personell i den kommunale omsorgstjenesten som står uten relevant fagutdanning. Arbeidet med etisk kompetanseheving i omsorgstjenesten foreslås styrket med til sammen 5 mill. kroner, herunder 2 mill. kroner til Senter for medisinsk etikk. Det foreslås å

etablere prosjektet undervisningshjemmetjenester etter modell av undervisningssykehjem, der hovedmålet er å stimulere til fagutvikling, forskning og utvikling av gode læringsmiljøer. Det foreslås 15 mill. kroner til tiltaket i 2009. Bevilgningen til Den kulturelle spaserstokken foreslås styrket med 5 mill. kroner. Det foreslås at det gis tilsagn til om lag 1000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger i 2009. Til sammen foreslås en tilsagnsramme på 500 mill. kroner og bevilgning på 100 mill. kroner for 2009.

Den foreslåtte veksten i kommunenes frie inntekter skal gi rom for at kommunene kan starte oppbyggingen av dagtilbud for demente fra 2009. Regjeringen anslår på usikkert grunnlag at det i perioden 2008–2015 er behov for ytterligere 12 000 årsverk i omsorgstjenesten, med større faglig bredde og stor grad av fagutdanning.

2.4 Samhandling og forebygging

Mangel på samhandling er kanskje det største hinderet for å gjøre helsetjenesten bedre. Samlet foreslås det satt av 95 mill. kroner til samhandlingstiltak i 2009.

Innenfor gjeldende inntektsramme for de regionale helseforetakene foreslås det omdisponert 40 mill. kroner til målrettede samhandlings- og forebyggingstiltak i 2009. Midlene skal bl.a. gå til pilotprosjekter og lokale samhandlingstiltak mellom kommuner og helseforetak, herunder interkommunale samarbeidsmodeller. Midlene skal også understøtte arbeidet med samhandlingsreformen.

Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998–2008 er kapasiteten innenfor kommunene og spesialisthelsetjenesten økt og modernisert. For å bidra til økt samhandling mellom kommunene og distriktpsikiatriske sentre, foreslås det omdisponert 50 mill. kroner i 2009.

I tillegg foreslås 5 mill. kroner til samhandlingsprosjekter under Opptrappingsplanen for rusfeltet.

2.5 Vaksine mot livmorhalskreft

Årlig rammes om lag 300 norske kvinner av livmorhalskreft, og 80–100 dør av sykdommen hvert år. Det foreslås å innføre vaksine mot livmorhalskreft som del av barnevaksineprogrammet. Dette vil på lang sikt kunne halvere antall årlige tilfeller. I tillegg vil vaksinen bidra til at færre kvinner utvikler celleforandringer i livmorhalsen, noe som fører til operative inngrep med økt risiko for senaborter og premature fødsler. Det foreslås 57 mill. kroner for å kunne tilby vaksinen til jenter i 7. klassetrinn fra og med skoleåret 2009–2010, hvorav 2 mill. kroner

foreslås gjennom rammetilskuddet for å dekke kommunenes merutgifter i 2009.

2.6 Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er nødvendig for å kunne dokumentere behandlingskvalitet, sammenlikne behandlingsresultater mellom sykehus, og drive klinisk forbedringsarbeid og forskning. Ansvar for etablering og drift av kvalitetsregistre ligger hos regionale helseforetak. Innenfor gjeldende inntektsramme for de regionale helseforetakene foreslås det omdisponert 32 mill. kroner til å systematisere og forbedre medisinske kvalitetsregistre i 2009. Arbeidet med registrene skal effektiviseres gjennom etablering av fellesløsninger. Dette innebærer bl.a. etablering av et nasjonalt servicemiljø knyttet til Helse Nord, og tekniske fellesløsninger forankret i Helse Midt-Norge. Helseledelsen skal etablere et nasjonalt nettverk mellom ulike aktører.

2.7 Kontroll med helsehjelp uten samtykke

Stortinget vedtok i desember 2006 nytt kap. 4A i pasientrettighetsloven, helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse, jf. Ot.prp. nr. 64 (2005–2006). Ordningen skal settes i verk 1. januar 2009. Lovendringen vil gi styrket rettsvern til pasienter som mangler samtykkekompetanse, f.eks. personer med demens. For 2009 foreslås det å dekke kommunenes og Helsetilsynets utgifter til å gjennomføre lovendringen med til sammen 27 mill. kroner.

2.8 Godkjenning av legemidler

Det foreslås å styrke Statens legemiddelverk med 25,6 mill. kroner for å øke og effektivisere saksbehandlingen av søknader om tillatelse til å markedsføre legemidler. Styrkingen finansieres ved å øke

registreringsavgiften. Bakgrunnen er en vedvarende økning i antall søknader om markedsførings-tillatelse. Søknadsmengden er firedoblet siden 2000.

2.9 Utvidet pasientombudsordning

Forslag om å utvide pasientombudenes virkeområde til å gjelde kommunale helse- og omsorgstjenester er vedtatt av Stortinget, jf. behandlingen av Ot.prp. nr. 23 (2007–2008). Det foreslås bevilget 7,5 mill. kroner til å utvide ordningen. Ordningen vil tre i kraft 1. september 2009.

2.10 Utvidet pasientskadeordning

Ved Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 103 (2005–2006) ble det vedtatt at pasientskader som skjer i privat helsetjeneste også skal omfattes av erstatningsordningen som Norsk pasientskadeerstatning forvalter. Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda foreslås derfor styrket med hhv. 2,5 og 0,5 mill. kroner. I tillegg foreslås 1 mill. kroner til dekning av advokatutgifter. Erstatningsordningen skal finansieres gjennom innbetalinger fra private leverandører av helsetjenester.

2.11 Undersøkelser ved uventet spedbarnsdød

Regjeringen har bestemt at i alle tilfeller av plutselig uventet sped- og barnedød skal spesialisthelsetjenesten ha plikt til å tilby barnets foreldre dødsstedsundersøkelse. Hovedhensikten er å bidra til at dødsårsak fastslås. Tilbudet om dødsstedsundersøkelse er også del av regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008–2011. Det legges opp til at det skal etableres to team med nødvendig kompetanse som skal foreta undersøkelsen. Det er anslått behov for utredning av om lag 50 dødsfall årlig. Det foreslås å bevilge 2,7 mill. kroner til formålet i 2009.

3 Budsjett- og strukturtiltak

3.1 Egenbetaling

Det foreslås at egenandelene innenfor trygdens refusjonsordninger justeres med om lag 2,5 pst. Dette er noe mindre en forventet prisstigning. Den maksimale egenandelen for legemidler og sykepleieartikler på blå resept foreslås satt opp fra 510 til 520 kroner fra 1. januar 2009. Fra samme dato forelås egenandelen for pasienttransport satt opp fra 120 til 125 kroner per reise, det vil si fra 240 til 250 kroner tur/retur. Egenandel for opphold ved opptreningsinstitusjoner foreslås økt fra 120 til 123 kroner, og egenandel for behandlingsreiser til utlandet foreslås økt fra 100 til 102 kroner. Egenandelene for legehjelp, psykologhjelp og fysioterapi foreslås satt opp om lag 5 pst. fra 1. juli 2009, som svarer til en justering på om lag 2,5 pst. for året.

Egenandelstak 1, som omfatter utgifter til legehjelp, psykologhjelp, legemidler og sykepleieartikler på blå resept og pasienttransport, foreslås satt opp fra 1740 kroner for 2008 til 1780 kroner for 2009. Egenandelstak 2, som omfatter utgifter til fysioterapi, refusjonsberettiget tannbehandling, opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet, foreslås satt opp fra 2500 kroner i 2008 til 2560 kroner i 2009.

Budsjettvirkningen av foreslått prisjustering av egenandelene anslås til om lag 140 mill. kroner.

Offentlige poliklinikker kan kreve 100 kroner fra pasienten dersom pasienten uten varsel uteblir fra avtalt konsultasjon eller avbestiller senere enn 24 timer før avtalt tid. Satsen er ikke regulert etter 2001. Uteblivelsesgebyret foreslås satt til 280 kroner 1. januar 2009.

3.2 Overskudd fra Vinmonopolet

Staten mottar årlig en andel av Vinmonopolets overskudd, fastsatt av Stortinget som en prosentandel. Andelen beregnes ut fra driftsresultatet foregående budsjettår. Overskuddsandelen er i 2008 fastsatt til 40 pst, og foreslås for 2009 satt opp til 50 pst. Dette vil innebære at statens overskuddsandel budsjetteres til 49,8 mill. kroner.

3.3 Apotekavanse

Det foreslås å redusere apotekavansen tilsvarende en innsparing for folketrygden på 10 mill. kroner. Inntjeningen i bransjen vurderes som tilfredsstillende. Det etableres fortsatt nye apotek, noe som indikerer at bransjen selv ser tilfredsstillende inntjeningsmuligheter framover. Det foreslås videre å redusere legemiddelomsetningsavgiften med 90 mill. kroner som et ledd i å oppfylle målsettingen om at sektoravgifter skal reflektere kostnadene ved spesifikke formål innenfor sektoren. Avgiftslettelsen kommer i all hovedsak apoteknæringen til gode, og det foreslås derfor et ytterligere avanseskutt slik at endringen i legemiddelomsetningsavgiften ikke vesentlig endrer de økonomiske rammebetingelsene for næringen.

3.4 Effektivisering

Det foreslås at helse- og omsorgsforvaltningen pålegges et effektiviseringskrav på til sammen 10 mill. kroner.

4 Oversikter

Utgifter fordelt på kapitler

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
Helse- og omsorgsdepartementet mv.					
700	Helse- og omsorgsdepartementet	144 730	140 976	148 536	5,4
701	Forskning	174 215	209 006	224 122	7,2
702	Helse- og sosialberedskap	46 541	40 356	72 132	78,7
703	Internasjonalt samarbeid	41 512	53 556	59 375	10,9
	<i>Sum kategori 10.00</i>	<i>406 998</i>	<i>443 894</i>	<i>504 165</i>	<i>13,6</i>
Folkehelse					
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	921 565	850 957	949 719	11,6
712	Bioteknologinemnda	7 069	7 659	8 021	4,7
715	Statens strålevern	102 398	101 825	106 727	4,8
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	37 414	34 982	36 514	4,4
718	Alkohol og narkotika	127 880	145 484	176 005	21,0
719	Folkehelse	217 218	230 650	239 600	3,9
	<i>Sum kategori 10.10</i>	<i>1 413 544</i>	<i>1 371 557</i>	<i>1 516 586</i>	<i>10,6</i>
Helsetjeneste					
720	Helsedirektoratet	482 285	455 951	790 588	73,4
721	Statens helsetilsyn	73 050	71 644	75 467	5,3
722	Norsk pasientskadeerstatning	104 654	109 621	120 490	9,9
723	Pasientskadenemnda	27 196	26 696	30 479	14,2
724	Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak	236 412	233 831	252 011	7,8
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	134 941	95 762	100 340	4,8
726	Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige	113 579	166 904	138 847	-16,8
727	Tannhelsetjenesten	49 261	63 102	65 878	4,4
728	Forsøk og utvikling mv.	62 365	69 497	74 565	7,3
729	Annen helsetjeneste	234 141	244 267	262 160	7,3
	<i>Sum kategori 10.20</i>	<i>1 517 884</i>	<i>1 537 275</i>	<i>1 910 825</i>	<i>24,3</i>

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
	Regionale helseforetak				
732	Regionale helseforetak	76 620 357	84 298 844	102 744 675	21,9
737	Kreftregisteret	80 353	83 808	87 496	4,4
	<i>Sum kategori 10.30</i>	<i>76 700 710</i>	<i>84 382 652</i>	<i>102 832 171</i>	<i>21,9</i>
	Psykisk helse				
742	Kontrollkomisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern	38 859	35 496	37 665	6,1
743	Statlige stimuleringsiltak for psykisk helse	5 325 518	6 385 338	695 668	-89,1
744	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	45 600	51 476	53 741	4,4
	<i>Sum kategori 10.40</i>	<i>5 409 977</i>	<i>6 472 310</i>	<i>787 074</i>	<i>-87,8</i>
	Legemidler				
750	Statens legemiddelverk	157 215	155 203	189 809	22,3
751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak	57 305	59 905	62 541	4,4
	<i>Sum kategori 10.50</i>	<i>214 520</i>	<i>215 108</i>	<i>252 350</i>	<i>17,3</i>
	Omsorgstjenester				
760	Utredningsvirksomhet mv.	13 009	14 588	25 230	73,0
761	Tilskudd forvaltet av Helsedirektoratet	1 224 698	1 318 734	1 960 523	48,7
	<i>Sum kategori 10.60</i>	<i>1 237 707</i>	<i>1 333 322</i>	<i>1 985 753</i>	<i>48,9</i>
	<i>Sum programområde 10</i>	<i>86 901 340</i>	<i>95 756 118</i>	<i>109 788 924</i>	<i>14,7</i>
	Spesialisthelsetjenester mv.				
2711	Spesialisthelsetjenester mv.	2 563 831	2 665 500	3 135 100	17,6
	<i>Sum kategori 30.10</i>	<i>2 563 831</i>	<i>2 665 500</i>	<i>3 135 100</i>	<i>17,6</i>
	Legehjelp, legemidler mv.				
2751	Legemidler mv.	8 520 760	8 690 700	8 956 600	3,1
2752	Refusjon av egenbetaling	3 421 531	3 696 000	3 959 500	7,1
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	4 387 062	4 462 000	5 266 500	18,0
	<i>Sum kategori 30.50</i>	<i>16 329 353</i>	<i>16 848 700</i>	<i>18 182 600</i>	<i>7,9</i>
	Andre helsetiltak				
2790	Andre helsetiltak	616 941	320 000	285 000	-10,9
	<i>Sum kategori 30.90</i>	<i>616 941</i>	<i>320 000</i>	<i>285 000</i>	<i>-10,9</i>
	<i>Sum programområde 30</i>	<i>19 510 125</i>	<i>19 834 200</i>	<i>21 602 700</i>	<i>8,9</i>
	<i>Sum utgifter</i>	<i>106 411 465</i>	<i>115 590 318</i>	<i>131 391 624</i>	<i>13,7</i>

Inntekter fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
Helse- og omsorgsdepartementet mv.					
3700	Helse- og omsorgsdepartementet	2 925			
3703	Internasjonalt samarbeid	27 940	17 500	18 270	4,4
	<i>Sum kategori 10.00</i>	<i>30 865</i>	<i>17 500</i>	<i>18 270</i>	<i>4,4</i>
Folkehelse					
3710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	330 736	245 708	251 886	2,5
3712	Bioteknologinemnda	55			
3715	Statens strålevern	35 808	40 167	41 935	4,4
3716	Statens institutt for rusmiddelforskning	4 074	2 023	2 112	4,4
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet	35 051	46 802	56 802	21,4
	<i>Sum kategori 10.10</i>	<i>405 724</i>	<i>334 700</i>	<i>352 735</i>	<i>5,4</i>
Helsetjeneste					
3720	Helsedirektoratet	39 979	3 630	3 789	4,4
3721	Statens helsetilsyn	2 049			
3722	Norsk pasientskadeerstatning	5 151	1 083	4 631	327,6
3723	Pasientskadenemnda	863		500	
3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	15 004	17 168	17 923	4,4
3725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	53 277	115	120	4,3
	<i>Sum kategori 10.20</i>	<i>116 323</i>	<i>21 996</i>	<i>26 963</i>	<i>22,6</i>
Regionale helseforetak					
3732	Regionale helseforetak	611 613	750 000	2 480 000	230,7
	<i>Sum kategori 10.30</i>	<i>611 613</i>	<i>750 000</i>	<i>2 480 000</i>	<i>230,7</i>
Legemidler					
3750	Statens legemiddelverk	102 657	86 152	115 543	34,1
3751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak	230	164	171	4,3
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet	185 152	256 828	181 828	-29,2
	<i>Sum kategori 10.50</i>	<i>288 039</i>	<i>343 144</i>	<i>297 542</i>	<i>-13,3</i>
	<i>Sum programområde 10</i>	<i>1 452 564</i>	<i>1 467 340</i>	<i>3 175 510</i>	<i>116,4</i>
	<i>Sum inntekter</i>	<i>1 452 564</i>	<i>1 467 340</i>	<i>3 175 510</i>	<i>116,4</i>

Stillinger og årsverk

Kap.	Virksomhet	2007	2008
700	Helse- og omsorgsdepartementet	206,2	202,6
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	557,6	562
715	Statens strålevern	83,20	93,6
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	39,80	40,5
720	Sosial- og helsedirektoratet	483,60	486
	herunder: Pasientombudene	42,55	41
721	Statens helsetilsyn	86,05	89,44
722	Norsk pasientskadeerstatning	80,50	97,1
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	28,92	30,49
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	96,5	123,3
750	Statens legemiddelverk	185,05	204
	Nemndssekretariater mv.	45,73	52,2

Merknader:

I 2007 fikk Kunnskapssenteret tilført en seksjon for kvalitetsutvikling (Gruk-miljøet), Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, og ansvaret for hovedkontoret for Campbell collaboration for perioden 2008–2011. Nemndssekretariater mv. omfatter sekretariatene for Bioteknologinemnda, Dispensasjons- og klagenemnd for behandling i utlandet, Helsepersonellnemnda, Pasientskadenemnda og Vitenskapskomiteen for mattrygghet.

Garantifullmakter

	(i mill. kr)				
	Utbetalt i 2007	Garantiansvar per 31.12.2007	Fullmakt nye garantitilsagn 2008	Forslag nye garantitilsagn 2009	Ramme garantiansvar 2009
Garanti for lån til opprettelse og ombygging av apotek, kap. 751.70	0	10,2	0	0	400,0

Bruk av stikkordet «kan overføres»

Under Helse- og omsorgsdepartementet blir stikkordet foreslått knyttet til disse postene utenom postgruppe 30-49

			(i 1 000 kr)	
Kap.	Post	Betegnelse	Overført til 2008	Forslag 2009
702	21	Spesielle driftsutgifter	2 640	68 716
702	70	Tilskudd	2 943	3 416
703	21	Spesielle driftsutgifter		41 105
703	70	Tilskudd	8 190	18 270
718	63	Rusmiddeltiltak	713	41 956
718	70	Frivillig arbeid mv.	6 443	94 350
719	21	Spesielle driftsutgifter	173	62 199
719	60	Kommunetilskudd		54 898
719	70	Hivforebygging, smittevern mv.	2 810	30 551
719	71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort	687	25 128
719	73	Fysisk aktivitet	504	19 136
719	74	Skolefrukt	1 010	16 753
719	79	Andre tilskudd	2 091	15 950
720	22	Elektroniske resepter	30 542	55 010
726	71	Kjøp av opptrening og helsetjenester	22 851	42 884
727	70	Tilskudd	6 110	56 378
732	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren		8 095
732	70	Tilskudd til helseforetakene	201	619 218
732	72	Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF		38 579 780
732	73	Tilskudd til Helse Vest RHF	1	13 168 191
732	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF		10 044 640
732	75	Tilskudd til Helse Nord RHF		9 012 408
732	78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre		832 312
732	79	Helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte	373	478 048
732	81	Tilskudd til store byggeprosjekter		652 543
743	21	Spesielle driftsutgifter	3 320	23 015
743	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner	88 704	94 900
743	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid	9 204	418 162
743	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress	4 768	114 966
743	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern	6 241	44 625
751	21	Spesielle driftsutgifter	473	11 788
761	60	Tilskudd til omsorgstjenester	2 539	161 584
761	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak	1 503	258 078
761	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv.	2 238	129 044

Anmodningsvedtak

Anmodningsvedtak er omtalt følgende steder i proposisjonen:

Nr.	Dato	Vedtak	Omtale
573 (2000–2001)	12. juni 2001	«Stortinget ber Regjeringen utarbeide særskilte kompetansekrav til frivillige mannskaper som er engasjert i ambulansetjeneste/supplerings-tjeneste f.eks. ved idretts og kulturarrangementer og ulike redningsaksjoner.»	Kap. 732, side 130
342 (2004–2005)	10. mai 2005	«Stortinget ber Regjeringen om å tilrettelegge for forskning på stamceller fra navlestrengsblod, inkludert prosedyrene for oppbevaring og celledeling av materialet, og at det som ledd i slik forskning etableres en biobank til formålet.»	Kap. 701, side 34
372 (2004–2005)	30. mai 2005	«Stortinget ber Regjeringen legge forholdene til rette for å heve norsk kompetanse på legemiddelbehandling til barn gjennom å etablere et nasjonalt tverrfaglig kompetansenettverk.»	Kap. 751, side 183
124 (2006–2007)	6. desember 2006	«Stortinget ber Regjeringen sikre en faglig uavhengig gjennomgang av de ulike metodene som benyttes ved habilitering av barn med hjerneskade, og at Kunnskapscenteret blir tildelt oppgaven.»	Kap. 726, side 99
125 (2006–2007)	6. desember 2006	«Stortinget ber Regjeringen vurdere lovfesting eller regelfesting knyttet til behovene til pårørende, barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige innen rus- og psykiatritjenestene og komme tilbake til Stortinget på en egnet måte.»	Kap. 732, side 130
189 (2007–2008)	3. desember 2007	«Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenesten sikres.»	Kat. 10.60, side 192
192 (2007–2008)	10. desember 2007	«Stortinget ber Regjeringen vurdere hvordan en kan sikre luftambulansen gode landingsmuligheter ved norske sykehus.»	Kap. 732, side 132
392 (2007–2008)	7. mars 2008	«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at tortur- og overgrepsofre via henvisning fra fastlege får utredning om terapi og tannbehandling.»	Kat. 10.20, side 78
393 (2007–2008)	7. mars 2008	«Stortinget ber Regjeringen om å evaluere ordningen med særskilte tiltak rettet mot tannbehandling til rusmiddelavhengige for å se om ordningen fungerer som ønsket.»	Kat. 10.20, side 78
463 (2007–2008)	8. mai 2008	«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at unge med tilbud innenfor BUP i barne- og ungdomspsykiatrien, også etter fylte 18 år, kan beholde sin behandler i de tilfeller der det er etablert et tillitsforhold, og de unge selv ønsker det. Dette bør kunne gis inntil fylte 23 år.»	Kap. 743, side 175
614 (2007–2008)	19. juni 2008	«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det legges til rette for at helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det i enkelttilfeller, skal kunne fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning (jf. Innst. O. nr. 63).»	Kap. 732, side 130

Del II
Budsjettforslaget

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 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
700	Helse- og omsorgsdepartementet	144 730	140 976	148 536	5,4
701	Forskning	174 215	209 006	224 122	7,2
702	Helse- og sosialberedskap	46 541	40 356	72 132	78,7
703	Internasjonalt samarbeid	41 512	53 556	59 375	10,9
	Sum kategori 10.00	406 998	443 894	504 165	13,6

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
01-23	Statens egne driftsutgifter	209 325	209 683	253 742	21,0
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	4 235	4 433	4 615	4,1
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	174 215	209 006	224 122	7,2
70-89	Andre overføringer	19 223	20 772	21 686	4,4
	Sum kategori 10.00	406 998	443 894	504 165	13,6

Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
01	Driftsutgifter	140 495	136 543	143 921
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 235	4 433	4 615
	Sum kap. 700	144 730	140 976	148 536

Helse- og omsorgsdepartementets mål er å utforme en helhetlig og effektiv politikk for helse-tjenester (primærhelsetjenester og spesialisthelse-

tjenester), pleie- og omsorgstjenester, tiltak for rusmisbrukere og å fremme folkehelsearbeidet. Bevilgningen dekker departementets administra-

sjonsutgifter til lønn, drift, større utstyranskaffelser og vedlikehold. Helse- og omsorgsdepartementet er organisert i følgende sju avdelinger:

- Kommunejenesteavdelingen
- Spesialisthelsetjenesteavdelingen
- Folkehelseavdelingen
- Helserettsavdelingen
- Eieravdelingen
- Administrasjonsavdelingen
- Budsjett- og økonomiavdelingen

Departementet har ansvar innenfor følgende hovedområder:

- folkehelse
- primærhelsetjeneste
- spesialisthelsetjeneste
- pleie- og omsorgstjenester
- tannhelse
- psykisk helse
- rus og helse
- habilitering og rehabilitering
- alternativ behandling
- pasientrettigheter
- legemidler
- bioteknologi og bioetikk
- helsemessig beredskap

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

- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Helse Vest RHF
- Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Statens legemiddelverk
- Statens strålevern
- Helsedirektoratet
- Statens helsetilsyn
- Norsk pasientskadeerstatning
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
- Statens institutt for rusmiddelforskning
- AS Vinmonopolet
- Mattilsynet (faglig etatstyring)

- Arbeids- og velferdsdirektoratet (faglig etatstyring)

Følgende nemndsekretariater er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet:

- Sekretariatet for Bioteknologinemnda
- Sekretariatet for Statens helsepersonellnemnd
- Sekretariatet for Dispensasjons- og klagenemnda for behandling i utlandet
- Sekretariatet for Pasientskadenemnda
- Sekretariatet for Vitenskapskomiteen for mattrygghet
- Klagenemnda for Vinmonopolets innkjøp

I sesjonen 2007–2008 er det lagt fram følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:

- Ot.prp. nr. 23 (2007–2008) Om lov om endringer i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven (utvidelse av pasientombudsordningen til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester)
- Ot.prp. nr. 25 (2007–2008) Om lov om endringer i helsepersonelloven og helseregisterloven
- Ot.prp. nr. 26 (2007–2008) Om lov om endringer i helsepersonelloven og alternativ behandlingsloven
- Ot.prp. nr. 58 (2007–2008) Om lov om endringer i legemiddeloven, apotekloven og lov om medisinsk utstyr
- Ot.prp. nr. 66 (2007–2008) Om lov om endringer i lov 9. februar 1973 nr. 6 om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik mv.
- Ot.prp. nr. 81 (2007–2008) Om lov om endringer i pasientskadeloven m.m. (dekking av advokatutgifter og forlengd søksmålsfrist)
- Ot.prp. nr. 82 (2007–2008) Om lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) mv.

Følgende offentlige utredninger er avgitt og lagt fram for departementet i perioden 2007–2008:

- NOU 2008: 2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak.

Kap. 701 Forskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
50	Norges forskningsråd mv.	174 215	209 006	224 122
	Sum kap. 701	174 215	209 006	224 122

Forskning og utvikling har en sentral plass i regjeringens arbeid for utvikling av kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgssektoren. Sektoransvaret innebærer blant annet et overordnet ansvar for forskning innenfor sektoren, herunder å legge til rette for utvikling av langsiktige strategier for kunnskapsoppbygging. Forskningsbasert kunnskap og kompetanse støttes gjennom den langsiktige satsingen i regi av Norges forskningsråd, oppdragsforskning, grunnfinansiering og driftsstøtte til enkelte forskningsinstitutter/forskningsmiljøer. Videre finansieres forskning i helseforetakene og det er en integrert del av arbeidsoppgavene til underliggende etater.

For 2009 foreslås medisinsk- og helse- og sosialfaglig forskning styrket med 6,5 mill. kroner til forskning på rus og det foreslås en overføring av 5,2 mill. kroner fra kap. 743, post 70, til kap. 701, post 50, til forskning på mestring og beskyttelsesfaktorer og tiltak som bidrar til å fremme barn og unges psykiske helse. Det foreslås også en omfordeling av 9,5 mill. kroner til de regionale etiske komiteene som en oppfølging av ny Lov om medisinsk og helsefaglig forskning.

For 2009 er det øremerkede tilskuddet til forskning over kap. 732, Regionale helseforetak, post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, på 445 mill. kroner. Av dette tilskuddet tildeles 60 pst. ut fra oppnådde forskningsresultater. De regionale helseforetakene har valgt å prioritere forskning ut over den statlige øremerkede finansieringen og rapporterte i 2007 på et samlet ressursbruk på om lag 1,5 mrd. kroner for 2006.

Direktefinansiert forskning og driftstilskudd

Direktefinansiert forskning initieres hovedsakelig av departementet for å evaluere og skaffe ny kunnskap til utvikling av innsatsområder. I tillegg gis tilskudd til forskningsmiljøer for at forskningskompetanse på departementets ansvarsområde kan opprettholdes og styrkes. De viktigste tiltakene spesifiseres på utgiftskapitler og poster under. I tillegg kommer forskningsprosjekter mv i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens institutt for rusmiddelforskning og Statens strålevern under henholdsvis kap. 710, kap. 715 og kap. 716.

- Kap. 724 Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak, post 21. Det gis støtte til drift av fire allmennmedisinske forskningsenheter (AFE) knyttet til de medisinske fakultetene ved Universitetene i Bergen, Oslo, Tromsø og Trondheim. Gjennom kapitlet gis også støtte til forskning og drift ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen og til Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) i Tromsø.

Videre gis det støtte til drift og vitenskapelig aktivitet ved Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin ved Universitetet i Tromsø (Nafkam). Departementet har inngått kontrakt med Universitetet i Tromsø og vil ivareta grunnbevilgningen til forskningssentret. Videre støttes forskning og drift av Senter for samisk helseforskning ved Universitetet i Tromsø, lokalisert i Tromsø og Karasjøk.

- Kap. 726 Habilitering og rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige, post 70. Over posten tildeles blant annet midler til det nye Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf), tidligere Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitetet i Oslo. Midlene skal gå til formålene undervisning, kunnskapsutvikling og forskning på kliniske rusmiddelproblemer, særlig medikamentell behandling.
- Kap. 727 Tannhelsetjenesten, post 21/70. Støtte til blant annet drift og forskning ved Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (Bergen), til forskning ved Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom) og forskning ved regionale odontologiske kompetansesentre.
- Kap. 728 Forsøk og utvikling mv., post 21. Støtte til Nasjonalt nettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren (InnoMed). Midlene går til drift av sekretariat, regionale innovasjonsrådgivere og ulike innovasjonsprosjekter.
- Kap. 728 Forsøk og utvikling mv., post 70. Sintef Helse får tilskudd til basisfinansiering av forskningsvirksomheten knyttet til spesialisthelsetjenesten. Det vurderes om Sintef Helse bør innlemmes i den nye finansieringsordningen for instituttsektoren.
- Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) ble vedtatt 5. juni 2008. Det skal utarbeides forskrifter til loven, forvaltningen skal etableres, og loven vil tre i kraft etter 1. juli 2009. Det legges til grunn en årlig utgift på 15 mill. kroner til forvaltning av loven, inkludert 1 mill. kroner til oppgaver som i dag utføres av Helsedirektoratet. I statsbudsjettet for 2008 ble det bevilget 5 mill. kroner til de regionale forskningsetiske komiteene til forberedelse av reformen. For 2009 foreslås det bevilget ytterligere 9,5 mill. kroner til formålet over kap. 271, Universiteter, post 50, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Kunnskapsdepartementet. Av disse foreslås 4,5 mill. kroner flyttet fra basisbevilgningen til regionale helseforetak, jf. omtale side 144. I tillegg foreslås å flytte 0,5 mill. kroner fra Helsedirektoratet, kap. 720,

- post 01, knyttet til overføring av oppgaver annet halvår 2009
- Kap. 737 Kreftregistret. Tilskudd til basisfinansiering av kreftrelatert forskning, jf. omtale under kap. 737, post 70.
 - Kap. 743 Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse, post 70 og post 73. Det bevilges midler til forskning, kompetanse- og kunnskapsutvikling bl.a. gjennom tilskudd til Regionsenter for barn og unges psykiske helse og Senter for studier av problematferd og innovativ praksis, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og Seksjon for selvmordsforskning ved Universitetet i Oslo. Det bevilges også midler over kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt til disse tiltakene.
 - Kap. 761 Tilskudd forvaltet av Helsedirektoratet, post 60. Midlene er en samlepost for oppfølging av den nye kompetanse- og rekrutteringsplanen Kompetanseløftet 2015. I planen ligger blant annet midler til undervisningssykehjem, som er regionale ressursentra med ansvar for undervisning, fag- og kompetanseutvikling og forskning i sykehjemmene og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videre foreslås å styrke kap. 760 post 67 blant annet for å utvikle undervisningshjemmetjenester etter modell av undervisningssykehjem.

Forskning i helseforetakene

Klinisk pasientrettet forskning er et viktig strategisk satsingsområde i alle de regionale helseforetakene. Dette kombinert med et eget øremerket og delvis resultatbasert tilskudd til forskning har gitt økt forskningsaktivitet og prioritering av forskning og forskerutdanning i helseforetakene. Det vises til særskilt omtale under kap. 732, Regionale helseforetak, post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, og årlig melding fra de regionale helseforetakene.

Gjennom en felles femårig strategisk satsing i perioden fra 2007 til 2010, på behovsrevet innovasjon i helsesektoren mellom Nærings- og handelsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, er det lagt til rette for en styrking av behovsrevet innovasjon i helseforetakene.

Forskning og utviklingsarbeid i underliggende etater

Forsknings- og utviklingsarbeid er en integrert del av arbeidsoppgavene til Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens strålevern og Statens institutt for rusmiddelforskning. For nærmere omtale se henholdsvis kap. 710, kap. 715 og kap. 716.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress samler eksisterende mindre kompetansetilbud og skal bidra til en styrking av forskningen på feltet. For nærmere omtale se kap. 743, post 73.

Kunnskapssenteret arbeider blant annet med kunnskapsoppsummeringer av eksisterende forskning. Arbeidsområdet fokuserer på kliniske problemstillinger, som for eksempel diagnostisering, behandling, habilitering, rehabilitering, pleie og forebygging, dvs. tiltak som er rettet mot pasienter/individer. Kunnskapssenterets websider og helsebiblioteket.no er hovedkanalene for kunnskapsformidling og undervisning. Senteret samarbeider med utdanningsinstitusjonene, helsetjenesten og forvaltningen for å styrke kompetansen innen helsetjeneste og forskning. For nærmere omtale, se kap. 725.

Post 50 Norges forskningsråd mv.

Medisinsk-, helse- og sosialfaglig forskning i regi av Forskningsrådet og forskningsinstitusjonene gir kunnskapsgrunnlag for nasjonale forvaltningsoppgaver, beslutninger i politikkkutforming og utvikling av prioriterte fagfelt spesielt og innenfor sektoren.

I rapporteringen fra Norges forskningsråd for 2007 vises at den totale innsatsen innenfor temaområdet helse var på vel 800 mill. kroner. Denne innsatsen omfatter de helsefaglige handlingsrettede programmene, fri prosjektstøtte, store programmer og brukerstyrte innovasjonsprosjekter. Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Forskningsfondet bidrar mest til finansiering av teamområdet helse. Om lag 40 pst. av Forskningsrådets målrettede satsinger til helseforskning finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet. Det forskes på 26 sykdomsgrupper med relevans for bestemte sykdommer og helseplager. Forskningsprosjekt på kreft og psykiske lidelser er de to største gruppene blant disse. Forskning på psykiske lidelser er også den sykdomsgruppen som har økt mest fra 2006, og utgjør 25 pst. av Forskningsrådets tildelinger.

De helsefaglige programmene i Forskningsrådet har hatt høy aktivitet og i 2007 fikk i alt 35 nye prosjekter støtte. Program for Rusmiddelforskning hadde første ordinære utlysning av prosjektmidler samme år. Parallelt ble Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) etablert ved Universitetet i Oslo.

I 2007 ferdigstilte Forskningsrådet dokumentet, Policy for medisinsk og helsefaglig forskning. Dokumentet er styrende for Forskningsrådets arbeid innenfor det medisinske og helsefaglige området. På oppdrag fra Kunnskapsdepartemen-

tet, og i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet, har Forskningsrådet utredet en rapport, Gode biobanker – bedre helse, med forslag til tiltak for en mer effektiv utnyttelse av humane biobanker, helseregistre og helseundersøkelser. Endelig rapport ble avgitt juli 2008.

Bevilgningen for 2009 skal dekke forskningsprogrammer og andre langsiktige satsinger knyttet til helse- og omsorgssektoren. Programmene har normalt en varighet på 4–5 år og gjennomføres i tråd med vedtatte programplaner. Helsedirektoratet representerer Helse- og omsorgsdepartementet i programstyrene.

Gjennom programmene skal blant annet de ulike aktørenes finansieringsansvar samordnes. Regionale helseforetak, universiteter og høyskoler har i første rekke ansvar for å finansiere mindre forskningsprosjekter utført av egne ansatte innenfor alle fagområder. Forskningsrådet skal som hovedregel konsentrere sine tildelinger om større prosjekt.

For 2009 foreslås bevilgningen til Forskningsrådet satt opp 6,5 mill. kroner. I beløpet ligger et forslag om en flytting av 5,2 mill. kroner fra kap. 743, post 70, til kap. 701, post 50, til forskning på mestring og beskyttelsesfaktorer og tiltak som bidrar til å fremme barn og unges psykiske helse.

Folkehelseprogrammet (programperiode 2006–2010)

Programmet skal bidra til å øke kunnskapen om forebyggende tiltak. Prioriterte områder er fysisk aktivitet, kosthold, psykisk helse og sosiale helseforskjeller. Videre skal forskningen på forebygging av tobakksskader videreføres, og områder som alternativ behandling, spilleavhengighet og smittevern prioriteres. Legemiddelepideologisk forskning er et tema innenfor Folkehelseprogrammet.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, skal det legges spesiell vekt på prosjekter som inkluderer problemstillinger knyttet til sosiale helseforskjeller. I Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2010), Nasjonal strategi for KOLS-området (2006–2011), Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006–2010) og Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) er behovet for forskning på kreft, diabetes, KOLS, hjerte- og karsykdommer og fedme, herunder forekomst og forebygging framhevet og er viktige satsingsområder.

Programmet skal fremme forskning av høy kvalitet med vekt på individuelle, sosiale, kulturelle og samfunnsmessige forhold og hvordan effektive virkemidler for å fremme god helse kan utvikles.

Forskning som utnytter data fra helseregistre og befolkningsundersøkelser skal også fremmes.

Program for helse- og omsorgstjenester (programperiode 2006–2010)

Hovedsatsingsområdene i programmet er styring, ledelse og prioritering, organisering og samhandling, brukere i helsetjenesten og komparativ helse-systemforskning.

Forskning som i sterkere grad retter seg mot helse- og omsorgstjenesten i kommunene og forskning som ser på samhandling mellom helse- og omsorgstjenestens ulike nivåer skal prioriteres i programperioden. I 2007 ble fem prosjekter innstilt etter utlysning som fokuserte på ledelse, organisasjon og samhandling innenfor og med den kommunale helse- og omsorgssektoren. Regjeringen har gjennom Omsorgsplan 2015 mål om å styrke forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til omsorgstjenesten. Forskning som fokuserer på de kommunale omsorgstjenestene og dens brukere, samt samspillet med frivillig og familiebasert omsorg bør prioriteres. For nærmere omtale av omsorgstjenesteforskning se omtale av Omsorgsplan 2015 i innledningen til kategori 10.60. De særskilte midlene til omsorgstjenesteforskning, som følger av Omsorgsplan 2015, foreslås videreført med til sammen 20 mill. kroner i 2009. Minst 5 mill. kroner skal knyttes til demens og regjeringens Demensplan 2015, og 6 mill. kroner til oppfølging av de fem nye sentrene for omsorgsforskning.

Det finnes lite nasjonal forskning om styring, ledelse og prioritering i norsk helsetjeneste, og det er stort behov for mer kunnskap. Det er behov for mer kunnskap både om tjenestenes innhold og situasjonen for de som har behov for og mottar tjenestene. Spesielt er det behov for mer kunnskap om tjenestetilbudet til personer med langvarige og sammensatte lidelser og som har et stort hjelpebehov, der spesialisthelsetjenestens oppfølging av den kommunale omsorgstjenesten er av spesielt stor betydning. I denne sammenheng vil også komparative studier av ulike helsesystemer være relevant.

Programmet omfatter videre forskning om effekter av ulike samhandlingsmetoder samt organisatoriske og økonomiske barrierer for samhandling. Hvordan ulike organiserings- og finansieringsmodeller påvirker situasjonen for brukeren omfattes også i programmet. Som en oppfølging av St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, skal det legges spesiell vekt på prosjekter som inkluderer problemstillinger knyttet til tilgjengelighet og bruk og resultat av helse- og omsorgstjenester.

Det er behov for å styrke den universitets- og høyskolebaserte forskningen, og å knytte denne tettere sammen med forskning som foregår i instituttsektoren og i regi av regionale helseforetak. Som oppfølging av Omsorgsplan 2015 ble det i juni 2008 etablert fire nye regionale sentra for omsorgsforskning, fordelt på Høgskolen i Bergen, Universitet i Agder/ Høgskolen i Telemark, Høgskolen i Nord-Trøndelag og Høgskolen i Tromsø. Med dette har vi fått et nasjonalt og regionalt nettverk for kunnskapsutvikling og kompetanseheving i omsorgstjenesten. Helseøkonomimiljøene ved Universitetet i Bergen (Helseøkonomi i Bergen/ Heb) og Universitetet i Oslo (Helseøkonomisk forskningsprogram/Hero) har opparbeidet en stor prosjektportefølje og følger programplanen til og med 2011.

IKT er viktig når det gjelder organisatoriske og ledelsesmessige forhold, for pasientflyt, informasjonsforvaltning og for helsetjenestens økonomi. Programmet for IKT i medisin og helse har bl.a. finansiert et prosjekt for forskning og utvikling av elektroniske pasientjournaler lokalisert ved NTNU med midler fra Helse- og omsorgsdepartementet, Nærings- og handelsdepartementet og Kunnskapsdepartementet.

Program for klinisk forskning (programperiode 2006–2010)

Programmet skal styrke klinisk forskning ved å støtte store kliniske nasjonale og internasjonale studier. Innenfor spesialisthelsetjenesten vil programmet prioritere større kostbare studier på tvers av helseregioner som vanskelig oppnår finansiering gjennom andre tilskudd. Utenfor spesialisthelsetjenesten vil små og mellomstore, praksisnære studier prioriteres. Det skal åpnes for et bredt metodisk tilnæringsgrunnlag. Studier på pasientgrupper og problemstillinger som ikke prioriteres av legemiddelindustrien vil prioriteres. Programmet skal også styrke forskningskompetanse der det er nasjonale behov for kompetanseoppbygging, som for eksempel innenfor allmenntilmedisin, odontologi og alternativ behandling. Forskning på rygg- og nakkelidelser ivaretas gjennom programmet.

I 2007 ble 17 nye prosjekter innvilget støtte, dette gjaldt bl.a. prosjekter innenfor områdene rygg- og andre skjelettlidelser. Flere store randomiserte kliniske studier innen bl.a. hjerte-, og karsykdommer, diabetes, nevrologi, kreft og odontologi samt ett prosjekt innenfor allmenntilmedisin ble også støttet i 2007. Gjennom programmet er det etablert et nasjonalt nettverk for klinisk forskning forankret i de regionale kliniske kompetansesentrene.

Program for miljø, gener, og helse (programperiode 2006–2010)

Programmet skal gi ny kunnskap om miljøfaktorerers positive og negative innvirkning på helsen og samspill med arvelige faktorer. Problemstillinger knyttet til barns helse og utvikling har spesiell prioritet. Miljøfaktorer kan være medvirkende årsak til sykdommer som kreft, luftveissykdommer, hjerte- og karsykdommer, allergier og forstyrrelser i immunsystemet, reproduksjonssystemet og nervesystemet. En del av disse helseproblemene har økende omfang og særlig høy forekomst i Norge. Programmet vil legge vekt på å dekke den totale eksponeringen mennesker er utsatt for, både gjennom utemiljø og innklima. Sentrale temaer er helseskadelige kjemikalier, hormonliknende stoffer, støv og partikler, ulike strålekilder, tobakksrøyk, fukt i bygninger og støv. I tillegg er det store utfordringer på mattrykghetsområdet, blant annet knyttet til helseeffekter av nye matprodukter, som for eksempel genmodifiserte produkter. Det er også utfordringer i forhold til forurensningsproblematikk angående drikkevann. Programmet vil også prioritere forskning på antibiotikaresistens for å få bedre kunnskap om bakgrunnen for at bakterier utvikler resistens, bedre innsikt i bakterienes og resistensfaktorenes spredning til omgivelser, mat, vann, dyr og mennesker.

Program for psykisk helse (programperiode 2006–2010)

Programmets overordnede mål er å bidra til utvikling av relevant kunnskap for å fremme den psykiske helsen. Et viktig delmål er å øke kunnskapen om forholdet mellom psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Det skal satses på forskning innenfor følgende tematiske områdene: barn og unges psykiske helse, sosiale og kulturelle faktorer ved psykisk helse og forskning om alvorlige psykiske lidelser, herunder forskning om psykisk helse og rusmiddelbruk. Nyere internasjonale studier viser at 50–80 pst. av rusmiddelavhengige som er i behandling for rusmiddelbruk også har psykiske problemer. Det er derfor behov for satsing på forskning om sammenhengen mellom rusmisbruk og psykiske lidelser. I 2007 ble programplanen revidert, som en følge av opprettelsen av et eget program for rusmiddelforskning. Rusmiddelbruk er tatt bort som et eget forskningsområde, mens forskning på psykiske lidelser og rusproblemer er beholdt som et tema under området alvorlige psykiske lidelser.

Norges forskningsråd finansierer gjennom programmet 43 prosjekter. Innenfor de prioriterte

områdene skal man fremme tverrfaglig forskning, nasjonalt og internasjonalt samarbeid, forskning på et translasjonsperspektiv og forskning om psykiske aspekter ved somatisk sykdom. Det foreslås å flytte 5,2 mill. kroner fra kap. 743, post 70, Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, til kap. 701, post 50, Norges forskningsråd mv., til forskning på mestring og beskyttelsesfaktorer og tiltak som bidrar til å fremme barn og unges psykiske helse.

Program for global helse- og vaksinasjonsforskning (programperiode for global helse 2004–2010, vaksinasjon fra 2006–2011)

Det er i flere år påpekt at det internasjonalt må settes inn større ressurser til forskning på fattigdomsrelaterte sykdommer. Anslag over den totale ressursinnsatsen som går til medisinsk og helsefaglig forskning har vist at en liten andel av forskningsressursene er rettet mot sykdommer som utgjør hoveddelen av den globale sykdomsbyrden. Regjeringen har som mål å styrke den nasjonale forskningssatsingen rettet mot fattigdomsrelaterte sykdommer. Global helseforskning skal bidra til å øke de norske offentlige og private forskningsinstitusjoners innsats for å løse globale helseproblemer, og bidra til at Norge tar et nasjonalt ansvar for forskning på fattigdomsrelaterte sykdommer som særlig rammer folk i utviklingsland. For å sikre at det norske engasjementet fortsatt skal ha et godt kunnskapsgrunnlag, skal programmet være med å legge til rette for at nasjonale kompetansemiljøer etableres og videreutvikles. Programmet finansieres av Utenriksdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementets kap. 286, Fondet for forskning og nyskaping, post 50. I 2007 ble det startet opp 15 prosjekter innenfor vaksinasjon.

Velferdsprogrammet – aldersforskning (programperiode 2004–2008)

Aldersforskningssatsingen (2002–2012) er en satsing med en tematisk og faglig bredde som omfatter både samfunnsvitenskaplig og helsefaglig forskning. Økt levealder og sterk økning i andelen eldre i befolkningen stiller samfunnet overfor helt nye utfordringer med tverrfaglige problemstillinger og perspektiver. Forskning på samfunnsmessige konsekvenser av aldringen, og økt forståelse for både den biologiske, psykologiske, kulturelle og sosiale aldringsprosessen er i endring, er viktige temaer. Kunnskap om nye eldregenerasjoners holdninger, verdier og preferanser, deres levekår og utdanningsmessige, økonomiske og helsemessige ressurser for å møte alderdommen, står sen-

tralt. Tematisk spenner forskningsprosjektene seg over problemstillinger som basalforskning på aldringsprosesser, nevropsykiatrisk forskning tilknyttet parkinsons sykdom, en intervensjonsstudie i forhold til pasientatferd på sykehjem, en studie av genetiske og metabolske forhold ved demens, velferd og arbeidsliv relatert til eldre og en longitudinell studie om blant annet livskvalitet hos eldre.

Rusmiddelforskningsprogrammet (programperiode 2007–2011)

Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet har bedre kvalitet og økt kompetanse som et av fem hovedmål. Programmet er et viktig bidrag i opptrappingsplanen og har fem prioriterte forskningsområder. Disse er arbeidsliv og rus, rusmiddelrelaterte skader og konsekvenser for tredjepart, tidlig intervensjon, vanedannende legemidler og cannabis. Det er også ønskelig at perspektivet på kjønn, kulturelt mangfold og sosial ulikhet blir ivarettatt.

I november 2007 ble det etablert et nytt rusmiddelforskningssenter tilknyttet Universitetet i Oslo, Senter for rus og avhengighetsforskning (Seraf). Seraf har hovedvekt på klinikknær rusmiddelforskning, og tilbyr i tillegg undervisning og veiledning av mastergrads- og doktorgradsstudenter. Seraf utgjør en hovedpilar i programmet og tildeles om lag 50 pst. av midlene. Etter rusreformen er helsetjenestenes ansvar for forebygging og behandling innenfor rusfeltet blitt større, noe som har skapt et stort behov for forskningsbasert undervisning i helseprofesjonsutdanningene.

Programmet og forskningssenteret skal bidra til forskningssamarbeid og etablering av nye nettverk. Det er viktig at forskningen ses i sammenheng med annen rusmiddelforskning som f.eks. gjøres ved Statens institutt for rusmiddelforskning, Folkehelseinstituttet, regionale helseforetak og øvrige program i Norges forskningsråd. Forskning om rusmiddelbruk, avhengighet og psykisk helse er også et særskilt tema i programmet psykisk helse. Programmet forslås styrket med 6,5 mill. kroner i 2009.

Program for stamcelleforskning (programperiode 2008–2012)

Det er i 2008 etablert et nytt forskningsprogram på stamceller, som er en større satsing både når det gjelder stamceller fra fødte og embryonale stamceller. Programmet omfatter både åpen, konkurransebasert utlysning av forskningsmidler og etablering av et nasjonalt stamcelleforskningssenter i Helse Sør-Øst RHF. Senteret skal ivareta sin nasjonale rolle bl.a. ved å arrangere møter, seminarer og kurs.

Forskning på stamceller fra fødte mennesker har vært et prioritert satsingsområde siden 2002. I 2007 ble det bevilget midler til syv prosjekter for en periode på tre år. Programmets overordnede mål er å utvikle og styrke kompetansen innenfor grunnforskning og klinisk forskning på stamceller med sikte på behandling av alvorlig og kronisk syke pasienter. Gjennom forskning og innovasjon skal programmet bidra til at norske pasienter i framtida kan tilbys stamcellebasert helsehjelp og behandling i Norge som er på høyden med det som tilbys i utlandet. Programmets har følgende prioriterte forskningstemaer: bedre forståelse av basale prosesser knyttet til vekst og differensiering av stamceller, bringe fram celler eller cellelinjer som kan anvendes terapeutisk, bringe fram protokoller for reparasjon av skadet vev eller organ samt bruk av stamceller i utvikling og testing av nye legemidler og toksikologisk screening. Tverrfaglig forskning skal vektlegges.

Forskning på stamceller på navlestrengsblod

Det vises til anmodningsvedtak nr. 342, 10. mai 2005, jf. Innst. S. nr. 175 (2004–2005) til Dokument nr. 8:54 (2004–2005):

«Stortinget ber Regjeringen om å tilrettelegge for forskning på stamceller fra navlestrengsblod, inkludert prosedyrer for oppbevaring og celledeling av materialet, og at det som ledd i slik forskning etableres en biobank til formålet».

Helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet utredet behovet for en nasjonal biobank med stamceller fra ulike kilder, herunder navlestrengsblod. Synspunkter Helsedirektoratet har mottatt viser at stamcelleforskere i Norge foretrekker å benytte ferske stamceller/cellelinjer i sitt arbeid, men at lagrede stamceller/cellelinjer også kan benyttes.

I følge Biobankregisteret er det per 1. mai 2008 registrert seks biobanker basert på navlestrengsblod. I tillegg er det registrert en forskningsbiobank basert på overtallige befruktede egg, ni på placenta og 22 basert på andre, ikke spesifiserte stamcellekilder. Det er i dag ingen legale eller andre formelle hindringer for at en forsker kan opprette forskningsbiobank basert på navlestrengsblod i tilknytning til et prosjekt.

Direktoratet opplyser at det med visse unntak er vanskelig både å isolere, dyrke og differensiere stamceller i laboratoriet. Stamceller krever mye på infrastrukturens side fordi de er så følsomme. Etter direktoratets vurdering er det derfor ikke gitt at

det vil være hensiktsmessig for forskningen verken å oppbevare store mengder frossent stamcellemateriale eller at alle stamcellekilder samles i en biobank. Direktoratet viser til at kostnadene knyttet til opprettelse av større biobanker er betydelige.

Norges forskningsråd har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet utarbeidet rapporten *Gode biobanker – bedre helse som ble avgitt i juli 2008*. Rapportens visjon er at Norske biobanker skal fungere som én nasjonal og felles biobank med desentralisert lokalisering av biologisk materiale. Blant annet anbefales at det opprettes et nasjonalt råd for biobanker og helsedata. På denne bakgrunn bør det på det nåværende tidspunkt ikke etableres en nasjonal biobank for stamceller.

Strategiske satsinger

Strategisk satsing brukes som en betegnelse for aktiviteter som det av en eller flere årsaker ikke er hensiktsmessig å organisere som et eget program. En vanlig årsak er at det øremerkede beløpet er såpass lite at det ikke lar seg forsvare å ha et program med eget programstyre til å forvalte midlene, og/eller at temaet ligger i grenselandet mellom to eller flere pågående program slik at det er ønskelig med samarbeid om/koordinering av en satsning.

Kvinnehelse

Det er behov for å stimulere til en samlet forskningsinnsats på kjønnsforskjeller innenfor temaene sykdomsrisiko, diagnostikk, medisinsk behandling og rehabilitering, legemiddelbruk, helsetjenester og forebygging. Et av hovedmålene i Norges forskningsråds policy for likestilling og kjønnsperspektiver i forskning, er å bidra til integrering av kjønnsperspektiver i nye og pågående programmer og satsinger. For å styrke kunnskapsgrunnlaget, legger Forskningsrådet opp til en kartlegging av kjønnsperspektiver i pågående aktiviteter og programmer i løpet av 2008 og 2009.

Bedre kunnskap om kjønnsforskjeller i helse er en viktig forutsetning i arbeidet med å utvikle og implementere gode forebyggings- og behandlingsstrategier på en rekke områder. Fra 2004 har det vært en strategisk satsing på kvinnehelse gjennom Norges forskningsråd.

I 2007 var det seks forskningsprosjekter med tilskudd fra den strategiske satsingen på kvinnehelse. Disse prosjektene følges opp i flere av helseprogrammene og omhandler blant annet temaene kvinner og osteoporose, sosial ulikhet i kvinners helse, brystkreft og effekten av fysisk aktivitet. Et

prosjekt om kvinners bruk av helsetjenesten ved spiseforstyrrelser ble avsluttet i 2007. I Forskningsrådets totale portefølje var det i 2007 om lag 26 prosjekter med spesifikk relevans for kvinnehelse. Kjønnsperspektiver er adressert i alle aktuelle programplaner med klare føringer om at dette skal ivaretas i forskningsprosjektene. Valide kjønns spesifiserte resultater er særlig viktig i store kliniske studier. Program for klinisk forskning finansierte seks store kliniske studier i 2007 som alle hadde både kvinner og menn inkludert.

Kreftforskning

Kreft er, etter hjerte- og karsykdommer, den hyppigste dødsårsaken i Norge. Det er et stort potensial for utvikling av ny og mer effektiv diagnostikk og behandling, samt økt forskning som sikrer overføring av forskningsresultater mellom basalforskning og helsetjeneste (translasjonsforskning). I Nasjonal kreftplan (1998–2003) ble det utarbeidet en strategi for offentlig kreftforskning i regi av Forskningsrådet. Fra 2002 er det bevilget om lag 20 mill. kroner årlig til prosjekter innenfor kreftforskning I perioden har det vært fokusert på prosjekt med integrerte biologiske og kliniske problemstillinger, epidemiologiske prosjekt og kliniske prosjekt innenfor diagnose og behandling. Det har vært stor produksjon av vitenskapelige publikasjoner av høy kvalitet og flere patenter er utviklet gjennom prosjektene. Det er behov for en strategisk satsing på kreftforskning i tråd med føringene i Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009). I tråd med føringene i Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009) ble satsingen på kreftforskning videreført i en ny treårsperiode fram til 2010, samt at tilskuddet på 20 mill. kroner videreføres i samme periode.

Forskningsrådet finansierer også forskning av relevans for kreftområdet utenfor den strategiske satsingen.

EUs strålevernprogram

Forskningsprogrammet til Euratom er en del av EUs rammeprogram for forskning, men omfattes ikke av EØS-avtalen. Norge har deltatt på prosjektbasis innen forskningsprogrammer fra tredje rammeprogram (1989). EUs sjette rammeprogram for forskning blir videreført i sjuende rammeprogram. EU har tidligere åpnet for at Norge kan delta på prosjekt-til-prosjektbasis innen forskningsprogrammene. EUs sjuende rammeprogram er vedtatt i EU. I henhold til utkast til deltakelsesregler, vil Norge kunne delta på samme premisser som under sjette rammeprogram. Euratoms forsknings-

aktiviteter er svært omfattende, men fra norsk side er forskning på strålevern og avfallshåndtering mest relevant. Deltakelsen samfinansieres av Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Utenriksdepartementet, Nærings- og handelsdepartementet og Fiskeri- og kystdepartementet. I 2007 er det i stor grad satset på medisinsk strålebruk og strålingsbiologi i Euratoms arbeidsprogram. Dette er tematikk norske forskere tradisjonelt ikke har vært involvert i. I den ene utlysningen i 2007 var det en norsk søknad, denne fikk avslag i EU.

Evalueringer

Mammografiprogrammet

Mammografiprogrammet er et tilbud hvor alle kvinner mellom 50 og 69 år blir invitert til å delta på mammografiundersøkelse hvert annet år. Formålet er å kunne påvise eventuell brystkreft på et så tidlig stadium at effektiv behandling kan settes i verk og dødeligheten reduseres. Det er behov for å evaluere hvorvidt mammografiprogrammet har oppfylt intensjonene og formålet, samt å danne et faglig grunnlag for en eventuell utvidelse av mammografiprogrammet til også å gjelde andre aldersgrupper. En faglig styringsgruppe ble oppnevnt i 2007. Gruppen har utarbeidet et mål- og rammedokument som blant annet inneholder de overordnede målsettingene for evalueringen. Hovedformålet med evalueringen er å undersøke om programmet oppfylder intensjonene. Det er satt som et hovedmål for Mammografiprogrammet at det skal oppnå en 30 pst. reduksjon av dødelighet av brystkreft blant de kvinner som er invitert til deltakelse. Evalueringen vil også undersøke organiseringen av mammografiprogrammet og aspekter ved kostnutt. 3,5 mill. kroner foreslås videreført til den forskningsbaserte evalueringen som administreres av Norges forskningsråd, og planlegges gjennomført i perioden 2007–2010

Opptrappingsplanen for psykisk helse

På oppdrag fra departementet er Norges forskningsråd i ferd med å slutføre evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Evalueringen omfatter brukertilfredshet/brukerdeltakelse/brukerbasert evaluering av tjenester, levekår, utbygging og organisering av kommunale tjenester, tilgjengelighet for barn og ungdom til kommunens psykiske helsearbeid og psykisk helsevern, befolkningens kunnskap om og holdninger til psykisk helse og lidelser, kompetanseutvikling/rekruttering/utdanningskapasitet og Opptrappingsplanens betydning for bruk av tvang innen

psykisk helsevern. Noen av delprosjektene ble avsluttet i 2007. Flere av disse avsluttende prosjektene omhandlet utdanning, kompetanse, utdanning og rekruttering av fagpersonell. Også innen brukerdeltakelse og brukermedvirkning kom det sluttrapporter i 2007. Rapportene har vært av stor betydning for den fortløpende vurderingen av psykisk helsefeltet. Evalueringen avsluttes i 2008 og vil bli oppsummert i en egen sluttrapport. Forskningsrådets evaluering vil være en del av kunnskapsgrunnlaget for de prioriteringene som gjøres etter Opptappingsplanens avslutning.

skapsgrunnlaget for de prioriteringene som gjøres etter Opptappingsplanens avslutning.

Merknad til budsjettforslaget

Bevilgningen foreslås satt opp 6,5 mill. kroner til rusforskning. Bevilgningen foreslås videre satt opp 5,22 mill. kroner mot at kap. 743, post 70, settes ned tilsvarende. Utgiftene foreslås redusert med 5,8 mill. kroner, slik at bevilgningen samlet foreslås satt opp 5,92 mill. kroner.

Kap. 702 Helse- og sosialberedskap

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	45 529	37 084	68 716
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	1 012	3 272	3 416
	Sum kap. 702	46 541	40 356	72 132

Formålet med helse- og sosialberedskapen er å bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester ved kriser, katastrofer og krig. Helse- og omsorgssektoren er en beredskapsorganisasjon, som er beskrevet i Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan.

Hovedprioriterte områder i 2009 er:

- å styrke krisehåndteringen i helse- og sosialtjenesten
- å styrke atomberedskapen og beredskap mot biologiske og kjemiske hendelser (abc-beredskap), herunder beredskap mot pandemisk influensa
- å arbeide for en robust forsyningssikkerhet i helsetjenestene og næringen
- å styrke det sivilmilitære og internasjonale samarbeidet på området

Tiltak følges opp som del av regjeringens arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap og finansieres primært over ordinære driftsbudsjetter. Det vises særlig til kapitlene 703, 710, 715, 719, 720, 732 og 750. Denne bevilgningen omfatter særskilte beredskapstiltak og delfinansiering av tiltak. For å gi en helhetlig framstilling av beredskapsarbeidet i sektoren er også tiltak dekket over ordinære driftsbudsjetter omtalt her.

Styrket krisehåndteringsevne i helse- og sosialtjenesten

Lov om helsemessig og sosial beredskap og annen helse- og sosiallovgivning, bl.a. smittevernloven, matloven og strålevernloven pålegger kommunesektoren, regionale helseforetak og staten å ha beredskapsplaner for å sikre forsvarlige helse- og sosialtjenester ved kriser, katastrofer og krig. Sykehus, vannverk, Mattilsynet og næringsmiddel-laboratorier har selvstendig planplikt.

Alle regionale helseforetak og helseforetak har overfor Helsetilsynet bekreftet å ha planer etter lov om helsemessig og sosial beredskap. 427 av landets 430 kommuner har per september 2008 opplyst å ha slike beredskapsplaner. Alle regionale helseforetak og alle kommuner, med ett unntak, har beredskapsplaner iht. smittevernloven. Helsedirektoratet og Helsetilsynet erfarer likevel at det fortsatt er behov for å videreutvikle kvaliteten på eksisterende planverk, bl.a. risiko- og sårbarhetsanalyser, samhandlingsprosedyrer, planer for forsyningssikkerhet av legemidler og materiell, samt øvelse av planverket.

Helsedirektoratet, Statens strålevern og fylkesmennene gir råd og veiledning til kommuner og helseforetak og bistår dem med tilretteleggelse av øvelser og andre kompetansetiltak for å medvirke til at kommunene og helseforetakene utvikler kvaliteten på sine planer i tråd med lovpålagte krav.

Om lag 70 pst. av vannverkene i Norge har rapportert til Mattilsynet at de har beredskapsplan etter lov om helsemessig og sosial beredskap og matloven. Planenes kvalitet varierer. De fleste av vannverkene i Norge er små og forsyner færre enn 500 personer. Hovedtyngden av befolkningen mottar vann fra store vannforsyningssystemer der beredskapsplanene er av bedre kvalitet.

Mattilsynet følger opp vannverk for å bidra til at de har lovpålagte beredskapsplaner. Mattilsynet har utarbeidet en handlingsplan hvor de i 2008 skal føre tilsyn med alle godkjenningspliktige vannverk og et utvalg av de øvrige vannverkene og gjennomføre en nasjonal drikkevannskampanje.

Gjennomføring av Forordning (EF) nr. 882/2004 Kontrollforordningen stiller krav til Mattilsynet om å ha dokumenterte beredskapsplaner, en effektiv beredskapsorganisasjon, avholde øvelser og ha administrative støttesystemer. Overvåkingsorganet ESA har jevnlig inspeksjoner for å se hvordan norske myndigheter etterlever sine EØS-forpliktelser. Kontrollforordningen ventes å bli en del av norsk rett i løpet av 2008.

Departementet har – på basis av innspill fra berørte fagmiljøer – fastsatt Rutiner for etablering og utsendelse av helseteam ved kriser i utlandet og reviderer i 2008 Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan.

Sektoren har deltatt aktivt i øvelsesaktivitet bl.a. en samhandlingsøvelse for alle nivåene i sektoren med pandemiscenario (november 2007) og en årlig øvelse for departementene (desember 2007). Statens strålevern vil, på oppdrag fra departementet, arrangere en rekke strålevernøvelser høsten 2008.

Mål for 2009 er å få kommunene og spesialisthelsetjenesten til å utvikle kvaliteten på sine beredskapsplaner, utvikle samhandlingen i egen sektor og overfor andre sektorer bl.a. ved å utvikle samarbeidsavtaler og prosedyrer, samt gjennomføre kompetansetiltak og øvelser på alle nivåer.

Styrket abc-beredskap, herunder pandemiberedskap

Helsemyndighetene har siden 2001 utviklet beredskapen mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser, bl.a. overvåknings-, måle- og analysekapasiteter, kompetanse, innsatsteam og legemiddellagre. Helsemyndighetene har rapportert at Landsfunksjonen for behandling av abc-skader ved Ullevål Universitetssykehus HF utvikles i tråd med departementets godkjenningsbrev fra 2005. Departementet har i 2008 fastsatt en nasjonal beredskapsplan ved utbrudd av kopper. Helsemyndighetene og Nasjonalt folkehelseinstitutt vurderer i den forbin-

delse behov for oppgradering av beredskapslaget av koppevaksine.

Kriseutvalget for atomberedskap er kommet langt med å koordinere planer, jf. kgl.res. av 17. februar 2006. En arbeidsgruppe nedsatt av departementet har gjennomgått sektorens beredskap mot biologiske og kjemiske hendelser.

Helsemyndighetene har gjennomført flere tiltak mot utbrudd av pandemisk influensa, i tråd med anbefalingene fra Verdens helseorganisasjon og EU. Departementet fastsatte tredje versjon av Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa 16. februar 2006. Planen gir rammer for alle departementenes beredskapsplanlegging, men har hovedvekt på helse- og sosialsektoren. Planen ble øvet under Helseøvelsen 2007, som er nevnt over.

Som ledd i pandemiberedskapen har helsemyndighetene kjøpt inn og holder et lager av antivirale legemidler. Helsemyndighetene forvalter lageret og sørger sammen med berørte parter for logistikk og kompetansetiltak knyttet til distribusjon av antivirale i en pandemisituasjon. Helsemyndighetene har i 2008 inngått en ny leveranseavtale for kjøp av pandemivaksine, jf. St.prp. nr. 59 (2007–2008) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2008. Folkehelseinstituttet forvalter avtalen og sørger sammen med berørte parter for logistikk og kompetansetiltak knyttet til distribusjon av vaksiner.

Med hjelp fra European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) foretok en arbeidsgruppe med deltakere fra den sentrale helseforvaltningen en gjennomgang av norsk beredskap mot pandemisk influensa i 2007. Gruppens rapport viser at planleggingsarbeidet i Norge er kommet godt i gang. Rapporten trekker fram en rekke positive forhold ved den norske pandemiberedskapen. I rapporten pekes det også på flere områder hvor norske myndigheter bør forsterke innsatsen hvorav planlegging for pandemisk influensa i andre sektorer enn i helsesektoren er ett av områdene. Departementet arbeider med en oppfølging av rapporten. Ett sentralt tiltak er revisjon av Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa. Revisjonen tar utgangspunkt i overnevnte gjennomgang, erfaringer fra øvelser, samt kunnskapstilfanget i de to årene som har gått siden planen sist ble revidert. Sivil nasjonal øvelse i 2009, som Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap vil gjennomføre i samarbeid med helsemyndighetene, vil rette oppmerksomheten mot pandemiberedskap. Formålet med øvelsen er å øve tverrsektorielle utfordringer på flere nivåer, jf. St.meld. nr. 22 (2007–2008).

Mål for 2009 er å videreutvikle tiltak mot pandemisk influensa. Landsfunksjonen for abc-skader

ved Ullevål universitetssykehus HF skal videreutvikles. Departementet vil vurdere oppfølging av gjennomgangene av sektorens beredskap ved biologiske og kjemiske hendelser.

Robust forsyningssikkerhet av legemidler, materiell og utstyr

Kommuner, regionale helseforetak og helseforetak har ansvar for egen forsyningssikkerhet. De skal som ledd i sin beredskapsplanlegging etter lov om helsemessig og sosial beredskap ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler for å sikre forsvarlige tjenester ved kriser, katastrofer og krig.

Etter oppdrag fra departementet arbeider samtlige regionale helseforetak med å innarbeide beredskapshensyn i logistikksystemer og leveranseavtaler. Regionale helseforetak har i henhold til årlig melding for 2007 satt i verk tiltak og holder på med aktiviteter for å ivareta forsyningssikkerhet og god beredskap. Regionale helseforetak følger opp tiltak for å innarbeide forsyningsberedskap i leverandøravtaler. Arbeidet foregår internt i den enkelte region og i et interregionalt samarbeid.

Apotekene har etter apotekloven leveringsplikt for forhandlingspliktige varer. Grossistforskriften fastslår grossistenes plikt til å føre det utvalg av legemidler som etterspørres i det norske markedet, og at de som hovedregel skal kunne levere legemidlene innen 24 timer. Statens legemiddelverk forvalter legemiddeloven og apotekloven. Ny EU-lovgivning pålegger legemiddelfirmaer med markedsføringstillatelse meldeplikt om midlertidig eller permanent avbrudd i legemiddelforsyningen til myndighetene. Når EU-lovgivningen tas inn i EØS-avtalen vil ny legemiddelforskrift, som bl.a. innfører meldeplikten i Norge, fastsettes. Statens legemiddelverk har, i mellomtiden, i samarbeid med Legemiddelindustriforeningen innført ordningen på frivillig basis.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for nasjonal vaksineforsyning og holder et beredskapslager av vaksiner, immunglobuliner og sera. Det vises også til omtale av instituttets vaksineberedskap under kap. 710.

Som et supplement til helsetjenestenes og næringens beredskap forvalter Helsedirektoratet avtaler med grossister om nasjonale beredskapslagre av legemidler og medisinsk forbruksmateriell. Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere arbeidet med forsyningssikkerhet på legemiddelområdet i nært samarbeid med Statens legemid-

delverk, Nasjonalt folkehelseinstitutt, de regionale helseforetakene og kommunene (gjennom fylkesmennene). Direktoratets ansvar omfatter bl.a. å utarbeide nasjonale retningslinjer for sektorens forsyningssikkerhet av legemidler og foreta vurderinger av beredskapen på området, jf. Nasjonal helseplan 2007–2010. Legemidler, medisinsk utstyr og forbruksmateriell produseres i liten grad i Norge, og lagrene i norske distribusjonsledd holdes på lavt nivå. Ifølge direktoratet har grossister og apotek i gjennomsnitt en lagerbeholdning på to til tre ukers forbruk hver.

I 2009 vil Helsedirektoratet sammen med Statens legemiddelverk, Nasjonalt folkehelseinstitutt, regionale helseforetak, kommunesektoren og andre berørte aktører, videreføre arbeidet med å utvikle en sammenhengende forsyningssikkerhet i sektoren i tråd med Nasjonal helseplan 2007–2010.

Internasjonalt helseberedskapssamarbeid

En rekke helseberedskapsutfordringer er av internasjonal karakter. Norge deltar derfor i Verdens helseorganisasjon (WHO) og Det internasjonale atomenergibyråets (IAEA) globale samarbeid om overvåking, analyse, varsling og reaksjonsformer ved utbrudd av smittsomme sykdommer og strålingsrelaterte hendelser. Norge samarbeider også med Nato og EU på dette området, og deltar i EUs senter for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC) i Stockholm. Nordisk helseberedskapsavtale omfatter gjensidig informasjonsutveksling og assistanse ved kriser og katastrofer. Også på matområdet deltar Norge i alle relevante varslingsssystemer.

Mål for 2009 er å videreutvikle nordisk samarbeid om håndtering av kriser og katastrofer i utlandet, pandemisk influensa og andre scenarier. Det er et mål å gjennomføre WHO's internasjonale helseregelment samt bidra til å utvikle samarbeidet innenfor og mellom WHO, EU, IAEA og Nato.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen foreslås satt ned 2 mill. kroner som følge av reduserte kostnader knyttet til etablering av forsyningsberedskap for legemidler mot pandemisk influensa.

Bevilgningen foreslås satt opp 32 mill. kroner for å dekke ny leveranseavtale for kjøp av pandemi-vaksine jf. St.prp. nr. 59 (2007–2008) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2008.

Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	23 301	36 056	41 105
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 60</i>	18 211	17 500	18 270
	Sum kap. 703	41 512	53 556	59 375

Formålet med det internasjonale helsesamarbeidet er å bidra til å løse utfordringer på tvers av landegrensene, utveksle kunnskap, utvikle ordninger for effektiv forebygging og sykdomsbekjempelse nasjonalt og bidra til å bedre helsesituasjonen i Norges nærområder og andre deler av verden.

Internasjonalt samarbeid er integrert i de ulike fagområdene og finansieres primært over ordinære driftsbudsjetter. Bevilgningen over kap. 703 går i hovedsak til kontingenter til programmer og deltakelse i byråer knyttet til EØS-avtalen og til European Observatory on Health Systems and Policies. For å ivareta en helhetlig framstilling er alle hovedområdene i det internasjonale arbeidet omtalt her.

Norge gir betydelige bidrag til WHO i form av kontingent og frivillige bidrag. Bidragene er i stor grad bistandsmidler over Utenriksdepartementets budsjett. Tiltak under Barentssamarbeidet og Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor rammen av Den nordlige dimensjon skjer med prosjektmidler bevilget over Utenriksdepartementets budsjett, jf. kap. 3703.

Hovedprioriteringer for 2009:

- følge opp og medvirke i utviklingen i EU på helse- og mattrygghetsområdet og prioriteringene som er nedfelt i Helse- og omsorgsdepartementets europastrategi
- ivareta sentrale helse- og utviklingspolitiske målsettinger gjennom arbeidet i WHO og støtte WHOs helsefremmende arbeid
- videreutvikle nordisk samarbeid på helse- og mattrygghetsområdet for blant annet å styrke den nordiske plattformen i EU og WHO
- utvikle helsepolitiske satsinger i nærområdene gjennom multilateralt og bilateralt samarbeid under norsk nordområdepolitikk

EU/EØS

Helsetilbudet til befolkningen er et nasjonalt ansvar for EUs medlemsland. Det er likevel et utstrakt helsefaglig samarbeid innenfor EU som Norge deltar i hjemlet i EØS-avtalen.

Norge deltar i EUs tredje generasjon av helseprogram (2008– 2013) gjennom representasjon i

programkomiteen og deltakelse i arbeidsgrupper. Norske fagmiljøer deltar i flere prosjekter. Bevilgningen dekker kontingent for deltakelsen samt kostnader til to nasjonale eksperter ved EU-kommisjonen knyttet til programmet. Norges deltakelse er fastsatt i en egen stortingsproposisjon om programdeltakelsen, St.prp. nr. 36 (2007– 2008).

Norge følger opp EUs regelverksutvikling på mattrygghetsområdet ved å gjennomføre 50–100 rettsakter i norsk rett årlig på Helse- og omsorgsdepartementets område. Norge deltar i den faste komite for næringsmiddelkjeden og dyrehelsen og i flere arbeids- og ekspertgrupper under Europakommisjonen for å påvirke innholdet i nytt regelverk. En nasjonal ekspert på mattrygghetsfeltet finansieres over dette kapitlet. Norge arbeider med gjennomføring av forordning (EF) nr. 178/2002 om allment næringsmiddelregelverk og om opprettelse av Den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet, European Food Safety Authority (Efsa). Gjennomføring av forordningen vil sikre formell norsk deltakelse i Efsa. Norge har siden opprettelsen av Efsa deltatt i organets rådgivende utvalg som observatør. Norsk deltagelse i Efsa er fastsatt i stortingsproposisjon om næringsmiddelregelverket og Efsa, St.prp. nr. 47 (2007–2008).

Det arbeides også med gjennomføring av EUs regelverk om hygiene og kontroll ved produksjon og omsetning av mat. En stortingsproposisjon om dette regelverket ble lagt fram for Stortinget samtidig med proposisjonen om Efsa, henholdsvis St.prp. nr. 46 (2007–2008) og nr. 47 (2007–2008). Stortinget samtykket i begge proposisjonene.

Annet regelverk det arbeides med å få innlemmet i EØS-avtalen er EUs regelverk for ny mat, genmodifiserte næringsmidler og fôrvarer. Det vil bli lagt fram en stortingsproposisjon om disse rettsaktene når sakene er avklart gjennom beslutning i EØS-komiteen.

Norge deltar aktivt i EUs gjennomgang av regelverket for merking av matvarer. Kommisjonen har kommet med et forslag om å slå sammen merke- og næringsdeklarasjonsdirektivet til en ny forordning om matinformasjon. Forslaget er til behandling i Rådet og Parlamentet. Norge arbeider

med å påvirke forslaget da det på enkelte punkter ikke er i tråd med norske synspunkter. Videre deltar Norge aktivt i oppfølging av EUs hvitbok om kosthold og fysisk aktivitet, blant annet gjennom deltakelse i High Level Group on Nutrition and Physical Activity.

Norge deltar i EU-byrået for godkjenning av legemidler European Agency for Evaluation of Medicinal Products (Ema) og byråets ekspertkomiteer. Norske representanter deltar i utvalg og komiteer innenfor områdene legemidler og medisinsk utstyr. En nasjonal ekspert på legemiddeldområdet finansieres over dette kapitlet.

Europakommisjonen la i juli 2008 fram et forslag til direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester. Kommisjonen ønsker å klargjøre hvordan reglene om fri bevegelse i det indre marked skal virke i helsesektoren og å styrke samarbeidet mellom helsesystemene i medlemslandene.

Som et resultat av EUs alkoholpolitiske strategi er det blitt etablert et alkoholpolitisk forum med deltakelse fra berørte interesser. Norge deltar i en fast ekspertkomite for å følge implementeringen av strategien.

Norge er medlem i EUs narkotikaovervåkings-senter The European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Medlemskapet bygger på en bilateral avtale. Norge er fullverdig medlem, men uten stemmerett i styret. Senteret samler inn og analyserer data, driver utviklingsarbeid for å forbedre sammenliknbarheten av data på tvers av grenser og formidler og distribuerer informasjon. Bevilgningen dekker kontingenten for deltakelse i EMCDDA. EU-kommisjonen ønsker dialog med innbyggere om EUs narkotikapolitikk og har i samarbeid med EMCDDA innledet en konsultasjonsprosess som er berørt av problemstillingene knyttet til narkotikamisbruk. De innsamlede data vil bli brukt som grunnlag for videre politikkutvikling på narkotikaområdet.

Efta-landene deltar i EUs narkotikaprogram Drug Prevention and Information 2007–2013. Deltakelse gir Norge en bedre anledning til å følge med i og påvirke EUs narkotikasamarbeid. Programmet støtter prosjekter som kan bidra til å forebygge og redusere avhengighet og skadevirkninger ved bruk av narkotiske stoffer. Bevilgningen dekker kontingent for deltakelse i programmet. Norges deltakelse er fastsatt i en egen stortingsproposisjon om programdeltakelsen, St.prp. nr. 35 (2007–2008).

EU-landene samarbeider om beredskap mot terror med bruk av abc-midler gjennom Health Security Committee (HSC). Norge deltar i samarbeidet, bl.a. i nettverk for informasjon og varsling

relatert til bruk av abc-midler og arbeidsgrupper for utvikling av felles standarder og krisehåndteringsverktøy. Under HSC er det opprettet tre nye arbeidsgrupper som arbeider med abc-beredskap, generisk beredskap og influensaberedskap.

EUs senter for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC) i Stockholm har bidratt til å styrke beredskapen mot smittsomme sykdommer og bioterrorisme. ECDC er bl.a. ansvarlig for smittevernovervåkning, varsling og vitenskapelig basert rådgivning om håndtering av sykdomsutbrudd. Norge deltar i senterets aktiviteter og styrende organer.

Gjennom EØS-finansieringsordningene bidrar Norge med nærmere 10 mrd. kroner i perioden 2004–2009. Formålet er å bidra til de nye medlemslandenes økonomiske og sosiale integrasjon. Helse er en av de prioriterte sektorene. Finansieringsordningene bør også bidra til styrking av bilaterale forbindelser. Departementet legger vekt på å bidra aktivt til utvikling av prosjekter og partnerskap med de aktuelle landene.

Det vil være en utfordring i 2009 knyttet til norsk deltakelse i EUs helsepolitiske fora da Kommisjonen har foretatt en omorganisering av komitestrukturen. En konsekvens av dette er at noe av arbeidet vil foregå i komiteer og arbeidsgrupper under Rådet hvor Norge ikke har adgang.

Verdens helseorganisasjon (WHO)

FN står sentralt i Norges internasjonale engasjement. Verdens helseorganisasjon (WHO), som en av FNs største særorganisasjoner, er en sentral arena for Norges helsepolitiske og helsefaglige engasjement. Helse- og omsorgsministeren representerer Norge i WHOs styrende organer.

I 2008 vedtok Verdens helseforsamling en handlingsplan for ikke-smittsomme sykdommer. Norge deltok aktivt i utvikling av handlingsplanen og følger spesielt opp arbeidet med anbefalinger om ansvarlig markedsføring av mat og ikke-alkoholholdig drikke til barn og unge. Arbeidet med slike anbefalinger er også en viktig del av oppfølgingen av WHOs globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse og Europaregionens aktiviteter på området.

Sammen med de øvrige nordiske landene bidro Norge til at Verdens helseforsamling i 2008 vedtok en resolusjon som gir grunnlag for å utarbeide en strategi mot skadelig bruk av alkohol.

Norge deltar aktivt i gjennomføring av WHO/UNECE-protokollen om vann og helse. Departementet deltar også i arbeidet i Codex Alimentarius-kommisjonen, WHOs og FAOs felles organisasjon for internasjonale matvarestandarder.

WHO har i 2008 satt klima og helse høyt på agendaen, et arbeid som følges opp i WHO globalt og WHO Euro. WHO er en pådriver for en prosess om miljørettede helseproblemer i Europa. Det er avholdt fire ministerkonferanser om miljø og helse med fem års mellomrom. Norge har fulgt disse prosessene aktivt og deltar nå inn i forberedelsene av den neste ministerkonferansen i 2009 i et samarbeid mellom berørte departementer under ledelse av Helse- og omsorgsdepartementet. Norge er representert i European Environment and Health Committee (EEHC) under WHO's Europakontor og ivaretar fra 2008 lederansvaret for helse.

Norge har deltatt aktivt i de internasjonale forhandlingsrundene om folkehelse, innovasjon og immaterialrett, som i hovedsak ble slutført under Verdens helseforsamling i 2008. Målet med forhandlingene er å øke tilgang til samt å redusere prisene på legemidler mot sykdommer som særlig rammer fattige land.

I regi av WHO pågår det et arbeid for å styrke det internasjonale samarbeidet mot pandemisk influensa gjennom å styrke det globale influensanettverket (GISN) og ved å arbeide for et rettferdig, åpent og likeverdig system for deling av influensavirus med pandemisk potensial mellom alle verdens land. Norges hovedmål er et globalt smittevern med tilgang for alle. En forutsetning for dette er umiddelbar deling av virus gjennom etablerte FN-kanaler.

Det pågår et arbeid i WHO med sikte på å skape enighet om å unngå aktiv rekruttering av helsepersonell fra fattige land som selv har et underskudd på helsepersonell. Det legges opp til at et forslag om en resolusjon for etisk rekruttering skal behandles under Verdens helseforsamling i 2009.

Norge har gjennomført hoveddelen av det internasjonale helsereglementet (IHR 2005) i norsk rett og arbeider med den resterende implementeringen. Reglementet gir retningslinjer for varsling og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse. Nasjonalt folkehelseinstitutt er nasjonalt IHR-kontaktpunkt.

Departementet har i samarbeid med relevante departement foretatt en gjennomgang av det internasjonale narkotikasamarbeidet i 2008. Dette vil følges opp 2009. Norge deltar aktivt for realistiske politiske retningslinjer med konkrete anbefalinger for medlemslandenes narkotikapolitikk.

Mål for 2009 er å bidra til et målrettet og samlet norsk engasjement i WHO. Det legges vekt på oppfølging og implementering av rammekonvensjonen for tobakkskontroll, den globale strategien for kosthold og helse, handlingsplan for ikke-smitt-

somme sykdommer, strategien for folkehelse, innovasjon og immaterialrett, helsesystemutvikling, helsepersonell, klima og helse, det internasjonale helsereglementet, handlingsplanen for barns miljø og helse, samt arbeidet en strategi mot skadelig bruk av alkohol. Det legges videre vekt på arbeidet under protokollen for vann og helse der Norge i innværende periode sitter i byrået for protokollen. Under protokollen er det opprettet en finansieringsmekanisme hvor formålet er å samordne midler til konkrete prosjekter, først og fremst i Øst-Europa.

Nordisk Ministerråd

Norge deltar aktivt i arbeidet under Nordisk Ministerråd på helseområdet. Norge bidrar til en rekke nordiske prosjekter som Nordisk Ministerråd støtter bl.a. e-helse og telemedisin, legemidler, helseberedskap, miljømedisin, alkoholpolitikk, narkotikamisbruk, merking av matvarer, kjøttkontroll og samarbeid med Nordvest-Russland og de baltiske landene.

Som et ledd i moderniseringen av Nordisk Ministerråd besluttet de nordiske sosial- og helseministrene i juni 2008 den framtidige institusjonsstrukturen. Endelig vedtak treffes av samarbeidsministrene høsten 2008, og ny institusjonsstruktur skal tre i kraft 1. januar 2009. Vedtaket innebærer etablering av en ny institusjon på det sosiale området med styre i Stockholm, hvor Nordisk samarbeidsorgan for handikapspørsmål, Nordisk utviklingssenter for hjelpemidler og Nordisk utdanningssenter for utvikling av sosial service inngår. Nordisk senter for alkohol- og narkotikaforskning og Nordisk utdanningssenter for døvblinde omdannes til datterinstitusjoner under den nye institusjonen. Nordisk høgskole for folkehelsevitenskap i Gøteborg består som institusjon på helseområdet. Det ble videre besluttet at landene skal samarbeide mer om små, sjeldne kreftsykdommer, samt psykisk helse for barn og unge.

Nordisk helseberedskapsavtale knytter helseberedskapssamarbeidet til det nordiske samarbeidet under Nordisk Ministerråd.

Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk har i 2008 prioritert oppfølgingen av den nordiske handlingsplanen for bedre helse og livskvalitet gjennom mat og fysisk aktivitet med blant annet etableringen av et nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet i regi av Helsedirektoratet, Statens Folkhälsoinstitut og Sundhedsstyrelsen. Ministerrådet har bl.a. vedtatt en deklarasjon om markedsføring og tilgjengelighet av mat til barn og unge. Iverksetting av Nøkkelhullet som felles, frivillig merkeordning vil

være en viktig satsing i 2009. Dette er nærmere beskrevet i kap. 719, post 21.

Mål for 2009 er å følge opp viktige saker i det nordiske helsesamarbeidet. Dette gjelder bl.a. styrking av den nordiske plattformen i EU og WHO. Nordiske forberedelser til FNs høynivåmøte om narkotika i Wien i mars 2009 vil også stå sentralt.

Den nordlige dimensjon, Barents- og Russlandssamarbeidet

Norge er en pådriver i helsesamarbeidet i nordområdene gjennom Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor rammen av Den nordlige dimensjon og Barentsrådets helse- og sosialprogram. Norge har prioritert tiltak mot tuberkulose, helse og hygiene i fengsler og forebygging av hiv. Partnerskapet omfatter 13 land, EU-kommisjonen og åtte internasjonale organisasjoner. Norge har ledervervet i 2008–2009 med Russland som nestleder. Norge leder Partnerskapets arbeid med helse i fengsler. Samarbeidet under Barentsrådets helse- og sosialprogram er en del av Partnerskapet. De viktigste aktivitetene er tiltak mot hiv/aids og tiltak for utsatte barn og unge.

Under Partnerskapet og Barentsrådets helse- og sosialprogram har Norge et samarbeid med Russland som omfatter et hundretalls prosjekter, med deltakere fra lokalt og regionalt nivå. Hovedinnretningen i prosjektene er kompetanseoverføring og faglig kontakt, med særlig vekt på områdene hiv/aids, barn og unge, primærhelsetjenester og smittevern. Samarbeidet finansieres over Utenriksdepartementets budsjett, jf. kap. 3703, post 03.

Situasjon med smittsomme sykdommer, herunder hiv og tuberkulose, i Russland følges nøye, både på norsk side gjennom Meldingssystem for smittsomme sykdommer og på russisk side gjennom det internasjonale samarbeidet EpiNorth. Situasjonen i Nordvest-Russland har hatt liten innvirkning i Norge da tuberkulosesyke i liten grad reiser til Finnmark fra Russland.

Mål for 2009 er å arbeide aktivt for å oppnå målene i erklæringen om Partnerskapet og Barentsrådets helse- og sosialprogram.

Bilaterale samarbeidsordninger og avtaler

I tillegg til Norges samarbeid med Russland gjennom Den nordlige dimensjon og Barents helse- og sosialprogram har Norge hatt en bilateral helseavtale med Russland siden 1999. Det er innledet dialog med Russland med sikte på å inngå en ny handlingsplan under avtalen med Russlands føderale myndigheter. Helse- og omsorgsdepartementet er

sammen med Justisdepartementet part i en avtale som ble inngått høsten 2007 med Russlands justisdepartement om utviklingen i fengselssektoren, herunder helse i fengsler.

Norge har et bilateralt helsesamarbeid med Kina. Den nåværende handlingsplanen for samarbeidet gjelder for perioden 2006–2009 og vektlegger samarbeid om folkehelse og forebygging, primærhelse, mor og barn-helse, helsesystemer og forebygging av infeksjoner.

Norges bilaterale helsesamarbeidsavtale med Frankrike gjelder ut 2008, og det arbeides høsten 2008 med å fornye denne. Avtalen skal bidra til utveksling av informasjon og kunnskap og etablering av partnerskap på departements-, etats- og helseforetaksnivå.

Norge gir i 2008 støtte til et prosjekt for å redusere nyfødt- og mødredødelighet i landene på Balkan innenfor rammen av Regional Cooperation Council (RCC), tidligere Stabilitetspakten for Sørøst-Europa. Midlene stilles til rådighet av Utenriksdepartementet, og Helse- og omsorgsdepartementet understøtter prosjektoppfølgningen. Norge har også støttet et prosjekt for tobakksforebygging på Balkan, som er ferdig i 2008.

Europarådet

Helse- og omsorgsdepartementet deltar i Pompidougruppen, som er Europarådets tverrfaglige samarbeidsgruppe for narkotikaspørsmål på ministernivå. Bevilgningen dekker kontingenten til Pompidougruppen.

European Observatory on Health Systems and Policies

Sammen med Sverige, Finland, Spania og Hellas, samt WHO's Europakontor, Verdensbanken, The European Investment Bank (EIB), Open Society Institute, London School of Economics og London School of Hygiene & Tropical Medicine, er Norge partner og økonomisk bidragsyter til European Observatory (EO). Hensikten med EOs virksomhet er å gjøre tilgjengelig kunnskap og erfaringer fra ulike helsesystemer for å bruke dette som grunnlag for politikkutforming i flere land. Grunnlaget skapes ved sammenliknende studier av europeiske helsesystemer. Kunnskap spres på internett, ved deltakelse på forskningskonferanser mv. EO samler og utgir fakta om hvert europeisk land i egne hefter.

Mål for 2009 er økt bruk av kunnskap og erfaringer fra EO i Norge og i forbindelse med norsk deltakelse i helsesamarbeid i nærområdene.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen dekker bl.a. årlige kontingenter til programmer og deltakelse i byråer i EU hvor Norge er forpliktet til å delta. Kontingentenes

størrelse fastsettes av EU og varierer fra år til år. Bevilgningen foreslås satt opp 5,049 mill. kroner for å dekke økning i størrelsen på beløpet Norge er forpliktet til å betale i 2009.

Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
03	Refusjon fra Utenriksdepartementet	27 940	17 500	18 270
	Sum kap. 3703	27 940	17 500	18 270

Bevilgningen omfatter inntekter fra Utenriksdepartementet. Inntektene dekker tilskudd til samarbeidsprosjekter med Russland, bilaterale prosjekter og Partnerskapet under Den nordlige

dimensjon og Barentsrådets helse- og sosialprogram, jf. kap. 703, post 70. Utenriksdepartementets salderte bevilgning til prosjekter på sosial- og helseområdet var i 2008 på 17,5 mill. kroner.

Programkategori 10.10 Folkehelse

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på kapitler

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	921 565	850 957	949 719	11,6
712	Bioteknologinemnda	7 069	7 659	8 021	4,7
715	Statens strålevern	102 398	101 825	106 727	4,8
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	37 414	34 982	36 514	4,4
718	Alkohol og narkotika	127 880	145 484	176 005	21,0
719	Folkehelse	217 218	230 650	239 600	3,9
	Sum kategori 10.10	1 413 544	1 371 557	1 516 586	10,6

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

					(i 1 000 kr)
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
01-23	Statens egne driftsutgifter	1 149 037	1 073 932	1 186 113	10,4
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	17 740	16 106	16 766	4,1
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	47 163	69 783	96 854	38,8
70-89	Andre overføringer	199 604	211 736	216 853	2,4
	Sum kategori 10.10	1 413 544	1 371 557	1 516 586	10,6

Folkehelsearbeidet er samfunnets samlede innsats for å styrke det som bidrar til bedre helse og svekke forhold som medfører helserisiko, samt innsats for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. Folkehelsearbeidet er sektorovergripende og omfatter tiltak med sikte på å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, og tiltak for å utvikle et samfunn som legger til rette for en sunn livsstil og som fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse. Grunnlaget for god helse i oppveksten og gjennom hele livsløpet legges i barne- og ungdomsårene. Forebygging av velferds- og livsstilssykdommer er den største utfordringen i den vestlige verden. Fedme, inaktivitet, ugunstig kosthold, tobakks- og rusavhengighet

er blant de største helsetruslene. Samtidig må tiltak og beredskap mot helsetrusler som følger av internasjonalisering opprettholdes. Forebygging av smittsomme sykdommer og vern mot strålingsfarer er i denne sammenheng viktig.

Programkategori 10.10, Folkehelse, omfatter bevilgninger til virksomhetene Nasjonalt folkehelseinstitutt, Bioteknologinemnda, Statens strålevern og Statens institutt for rusmiddelforskning. Også statens overskuddsandel og utbytte fra Vinmonopolet omfattes av denne kategorien. Programkategorien omfatter videre bevilgninger til sentralt og lokalt folkehelsearbeid, herunder oppfølging av St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Kate-

gorien omfatter spesielle driftsutgifter til folkehelsearbeidet, herunder bl.a. miljø og helse, tobakkskadeforebygging, ernæringsarbeid og forebyggende rusmiddelarbeid som forvaltes av Helsedirektoratet. Kategorien dekker videre tilskudd til fysisk aktivitet, smittevern, herunder hiv/aidsforebygging, forebygging av uønskede svangerskap, abortrådgivning, helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Arbeid med mattrygghet og trygt drikkevann er en del av folkehelsearbeidet, og har viktige grensesnitt til generelt smittevern og ernæringsarbeid. Når det gjelder Mattilsynets bevilgning er denne omtalt i programkategori 15.10 og kap.1115 i St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Landbruks- og matdepartementet.

Våren 2007 la regjeringen fram St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Regjeringen vil følge utviklingen på innsatsområdene i stortingsmeldingen gjennom etablering av et rapporteringssystem som skal gi systematisk og oppdatert oversikt over utviklingen av arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. Det er etablert et interdepartementalt samarbeid om utvikling av systemet. Helsedirektoratet er tillagt ansvaret for utviklingsarbeidet i nært samarbeid med aktuelle fagdirektorater og fagmiljøer. Direktoratet skal gi ut en årlig rapport basert på rapporteringssystemet. Den første rapporten skal foreligge i første halvdel av 2009. Status for oppfølgingen av strategien er nærmere omtalt i kapittel 7.

Levevaner knyttet til kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, alkohol og ulike miljøfaktorer påvirker helsetilstanden og antall leveår i befolkningen. Flere av disse faktorene varierer langs sosiale skillelinjer. Hensynet til utjevning av sosiale helseforskjeller vil være en sentral føring for folkehelsearbeidet framover. Forebygging av overvekt og fedme og andre sykdommer relatert til levevaner er blant de store utfordringene i folkehelsearbeidet. Det skal arbeides for å bevisstgjøre helsetjenesten og andre aktører på betydningen av planarbeid og samhandling, etablering og koordinering av tiltak som har innvirkning på flere risikofaktorer.

Opptappingsplanen for rusfeltet ble lagt fram i St.prp. nr. 1 (2007–2008). Opptappingsperioden er 2006–2010. Rusfeltet er styrket med om lag 385 mill. kroner fra og med budsjettåret 2006. Det foreslås en opptapping på 300 mill. kroner i 2009. Dette skal sikre at rusmiddelavhengige tilbys den hjelp, behandling og oppfølging de trenger og har rett til, og at det rusforebyggende arbeidet skal styrkes.

Opptappingsplanen består av fem kapitler/hovedmål med tilhørende enkelttiltak. Planen omhandler rusfeltet på en helhetlig måte: forebygging, behandling, rehabilitering, forskning, kompetanse mv. Det vil være en kontinuerlig oppfølging i planperioden. Helsedirektoratet skal utgi en årlig statusrapport som viser måloppnåelse og utfordringer på rusfeltet. Det vises til kap. 718 for en nærmere omtale av status for oppfølgingen av planen.

Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
01	Driftsutgifter	601 279	434 598	460 889
21	Spesielle driftsutgifter	302 546	400 253	472 064
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	17 740	16 106	16 766
	Sum kap. 710	921 565	850 957	949 719

Nasjonalt folkehelseinstitutt er landets fagmyndighet på områdene smittevern, miljømedisin, epidemiologi, psykisk helse, rettstoksikologi og rusmiddelforskning. På disse områdene skal instituttet være en nasjonal kompetanseinstitusjon for myndigheter, helsetjeneste, rettsapparat, påtalemyndighet, politikere, media og publikum. Instituttet skal, innenfor sitt ansvarsområde, ivareta eksisterende internasjonale forpliktelser og bistå departementet med ivaretagelse av norske interesser og forpliktelser internasjonalt.

Formålet for instituttets virksomhet er å bidra til bedre helse og livskvalitet, og ivareta befolkningens rettssikkerhet. Instituttet skal drive helseovervåking for å følge befolkningens helsetilstand. Instituttet skal videre utrede, gi vitenskapelig baserte råd og formidle kunnskap om hva samfunnet kan gjøre for å skape gode og sunne levekår,

hva samfunnet kan gjøre for å forebygge sykdom og helseskade, og hva en selv kan gjøre for å ta vare på egen helse.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har følgende hovedmål:

- Helseovervåkning: God oversikt over befolkningens helse
- Forskning: Best mulig kunnskap om hva som påvirker befolkningens helse
- Forebygging: God beredskap, råd og tjenester av høy kvalitet

Helseovervåkning

Instituttet arbeider for at helseregistrene skal ha en operativ funksjon i det daglige helsearbeidet. Registrene skal oppdateres raskere, det skal bli enklere å koble informasjon fra de ulike registrene, kvaliteten skal bli bedre og analysekapasiteten skal økes.

Instituttet er sekretariat for Nasjonalt helseregisterprosjekt. Prosjektet ledes av Helse- og omsorgsdepartementet og har bl.a. deltakere fra de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Hensikten er å heve kvaliteten på dataene i helseregistrene, gjøre dem bedre oppdatert og lettere tilgjengelig, styrke personvernet og gjøre innsamling og håndtering av data enda sikrere. Målet er å legge til rette for bedre utnyttelse av data til forskning og som kunnskapsgrunnlag i forebygging og klinisk virksomhet, samt styrke og samle det nasjonale registerfaglige miljøet. En forprosjektrapport skal foreligge 1. mars 2009. Som del av Nasjonalt helseregisterprosjekt skal det utredes et nasjonalt hjerte- og karregister med tilhørende kvalitetsregistre innenfor hjerte- og karområdet.

Overgangen fra papirbasert melding til elektronisk innrapportering av data fra foretakene til Medisinsk fødselsregister (Mfr) er forsinket. Flere foretak har problemer med å etablere de tekniske løsningene som trengs for å levere data/meldinger i riktig form. Per første kvartal 2008 er nærmere 70 pst. av meldingene elektronisk mot 50 pst. i 2007.

For å få bedre oversikt over vaksinedekningen i landet har instituttet utviklet et nytt elektronisk system, System for vaksinasjonskontroll (Sysvak), som gjør det mulig for helsesøstre og leger å føre inn opplysninger selv. Det nye systemet vil bli ferdig i 2008, og instituttet vil ta det i bruk fra 2009.

System for regelmessig diagnosebaserte undersøkelser er nå i operativ drift, og instituttet vil levere overvåkingsdata og dybdeanalyser jevnlig fra og med 2008.

Instituttet har utarbeidet ny veileder for MRSA (multiresistente stafylokokker) og gitt innspill til ny nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner

i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008–2012). Smitte med multiresistente bakterier i sykehus er blitt vanlig i flere europeiske land. I 2009 vil instituttet følge opp tiltakene i strategien for å hindre at denne situasjonen skal oppstå i norske sykehus.

Instituttet har utarbeidet en pilotversjon av Diagnosebasert signalsystem for smittsomme sykdommer (Diss). Det er et system som gjør det mulig å oppdage og stoppe utbrudd av smittsomme sykdommer tidlig ved at instituttet daglig får oversendt elektroniske lister over hvilke diagnoser fastlegene i landet har stilt siste døgn. Systemet skal etter planen være i prøvedrift i deler av landet fra 2009.

I samarbeid med Mattilsynet har instituttet utviklet et nasjonalt register for bivirkninger av kosmetikk. Registeret er satt i drift i 2008 og instituttet skal etter avtale med Mattilsynet stå for daglig drift, jf. omtale under kap. 719, post 21.

Instituttet deltar i utredningen til EUs senter for forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer (ECDC) av overvåkingssystem for hepatitt C, og gjennomfører regelmessig undersøkelser blant stoffmisbrukere. Målet er å utvikle et hensiktsmessig overvåkingssystem i løpet av 2009.

Forskning

For å få best mulig kunnskap om hva som påvirker befolkningens helse skal instituttet satse spesielt på forskning som kombinerer data fra helseregistre og befolkningsundersøkelser og biologisk materiale fra biobanker.

Instituttet har i 2007 forbedret datagrunnlaget for helseovervåkning og epidemiologisk forskning. Målet om å rekruttere 100 000 svangerskap til Mor og barnundersøkelsen vil bli nådd i 2008. Dette er en unik samling som både norske og internasjonale forskergrupper står klar til å bruke. Det er i alt registrert over 100 delprosjekt knyttet til undersøkelsen, og det er produsert et stort antall vitenskapelige publikasjoner. Forskningen vil kunne gi viktig kunnskap om hvilke gener som kan øke tilbøyeligheten for sykdom og hvordan ulike ytre påvirkninger fra miljøet kan påvirke sykdomsrisikoen.

Nasjonalt folkehelseinstitutt vil samarbeide nært med Helsedirektoratet, behandlingsapparatet og relevante forskningsmiljøer for å styrke kompetanse i psykisk helse ytterligere. Instituttet vil også styrke analyse- og rådgivningskapasiteten for problemstillinger knyttet til sosial ulikhet i helse.

Forskning og overvåkning knyttet til tobakk, rusmidler, kosthold og fysisk aktivitet er styrket. Det er satt i gang nye prosjekter for å overvåke bruk av rusmidler både i arbeidslivet og i befolk-

ningen generelt. Veikantundersøkelsen som kartla rusmiddelbruk blant 10 000 bilførere, viste at en del sjåførere er påvirket av legemidler og narkotiske stoffer. Resultatene er formidlet til og tatt i bruk av ansvarlige myndigheter for trafikksikkerhet.

Forebygging

Nasjonalt folkehelseinstitutt er vårt nasjonale smitteverninstitutt og har ansvar for overvåkning, rask avdekking og identifikasjon av infeksjoner og smittestoffer, herunder resistens. Instituttet skal ha god oversikt og beredskap mot helsemessige miljøtrusler. Instituttet skal ha et solid vitenskapelig fundament og være tilpasset oppdragsgivernes og brukernes behov. Instituttet skal prioritere arbeid med kvalitet og kvalitetssystemer.

Instituttet har inngått ny garantiavtale som skal sikre at Norge får levert influensavaksine i en pandemisituasjon. I 2008 vil instituttet utarbeide en plan for vedlikehold av beredskapslageret for vaksiner til bruk i beredskapsøyemed. Det vises til omtale under kap. 702.

Frankrike har søkt om å få kjøpe meningokokkvaksinen som instituttet utviklet mot den tidligere norske epidemien av meningokokk B-infeksjon. Instituttet har inngått avtale om å levere 100 000 doser. Produksjonsarbeidet vil bidra til å vedlikeholde og styrke beredskapen for vaksineproduksjon.

Bistanden til Mattilsynet og Vitenskapskomiteen for mattrygghet er videreført. Det samme er arbeidet med å forbedre drikkevannskvaliteten. Det er inngått avtale om nye melderutiner til Vannverksregisteret, og instituttet har skaffet ny kunnskap om lekkasje av løsemidler fra drikkevannsledninger. For å styrke beredskapen ved nasjonale utbrudd av matbårne infeksjoner har instituttet, i samarbeid med Mattilsynet, opprettet en komite for matsmitte, med medlemmer fra fagmiljøer og institusjoner. Instituttet har også utviklet bedre metoder for å spore opp matbårne infeksjoner.

De rettsstoksikologiske tjenestene er effektivisert. Det pågår et løpende arbeid for å levere bedre analyser raskere til oppdragsgiverne. Instituttet produserer om lag 40 000 analyser hvert år. For å styrke rekrutteringen til fagområdet, bidrar instituttet med å utdanne legespesialister.

Instituttet har opprettet en egen fagenhet for global helse, og innsatsen mot globale infeksjonssykdommer er styrket.

Vitenskapskomiteen for mattrygghet

Vitenskapskomiteen for mattrygghet er en uavhengig, faglig komite med formål å sikre vitenskapelige risikovurderinger for Mattilsynet av forhold

med betydning for helsemessig trygghet i hele matkjeden. Komiteen utfører i tillegg vitenskapelige risikovurderinger på områdene kosmetikk, dyrehelse, dyrevelferd og plantehelse. Fra 2007 har komiteen også fått ansvar for miljørisikovurderinger av genmodifiserte organismer (GMO), som de utfører på oppdrag fra Direktoratet for naturforvaltning. Sekretariatet er lokalisert ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, og har 13 ansatte.

Ny komite med 86 medlemmer og ni faggrupper ble utnevnt 1. april 2007. Totalt publiserte komiteen 76 uttalelser/risikovurderinger i 2007. Saker som har fått særskilt oppmerksomhet er helsekonsekvenser ved å erstatte sukker med søtstoffer i drikker, dyrevelferdsaspekter ved selfangst og helserisiko ved konsum av grillet mat. Av risikovurderinger avsluttet i 2008 kan kombinasjonseffekter av kjemiske stoffer (cocktaileffekten) og dyrevelferd ved slaktning uten bedøvelse nevnes. Sekretariatet har ledet det nordiske prosjektet Gjennomgang av grenseverdier for dioksiner og dioksinliknende PCB innvirkning på eksponering og matvaretilgang som er sluttført i 2008.

Vitenskapskomiteen har som mål å ha høy faglig kompetanse. Deltakelse i internasjonalt arbeid for å medvirke til utviklingen av risikovurderinger og heve kompetansen er viktig. Deltakelse i Efsa (European Food Safety Authority) og andre internasjonale fora er høyt prioritert, jf. kap. 703. Direktøren for Vitenskapskomiteens sekretariat deltar i Efsa Advisory Forum. Det pågår arbeid med å opprette et norsk fokuspunkt for å ivareta utveksling av informasjon og data med Efsa. I juni 2008 var Norge vertsland for møte i Efsa Advisory Forum.

Planlegging og forutsigbarhet av aktiviteten i Vitenskapskomiteen for mattrygghet er bedret i samarbeid med Mattilsynet. Nærmere kontakt med kunnskapsinstitusjonene på matområdet vil videreføres i 2009 i samarbeid med Mattilsynet. Det er et mål å få bedre oversikt og databaser for forekomstdata slik at komiteens behov for eksponeringsberegninger kan forbedres.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen foreslås

- satt ned 4,2 mill. kroner som krav til effektivisering.
- satt opp 2,088 mill. kroner, flyttet fra kap. 743, post 70 til kunnskapsutvikling som grunnlag for forebygging av psykiske problemer.
- satt opp 4,635 mill. kroner, flyttet fra kap. 743, post 73 til arbeidet med forebygging av selvmord og selvmordsforsøk.
- 18,3 mill. kroner foreslås øremerket Vitenskapskomiteen for mattrygghet.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det foreligger effektive og sikre vaksiner som kan forebygge seksuelt overført smitte av et virus (HPV) som i sin tur kan føre til livmorhalskreft. Årlig rammes om lag 300 norske kvinner og 80–100 dør av livmorhalskreft hvert år. Med en beskyttelseseffekt på mer enn 95 pst. mot forstadier til kreft – for jenter/kvinner som ikke tidligere er eksponert for HPV-infeksjoner – og en vaksinasjonsdekning på 90 pst., vil en på lang sikt kunne oppnå en halvering i antall årlige tilfeller. I tillegg vil vaksinen bidra til at færre kvinner vil utvikle celleforandringer i livmorhalsen med påfølgende operative inngrep med økt risiko for senaborter og premature fødsler. EUs smittevernbyrå ECDC konkluderte i en vitenskapelig rapport januar 2008 at vaksinen er en effektiv forebyggingsstrategi, og det europeiske legemiddelbyrået Emea finner ikke holdepunkter for sammenheng mellom vaksiner og alvorlige bivirkningsmeldinger. En rekke land har allerede startet å vaksinere, eller har vedtatt å innføre vaksiner mot livmorhalskreft i sine vaksinasjonsprogrammer. Det foreslås å innføre vaksiner mot livmorhalskreft i barnevaksinasjonsprogrammet for jenter på 7. klassetrinn fra og med skoleåret 2009/2010. Bevilgningen foreslås satt opp 55 mill. kroner i 2009 til forberedelser og innkjøp av vaksiner.

Forekomsten av tuberkulose i Norge er nå blant de laveste i verden med om lag 250–300 nye tilfeller i året. Samtidig er Norge det eneste nordiske landet som har BCG-vaksinasjon av lavrisikogrupper som en del av det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet. I EU-området er det ellers bare Malta som har BCG-vaksinen med i det allmenne vaksinasjonsprogrammet for ungdom. Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler at land med lav forekomst av tuberkulose – som Norge – kan begrense BCG-vaksinasjon til nyfødte og spedbarn som tilhører definerte risikogrupper for tuberkulose i befolkningen. Norge har et godt system for tuberkulosekontroll med muligheter for effektiv smitteoppsporing. Moderne behandling av tuberkulose er svært effektiv, hvor de fleste pasienter kan regne med å bli helt friske etter behandling. Beskyttelseseffekten av BCG-vaksinen er usikker, men anslås til 50–80 pst. mot primærtuberkulose. Det foreslås at allmenn BCG-vaksinasjon for ungdom utgår fra barnevaksinasjonsprogrammet fra og med skoleåret 2009–2010, samt at tuberkulin-testing av den samme gruppen avvikles. Tilbudet om BCG-vaksiner beholdes til definerte risikogrupper. Bevilgningen til innkjøp av BCG-vaksiner og tuberkulin foreslås satt ned 0,8 mill. kroner i 2009.

Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
02	Diverse inntekter	215 138	140 408	146 586
03	Vaksinesalg	106 067	105 300	105 300
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	91		
16	Refusjon av foreldrepenger	3 743		
17	Refusjon lærlinger	213		
18	Refusjon av sykepenger	5 484		
	Sum kap. 3710	330 736	245 708	251 886

Kap. 712 Bioteknologinemnda

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
01	Driftsutgifter	7 069	7 659	8 021
	Sum kap. 712	7 069	7 659	8 021

Bioteknologinemnda er et frittstående og rådgivende organ, oppnevnt i henhold til bioteknologiloven og genteknologiloven. Nemnda drøfter etiske og samfunnsmessige spørsmål knyttet til bioteknologisk og genteknologisk virksomhet, informerer publikum, bidrar til samfunnsmessig bevisstgjøring og gir råd om bio- og genteknologi

til norske myndigheter. Ny nemnd er oppnevnt for perioden 1. august 2008 til 1. august 2012. Nemnda avholder åpne møter, avgir uttalelser, og arrangerer kurs for lærere og for ungdom. Det er stor etterspørsel fra skoleelever og lærere etter nemndas informasjonsmaterieil.

Kap. 715 Statens strålevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
01	Driftsutgifter	73 546	63 605	66 825
21	Oppdragsutgifter	28 852	38 220	39 902
	Sum kap. 715	102 398	101 825	106 727

Statens strålevern er fagmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet. 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, som også innehar sekretariat og operasjonslokaler. Strålevernet har til oppgave å øke kunnskap om forekomst, risiko og effekt av stråling, herunder helseeffekter av stråling.

Radon i inneluft forårsaker anslagsvis 300 lungekreftdødsfall i året. En undersøkelse i 2007 av kommunenes innsats viste at få kommuner prioriterer radonarbeidet tilstrekkelig. En interdepartemental arbeidsgruppe vil i løpet av 2008 legge fram forslag til en omfattende handlingsplan for å redusere radonproblemet.

Strålekildebruk på norske arbeidsplasser er omfattende. Et nytt elektronisk kilderegister gir myndighetene oversikt over alle disse kildene. Samtidig er fokus på fysisk sikkerhet stadig viktigere, bl.a. for å hindre sabotasje og terror. Usikkerhet om mulige negative helseeffekter av stråling i arbeidsmiljø følges opp regelmessig. Godkjenning av helseforetakenes strålekildebruk og utslipp, hjemlet i den nye strålevernlovgivningen, ble avsluttet i 2007. Strålevernarbeidet i helseforetakene er styrket. Samtidig er økende volum av CT-undersøkelser og digitalisering i mammografiscreeningen en utfordring.

Informasjonsmaterieil om forvaltning av kraftledninger utvikles i samarbeid med Norges vassdrags- og energidirektorat. Det er etter hvert en rekke gode eksempler på at ny forvaltningspraksis med utredningsplikt over et visst magnetfeltnivå,

er implementert hos beslutningstakere. Det er økende behov i befolkningen for tilrettelagt informasjon om strålerisiko bl.a. fra høyspentanlegg, basestasjoner og trådløse nettverk.

Strålevernet bidrar i oppfølgingen (målinger/mottiltak/konsekvenser) etter radioaktiv forurensning av bl.a. kjøtt og melk i Norge etter reaktorulykken i Tsjernobyl i 1986.

Strålevernet bistår Miljøverndepartementet i spørsmål om stråling i det ytre miljø. På miljøområdet vektlegges regelverksutvikling og forvaltning av utslipp, overvåkningsprogrammer og arbeidet med forvaltningsplaner for havområdene. Det er et mål å harmonisere forvaltningen av radioaktivitet i det ytre miljø med forvaltningen av annen miljøforurensning. Naturlig radioaktivitet i slagg etter gruvevirksomhet, i produsert vann og avleiringer i oljeindustrien og i prosessindustri kartlegges. Det er gitt driftstillatelse til nytt deponi for radioaktive avleiringer fra oljeindustrien i Gulen kommune.

Strålevernet bidrar i faglige, internasjonale fora vedrørende radioaktivitet, strålevern og beredskap. Dette gjelder spesielt komitéer under Verdens helseorganisasjon og Det internasjonale atomenergibyrådet.

Strålevernet bistår Utenriksdepartementet i realiseringen av handlingsplanen for atomsikkerhet i Nordvest-Russland. Strålevernet samarbeider i tillegg direkte med russiske myndigheter. Strålevernet er også engasjert i oppfølging av Tsjernobylulykken øst i Hviterussland og bistår Utenriksdepartementet i arbeidet med ikke-spredningsregimet fram mot det viktige FN-møtet om ikke-spredningsavtalen i 2010.

En befolkningsundersøkelse i 2007 viser at en stor andel av befolkningen vurderer en atomu-

lykke eller annen hendelse i Norges nærrområder som sannsynlig, men har tillit til sikkerheten ved Kjeller og Halden-reaktorene. Bare halve befolkningen har tillit til myndighetenes krisehåndteringssevne og tilliten til myndighetene som informasjonsgiver på området viser en synkende tendens. Beredskapsarbeidet følges opp med trusselvurderinger, fornyelse av overvåkningsutstyr, øvelser (sentralt og for fylkesmennene) og håndtering av hendelser. Nært samarbeid på direktoratsnivå er sikret gjennom Kriseutvalget for atomberedskap.

Det internasjonale atomenergibyrådet gjennomførte en dybdeanalyse av sikkerheten ved Halden-reaktoren i 2007, og konklusjonene fra denne la en del av grunnlaget for Strålevernets innstilling for atomanleggene i Halden og på Kjeller. Strålevernet har som fagmyndighet i sikkerhetsspørsmål med hjemmel i atomenergiloven i 2008 utarbeidet og avgitt innstilling vedrørende videre drift for atomanleggene på Kjeller, i Halden og Himdalen.

Atomanleggene følges tett av Strålevernet med regelmessige tilsyn.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen foreslås

- satt ned 0,5 mill. kroner som krav til effektivisering.
- satt opp 0,35 mill. kroner til å styrke arbeidet mot radioaktiv forurensning og annen stråling i det ytre miljø mot at kap. 1400, post 21 settes ned tilsvarende.

Helse- og omsorgsdepartementet har ved kongelig resolusjon av 19. mai 2000 fått delegert myndighet til å innføre og fastsette tilsynsavgift og behandlingsgebyr for behandling av konsesjonssøknad etter lov av 12. mai 1972 nr. 28 om atomenergivirksomhet (atomenergiloven) § 57. Departementet vil komme tilbake til fastsetting av behandlingsgebyr for behandling av konsesjonssøknader.

Kap. 3715 Statens strålevern

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
02	Salgs- og leieinntekter	5 970	1 741	1 818
05	Oppdragsinntekter	29 049	38 426	40 117
16	Refusjon av foreldrepenger	532		
18	Refusjon av sykepenger	257		
	Sum kap. 3715	35 808	40 167	41 935

Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
01	Driftsutgifter	37 414	34 982	36 514
	Sum kap. 716	37 414	34 982	36 514

Statens institutt for rusmiddelforskning har som formål å utføre forskning som kan bidra til økt kunnskap om bruk og misbruk av rusmidler, tobakk og andre avhengighetsskapende aktiviteter, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet skal kartlegge 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 forsker også på penge-spillproblemer.

Instituttet skal ha forskning som sin primæraktivitet, men dokumentasjon, formidling og faktainformasjon også viktige oppgaver for instituttet.

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 arbeid mot narkotika og kriminalitet (United Nations Office on Drugs and Crimes, Unodc).

Instituttet skal i 2009 videreutvikle nettverks-samarbeidet med de regionale kompetansesentrene for rusmiddel spørsmål og med forskningsinstitusjoner i inn- og utland. Instituttet skal også samarbeide med relevante universitets-, høyskole-, og andre fagmiljøer, spesielt Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) ved Universitetet i Oslo.

Statistikkdatabasen RusStat, som ble etablert i 2005, gir tilgang til aktuell rusmiddelstatistikk og mulighet for å søke etter og bearbeide data. I 2009 skal instituttet fortsette arbeidet med å utvikle alkoholstatistikken, herunder indikatorsystemet for å vise utviklingen i det uregistrerte alkoholforbruket.

Evalueringen av Regionprosjektet ble slutført i 2007. Som en forlengelse av evalueringen, arbeider instituttet med forskningsbasert kunnskap om forebyggingsstrategier. Instituttet studerer bl.a. kommunenes forebyggende arbeid på rusmiddel-feltet, rammebetingelser og kommunenes forvaltning av de rusmiddelpolitiske virkemidlene de har til rådighet. Her inngår også å gjøre forskningsbasert kunnskap på forebyggingsområdet anvendbar for tjenestene og forvaltningen.

Prosjektet knyttet til effekten av statlige tobakkspreventive tiltak blir slutført i 2008. Instituttet skal i 2009 fortsette nasjonal og internasjonal

formidling av resultater fra evalueringen. Instituttet skal også drive forskning som belyser den økte bruken av snus.

Det er i gang en 10-års oppfølging av narkotikamisbrukere som ble tatt inn i behandling i 1998/99 i den såkalte kost/nytte-studien, som tar sikte på å finne ut om noen typer behandling av narkotikamisbruke er mer kostnadseffektive enn andre. Instituttet skal også gjøre forskning om rusmiddelbruk blant innvandrere.

Arbeidet for å belyse narkotikamarkedet, herunder narkotikapriser, finansiering og omfang av bruk av rusmidler blant sprøytemisbrukere i Oslo, fortsetter i 2009. Arbeid for å belyse selgersiden skal også prioriteres. I tillegg skal instituttet fortsette forskningen om omfang, karakter og konsekvenser av rusmiddelbruk blant innvandrere. Også forskning og dokumentasjon knyttet til rusmiddelrelaterte problemer i arbeidslivet, bl.a. fravær som skyldes bruk av rusmidler, skal prioriteres.

Instituttet skal prioritere forskning på konsekvensene av rusmiddelbruk for andre personer enn misbrukeren selv, herunder pårørende.

Instituttet bistår departementet i oppfølgingen av Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen foreslås satt ned 0,3 mill. kroner som krav til effektivisering.

Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
02	Oppdragsinntekter	3 584	2 023	2 112
16	Refusjon av foreldrepenger	305		
18	Refusjon av sykepenger	185		
	Sum kap. 3716	4 074	2 023	2 112

Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
85	Statens overskuddsandel	35 048	46 800	56 800
86	Utbytte	3	2	2
	Sum kap. 5631	35 051	46 802	56 802

AS Vinmonopolet er organisert som et 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. Innenfor de alkoholpolitiske rammevilkårene skjer omsetningen i kontrollerte former og med fravær av privatøkonomiske interesser. Selskapet bidrar til å begrense alkoholkonsumet og dermed skadevirkninger av alkohol.

Selskapet er forpliktet til å gi leverandørene og produktene markedsadgang på like vilkår. Forbrukerne skal sikres mest mulig rettfærdig tilgjengelighet i hele landet.

Resultat 2007

Per 31. desember 2007 var 215 av Vinmonopolets 222 utsalg selvbetjente. Det ble åpnet 11 nye selvbetjente utsalg i 2007, i tillegg ble 11 utsalg renoverert. Vinmonopolet har fem butikkategorier: fullsortimentsbutikker, hovedsortimentsbutikker, grunnsortimentsbutikker, distriktsbutikker og filialer.

Styret i Vinmonopolet har vedtatt å åpne 18 nye utsalg, hvorav 8 er filialer, i 2008. Utover disse nye utsalg vil Vinmonopolet vurdere videre etablering av butikknett i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet.

Bestilling gjennom Vinmonopolets nettbutikk og kundesenter er et tilbud til kunder som har lang avstand til nærmeste vinmonopolbutikk eller som av andre grunner ønsker varer tilsendt. Bestilte varer utleveres gjennom postens distribusjonsnett. Frakten er kostnadsfri for kunder i kommuner uten vinmonopolutsalg.

Nemnd for prøving av Vinmonopolets beslutninger om innkjøp mv. ble opprettet i 1997 som ledd i å sikre leverandørene markedstilgang på like vilkår. I 2007 mottok nemnda åtte klager. Vinmonopolet fikk medhold i alle klagen.

Vinmonopolet solgte totalt 71,1 mill. liter i 2007, en økning på 2,4 mill. liter eller 3,4 pst. fra 2006. Salget av svakvin økte med 3,2 pst. til 56,7 mill. liter. Salget av brennevin og brennevinsbaserte drikker økte med 4,8 pst. til 12,7 mill. liter i 2007. Salget av sterkvin gikk ned 4,2 pst. til 1,0 mill. liter, mens det ble solgt 715 000 liter sterkøl, en økning på 2,4 pst. fra 2006. Alkoholsvake drikker økte med 6,5 pst. til 98 000 liter.

Vinmonopolets omsetning var 9,7 mrd. kroner i 2007 (ekskl. mva.). Av dette var 5,4 mrd. kroner avgifter til staten. Dette er en omsetningsøkning på 581,5 mill. kroner fra 2006. Driftsresultatet var 122,8

mill. kroner, en økning på 32,7 mill. kroner fra 2006. Resultatøkningen skyldes i hovedsak økt bruttofortjeneste, salg av et forretningsbygg, samt lavere avskrivning. Disse positive effektene motvirkes til en viss grad av økte lønns- og pensjonskostnader. Av resultatet før vinmonopolavgift på 167,2 mill. kroner er 37,0 mill. kroner beregnet til vinmonopolavgift og 52,1 mill. kroner til utbytte til staten. De resterende 78,1 mill. kroner er tilført egenkapitalen.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2007 et resultat på 5,8 mill. kroner. Hele årsresultatet ble tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Longyearbyen lokalstyre.

Vinmonopolet ser salgsøkningen i 2007 hovedsakelig i sammenheng med åpning av nye butikker, omlegging til selvbetjening, stadig økende interesse for vin samt fortsatt høy kjøpekraft i befolkningen.

Tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning viser at Vinmonopolet tar markedsandeler fra uregistrert alkoholomsetning som bl.a. omfatter hjemmebrent og smuglersprit.

Virksomheten forøvrig

Vinmonopolet skal innrette sin virksomhet i forhold til alkoholpolitiske målsettinger og i samsvar med vinmonopolloven og alkoholloven. For å sikre fortsatt oppslutning og legitimitet i befolkningen, er det viktig at selskapet utvikler seg i takt med samfunnets forventninger og behov. Vinmonopolet skal arbeide for en bedre tilgang til selskapets tjenester på mer like vilkår i hele landet. Selskapet har i forbindelse med butikketableringer et særlig ansvar for å sørge for tilfredsstillende rutiner for å håndtere kommunenes interesser og behov for informasjon om etableringskriteriene.

Ved avgjørelser om butikketablering skal det legges vekt på å finne en rimelig balanse mellom økonomiske hensyn og ønsket om økt tilgjengelighet. Vinmonopolet skal balansere ønsker om etableringer i distrikter og behovet for etableringer i folketette områder. Gjennom videreutvikling av fjernhandelsløsningene bestilling og salg over internett og gjennom kundesenter skal Vinmonopolet bidra til forenkling for kunder i distrikter med få butikker.

Selskapet skal videreføre arbeidet med å kostnadseffektivisere virksomheten for å bedre lønnsomheten og soliditeten uten at dette kommer i konflikt med sentrale alkoholpolitiske målsettinger. Arbeidet med risikostyring og internkontroll vil fortsatt ha fokus, og områdene miljø og samfunnsansvar vil bli forsterket. Det skal gjennomføres et større investerings- og utviklingsprosjekt for å etablere en ny IKT-arkitektur.

Alle sider ved Vinmonopolets alkoholpolitiske oppdrag og virksomhet formidles gjennom ulike trykksaker, kampanjer og selskapets nettsted. Kampanjer mot langing og alderskontroll holdes regelmessig.

Prøveprosjekt med filialer

For å styrke oppslutningen om vinmonopolordningen er det ønskelig at den geografiske fordelingen av butikkene gir best mulig dekning også i distriktene. Regjeringen bestemte i juni 2006 å se på hvorvidt de kommunene som ønsker det, som hovedregel skal kunne få vinmonopolutsalg. Våren 2007 overleverte Vinmonopolet en utredning om mulige endringer i salgsnett til Helse- og omsorgsdepartementet. På bakgrunn av konklusjonene i utredningen fikk Vinmonopolet tilslutning til å starte et prøveprosjekt med ni filialer. Filialene driftes i hovedsak av personalet i et nærliggende Vinmonopol og salgsanslaget varierer mellom 12 000 og 50 000 liter i året. Som første filial i prosjektet åpnet Løten desember 2007. Vinmonopolet og Statens institutt for rusmiddelforskning vil i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet evaluere driften av prøveordningen. Dersom filialene viser seg å fungere i henhold til forventningene, vil utbyggingen av salgsnett foretas som beskrevet i St.prp. nr. 1 (2007–2008) Helse og omsorgsdepartementet.

Post 80 Statens overskuddsandel

Statens andel i 2008 av driftsoverskuddet i AS Vinmonopolet er fastsatt til 40 pst. av resultatet i 2007, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgift. Det foreslås å sette opp statens andel av overskuddet til 50 pst. av resultatet i 2008, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgift. Overskuddsandel er på bakgrunn av budsjettet resultat anslått til 39,8 mill. kroner for 2008. Dersom resultatutviklingen blir bedre enn anslått, blir inntektene større enn dette. Tilsvarende blir inntekten lavere dersom utviklingen blir dårligere enn antatt. Dette følger av romertallsvedtaket om at statens andel av overskuddet fastsettes med en bestemt proSENTSATS.

Forslaget til statens andel av overskuddet for 2008 bygger på en vurdering av selskapets framtidige kapitalbehov, bl.a. i forbindelse med utvidelse av butikknett, økt tilgjengelighet i sin alminnelighet og ønsket kapitalstruktur.

Post 81 utbytte

AS Vinmonopolets aksjekapital utgjorde 50 000 kroner ved utgangen av 2007. Utbyttet er i vinmonopolloven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør 2500 kroner.

Vinmonopolavgift

Det vises til omtale under programkategori 10.50, kap. 5572, post 71.

Kap. 718 Alkohol og narkotika

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
21	Spesielle driftsutgifter	35 492	37 911	39 699
63	Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	11 572	17 199	41 956
70	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres</i>	80 816	90 374	94 350
Sum kap. 718		127 880	145 484	176 005

Alkohol- og narkotikapolitikken er sektorovergripende og krever samarbeid på tvers av departements- og etatsgrenser. De mest berørte departementer er, i tillegg til Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Justisdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet og Kunnskapsdepartementet.

I tillegg til de tjenesteytende delene har Statens institutt for rusmiddelforskning, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Vinmonopolet, Helsedirektoratet, fylkesmennene og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål sentrale oppgaver på det rusmiddelpolitiske området. Det legges vekt på god kontakt og samarbeid dem imellom. Helsedirektoratet har ansvar for å ha oversikt over rusmiddelsitu-

sjonen på regionalt og lokalt nivå, og implementere og gjennomføre en rekke tiltak på det rusmiddelpolitiske området. Direktoratet tildeler også tilskudd til frivillige organisasjoner på rusmiddelområdet.

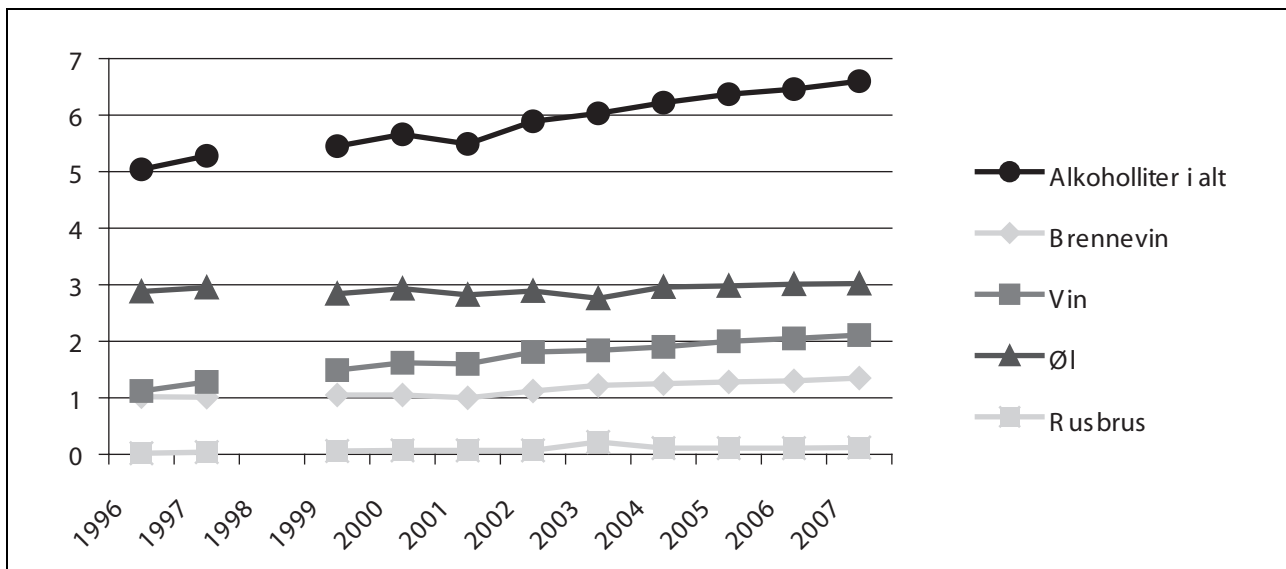
I et nært samarbeid med de øvrige nordiske land har Norge de siste fem år arbeidet for økt internasjonalt samarbeid om å begrense alkoholproblemene. Under verdens helseforsamlings møte i mai i år ble det vedtatt å sette i gang et arbeid med en global alkoholstrategi i Verdens helseorganisasjon (WHO) for å redusere skadelig bruk. Norge deltar også i alkoholkomiteen under DG Sanco i EU, som er kontaktorganet mellom kommisjonen og EUs medlemsland når det gjelder gjennomføringen av EUs alkoholpolitiske strategi.

Norge har også et bredt internasjonalt engasjement på narkotikaområdet. For å forebygge narko-

tikaproblemer i Norge er det viktig med et forpliktende internasjonalt samarbeid som retter seg mot hele distribusjonskjeden fra narkotikaen produseres til den blir brukt. For å målrette den norske innsatsen skal det utarbeides et posisjonsnotat og en strategi for det internasjonale narkotikaarbeidet.

Utviklingen i alkoholskonsumet

Alkoholkonsumet i Norge har lenge vært økende. I 2007 var det registrerte forbruket 6,6 liter ren alkohol per person over 15 år. Det uregistrerte konsumet har trolig sunket noe siden 1990-tallet. Alkoholforbruket blant ungdom økte kraftig fra 1993 til 2003, men har gått noe tilbake de siste fire årene. Den største nedgangen ser man blant gutter, men også jenter har redusert forbruket noe.



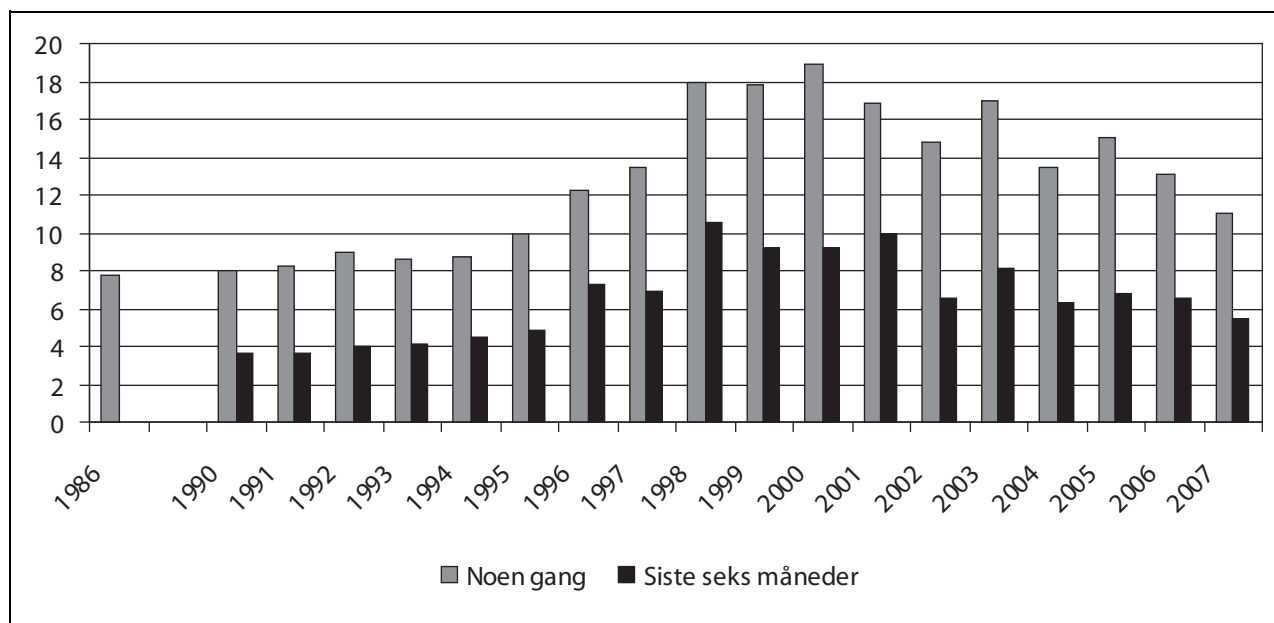
Figur 5.1 Årlig omsetning av alkohol i Norge per innbygger 15 år og eldre, 1990–2007, målt i liter ren alkohol per person totalt og fordelt på ulike drikkesorter.

Det har de siste årene vært en nedgang i antall avholdende i Norge. Debutalderen har lenge vært relativt stabil, om lag 14,5 år for øl og 15 år for vin og brennevin. Alkoholforbruket i Norge er fortsatt lavt i europeisk sammenheng. Mens alkoholforbruket i Norge er økende, går utviklingen i motsatt retning i flere av landene i Europa. Flere europeiske land har i senere år tatt i bruk regulatoriske virkemidler som aldersgrenser og avgifter for å redusere bruk av alkohol og skadene det medfører.

Utviklingen i bruken av illegale rusmidler

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 det mest brukte rusmiddelet. I 2007 oppga 11 pst. av ungdommene (15–20 år) at de har prøvd cannabis. Tallet er høyere i Oslo, men forskjellene mellom Oslo og landet for øvrig minker. Bruk av ecstasy er redusert, mens bruk av amfetamin fortsatt er forholdsvis høyt. Sniffestoffer (lim og løsemidler) brukes mer enn både amfetamin og ecstasy. Narkotikamisbruket i Norge er lavt i europeisk sammenheng, mens antall injiserende misbrukere er relativt høyt, anslagsvis 8 200–12 500. Til sammenlikning var anslaget 11 000–15 000 i 2002. Antall narkotikarelaterte dødsfall (overdose-dødsfall) har sunket kraftig fra 2001 til 2007 (fra 338 til 244), men det er fortsatt høyt, og det er til dels store variasjoner fra ett år til et annet.



Figur 5.2 Prosentandel av ungdom i alderen 15–20 år i Norge som oppgir at de har brukt cannabis henholdsvis noen gang og i løpet av de siste seks måneder i 1986–2007.

Opptreppingsplan for rusfeltet

Regjeringen la høsten 2007 fram en opptreppingsplan for rusfeltet med tiltak innen forebygging, behandling og rehabilitering, i tillegg til satsing på forskning og kompetanse. Opptreppingsplanen er målrettet og skal blant annet bidra til å redusere de negative konsekvensene av rusmiddelbruk for enkeltpersoner og for samfunnet. Opptreppingsperioden er 2006–2010.

Det foreslås en styrking av rusfeltet på 300 mill. kroner i 2009. Med dette forslaget vil de årlige bevilgningene til rusfeltet være styrket med til sammen 685 mill. kroner så langt i opptreppingsperioden. I denne perioden har det også vært en generell aktivitetsvekst i de regionale helseforetakene og en vekst i kommuneøkonomien. Dette har også bidratt til en styrking av rusfeltet.

Tabell 5.1 Opptrepping av rusfeltet 2006–2009

År	(i mill. kr)	
	Opptrepping	Totalt
2006	140	140
2007	120	260
2008	125	385
2009	300	685

Opptreppingsplanen er nøkkelen til en helhetlig og koordinert politikk innenfor rusfeltet de kommende årene. Det er satt i verk en rekke tiltak

i flere samfunnssektorer innenfor planens fem hovedmål:

- Tydelig folkehelseperspektiv
- Bedre kvalitet og økt kompetanse
- Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering
- Forpliktende samhandling
- Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Nedenfor følger en omtale av noen av de viktigste tiltakene som er satt i gang og planer for videre oppfølging innenfor de fem hovedmålene.

Tydelig folkehelseperspektiv

Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker mest sosiale og helsemessige skader. Ifølge WHO er alkohol den tredje viktigste risikofaktor til sykdom og tidlig død i industrialiserte land. I 2006 ble det i Norge registrert 315 dødsfall som direkte skyldes alkohol, men det er grunn til å anta at det er en betydelig underrapportering. Alkohol er også involvert i mange trafikkulykker og andre ulykker som innebærer alvorlige personskader og dødsfall. Alkoholbruk medfører også store kostnader for arbeidslivet. Røkkansenteret anslo i 2004 de årlige alkoholrelaterte kostnadene for norsk arbeidsliv til å være om lag 12 milliarder kroner. I tillegg er det grunn til å anta at alkoholrelaterte problemer er en betydelig underrapportert årsak til sykefravær og for tidlig pensjonering slik at det reelle tallet trolig er enda høyere.

Et folkehelseperspektiv i rusmiddelpolitikken er derfor avgjørende. Dette betyr at vi skal opprettholde en restriktiv alkoholpolitikk rettet mot hele befolkningen. Det er anslått at det finnes mellom 66 000 og 122 000 med et risikofyllt forbruk av alkohol i Norge.

Bedre forvaltning av alkoholloven skal bidra til å styrke oppslutningen om den helhetlige alkoholpolitikken vi har i Norge. Helsedirektoratet har utarbeidet en håndbok i alkoholloven som inneholder kommentarer og merknader til alkohollovens bestemmelser. Dette er et viktig verktøy for å styrke kommunenes kompetanse i alkoholloven. Håndheving av alkoholloven skal sikres. Det skal vurderes tiltak for å effektivisere kontrollen med skjenkebevillinger, herunder muligheten for raskere og strengere reaksjoner ved overskjenking og skjenking til mindreårige.

Informasjonsarbeidet rettet mot ungdom og deres foreldre skal styrkes. Helsedirektoratet planlegger videreføring av diskusjonsopplegget Tør å sette grenser i tråd med en evaluering av tiltaket. Helsedirektoratet begynner arbeidet med en informasjonskampanje rettet mot ungdom i alderen 18–23 år i løpet av høsten 2008. Planen er at denne skal lanseres i april 2009, i forkant av russefeiringen. Helsedirektoratet gjennomfører også informasjonskampanjer for å øke bevisstheten om alkoholrelaterte skader og effektive virkemidler for å begrense slike skader.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å stimulere til økt engasjement og bevisstgjøring om rusforebygging i kommunene, samt øke kommunenes bruk av rusmiddelpolitiske handlingsplaner og øke involveringen av barn og unge. Departementet vil derfor dele ut Ungdommens forebyggingspris til en kommune som har utmerket seg i å involvere barn og unge i utformingen og gjennomføringen av rusforebygging.

Bedre kvalitet og økt kompetanse

Det er etablert et rusmiddelforskningsprogram i Norges forskningsråd. I 2007 ble det åpnet et nytt rusmiddelforskningssenter ved Universitetet i Oslo, Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), som en del av programmet.

I samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet gis det tilskudd til høyskole- og universitetssosialkontorprosjekt ved fire læresteder som samarbeider med 32 kommuner for å styrke samarbeidet mellom forskning, kommunale tjenester og brukere.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har oppgaver knyttet til å spre kompetanse og bidra med fagutvikling overfor kommu-

ner, spesialisthelsetjenesten, kriminalomsorg og utdanningsinstitusjoner. For å målrette aktivitetene i tråd med samarbeidspartners behov, er det lagt opp til regionale og fylkesvise rusfora der kompetansesentrene, Fylkesmannen og de regionale helseforetakene samarbeider. Sentrene skal også sikre brukermedvirkning.

Det gis tilskudd til kompetanseutvikling for sosial- og helsepersonell og ansatte i kriminalomsorgen. Det er satt i gang evaluering av bruken av tvang overfor rusmiddelavhengige, tilskuddsordningen til frivillig rusarbeid, samt tilskudd til kommunale rustiltak. Det er også startet et arbeid for å utvikle bedre statistikk og styringsinformasjon om behov og ressursbruk på rusfeltet. For å bidra til iverksetting av opptrappingsplanen i kommunene er det fra 2008 etablert rusrådgivere hos Fylkesmannen.

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Denne veilederen skal danne grunnlaget for en mer enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp for rusmiddelavhengige.

Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering

Opptrappingsplanen skal understøtte regjeringens arbeid med samhandlingsreformen. Brukerne skal få tjenester preget av kvalitet, nærhet og samhandling.

Tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid er styrket betydelig de siste årene, og vil med styrkingen på 60 mill. kroner for 2009, være på om lag 250 mill. kroner. Hensikten er å stimulere til økt innsats og mer treffsikre tilbud i kommunene. Det er blant annet satt i gang et forsøk med koordinerende tillitsperson i foreløpig 26 kommuner, og det gis tilskudd til lavterskel helsetiltak, LAR-arbeid og styrking av individuell oppfølging overfor rusmiddelavhengige i kommunene. Det er gitt økt støtte til Gatehospitalet for å utvide tilbudet med en egen kvinneavdeling, og det gis tilskudd til over 83 ulike ideelle virksomheter og brukerorganisasjoner.

Gjennom økte bevilgninger og omdisponeringer innen de regionale foretakene, er kapasiteten og kvaliteten innen tverrfaglig spesialisert behandling betydelig styrket etter rusreformen. Alle de regionale helseforetakene har også utarbeidet egne regionale handlingsplaner for tverrfaglig spesialisert behandling, der de mer langsiktige overordnede målene for tjenestene og organiseringen av disse er nærmere omtalt.

Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser en markant økning i antall henviste til behandling. Aldri før har det vært gjennomført så mange poli-

kliniske samtaler innen tverrfaglig spesialisert behandling som i 2007. Totalt sett har presset på tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling økt mer enn økningen i ressursene som er stilt til rådighet. Dette bekreftes også av NPR, der tall viser at det er betydelig flere nyhenviste pasienter enn det antall pasienter som avvikles ordinært.

Fra 1. september 2008 ble det innført en ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet. Denne garantien medfører at ingen i denne pasientgruppen skal måtte vente lenger enn 10 virkedager på å få vurdert sin rett til behandling. Dersom slik rett blir gitt, skal ingen måtte vente lenger enn 65 virkedager før behandling skal være satt i verk.

Det er viktig å styrke tilbudet til innsatte og domfelte med rusmiddelavhengighet som har behov for rusbehandling og rehabilitering. Det er etablert rusmestringsenheter i fengslene Ravneberget, Stavanger og Bodø fengsel. Videre har det vært en markant økning i soning etter straffegjennomføringslovens § 12.

Prøveordningen narkotikaprogram med domstolskontroll er under evaluering. Prøveordningen foreslås forlenget til 2011.

Forpliktende samhandling

Det er et mål å etablere en overordnet rapportering på samhandling og samhandlingsutfordringer for de regionale helseforetakene og kommunene. Det vises til at regjeringen vil starte arbeidet med en samhandlingsreform i helsesektoren for å kunne gi pasientene et bedre og mer helhetlig tilbud.

De regionale helseforetakenes veiledning til kommunene og kommunenes formidling av kunnskap til de regionale helseforetakene, skal bedres. Et mål med bedre gjensidig informasjon og veiledning, er å få til en likere forståelse som igjen skal føre til en bedre samhandling mellom tjenestenivåene. Utprøvingen av koordinerende tillitspersoner og tilskudd til individuell oppfølging i kommunene, har samhandling som et sentralt mål. Ved de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål pågår det tverrfaglige prosjekter innen forskning og kvalitetsutvikling med vekt på gjensidig kompetanseoverføring. I 2009 skal det settes i gang prosjekter for å målrette samhandlingsoppgavene ytterligere.

Det er et mål å øke bruken av kommunenettverk for å legge til rette for erfaringsoverføring mellom kommuner. Blant annet gjennom Flink med folk i regi av KS er det startet nettverk hvor rus og psykisk helse inngår. I regi av den nasjonale strategien På vei til egen bolig (2005–2007) er det

etablert 18 kommunenettverk. Alle Husbankens regionkontor har nettverk i drift og vil videreføre disse som en del av arbeidet med å forebygge og bekjempe bostedsløshet.

Praksiskonsulentordningen er viktig for å optimalisere pasientforløp og bedre samhandlingen mellom fag og nivåer innen tverrfaglig spesialisert behandling. Ordningen er styrket i 2008.

Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Pårørendeperspektivet i rusfeltet skal styrkes i 2009. Helsedirektoratet har fått utført en kartlegging av tiltak for pårørende. Arbeidet med å styrke pårørendes situasjon kan gjøres gjennom frivillige tiltak og i samarbeid med tjenestene, for eksempel Lærings- og mestringsentrene. Det skal arrangeres en pårørendekonferanse høsten 2008.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte våren 2008 på høring et forslag om å lovfeste at helsepersonell skal bidra til å ivareta barns behov når foreldre som følge av psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sykdom eller skade, ikke har evne eller mulighet til å yte barnet hjelp og nødvendig omsorg. Formålet med lovendringene er at barn av disse pasientene skal oppdages og ivaretas på en bedre og mer systematisk måte enn i dag. Barna og foreldrene skal gis informasjon, veiledning og tas med på råd. Dette krever blant annet endringer i reglene om helsepersonellens taushetsplikt. Det foreslås også at spesialisthelsetjenesten i nødvendig utstrekning skal ha helsepersonell med særskilt ansvar for å følge opp barn.

I Soria Moria-erklæringen har regjeringspartiene gitt løfte om oppfølging og hjelp til barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. For å kunne gi langsiktig hjelp startet regjeringen i 2007 en flerårig satsing for å identifisere og følge opp disse barna. Formålet er å gi tidligere hjelp til barna, styrke veiledning og kompetanseheving i tjenestene, gi langsiktig oppfølging av barna, øke forskningsaktiviteten, spre erfaringer og stimulere frivillige organisasjoner til tiltak. Det legges vekt på tiltak som kommer barna direkte til gode.

Budsjettmessige satsinger for 2009

Tydelig folkehelseperspektiv (24 mill. kroner):

- Implementering av strategi for tidlig intervensjon, 10 mill. kroner, jf. kap. 718, post 63
- Bistand til kommuner i utarbeidelse av rusmiddepolitiske handlingsplaner, 8 mill. kroner jf. kap. 718, post 63

- Styrking av kvaliteten på kommunenes kontroll med salgs- og skjenkebevillinger, 6 mill. kroner, jf. kap. 718, post 63

Bedre kvalitet og økt kompetanse (36 mill. kroner):

- Styrking av rusmiddelforskningsprogrammet i Norges forskningsråd, 6,5 mill. kroner jf. kap. 701, post 50
- Utviklingstiltak, registrering av narkotikarelaterte dødsfall, 0,5 mill. kroner, jf. kap. 718, post 21
- Utvikling av faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert behandling, 2 mill. kroner jf. kap. 726, post 70
- Styrking av legers kompetanse om rus- og avhengighetsproblematikk, 8,0 mill. kroner, jf. kap. 761, post 21
- Tiltak for kvalitets- og kompetanseheving innen kommunale tjenester, 19 mill. kroner, jf. kap. 761, post 21

Mer tilgjengelige tjenester (228 mill. kroner):

- Styrking av tilskudd til utvikling av kommunale tjenester, 60 mill. kroner jf. kap. 761, post 63
- Styrking av tilbudet ved Gatehospitalet, 8 mill. kroner, jf. kap. 761, post 70
- Styrking av LAR, 35 mill. kroner, jf. kap. 732, post 70, 72–75 og 77, og kap. 2752, post 70, og kap. 2755, post 70.
- Styrking av tverrfaglig spesialisert behandling, 120 mill. kroner, jf. kap. 732, post 72, 73, 74 og 75
- Etablering av nye rusmestringsenheter i fengsel, 5 mill. kroner, jf. kap. 726, post 70 og kap. 430, post 01 (Justis- og politidepartementet).

Forpliktende samhandling (5 mill. kroner):

- Tiltak for å forbedre samhandling og øke bruk av individuell plan 5 mill. kroner, jf. kap. 761, post 21

Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende (7 mill. kroner):

- Tiltak for å styrke samarbeidet mellom frivillige organisasjoner, øke brukerinnflytelse og styrke pårørendearbeid, 7 mill. kroner, jf. kap. 761, post 21

For å sikre en samlet oppfølging skal utviklingen følges nøye på alle samfunnssektorer. Helsedirektoratet vil årlig oppsummere status for tiltakene og gi faglige anbefalinger for det videre arbeidet på feltet. Den første statusrapporten vil foreligge i høst.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Følgende formål skal dekkes over bevilgningen:

- Driftsmidler til fylkesmennene (klagesaksbehandling alkoholoven mv.)
- Informasjons- og holdningsskapende arbeid
- Forebyggende rusmiddeltiltak
- Diverse utredninger og forsøksvirksomhet

Deler av bevilgningen forvaltes av Helsedirektoratet til bruk for disse formål.

Driftsmidler til fylkesmennene

Det er med hjemmel i alkoholoven begrenset klageadgang over de fleste kommunale vedtak i bevilgningssaker. Fylkesmannen er klageinstans, og kan prøve om vedtakene er gyldige. I 2007 behandlet fylkesmennene 84 klagesaker mot 61 i 2006 og 90 i 2005. Utgifter til fylkesmennenes arbeid med klagesaker og kurs og konferanser mv. som fylkesmennene arrangerer på regionalt nivå, dekkes over denne posten.

Informasjons- og holdningsskapende arbeid – alkohol

Alkoholforbruket øker, samtidig som både ungdom og voksne mangler kunnskap om alkoholens skadevirkninger og kopling mot mange sykdommer. I tillegg er det et press på tradisjonelle alkoholpolitiske virkemidler som pris og tilgjengelighet. Det er en tendens til at alkoholens skadevirkninger alminneliggjøres eller bagatelliseres. Helsedirektoratet har gjennomført informasjonskampanjer de siste fire årene, og kampanjene følges opp lokalt, bl.a. gjennom samarbeid med foreldreutvalget for grunnskolen. Ungdom og foreldre er særlig sentrale målgrupper. Informasjonskampanjen Alkoholritt svangerskap informerer om alkoholens skadelige virkning på fosteret. I tillegg til kvinnene i målgruppen har helsepersonell fått informasjons- og kurstilbud.

Forebyggende rusmiddeltiltak

Helsedirektoratet arbeider for å samordne lokale rusforebyggende tiltak, legge til rette for å heve kvaliteten på rusforebyggingen, samt styrke samarbeidet med de frivillige organisasjonene. Rusforebyggingen rettes mot barn og unge generelt og mot barn og unge som er særlig risikoutsatt. Det legges stor vekt på tidlig identifisering og intervensjon av rusproblemer, samt tidlig intervensjon i arbeidslivet. Forebyggingen skal i hovedsak skje i kommunene, men det skal være sammenheng mellom virkemidler og tiltak på nasjonalt og lokalt

nivå. I flere undersøkelser har Statens institutt for rusmiddelforskning avdekket omfattende brudd på alkoholloven hos bevilingshavere og mangelfull kommunal kontroll med næringen. Helsedirektoratet skal derfor videreføre informasjonsarbeidet overfor kommunene og bidra til å fokusere på skjenke- og salgspraksisen lokalt, og styrke kvaliteten på kommunenes kontrollvirksomhet. Helsedirektoratet skal gi veiledning om helhetlig og samordnet forebygging av rusmiddelproblemer.

Bevilgningen foreslås

- satt ned 0,38 mill. kroner i forbindelse med omgjøring av prosjektstilling til fast stilling, mot at bevilgningen på kap. 700, post 01, settes opp tilsvarende.
- satt opp 0,5 mill. kroner til utviklingstiltak for bedre registrering av narkotikarelaterte dødsfall

Post 63 Rusmiddeltiltak

Kommunalt rusforebyggende arbeid

Mange kommuner har ikke en helhetlig politikk for forebygging av rusmiddelproblemer. Dette kan føre til at tiltak drar i ulike retninger, er av ulik kvalitet og at forebyggingsarbeidet blir ineffektivt. Erfaringene fra Regionprosjektet og evalueringen av prosjektet, gjort av Statens institutt for rusmiddelforskning, påpeker viktigheten av å bedre samordningen av lokale forebyggingsstiltak. Politisk og strategisk arbeid vektlegges. Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, prioritert arbeidet med å bistå kommunene i å lage helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Som ledd i dette arbeidet er det utviklet en veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan og en interaktiv rådgivningstjeneste og tipsside, www.kommunetorget.no. Helsedirektoratet har startet arbeidet med en kompetanseutviklingsplan for å styrke det forbyggende arbeidet i kommunene. Planen omfatter kompetanseutviklingstiltak på ulike nivåer og av ulik varighet, fra korte kurs og konferanser via kurs/seminarrekker til videreutdanning på høyskolenivå.

Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan og www.kommunetorget.no er viktige elementer i kompetanseutviklingsplanen.

Helsedirektoratet viderefører arbeidet med å utvikle kvaliteten på det rusforebyggende arbeidet i skolen. Dette skjer i dialog med Utdanningsdirektoratet. Det lages en veileder for skolen i 2008/2009. Arbeidet må sees som ett element i arbeidet

med å styrke det lokale forebyggende arbeidet og med arbeidet med tidlig intervensjon.

Implementering av en nasjonal strategi for tidlig intervensjon

Noen er særlig utsatt for å utvikle rusmiddelproblemer. Dersom rusmiddelproblemer og atferdsproblemer avdekkes tidlig, er sjansen større for å forebygge en videre problemutvikling. Det er kartlagt hvilke målgrupper og arenaer som er mest aktuelle for tidlig identifisering og intervensjon, og hvilke kompetansebehov de ulike tjenesteyterne har. På bakgrunn av dette har Helsedirektoratet utarbeidet en rapport om sentrale perspektiver for tidlig intervensjon på rusfeltet. Det skal i løpet av 2008 utarbeides en veileder for tidlig intervensjon for å avdekke og intervensjon overfor mulige rusmiddelproblemer. Med bakgrunn i bl.a. denne veilederen skal Helsedirektoratet, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, bistå og gi veiledning til kommuner om metoder og tiltak for å gripe inn på et tidligere stadium enn i dag. Tidlig intervensjonstiltak bør ses i sammenheng med det øvrige forebyggende arbeidet i kommunene.

Bevilgningen foreslås

- satt opp 24 mill. kroner til styrking av arbeidet med kommunale rusmiddelpolitiske handlingsplaner, implementering av strategi for tidlig intervensjon, samt bedre håndheving av alkoholloven.

Post 70 Frivillig arbeid mv.

Bevilgningen dekker drifts- og prosjekttilskudd mv. til frivillig rusforebyggende arbeid. Frivillige organisasjoner bidrar betydelig til å forebygge rusmiddelproblemer, og det skal være godt samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor. Det er bl.a. gitt tilskudd til Actis (Rusfeltets samarbeidsorgan), rusmiddelpolitiske organisasjoner, Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (Akan) og organisasjonen Av og til.

Det er også gitt tilskudd til enkeltprosjekter i regi av andre frivillige organisasjoner som ikke har rusmiddelforebyggende arbeid som hovedformål, blant andre Idrettsforbundet (Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komité).

Tiltakene skal evalueres. Det legges vekt på å støtte kunnskapsbaserte strategier og tiltak med kontinuitet og lokal forankring. Det arbeides med omlegging av tilskuddsordningene for å knytte dem tydeligere til målene for opptrappingsplanen for rusfeltet.

Kap. 719 Folkehelse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	62 839	56 704	62 199
60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	35 591	52 584	54 898
70	Hivforebygging, smittevern mv., <i>kan overføres</i>	27 149	29 263	30 551
71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	24 837	24 069	25 128
72	Stiftelsen Amatheia	16 058	16 748	14 985
73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	12 715	19 287	19 136
74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	20 850	16 047	16 753
79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	17 179	15 948	15 950
	Sum kap. 719	217 218	230 650	239 600

Bevilgningen omfatter bl.a. oppfølging av St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 og Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011). Bevilgningen dekker også spesielle driftsutgifter til Helsedirektoratets forvaltningsoppgaver på folkehelseområdet, herunder Nasjonal strategi for barns miljø og helse 2007–2016, Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer 2008–2012 og ny strategi for forebygging av skader og ulykker.

Lokalt folkehelsearbeid

Folkehelsearbeidet i kommunene er hjemlet i lov om helsetjenester i kommunene. Flere ulike deler av kommunehelsetjenesten er av forebyggende karakter, særlig helsestasjons- og skolehelsetjeneste og miljørettet helsevern. Videre fyller kommunelegen en viktig funksjon i samfunnsmedisinsk arbeid. Gjennom satsingen på partnerskap for folkehelse er det etablert lokale partnerskap for folkehelse som involverer aktører fra offentlig, privat og frivillig sektor. Viktige mål er å oppnå et bredere tverrsektorielt samarbeid og tettere samarbeid med frivillige organisasjoner. Mer enn halvparten av landets kommuner har etablert partnerskap, og hovedfokus har så langt vært på levevaneutfordringer, særlig ernæring og fysisk aktivitet. Se også omtale kap. 719, post 60.

Overvåking og kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Det er i 2008 under utvikling en strategi for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Strategien skal samordne og avklare arbeidsfordeling om forskning og overvåking på folkehelseområdet mellom Helsedirektoratet og andre institusjoner som Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens institutt for rusmiddelforskning, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Statistisk sentralbyrå. Helsedirektoratets rolle er særlig å bidra til at andre aktører i og utenfor helseforvaltningen driver kunnskapsutvikling innen de politisk prioriterte områdene, og å nyttiggjøre denne kunnskapen i iverksetting av den nasjonale folkehelsepolitikken. De andre etatenes roller innen overvåking er nærmere omtalt under kap. 710, Nasjonalt folkehelseinstitutt, kap. 716, Statens institutt for rusmiddelforskning og kap. 725, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Det treårige prosjektet Kommunehelseprofiler avsluttes i 2008. Nettsidene videreføres som en del av satsingen til Helsedirektoratet innenfor statistikk og folkehelse. I samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Nasjonalt folkehelseinstitutt vil det bli utviklet flere indikatorer. Det vil også foregå et arbeid med å etablere nye verktøy og metoder som bidrar til at kommunene øker bruken av styringsdata i planarbeidet. Nettsidene vil også i større grad integrere kunnskapsutvikling innenfor helse i plan og partnerskapsarbeidet i kommunene gjennom eksempeldatabaser, rapporter og annet kunnskapstilfang fra disse prosjektene.

Miljø og helse

Det er et mål å oppnå trygge og helsefremmende miljøer for alle. I følge WHO er dårlig miljøkvalitet, slik som luftkvalitet ute og inne, hygieniske forhold, mv., direkte årsak til 14 pst. av sykdom som kan forebygges i Norge. Ut i fra WHO's beregninger vil dette utgjøre 73 000 tapte leveår i god helse og 7500 dødsfall per år.

Viktige tiltak her er å tydeliggjøre miljøfaktorene i folkehelsearbeidet, synliggjøre miljøfaktorenes betydning for helsen før beslutninger tas i alle sektorer, støtte kommunenes miljørettede helsevern, herunder god regelverksforvaltning, bidra til å forebygge skader og ulykker, forebygge forgiftninger, forebygge astma og allergisykdommer og å bedre barns miljø og helse herunder sikre barnas arbeidsmiljø.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å fungere som en kompetanseenhet innen helsekonsekvensutredning.

Som oppfølging av St.meld. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge tok Helse- og omsorgsdepartementet i 2007 initiativ til en bred gjennomgang av miljørettet helsevern. En kartlegging av situasjonen i miljørettet helseverntjenesten er gjennomført våren 2008. Tilsvarende er det foretatt en systematisk gjennomgang av aktuelle miljøfaktorens betydning for helsen.

Fra 2008 deltar Helsedirektoratet i samarbeidet med flere andre etater om Regelhjelp.no. Nettstedet gir bransjespesifikk regelverksinformasjon til små og mellomstore virksomheter. Helsedirektoratet deltar med regelverk innenfor områdene miljørettet helsevern, tobakk og alkohol.

Barn og unge

Nasjonal strategi for barns miljø og helse ble lagt fram i 2007 for planperioden 2007–2016. Strategien er utviklet i et samarbeid mellom åtte departementer og med medvirkning fra barn og unge selv. Implementering av den norske strategien fortsetter i 2009. Det skal utvikles et barnebarometer som skal følge utviklingen av barns miljø og helse framover.

Når det gjelder barnas arbeidsmiljø ble det i 2008 i samarbeid med Kunnskapsdepartementet gjennomført en kartlegging av om skolene er godkjente etter helsereguleringen. Kartleggingen viste at kun 50 pst. var godkjente. Med utgangspunkt i denne kartleggingen ble samtlige kommuner orientert om situasjonen og deres ansvar ble understreket. I 2009 skal det gjennomføres en ny kartlegging. På bakgrunn av denne kartleggingen skal behov for ytterligere tiltak vurderes.

Astma og allergisykdommer

Astma forekommer nå hos om lag 20 pst. av barn og unge i Norge, og hos om lag 8 pst. av alle voksne. Resultater fra den store barneastmastudien ved Ullevål Universitetssykehus (2006) som fulgte nærmere 1000 barn fra fødsel fram til ti år viser at 20,2 pst. av barn har eller har hatt astma i løpet av de første ti leveårene.

Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer 2008–2012 ble lagt fram i mai 2008. Det er et mål å stanse økningen av astma og forekomsten skal gradvis reduseres. Regjeringen ønsker med strategien å forebygge sykdommene gjennom bruk av kunnskap om ernæring, livsstil og miljø, samt å sikre en tidlig og korrekt diagnostisering og behandling.

Forebygging av ulykker og skader

I 2005 døde totalt 1835 i ulykker. Ulykker er den største dødsårsaken for personer under 45 år. Tall fra norsk pasientregister viser at i 2006 ble nesten 90 000 personer skrevet ut fra sykehus etter behandling av skader og forgiftninger. Dette er en økning på 14 500 sammenliknet med 2000. I 2002 var det beregnet 293 000 hjem-, skole-, idretts- og fritidsulykker med personskaade eller død. I følge Transportøkonomisk institutt kostet dette det norske samfunnet 167 mrd. kroner per år. Det foreligger ikke tall etter 2002.

Strategiplan for forebygging av skader og ulykker (2005–2007) er fulgt opp av Helsedirektoratet i 2007, erfaringene er oppsummert, og i lys av konklusjonene vil det bli utarbeidet en ny strategi som bl.a. vil sette søkelys på sosiale forskjeller i skader og ulykker. En del personskaader er relatert til alkohol og andre rusmidler. Opptrappingsplanen for rusfeltet er derfor viktig i arbeidet med forebygging av personskaader.

Det vil i 2009 bli lagt vekt på å følge opp implementering og sikring av datakvalitet i det nye utvidede Norsk pasientregister som inkluderer personskaader, samt sørge for tilgang til skadedata på lokalt nivå. Det skal arbeides for å etablere en nasjonal analysegruppe som kan bidra til å bearbeide dataene fra Norsk pasientregister og videreformidle kunnskap. Støtten til kommuner og fylker som ønsker å satse på arbeidet med Trygge Lokalsamfunn vil bli vurdert i arbeidet med ny nasjonal strategi.

Samarbeidet med Vegdirektoratet og Statens havarikommisjon for transport videreføres for ytterligere å redusere antallet drepte og skadde i trafikken. Det skal vurderes hvordan helsetjenesten kan bidra til å avdekke forhold som kan ha

medvirket til alvorlige trafikulykker. Det vises for øvrig til kap. 719, post 79.

Forebygging av tobakksskader

Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 har som overordnet mål å fremme helsen i alle deler av befolkningen og gi flere leveår med god helse gjennom redusert tobakksbruk.

Strategiens innsatsområder er: forebygge røykestart, røykeslutt, vern mot tobakksrøyk, forebygge snusbruk, informasjonstiltak, lokalt folkehelsearbeid, forskning og internasjonalt samarbeid. Fra 2006 til 2010 er målet at andelen unge som røyker halveres, andel gravide som røyker ved slutten av svangerskapet halveres og andelen dagligrøykere i befolkningen reduseres til under 20 pst.

I 2007 røykte om lag 22 pst. daglig, mot 24 pst. i 2006. Andelen kvinner og menn som røyker har vært relativt lik i mange år. I 2006 røykte om lag 9 pst. av de gravide ved svangerskapets slutt. Røyking er en viktig årsak til sosiale helseforskjeller. De som røyker er overrepresentert i grupper med lav inntekt, kort utdanning og manuelle yrker. Blant unge (16–24 år) gikk andelen som røykte daglig ned fra 28 i 2002 til 16 pst. i 2007. I ungdomsskolen ble andelen halvert fra 2000 til 2005. Om lag 6 pst. av befolkningen, i hovedsak menn, bruker snus daglig (2006–2007). Om lag 20 pst. av menn i aldersgruppen 16–34 år bruker snus. Blant unge menn er snus nå vel så vanlig som røyking.

Undervisningsprogrammet i ungdomsskolen, FRI, ble gjennomført med 60 pst. deltakelse i skoleåret 2007–2008. Fylkesmannen bidrar til implementering av programmet. Det ble lagt ned stor innsats i fylkene i forbindelse med Verdens tobakksfrie dag. Tobakksfri videregående skole ble satt på dagsorden og skolene konkurrerte om å gjennomføre en helt tobakksfri dag. Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet oppfordret fylkeskommunene til å innføre restriksjoner på tobakk i skolen. 13 fylkeskommuner har vedtak om røykfrie skoler, tre om tobakksfrie skoler (uten røyk og snus), tre fylker står uten vedtak. Våren 2008 gjennomførte Helsedirektoratet en kartlegging av restriksjoner på bruk av tobakk i alle videregående skoler for å se om utviklingen er tilfredsstillende. Kartleggingen viser at det har vært en positiv utvikling, men at det fortsatt er få skoler som har totalt røykeforbud på skolens område og i skolens umiddelbare nærhet.

Helsedirektoratet, Fylkesmannen og frivillig sektor samarbeider om å gjennomføre røykesluttkurs over hele landet. Oppland og Hedmark har

prøvd ut en samarbeidsmodell som har gitt gode resultater, flere fylker vil prøve denne.

Ved nyttår 2007 ble massemediekampanjen om helseskader som følge av røyking og om tobakksindustriens arbeidsmetoder gjentatt. Den førte til svært mange innringere til Røyketelefonen. Røyketelefonen gir hjelp til røykeslutt med gratis veiledning og oppfølging, og besvarte 11 000 innringere i 2007.

Som ledd i å følge opp Nasjonal strategi for KOLS-området (2006–2011), ble nasjonalt kolsråd opprettet i 2007. Ved nyttår 2008 var røykeslutt og lungesykdommen kols tema i markeringer gjennom massemedia. Evalueringer har vist at massemediekampanjer motiverer til røykeslutt og til å søke hjelp til røykeslutt, forutsatt at de er av et tilstrekkelig omfang.

For å redusere økningen i snusbruk, spesielt blant unge, foreslår regjeringen å øke avgiften på snus og skrå med 10 pst. utover normal prisjustering. Avgiften ble økt tilsvarende i 2008.

Helsedirektoratet har informert tilsynsmyndighetene om tolkning av regelverket for røykfrie serveringssteder, bl.a. om Høyesteretts dom fra desember 2007 som fastslår at røykeklubber og liknende omfattes av røykeforbudet.

Et lovforslag om forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer på utsalgsteder var på EØS-høring våren 2008. Forslaget har tidligere vært på nasjonal høring. Helse- og omsorgsdepartementet planlegger å legge fram et forslag om forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer for Stortinget i løpet av 2008.

I 2008 ble det bevilget 3 mill. kroner til en kampanje i arbeidsliv. Med utgangspunkt i denne bevilgningen inviterer Helsedirektoratet i løpet av 2008 10–12 bedrifter til å delta i røykesluttprosjekter. Verdens tobakksfrie dag 30. mai 2008 hadde arbeidsliv som tema og markerte startskuddet for kampanjen.

Kosthold og ernæring

Handlingsplan for bedre kosthold

Kostholdet påvirker helsen gjennom hele livet, og har sammenheng med utviklingen av folkesykdommer som type 2-diabetes, enkelte kreftformer, overvekt og hjerte- og karsykdommer. Hovedforingene for arbeidet med kosthold og ernæring ligger i den tverrdepartementale Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) Oppskrift for et sunnere kosthold. Tiltakene skal bidra til å gjøre sunn mat lettere tilgjengelig og enklere å velge, styrke kompetansen hos forbrukere og nøkkelgrupper, og gi bedre kunnskap om status og utviklingstrekk for kostholdet. Et viktig mål for hand-

lingsplanen er å redusere sosiale forskjeller i kostholdet.

Overvåking og dokumentasjon

Helsedirektoratet samarbeider med Mattilsynet om et felles system for mat- og kostholdsovervåking. For å følge utviklingen over tid må dataene innhentet via systemet oppdateres jevnlig. Dataene brukes både til evaluering av ernæringspolitikken og til risikovurderinger som utføres av Vitenskapskomiteen for mattrygghet. Som oppfølging av Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet fra 2006, skal det gjennomføres felles nordiske overvåkingstiltak. Oppfølgingen av EUs barnematdirektiv i Norge gjør det fortsatt nødvendig å følge utviklingen av kostholdet til spedbarn og småbarn. De landsomfattende kostholdsundersøkelsene Spedkost og Småbarnkost ble gjennomført i 2006–2007. En ny nasjonal kostholdsundersøkelse blant voksne skal gjennomføres i løpet av 2009–2010. En revidert matvaretabell er lagt ut på www.matportalen.no.

Et sunt marked

En egen årlig dialogarena med matvarebransje, forbrukere og forskere ble etablert i 2007 med fokus på temaer som pris, produkttilbud, tilgjengelighet av sunne produkter, markedsføring og merking. En særskilt satsing innen kiosk, bensinstasjons- og serveringsmarkedet er startet opp og skal følges opp i 2009.

Med bakgrunn i anbefaling fra Mattilsynet og Helsedirektoratet skal et felles nordisk nøkkelhullsmerke tas i bruk som sunnhetsmerkeordning på matvarer i 2009. Ordningen vil være frivillig. Effekten av sunnhetsmerkeordningen skal evalueres. Det legges også vekt på å påvirke utviklingen av regelverk for merking av matvarer i EU, jf. kap. 703, herunder bedre næringsdeklarasjon.

Sammen med Barne- og likestillingsdepartementet følger helsemyndighetene utviklingen på markedsføringsområdet med bakgrunn i bransjens egne retningslinjer for markedsføring av mat og drikkevarer rettet mot barn. Norge er også aktive i arbeidet i WHO i forbindelse med dette temaet, jf. kap. 703.

Tiltak for barn og unge

Følgende tiltak er satt i verk og vil bli videreført:

- Gratis utdeling av vitamin D-dråper til spedbarn med innvandrerbakgrunn
- Fylkesvise kurs for etablering av ammekyndige helsestasjoner i regi av Nasjonalt kompetanse-

senter for amming i samarbeid med Helsedirektoratet og Landsgruppen av helsesøstere

- Tiltak for å bedre mat- og måltidstilbudet i barnehager gjennom nye retningslinjer for mat og drikke i barnehager og pedagogiske verktøy, informasjonsmaterieell og kompetanseheving
- Sjømatprosjektet Fiskesprell i samarbeid med Fiskeri- og kystdepartementet og Eksportutvalget for fisk med formål å øke forbruket av fisk og sjømat i Norge
- Gratis kokebok til alle ungdomsskoleelever i Mat- og helsefaget. Kokeboken tilbys kommunene til selvkost og det er siden utgivelsen i 2007 solgt i alt 7000 eksemplarer til kommuner til ulike formål.

Kommunene skal oppfordres til å sikre ressurser til Mat- og helsefaget og kompetanse hos lærere som underviser i faget. Det er i 2007 og 2008 arrangert seminar om ernæring, mat og helse for ansatte ved høyskoler og universiteter.

I samarbeid mellom Kommunal- og regionaldepartementet, Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet er landets fylkeskommuner blitt oppfordret til å sikre tilgang på kaldt drikkevann og frukt og grønt til elevene i videregående skole. Det ble også invitert til konkurranse om å være best på kaldt drikkevann og frukt og grønt og foretatt en kartlegging av mat- og drikketilbudet. Mattilbudet i videregående skoler skal følges opp videre i 2009 på bakgrunn av kartleggingen og evaluering av prosjektet Fysisk aktivitet og måltider i skolen.

Det vises også til omtale under kap. 719, post 74 og til post 60.

Ernæringsarbeid i kommunene

Det er under utprøving ulike modeller for organisering av ernæringsarbeid i kommunene med sikte på å styrke arbeidet og gi bedre tilbud lokalt til befolkningen. Arbeidet innebærer bl.a. styrket samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og samarbeid med frivillige organisasjoner. Forsøkene skal videreføres og evalueres med sikte på anbefaling og implementering av gode modeller for ernæringsarbeidet i kommunene på sikt.

Det er også igangsatt arbeid for å inkludere ernæring i tiltak overfor grupper som i perioder er utenfor arbeidslivet, som personer på attføring, og langtidssykmeldte. Kurstilbud som er utviklet i denne sammenheng kan brukes til utvikling av lavterskeltilbud lokalt, evt. i samarbeid med frivillige organisasjoner og private aktører. Dette arbeidet vil bli videreført.

Det er etablert en dialogarena på sentralt nivå, med frivillige organisasjoner og private aktører, med fokus på lavterskeltilbud.

Ernæring i helsetjenesten

Helseforetakene er bedt om å ivareta intensjonen i handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen. Siden det er i spesialisthelsetjenesten man i størst grad finner autorisert ernæringskompetanse, blir veilederrollen overfor kommunene på dette området særskilt viktig.

En viktig del av arbeidet er utarbeidelse eller revisjon av faglige retningslinjer:

- Faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt/fedme
- Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernærte pasienter og pasienter i ernæringsmessig risiko
- Revisjon av retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner, som også skal legge større vekt på mattrygghet

Kartlegging av mat og måltider i sykehjem er foretatt og skal følges opp. Det vises til omtale under innledning til kategori 10.60 om Omsorgsplan 2015.

Fysisk aktivitet og måltider i skolen

Det treårige prosjektet Fysisk aktivitet og måltider i skolen ble avsluttet i 2007. Hensikten med prosjektet var å utvikle metoder og modeller for hvordan skolen kan tilrettelegge for økt daglig fysisk aktivitet og gode rammer rundt skolemåltidet. Nærmere 400 skoler har vært involvert, herunder om lag 20 videregående skoler. Endelig evaluering vil foreligge i 2008 i regi av Senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil ved Universitetet i Bergen (Hemil-senteret). På bakgrunn av foreløpig evaluering og andre erfaringer fra prosjektet, har Helsedirektoratet i samarbeid med Utdanningsdirektoratet laget en veileder til bruk for skolene med sikte på erfaringsspredning og implementering i større skala. Det er avholdt en sentral erfaringskonferanse og etablert modellskoler i alle fylker. Den foreløpige evalueringen av prosjektet viser at suksesskriterier er forankring i skoleledelse og skolens planer, og involvering av elever. Evalueringen peker videre på utfordringer knyttet til knapphet på tid, lokaler og ressurser til kvalifisert personell.

Evalueringen identifiserer to hovedmodeller for daglig fysisk aktivitet i barne- og ungdomsskolen. Modellene kan gjennomføres innenfor skolens

eksisterende rammer eller ved å utvide skoledagen. På måltidssiden er det valgt tre ulike modeller for å oppnå mål om tilstrekkelig tid til å spise.

Kunnskapsdepartementets forsøk med utvidet skoledag i 11 kommuner inkluderer fire elementer: Utvidet timetall i norsk, engelsk og matematikk, fysisk aktivitet, leksehjelp og skolemat.

Den enkelte kommune utformer sine modeller og dermed også i hvor stor grad og på hvilken måte de ønsker å vektlegge hvert enkelt element. Sintef evaluerer prosjektet på vegne av Utdanningsdirektoratet.

Utvidet skoledag støtter opp under Kunnskapsløftet, og legger stor vekt på lokal valgfrihet når det gjelder arbeidsformer, lærermateriell og organisering av opplæringen.

Det vises for øvrig til omtale under kap. 719, post 73, post 74 og post 60.

Mattrygghet

Det faglige ansvaret for matloven og for Mattilsynets forvaltningsområde er delt mellom Fiskeri- og kystdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Landbruks- og matdepartementet. For nærmere omtale av mål og prioriteringer vises det til programkategori 15.10 og kap.1115 i St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Landbruks- og matdepartementet.

Antallet meldte tilfeller av de vanligste meldepliktige sykdommene som blir overført gjennom mat eller vann, og der årsaken er kjent, er ganske stabil. Det er fortsatt relativt få meldte tilfeller av smitte med salmonellabakterier. Rundt 80 pst. av de som får diagnosen salmonellose, er smittet i utlandet.

Det er fortsatt grunn til å anta at ikke-meldepliktige sykdommer som blir overført gjennom mat eller vann, samlet sett, gir mange sykedager i befolkningen. Samfunnskostnadene totalt er ikke kjent, men de antas å være store og ofte undervurdert. Vanlige risikofaktorer er urensset eller mangelfullt rensset drikkevann fra mindre vannforsyningsanlegg og uhygienisk håndtering og oppbevaring av mat i næringsmiddelvirksomheter og i hjemmet.

I 2007 ble flere sykehuspasienter syke på grunn av høy forekomst av listeriabakterien i en type bløtost. Det førte til at servering til pasienter i helseinstitusjoner og mattrygghet kom i fokus. Mattilsynet har startet opp en tilsynskampanje rettet mot kjøkkenhygiene på sykehus og helseinstitusjoner. Helsedirektoratet skal revidere retningslinjene for kosthold i helseinstitusjoner, og mattrygghet vil bli et særskilt tema i disse.

Det er etablert en permanent innsatsgruppe (Matsmittekomiteen) for oppklaring av matbårne

utbrudd av smittsomme sykdommer med fagkompetanse fra berørte etater og forskningsmiljøer. Matstmittekomiteen ledes av Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Det kreves kontinuerlig innsats fra virksomhetene og fra Mattilsynet for å opprettholde og sikre god hygiene i matproduksjonskjeden. I 2008 er tilsynet med produksjon og omsetning av mat i serveringsnæringen styrket. Mattilsynet gjennomfører et pilotprosjekt med innføring av en smilefjesordning for å gjøre opplysninger om den hygieniske standarden i serveringsvirksomheter lett synlige for forbrukerne. Erfaringene vil bli lagt til grunn for videre arbeid med en slik tilsynsordning. I Landbruks- og matdepartementets budsjettframlegg for Mattilsynet, kap. 1115, foreslås det bevilget 2,5 mill. kroner til prosjektet i 2009.

Mattilsynet er i gang med å trappe opp arbeidet med tilsyn av vannverk. Tilsyn med sikte på å avdekke alvorlige hygieniske mangler skal være gjennomført hos alle de godkjenningspliktige vannverkene innen utgangen av 2008. I samme periode skal det også være gjennomført tilsyn med et representativt utvalg av vannverk som ikke er godkjenningspliktige.

Merking av mat får mye oppmerksomhet fra forbrukerne, matbransjen og myndighetene. Merking er viktig for å sikre redelig omsetning, for å gi forbrukerne riktig informasjon, og for at de lettere kan velge sunn mat. Arbeidet med forbedret merking av mat har vært sentralt i 2008, bl.a. i forbindelse med vurderinger av EUs forslag til ny matinformasjonsforordning, som vil erstatte EUs merkedirektiv og næringsdeklarasjonsdirektiv. Dette arbeidet vil fortsette i 2009.

Etter enighet med Danmark og Sverige er det besluttet å innføre Nøkkelhullet som en felles, frivillig sunnheitsmerkeordning for matvarer i Norge. Utkast til forskrift er på felles høring i de tre landene, og ordningen skal etter planen tre i kraft i 2009. Mattilsynet skal i samarbeid med Helsedirektoratet sikre forsvarlig gjennomføring med god informasjon til brukere og forbrukere. Ordningen skal evalueres. I Landbruks- og matdepartementets budsjettframlegg for Mattilsynet, kap. 1115, foreslås det bevilget 2,5 mill. kroner til prosjektet i 2009.

Utvikling og gjennomføring av nytt regelverk i EU fortsetter i 2009, jf. kap. 703 Internasjonalt samarbeid. De tre departementene med fagansvar på matområdet følger dette arbeidet tett. Aktuelle saker er regelverket for ny mat, tilsetningsstoffer og merking som nevnt tidligere. Oppfølging av regelverk for hygiene og kontroll, genmodifisert mat, beriking av matvarer og helsepåstander vil fortsatt kreve oppmerksomhet.

Kosmetikk

Departementet vil følge opp Mattilsynets og Nasjonalt folkehelseinstituttts arbeid med kosmetikk, bl.a. som følge av den nye kosmetikkloven av 21. desember 2005 og nye forskrifter på området. Mattilsynet har også flere nye forskrifter under utarbeidelse for å følge opp den nye loven. Forskriftene gjelder kosmetiske produkter til tatovering, injeksjon og dyrepleie. Dette er produktgrupper som ikke tidligere har vært forskriftsregulert.

Mattilsynet skal føre et aktivt tilsyn med kosmetikk og kroppspfleieprodukter i Norge, for å medvirke til at slike produkter er helsemessig sikre for mennesker og dyr.

Videre har Mattilsynet i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt, utviklet et nasjonalt register over bivirkninger ved kosmetiske produkter. Mattilsynet har søkt om og fått tildelt konsesjon fra Datatilsynet til å opprette et slikt nasjonalt register. Registeret vil være et sentralt virkemiddel for Mattilsynets tilsyn med kosmetikk i Norge. Registeret vil gjøre det enklere for forvaltningen å følge opp meldinger om bivirkninger på en systematisk måte. Etter avtale med Mattilsynet skal Nasjonalt folkehelseinstitutt stå for daglig drift av registeret, som ble satt i drift i juni 2008.

Det vil bli arbeidet for å påvirke EUs forslag til ny forordning om kosmetikk i tråd med norske synspunkter. Europakommisjonen la fram forslag til slik forordning 5. februar 2008. Norge har deltatt aktivt i arbeidet med utarbeidelse av forordningen. Forslaget er til behandling i Europaparlamentet og Rådet for den europeiske union.

Grønn resept – lavterskeltilbud om livsstilsveiledning

Grønn resept forvaltes av Helsedirektoratet og har vært i bruk fra oktober 2003. Grønn resept-ordningen er under utvikling og finansieres over kap. 720. Siktemålet er å stimulere til økt livsstilsveiledning i helsetjenesten.

Takstbruksundersøkelsene utført av NAV viser at taksten er utløst 33 400 ganger i perioden 1. juli 2006 til 1. juli 2007. Dette er om lag samme nivå som foregående takstperiode. Basert på evaluering av legers erfaringer med ordningen (2005) er det faglige veiledningsmateriellet forbedret, for eksempel angående fysisk aktivitet i sykdomsforebygging og sykdomsbehandling. Det er utviklet og gjennomført kompetansehevingstiltak, bl.a. om endringsfokusert veiledning om kosthold og fysisk aktivitet. Den pågående siste del av evalueringen involverer flere kommuner i fem fylker og tar seg tilrettelegging av ulike lavterskel oppfølgings-tilbud overfor pasienter som har fått foreskrevet

grønn resept. Tilbudet gis også til andre grupper som har behov for oppfølging med rådgivning og et tilpasset tilbud med vekt på fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. På bakgrunn av resultatene av denne evalueringen vil det foretas en samlet vurdering av hvordan ordningen og oppfølgingen bør være for å bli best mulig for pasientene.

Arbeidet med å styrke kunnskapen om levevaner og helse i relevante grunn-, videre- og etterutdanninger pågår og fortsetter i 2009. Det vises til omtale av lavterskeltilbud under kap. 719, post 60 og til kap. 720.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et tilbud til gravide, barn og unge 0–20 år. Tjenesten skal fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Tilbudet skal omfatte helseundersøkelser, vaksiner, rådgiving, veiledning, opplysningsvirksomhet og forebyggende psykososialt arbeid. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har særlig oppmerksomhet rettet mot gravide, barn og unge med spesielle behov og sårbare og utsatte grupper.

Helsestasjonens tilbud til gravide skal bl.a. omfatte helseundersøkelser og rådgiving. Svangerskapskontrollen bør bestå av besøk hos jordmor og lege etter avtalt fordeling og nærmere vurdering. I forbindelse med svangerskapskontrollen bør det vurderes om det foreligger særskilte risikoforhold for den enkelte gravide, det være seg arbeidsforhold eller annet. Tilbudet omfatter rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov. Dette kan omfatte henvisning til videre oppfølging i helsetjenesten i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen varslet i St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller at skolehelsetjenesten skal videreutvikles og styrkes. Det legges vekt på at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har potensial til å nå fram til alle barn og unge og derfor er spesielt viktig i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. Kapasiteten i skolehelsetjenesten er for svakt utbygd i mange kommuner, spesielt gjelder dette tilbudet i videregående skole. Det er et mål i Opptrappingsplan for psykisk helse at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være styrket med 800 årsverk innen utgangen av 2008. Kommune-stat-rapporteringen (Kostra) viser at tjenesten per 1. januar 2008 er styrket med 604 årsverk. I 2008 har det vært rettet særskilt oppmerksomhet mot å nå målet om nye stillinger. Det vises til nærmere omtale under kap.743, post 62. Innsatsen gjennom opptrappingsplanen var imidlertid ikke tilstrekkelig til å oppnå et tilfredsstillende tilbud i regi av

skolehelsetjenesten. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste og kommunene har et selvstendig ansvar for å oppfylle lovkravene. Regjeringen har bl.a. sørget for en betydelig økning i kommunenes frie inntekter.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 49 (2003–2004) Mangfold gjennom inkludering og deltakelse, pågår det nå en prøveordning i 12 kommuner med systematisk språkkartlegging på helsestasjonene av fireåringers språkutvikling. Forsøket omfatter også etterutdanning av helsesøstere i bruk av kartleggingsverktøyet Språk 4. Hensikten er tidlig å fange opp svak språkutvikling og mangelfulle norskkunnskaper hos barn og starte språkstimulering før skolestart. Forsøket gjennomføres med midler fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet og evalueres i 2008. Evalueringen skal gi et grunnlag for å vurdere om metoden bør anbefales som en del av den ordinære fireårskontrollen og innføres på landsbasis.

Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte 1. januar 2008 en endring i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten som innebærer at tjenesten tillegges en rolle i arbeidet med å etablere rutiner for legemiddelbehandling i barnehage, skole og skolefritidsordning. I tillegg har Helsedepartementet og Kunnskapsdepartementet utgitt et rundskriv I-5/2008 Håndtering av legemidler i barnehage, skole og skolefritidsordning. Rundskrivet inneholder en avklaring av ansvarsforhold og anbefalinger om rutiner for legemiddelbehandling. Det er satt i gang et arbeid for å gjennomgå regelverket og vurdere behovet for en klarere forankring av ansvaret for håndtering av legemidler i pedagogiske institusjoner.

Forebygging av kjønnslemlestelse

Ny tverrdepartemental handlingsplan mot kjønnslemlestelse ble lagt fram av regjeringen 5. februar 2008. De seks innsatsområdene er effektiv håndheving av regelverket, økt kompetanse og kunnskapsformidling, forebygging og holdningsskapende arbeid, tilgjengelige helsetjenester, styrket innsats ved ferier og styrket internasjonal innsats. Målgruppene for tiltakene er jenter og kvinner som er eller kan bli utsatt for kjønnslemlestelse, offentlige og private tjenesteytere og institusjoner, menn med bakgrunn fra risikolandene, frivillige organisasjoner og relevante trossamfunn.

Helsetjenestens bidrag på området kjønnslemlestelse har to hovedmål:

- Helsetjenestene skal kunne drive effektivt forebyggende arbeid for å forhindre at jenter blir omskåret.

- Helsetjenestene skal gi god behandling til kvinner som allerede er omskåret.

Det er gjennomført kompetansehevende tiltak for ansatte på alle nivåer i helsetjenesten. Helsedirektoratet arrangerte tre nasjonale ressursgruppesamlinger for berørte brukergrupper og fagpersoner fra feltet. Dette har ført til økt fokus på informasjon og opplysning om kjønnslemlestelse blant berørte befolkningsgrupper, og det skjer en tydelig holdningsendring til fenomenet. Religiøse ledere er sterkere involvert og engasjert i det forebyggende arbeidet.

Videre skal samhandlingsrutiner mellom sykehusene, svangerskapsomsorgen, fastlegene, helsestasjon og skolehelsetjenesten gjennomgås for å gi informasjon om forbudet mot og helsekonsekvenser av kjønnslemlestelse til mor/foreldre/ungdom i den hensikt å avverge at jenter blir utsatt for kjønnslemlestelse.

Somrene 2007 og 2008 er det gjennomført flere strakstiltak for å forhindre at jenter i risikozonen skulle bli utsatt for kjønnslemlestelse. Blant tiltakene er sommeråpne helsestasjoner i flere bydeler og kommuner. Ny veileder om avvergesplikten i kjønnslemlestelsesloven og opplysningsplikten til barnevernet er utarbeidet og sendt til berørte etater og fastleger i landets kommuner for å informere nærmere om regelverket knyttet til kjønnslemlestelse.

Kjønnslemlestedede kvinner og jenter kan henvende seg direkte uten henvisning fra lege til gynekologiske poliklinikker ved universitetssykehusene for å få helsehjelp. Fødeavdelingene har også prosedyrer for god hjelp til kjønnslemlestedede kvinner. Helsepersonell tilbys regelmessig kurs om temaet kjønnslemlestelse, og det er etablert lokale nettverk med ressursgrupper i alle helseregioner.

Som oppfølging av Sosial- og helsedirektoratets utredning IS-1372 om klinisk observasjon for å forebygge kjønnslemlestelse, jf anmodningsvedtak nr. 385 av 31. mai 2005, Innst. S. nr. 185 (2004–2005), har Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet gitt Institutt for Samfunnsforskning (ISF) i oppdrag å kartlegge omfanget av kjønnslemlestelse i Norge, antall jenter som kan være i faresonen for kjønnslemlestelse, om avvergesplikten blir benyttet og om opplysningsplikten til barnevernet blir benyttet. Institutt for samfunnsforskning la fram sin rapport 29. mai 2008.

ISF har foretatt en analyse av Statistisk sentralbyrås befolkningsstatistikk av jenter under 20 år fra seks afrikanske land der kvinnelig omskjæring er mest utbredt. Den viser at om lag 3800 jenter (innvandrere og etterkommere) i Norge er i den

aldersgruppen som kan stå i fare for å bli omskåret. Det er innrapportert 15 tilfeller av påvist kjønnslemlestelse i 2006 og 2007, men det antas at omskjæringene ligger noe tilbake i tid. Videre er det rapportert inn 111 bekymringsmeldinger i løpet av de to siste årene. Med få unntak er sakene henlagt etter nærmere undersøkelser. Noen saker er ikke ferdigbehandlet. Rapporten konkluderer med at opplysningsarbeid, økt kunnskap om helse og anatomi, mobilisering i berørte miljøer, utdanning av jenter og kvinner, engasjement i trossamfunnene og lovverket virker. Kjønnslemlestelse foregår i mindre omfang enn antatt, og ISF støtter hypotesen om at mange har sluttet med praksisen. Anbefalingene i rapporten blir fulgt opp sammen med tiltakene i handlingsplanen.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Oppklæringstiltak for helsepersonell, regionale ressursgrupper, samt stimuleringsstiltak til helsestasjoner og skolehelsetjenesten for å forebygge kjønnslemlestelse skal følges opp som en del av handlingsplanen. Tiltakene gjennomføres av Helsedirektoratet, fylkesmennene og ulike kompetansemiljøer i samarbeid. Bevilgningen foreslås satt opp 3 mill. kroner mot at bevilgningen over Barne- og likestillingsdepartementets kap. 840, post 21, settes ned tilsvarende.

Post 60 Kommunetilskudd

Posten skal gå til å styrke folkehelsearbeidet gjennom sektorovergripende organisering basert på partnerskap regionalt og lokalt, utviklingsarbeid for helsehensyn i planlegging, samt til lokal implementering av nasjonale prioriterte satsinger på folkehelsefeltet.

Partnerskap for folkehelse

Det ble i 2004 etablert en tilskuddsordning for å stimulere til etablering av regionale og lokale partnerskap for folkehelse. Satsingen er videreført og understøtter St.meld. nr. 20 (2006–2007), Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, St.meld. nr. 12 (2006–2007), Regionale fortrinn – regional framtid, og Innst. S. nr. 166 (2006–2007).

Helse- og omsorgsdepartementet har i høringen om forvaltningsreformen fulgt opp Kommunal- og forvaltningskomiteens flertallsmerknader, jf. Innst. S. nr. 166 (2006–2007), der flertallet ber om at det blir utredet å la folkehelsearbeidet gå over fra en frivillig til en ordinær oppgave for det regionale folkevalgte nivået. Høringsuttalelsene gir grunnlag for å gå videre med et utredningsarbeid om lovforank-

ring av folkehelsearbeid som en ordinær oppgave og selvstendig ansvar for fylkeskommunene. Lovutredningsarbeidet ivaretas av Helse- og omsorgsdepartementet med involvering av berørte parter, og det legges fram et høringsnotat i løpet av 2008.

Det er lagt til rette for erfaringsutveksling og fagutvikling gjennom halvårlige samlinger for aktører i fylkene og fra kommuner. I tillegg er det etablert en rekke dialogfora mellom offentlige myndigheter, fagmiljøer og frivillige organisasjoner nasjonalt og regionalt. Rapporter fra fylkene viser at ernæring, fysisk aktivitet, tobakksforebygging, rusforebygging og fremming av god psykisk helse er prioriterte innsatsområder i de fleste fylkene. Tilbakemeldinger fra fylkene viser at stadig flere kommuner ønsker å øke innsatsen i folkehelsearbeidet.

Fra 2007 mottok alle landets fylkeskommuner statlige stimuleringsmidler. Fylkeskommunene har etablert partnerskapsavtaler med om lag halvparten av landets kommuner. Det er særlig de fylkene som har mottatt stimuleringsmidler i flere år som har en høy andel deltakende kommuner. Arbeidet er jevnt over godt forankret i politiske vedtak i fylkesting og kommunestyre, samt i overordnede planer.

Helsedirektoratet vil i arbeidet for 2009 vektlegge en helhetlig tilnærming bl.a. ved bruk av pågående utviklingsprosjekter som Partnerskap for folkehelse, Helse i plan og Kommunehelseprofil. Disse vil bli framstilt samlet som sentrale og kunnskapsbaserte verktøy i folkehelsearbeidet på ulike forvaltningsnivåer. Ny plandel i plan- og bygningsloven, Ot.prp. nr. 32 (2007–2008) og arbeidet med oppfølgingen av forvaltningsreformen støtter opp om behovet for kunnskapsbaserte virkemidler i folkehelsearbeidet.

Regjeringen vil styrke tannhelse som del av folkehelsearbeidet og sørge for at dette blir integrert i partnerskap for folkehelse i fylker og kommuner, jf. omtale i St.meld. nr. 35 (2006–2007). Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning.

Helse i Plan

Det femårige Helse i Plan-prosjektet (2005–2009) er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Miljøverndepartementet. Om lag 30 kommuner i åtte fylker er involvert i utprøvningsarbeid hvor det bl.a. legges vekt på universell utforming, kosthold/ernæring, tryggere lokalsamfunn, psykisk helse og fysisk aktivitet. Det er interesse for en slik systematisk arbeidsform i både fylker og kommuner med bruk av plan- og bygningsloven som verktøy. Prosjektet er på god vei til måloppnåelse, bl.a. ved at 26 av 30 kommuner så langt har nedfelt målformuleringer om folkehelse og folke-

helsehensyn i kommuneplanens samfunnsdel, mens over halvparten av kommunene har realisert, eller er i ferd med å realisere, målformuleringer i samfunnsdelen til tiltak i arealdelen av kommuneplanen. Samarbeidet med høyskoler og universiteter om kompetanseoppbygging innen plan- og prosess har så langt resultert i tre studietilbud: ett ved Høgskolen i Vestfold, ett ved Høyskolen i Oslo og ett ved Høgskolen i Bodø. Det arbeides med å trekke flere høyskoler med i kompetanseoppbyggingen. Helsedirektoratet ivaretar prosjektledelse og oppfølging. Prosjektet evalueres av Møreforskning, og evalueringen startet opp i 2007.

I 2009 legges det vekt på å få det regionale nivået til å ta et enda større ansvar for veiledning til kommunene om folkehelsehensyn i planlegging etter plan- og bygningsloven. Dette er et viktig ledd i arbeidet med å videreutvikle og styrke det forpliktende samarbeidet basert på partnerskap for folkehelse. For å spre erfaringer fra utprøvningskommunene til flere kommuner, er en eksempeldatabase under etablering. Pågående arbeid fortsetter i 2008 og 2009.

Tilskudd til lokalt folkehelsearbeid

Ordningen med tilskuddsmidler til lokale folkehelse tiltak er en videreføring av det forebyggende arbeidet i Nasjonal kreftplan med satsing på kost, mosjon og røykfrihet. Det er i 2008 lagt vekt på å støtte opp om lokale initiativ, utløse lokalt engasjement og etablere regionale ressursgrupper som støtte til arbeidet i folkehelsepartnerskapene med å fremme sunt kosthold, økt fysisk aktivitet og forebygge tobakksskader, samt støtte opp om innsatsen i grunn- og videregående skoler og arbeidslivet. Ordningen med tilskuddsmidler til lokale folkehelse tiltak videreføres i 2009. Midlene fordeles til og kanaliseres via de regionale partnerskapene. Målet er å stimulere til lokal oppfølging av nasjonale satsinger innen ernæring, fysisk aktivitet og tobakksforebygging, med særlig vekt på å utjevne sosiale helseforskjeller.

Groruddalssatsingen og Oslo Sør

En områdebasert satsing i Oslo kommune som involverer flere bydeler i Groruddalen er videreført i 2008, og samtidig er Søndre Nordstrand inkludert i satsingen. Satsingen er et ledd i Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen, og siktemålet er å styrke innvandrerbefolkningens helse gjennom tiltak som fremmer fysisk aktivitet, gode kostvaner og sunn livsstil, herunder god tannhelse. Innsatsen rettes mot høyrisikogrupper i innvandrerbefolkningen. Satsingen omfatter flere delprosjekter som bygger

på erfaringer fra MoRo-prosjektet i bydel Romsås og på initiativ fra samarbeidende bydeler. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å følge opp satsingen i samarbeid med Oslo kommune.

I 2007 ble 3 mill. kroner tildelt tre prosjekter: Stork Groruddalen er et prosjekt hvor helsestasjonene er intervensjonsarena for å fremme sunt kosthold og fysisk aktivitet for gravide, småbarn og deres familier. Jeg KAN (Kosthold, Aktivitet, Norsk) retter seg mot personer over 18 år i Alna bydel, mens organisasjonen Helseforum for kvinner i Oslo tilbyr veiledning og tilpassede aktiviteter for behandling og forebygging av ulike helseplager. Bevilgningen ble i 2008 satt opp 2,5 mill. kroner til totalt 5,5 mill. kroner. Det er tildelt midler til videreføring av prosjektene Stork Groruddalen og Jeg KAN som ledd i Groruddalssatsingen, og det er tildelt 1 mill. kroner til oppstart av prosjektene innvaDiab II, Mat i barnehagen tilpasset innvandrerbefolkningen og til Bjørndal aktivitetshus i Oslo Sør–Søndre Nordstrand.

Tiltaket videreføres i 2009 og det skal legges vekt på formidling av erfaringer til andre bydeler og kommuner med høy innvandrersandel. Se omtale i Arbeids- og inkluderingsdepartementets St.prp. nr. 1 (2008–2009) Del III omtale av særlige tema.

Lavterskeltiltak for fysisk aktivitet og kosthold

I budsjettet for 2008 ble det bevilget 7 mill. kroner til tiltak for å fremme fysisk aktivitet og sunt kosthold hos grupper med høy risiko for å utvikle livsstilssykdommer. Stimuleringsmidlene er fordelt med 1 mill. kroner til hvert av følgende syv fylker: Buskerud, Finnmark, Hedmark, Nordland, Oppland, Troms og Vest-Agder. Midlene skal gå til utvikling og tilrettelegging av lavterskeltiltak innen fysisk aktivitet og kosthold, med målrettet innsats overfor grupper som trenger det mest, og på den måten bidra til sosial utjevning og inkludering av minoritetsgrupper. Videre er det et krav om at lavterskeltilbudene bygger på kunnskap og gode erfaringer fra liknende utviklingsarbeid, og at de er et ledd i en prioritert satsing forankret i det kommunale plansystemet. Med dette som grunnlag er de syv fylkene ved de regionale partnerskapene for folkehelse oppfordret til å sette i verk utviklings- og tilretteleggingsarbeid i samarbeid med kommuner som anses å ha de største utfordringene, og som ennå ikke har etablert brukertilpassede lavterskeltilbud. Departementet har bedt om at det innhentes statusrapport per november 2008 om tiltak finansiert med disse stimuleringsmidlene.

Lokalbasert utviklings- og tilretteleggingsarbeid med sikte på lavterskeltiltak for fysisk aktivitet og kosthold videreføres i 2009 og skal sees i

sammenheng med bl.a. oppfølgingen av pågående utviklings- og evalueringsarbeid om tilbud for pasienter som kommer inn under grønn reseptordningen og kvalifiseringsprogrammet til NAV.

Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009), Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011), og St.meld. nr. 20 (2006–2007), Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, Diabetesstrategien og Kreftstrategien peker alle på behovet for lokale lavterskeltilbud på områdene kosthold og fysisk aktivitet, samt at tilbudene bør være spesielt tilrettelagt for å ivareta perspektivet om sosial utjevning og inkludere minoritetsgrupper.

Post 70 Hivforebygging, smittevern mv.

Formålet med smittevern er å forebygge utbrudd av smittsom sykdom og motvirke overføring videre i befolkningen. Økt internasjonalisering gjør det nødvendig å opprettholde god smittevernberedskap.

Forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner

Strategiplanen for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer har som hovedmål å redusere antall nysmittede, og sikre alle som er smittet god oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell legning, bosted, etnisk bakgrunn og egen økonomi.

På Verdens aidsdag 1. desember 2006 ble det etablert et nasjonalt hiv- og aidsråd. Rådet har i 2007 fungert som et konsultasjonsorgan for myndighetenes arbeid med hiv og aids nasjonalt og internasjonalt, og har en bred sammensetning fra offentlig og frivillig sektor. Møtene ledes henholdsvis av helse- og omsorgsministeren og miljø- og utviklingsministeren.

I 2007 ble det diagnostisert 248 nye hiv-smittede i Norge, 166 menn og 82 kvinner. Dette er en moderat nedgang fra 2006, og skyldes nedgang blant menn som har sex med menn og ankomst av færre smittede innvandrere.

Antall hivtilfeller blant menn som har sex med menn gikk noe ned i forhold til rekordåret 2006 (77 i 2007 mot 90 i 2006). Nedgangen er kommet i Oslo, der det siden 2003 har vært et pågående utbrudd. Av de 77 tilfellene i 2007 oppga 43 (mot 57 i 2006) at de ble smittet i Oslo.

Flertallet av de som påvises heteroseksuelt smittet, er innvandrere smittet i opprinnelig hjemland før ankomst til Norge. Av til sammen 141 tilfeller var 99 personer, 61 kvinner og 38 menn, av utenlandsk opprinnelse smittet før de kom til Norge. 42 personer (31 menn og 11 kvinner) ble diagnostisert etter heteroseksuell smitte mens de var bosatt i Norge.

Det ble påvist 13 hivpositive injiserende stoffmisbrukere i 2007. Ni barn ble meldt perinatalt smittet i 2007, alle født i utlandet, og denne smitteåten anses å være under god kontroll i Norge. Totalt var det ved utgangen av 2007 diagnostisert 3787 hivsmittede i Norge, 2566 menn og 1221 kvinner.

I 2007 ble det diagnostisert om lag 23 000 tilfeller av genital klamydiainfeksjon, det høyeste antall tilfeller diagnostisert noe år i Norge. Gonore- og syfilissituasjonen i 2007 var relativt lite endret fra 2006 med 238 meldte gonoretifeller i 2007 (mot 236 i 2006) og 61 syfilistilfeller i 2007 (mot 65 i 2006). Av syfilistilfellene var 54 blant menn som har sex med menn. Som for hiv-infeksjon, har det i Oslo-området vært en nærmest utbruddsliknende situasjon de siste årene. Forekomsten av gonore og syfilis blant kvinner og ungdom holder seg fortsatt svært lav.

Arbeidet med å redusere forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner, særlig blant menn og ungdom, skal fortsette. Målrettede forebyggende tiltak, testing, smitteoppsporing og oppfølging tilpasset de ulike målgruppene skal prioriteres. I lys av det økende antallet kvinner og menn som lever med hiv, vil det i 2009 legges vekt på å styrke tilbudene om psykososial oppfølging i tjenesteapparatet og organisasjonene. Erfaringer fra arbeid overfor hivpositive innvandrere viser at det er store utfordringer knyttet til hivstatus også i enkelte innvandremiljøer. Kvinner med innvandrerbakgrunn utgjør fortsatt en økende andel av hivpositive, og det skal settes inn tiltak som er tilpasset kvinners særskilte behov.

Strategiplanen vil bli evaluert i løpet av 2008. Det blir gjennomført en samlet overordnet evaluering, devalueringer av de største enkelttiltakene i planen og kunnskapsoppsummeringer. Fafo satte i 2007 i gang arbeid med ny undersøkelse av livskvalitet og levekår blant mennesker som lever med hiv, og i denne sammenheng bl.a. en befolkningsundersøkelse om holdninger og kunnskaper om hiv. Endelig rapport fra undersøkelsene vil foreligge i 2009. Nasjonalt folkehelseinstitutt gjennomfører høsten 2008 en seksualvaneundersøkelse. Samlet vil dette gi nyttig informasjon og viktige bidrag til arbeidet med nye strategier og tiltak. Hiv-samarbeidet med Kina vil bli videreført i samarbeid med Norges Røde Kors.

Forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens

Infeksjoner som oppstår som følge av opphold i helseinstitusjoner, påfører pasientene økte lidelser og i noen tilfeller død, og representerer store utgifter for helsetjenesten. Det er ikke mulig å fjerne helt risi-

koen for slike infeksjoner. Så lenge pasienter behandles i helseinstitusjoner, vil det oppstå infeksjoner hos noen. De mest omfattende infeksjoner ervervet i helseinstitusjoner skjer ofte med antibiotikaresistente bakterier. Smittevernarbeid i helsetjenesten er derfor nødvendig både for å redusere slike infeksjoner og for å motvirke resistens.

Situasjonen i Norge er gunstig på disse områdene sammenliknet med andre land, bl.a. som resultat av myndighetenes innsats gjennom to tidligere planer: Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens (2000–2004) og Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner (2004–2006). Det ble våren 2008 lansert en ny nasjonal strategi hvor de to innsatsområdene er samlet. Strategien er et resultat av samarbeid mellom fem departementer, og vil videreføre og styrke innsatsen som er gjennomført i de to foregående planene. Nasjonale mål for perioden 2008–2012 er:

- forekomsten av antibiotikaresistens i Norge skal ikke øke,
- forekomsten av infeksjoner ervervet i helsetjenesten i Norge skal reduseres,
- kunnskap om forekomst, årsakssammenhenger og effekt av tiltak for å motvirke infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens skal styrkes.

Øvrig smittevern

Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv. trådte i kraft 1. januar 2006. Arbeidet med en veileder om håndtering av avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste forventes fullført i løpet av 2008.

Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften) trådte i kraft 1. januar 2008. Forskriften gjennomfører det nye internasjonale helsereglementet (IHR 2005) når det gjelder varsling og oppfølging av mulige smittsomme sykdommer av betydning for internasjonal folkehelse. Helse- og omsorgsdepartementet vil starte arbeidet med å implementere de øvrige delene av IHR 2005 i norsk rett, herunder varsling og oppfølging av alvorlige kjemiske, nukleære eller radiologiske hendelser. Det vil også bli utarbeidet et informasjonsopplegg for gjennomføring av regelverket i kommunene.

Post 71 Forebygging av uønskede svangerskap og abort

Midlene bevilges til oppfølging av handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort, hjelpetelefonene og til kompetanse- og utviklings-

tiltak. Helsedirektoratet har ansvar for oppfølging av tiltakene i handlingsplanen og hjelpetelefonene.

Det ble i 2007 utført om lag 15 000 svangerskapsavbrudd. Dette gir en abortrate på 13,8 per 1000 kvinner i alderen 15–49 år. Abortraten i aldersgruppen 15–19 år var 16,9 i 2007. Abortraten var høyest i aldersgruppen 20–24 år med en rate på 29,3 mot 28 i 2006. Aldersgruppen 25–29 år hadde den største økningen i abortraten som økte fra 20,6 i 2006 til 22,2 i 2007.

Handlingsplanens hovedmål er at antall svangerskapsavbrudd i aldersgruppen 15–49 år skal reduseres og at alle skal ha et best mulig utgangspunkt for å kunne planlegge svangerskap og ha et trygt seksualliv. Hovedmålgruppene for tiltakene er ungdom og unge voksne, med vekt på de med etnisk minoritetsbakgrunn, grupper med spesielle behov og kvinner/par som vurderer abort. Handlingsplanen skal evalueres i 2008/2009, og ny handlingsplan skal ferdigstilles i 2009. Innsatsområdene i gjeldende handlingsplan følges opp bl.a. ved å styrke lokale lavterskeltilbud til ungdom.

Det er på landsbasis etablert 330 helsestasjoner for ungdom og som også favner ungdom med minoritetsbakgrunn. Helsestasjonene for ungdom dekker mer enn 90 pst. av landets ungdom. 60 pst. av helsestasjonene for ungdom har fast undervisnings-tilbud om seksualitet og prevensjon til 10. klasse. Gjennomføring av landsdekkende informasjons- og rådgivningstiltak for ungdom om kropp, seksualitet og prevensjon videreføres på aktuelle ungdomsarenaer. Det legges hovedvekt på ung til ung-formidling hvor målgruppene selv tar ansvar for egen læring. Sentralt i arbeidet står forebygging av klamydiainfeksjoner og bruk av kondomer. Disse er tilgjengelige i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, hos utekontakter og ved universiteter og høyskoler.

Det er fortsatt økning i bruken av internetthelsestasjonen www.klara.klok.no. Brukere er ungdom fra hele landet. Majoriteten er i alderen 13–18 år og om lag 40 pst. er gutter.

Klinikk for seksuell opplysning (KSO) får tilskudd fra handlingsplanen til arbeidet med å gi ungdom veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon. Klinikken er et viktig supplement til ungdomshelsetilbudet i Oslo-området og holder åpent i skolens sommerferie. KSO tilbyr Oslos 10. klasser undervisning i samliv, seksualitet og prevensjon. Det er også tildelt midler fra handlingsplanen til videreføring av den landsdekkende hospiteringsordningen for helsepersonell som arbeider med ungdom og seksualitet.

Kompetansehevingsprosjekter til ungdom med ikke-vestlig bakgrunn og ungdom og unge voksne med funksjonshemninger er gjennomført på landsbasis. Det er utviklet nytt informasjons- og veiled-

ningsmaterieil til unge med fysiske og psykiske funksjonshemninger. Undervisningsbesøk videreføres i avgangsklasser i videregående skole for å informere om rutiner for anskaffelse av prevensjon hos fastlege/studenthelsetjeneste.

Hjelpetelefonene som drives av Senter for ungdom, samliv og seksualitet (Suss) tilbyr også rådgivning på internett. Suss-telefonen for ungdom, som er gratis og ivaretar anonymitet, når ut til en stor del av landets ungdomsbefolkning og gir bl.a. opplysning om samliv, seksualitet og prevensjon. Telefon for seksuell helse som er for unge voksne, betjenes av leger med høy kompetanse innen feltet. Samtalene er målrettet mot prevensjon, reproduksjon og forebygging av seksuelt overførbare infeksjoner.

Helsedirektoratet bidrar i arbeidet med Utdanningsdirektoratets evaluering av seksualundervisningen i skolen og utvikling av nytt undervisningsmaterieil.

Per i dag er det om lag 2700 helsesøstere og jordmødre som har gjennomført kurs som gir dem rett til å rekvirere hormonelle prevensjonsmidler til kvinner i alderen 16–19 år. Fra 2005 ble kurset integrert i helsesøster- og jordmorutdanningene. I undervisningen skal det legges vekt på betydningen av å informere om mulige bivirkninger og kartlegging av eventuelle sykdomstilstander og risiko for sykdom. Ordningen med gratis p-piller ble innført i 2002 for å forebygge tenåringsgraviditeter. Siden mars 2006 er ordningen utvidet til å omfatte også p-plaster, p-ring og p-sprøyte, og bidraget fra folketrygden er begrenset opp til 100 kroner for tre måneders forbruk.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet foretatt en vurdering av spørsmålet om å utvide jordmødres og helsesøstres rett til å forskrive hormonelle prevensjonsmidler, jf. flertallsmerknaden i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007). Direktoratet anbefaler at rekvireringsretten utvides til alle kvinner i fertil alder. Saken ligger nå til behandling i departementet. Det gjennomføres i perioden 2007–2009 et forsøk med gratis hormonell prevensjon til kvinner i aldersgruppen 20–24 år i Hamar og Tromsø. Hensikten med forsøket er å se om tiltaket kan bidra til nedgang i abortraten, slik forsøk med gratis prevensjon til tenåringsjenter i 1997–2000 gjorde.

Post 72 Stiftelsen Amatheia

Amatheia er en privat stiftelse som tilbyr gratis veiledning til kvinner og par som er blitt uplanlagt gravide. Stiftelsen søker gjennom tilbudet å bidra til å gi kvinnen et bredest mulig grunnlag for å foreta valg, og imøtekommer et behov hos særlig vanskelig stilte kvinner og par. Målsettingen for

Amatheas virksomhet er nedfelt i lov om svangerskapsavbrudd § 2, første ledd som lyder:

«Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe valg.»

Amathea er et landsdekkende tilbud med veiledningskontorer i 17 av landets 19 fylker og administrasjon i Oslo. I 2007 var det 42 rådgivere som utførte til sammen 31 årsverk. Samtlige ansatte er høyskole- eller universitetsutdannet med kompetanse innen rådgivnings-/veiledningsmetodikk. I 2007 disponerte stiftelsen om lag 8450 timer fra frivillige til avlastning og barnepass. Amathea er i hovedsak finansiert over statsbudsjettet. I 2007 utgjorde tilskudd fra fylker/ helseforetak og kommuner om lag 3,7 mill. kroner, og private gaver utgjorde vel 1 mill. kroner.

Amatheas største brukergruppe er kvinner i alderen 20–24 år, samme aldersgruppe som har høyest abortrate. En del av brukerne er par opp til 40–45 år. En annen brukergruppe som i økende grad søker Amathea for råd og veiledning er annen generasjon innvandrere. Amathea bør også stille sin veiledningstjeneste til disposisjon i arbeidet med å avdekke og forebygge kjønnslemlestelse av kvinner, og informere om helsehjelp til disse kvinnegruppene i forbindelse med svangerskap og fødsler.

I følge en evaluering utført av Sintef Helse i 2006 er driften av Amathea svært kostbar sett i forhold til antall konsultasjoner og andelen kvinner i målgruppen tilbudet faktisk når fram til. Amathea har etter evalueringen redusert antall ansatte. Driften bør effektiviseres. Bevilgningen foreslås satt ned 2,5 mill. kroner.

Post 73 Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet gir positive helseeffekter fysisk, psykisk og sosialt, reduserer dødelighet og sykkelighet generelt, styrker muskel-, skjelett- og leddhelse og bidrar til god funksjonsevne gjennom hele livsløpet. Variert fysisk aktivitet er nødvendig for normal vekst og utvikling hos barn og unge.

Undersøkelser på befolkningsnivå viser at aktiviteten på fritid holder seg stabilt. Syv av ti nordmenn trener eller mosjonerer minst en gang hver uke. Likevel har det totale aktivitetsnivået sunket, og mye tyder på at årsaken til dette er redusert aktivitet i det daglige. Samtidig vet man at det er en sterk sosial gradient i levevaner som for eksempel fysisk aktivitet. Bare halvparten av voksne har et aktivitetsnivå i samsvar med faglige anbefalinger

om minst 30 minutter daglig fysisk aktivitet. En kartlegging gjennomført blant barn og unge i 2007 viser at ni av ti niårige gutter og tre av fire niårige jenter har et aktivitetsnivå i samsvar med faglige anbefalinger om minst en time daglig fysisk aktivitet. Kartleggingen bekrefter at aktivitetsnivået synker med alderen – bare om lag halvparten av 15-åringene er aktive minst en time daglig.

Den pågående Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009) har som hovedmål å øke andelen barn og unge, voksne og eldre som er fysisk aktive i tråd med gjeldende faglige anbefalinger. Handlingsplanen gir en samlet oversikt over tiltak og virkemidler i åtte departementers ansvarsområder for å fremme fysisk aktivitet i befolkningen så vel i fritiden som på viktige hverdagsarenaer, og den initierer et bredt samarbeid i fylker og kommuner. Departementene følger opp tiltak på sine respektive ansvarsområder. Midlene på posten disponeres til tilskuddsordningen rettet mot frivillige organisasjoner for å stimulere til forebyggende helsearbeid gjennom økt fysisk aktivitet, samt til tiltak i handlingsplanen under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde.

Det er både i 2007 og 2008 tildelt 500 000 kroner til hvert av landets fylker ved de regionale partnerskapene for folkehelse ved fylkeskommunen. Dette gir mulighet for å se tilskuddsordningen i sammenheng med andre ordninger som fylkeskommunen og/eller fylkesmannen rår over. Lokalbaserte aktiviteter med lav terskel for deltakelse rettet mot barn og unge er prioritert. Tilskuddsordningen er under evaluering, og resultatene vil foreligge mot slutten av 2008. Som oppfølging av Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008) er Norges Bedriftsidrettsforbund innvilget et tilskudd på 1 mill. kroner i 2008 til planlegging og gjennomføring av Sykle til jobben-aksjonen 2008. Tilskuddet videreføres i 2009.

Det legges vekt på utvikling av lokale lavterskeltilbud for å nå inaktive grupper i befolkningen. Slike tilbud er godt egnet for bl.a. personer med sykdommer/plager relatert til inaktivitet, langtidssykemeldte og personer som er i ferd med, eller har falt ut av arbeidslivet. Levevaner (fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt) er innlemmet i kompetanseplan og kvalifiseringsprogrammet for NAV. Arbeidet fortsetter og ses i sammenheng med evalueringen og videreutviklingen av grønn resept-ordningen. Det vises til omtale under kap. 719, post 21 og post 60.

Arbeid for trygg og aktiv transport pågår i samarbeid med relevante myndigheter og vil fortsette. Samtidig legges det vekt på å ivareta hensynet til fysisk aktivitet i planer og planlegging. Som ledd i Helse i plan-prosjektet er det i 2008 er valgt ut tre kommuner som pilot med spesiell oppmerksomhet på fysisk aktivitet, jf. omtale under kap. 719, post 60.

Blant tiltakene i handlingsplanen er å styrke kunnskapen om fysisk aktivitet og helse, samt motivere til økt fysisk aktivitet. Som del av kommunikasjonsstrategien er det etablert et eget nettsted, www.1-2-30.no, for informasjons- og erfaringsutveksling, og det er utviklet formidlingsverktøy til bruk for ulike aktører sentralt, regionalt og lokalt. En nasjonal aktivitetskonferanse i 2006 er etterfulgt av aktivitetskonferanser på fylkesnivå i 2006 og 2007. Videre er det etablert ressursgrupper for fysisk aktivitet i de fleste fylker og et Forum for fysisk aktivitet som består av ressursgrupper og aktører fra alle fylker som arrangerer årlige seminarer.

I arbeidet med utvikling av et overvåkingssystem for fysisk aktivitet i befolkningen, vil den første rapporten foreligge i 2008 (barn og unge). Arbeidet med kartlegging av fysisk aktivitetsnivå hos voksne og eldre er satt i gang og rapport kommer i 2009. Kartlegging av fysisk aktivitetsnivå skal gjennomføres jevnlig for å kunne følge utviklingen i fysisk aktivitet i forhold til alder, kjønn, geografi og sosioøkonomisk status.

Oppfølgingen av øvrige tiltak i handlingsplanen pågår og vil fortsette i 2009, som er det siste året i handlingsplanperioden. Arbeidet med evalueringen av handlingsplanen er satt i gang, og rapport vil foreligge i 2009. Evalueringen vil gi grunnlag for å vurdere strategivalg på dette feltet.

Det treårige arbeidsmiljøprosjektet Aktive sykehus ble satt i verk i 2007 og involverer til sammen 10 sykehusenheter i fem helseforetak i de fire helseregionene. Målet med prosjektet er å bidra til økt fysisk aktivitet, fremme trivsel generelt og bidra til redusert sykefravær blant ansatte. Videre er det et mål at arbeidsmiljøtiltak med vekt på fysisk aktivitet skal innarbeides som et varig innslag i HMS-arbeidet ved sykehusene, samt at erfaringer som høstes gjennom prosjektet kommer andre sykehus til nytte. Norges Bedriftsidrettsforbund ivaretar prosjektledelse og ansvar for den faglige delen i samarbeid med de respektive sykehus og helseregioner. Prosjektet gjennomføres i perioden 2007–2009 og er under evaluering.

Landslaget for fysisk fostring i skolen fikk i 2007 et tilskudd til sitt arbeid med informasjons- og kunnskapsformidling samt kompetansehevingstiltak overfor kroppsøvingslærere og øvrig personell i skolen. Dette er videreført i 2008.

Bevilgningen over post 73 foreslås satt ned 1 mill. kroner.

Post 74 Skolefrukt

Ut i fra helsehensyn er det ønskelig å øke inntaket av frukt og grønnsaker i hele befolkningen, og spesielt blant barn og unge. Den subsidierte, landsom-

fattende abonnementsordningen Skolefrukt er et tiltak for å øke tilgjengelighet og forbruk blant barn og unge og på den måten etablere gode matvaner tidlig. Ordningen administreres av Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker (OFG) på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Abonnementsordningen videreføres på rene barneskoler parallelt med kommunenes gratisordning for skoler med ungdomstrinn, over Kunnskapsdepartementets budsjett kap. 571, post 60. Gratisordningen er lovfestet fra høsten 2008 gjennom endring i opplæringsloven og privatskoleloven. Dette gratistilbudet organiseres av den enkelte skoleeier og omfatter ved full oppslutning 46 pst. av elevene i grunnskolen.

Våren 2008 deltok 48 pst. av alle 1–7-skoler i den ordinære skolefruktabonnementsordningen. Av elevene på disse skolene var vel 20 pst. abonnenter.

Gratis frukt og grønt for alle elever er et viktig virkemiddel for bedre folkehelse og sosial utjevning. Det er en utfordring at undersøkelser har vist at abonnementsordningen kan bidra til å forsterke sosiale forskjeller i kostvaner blant barna, siden mange av abonnentene allerede spiser sunnere enn ikke-abbonenter. Dette bidrar også til tregere økning i abonnementstallet enn ønskelig.

I tillegg til den generelle gratisordningen har derfor også alle barneskolene i Drammen kommune, et utvalg av barneskolene i Oslo kommune og alle barneskolene i Finnmark fylke hatt et tidsbegrenset tilbud om gratis skolefrukt. Ordningen avsluttes ved utgangen av 2008.

OFG foretok høsten 2007 kartlegging av holdninger og effekt av så vel abonnementsordningen som gratisordningene ved de skolene som benyttet OFGs skolefruktsystem. Undersøkelsen viste at skolene i hovedsak var svært positive til skolefruktordningen, enten den var gratis eller foreldrebetalt. Det kom videre fram at gratis frukt/grønt påvirker det sosiale miljøet på skolen, og at gratis-skolene i større grad enn på abonnements-skolene opplevde positive effekter som at frukt/grønt bidrar til mer ro i klassene og bedre elevenes konsentrasjonsevne.

Post 79 Andre tilskudd

Formålet med posten er tilskudd til ulike handlingsplaner, forskningsinstitusjoner og frivillige organisasjoner mv. på folkehelseområdet. Det foreslås tilskudd til Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner, befolkningsundersøkelsen Hunt (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) og den frivillige organisasjonen Ammehjelpen.

Tilskudd til ny nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer, og

tilskudd til ny nasjonal strategi for det ulykkesforebyggende arbeidet, herunder oppfølging og publisering av skadedata til regionalt og lokalt nivå samt støtte til Skadeforebyggende forum og regionale

og lokale prosjekter, herunder Trygge lokalsamfunn, dekkes også over denne posten. Det vises for øvrig til omtale under kap. 719, post 21.

Bevilgningen foreslås satt ned 0,7 mill. kroner.

Programkategori 10.20 Helsetjeneste

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på kapitler

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
720	Helsedirektoratet	482 285	455 951	790 588	73,4
721	Statens helsetilsyn	73 050	71 644	75 467	5,3
722	Norsk pasientskadeerstatning	104 654	109 621	120 490	9,9
723	Pasientskadenemnda	27 196	26 696	30 479	14,2
724	Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak	236 412	233 831	252 011	7,8
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	134 941	95 762	100 340	4,8
726	Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige	113 579	166 904	138 847	-16,8
727	Tannhelsetjenesten	49 261	63 102	65 878	4,4
728	Forsøk og utvikling mv.	62 365	69 497	74 565	7,3
729	Annen helsetjeneste	234 141	244 267	262 160	7,3
Sum kategori 10.20		1 517 884	1 537 275	1 910 825	24,3

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på postgrupper

					(i 1 000 kr)
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
01-23	Statens egne driftsutgifter	945 658	888 460	1 258 241	41,6
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	232 054	238 163	260 313	9,3
70-89	Andre overføringer	340 172	410 652	392 271	-4,5
Sum kategori 10.20		1 517 884	1 537 275	1 910 825	24,3

Kategori 10.20 Helsetjeneste omfatter sentrale statlige tilskudd og virksomheter som retter seg mot spesialisthelsetjenesten og helsetjenester i kommuner og fylkeskommuner.

Staten legger en rekke rammebetingelser for helsetjenester i kommunene, både gjennom utdanningspolitikk og godkjenning av helsepersonell. I tillegg står staten for en betydelig del av finansieringen av en rekke helsetjenester. Nedenfor omta-

les allmennlegetjenesten, legevakt, jordmortjenesten og fysioterapitjenesten. Helsestasjonvirksomhet og skolehelsetjeneste er omtalt i programkategori 10.10. Hjemmesykepleie og sykehjem er omtalt i programkategori 10.60. Videre omtales den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten omtales i hovedsak under kategori 10.30 Regionale helseforetak.

Den kommunale helsetjenesten

Allmennlegetjenesten, inkludert fastlegeordningen

Allmennlegetjenesten i kommunene omfatter fastlegeordningen, allmennmedisinsk offentlig legearbeid og legevakt. I kategori 10.60 kap. 761, post 21, er legetjenester i sykehjem og legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon nærmere omtalt.

Den samlede årsverksinnsatsen i allmennlegetjenesten utgjorde i 2007 4396 årsverk, dvs. en økning på 115 årsverk (2,7 pst.) fra 2006. Økningen fant i hovedsak sted innenfor diagnose, behandling og rehabilitering med 79 årsverk, og innenfor institusjoner for eldre og funksjonshemmede (sykehjem) med 31 årsverk (allmennmedisinsk offentlig legearbeid). Siden 2000 har antall årsverk i allmennlegetjenesten økt med til sammen 587 årsverk (15,4 pst.). Vel halvparten av denne økningen fant sted fra 2000 til 2001 i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen. En stor del av økningen i forbindelse med innføringen av fastlegereformen bestod av allmennleger uten driftsavtale med kommunen som inngikk fastlegeavtale. Til sammenlikning økte antall legeårsverk i somatiske sykehus i samme periode med 1567 årsverk eller 22,2 pst.

Ved utgangen av første halvår 2008 var det registrert 3949 fastlegepraksiser i kommunene. Dette er en økning på rundt 250 fra første halvår 2002. Av totalt 4025 fastlegehjemler var det 76 som ikke var besatt av fast lege per juni 2008. 43 832 innbyggere sto på disse listene (om lag 1 pst. av befolkningen). Listene er som hovedregel besatt med vikarer, ofte korttidsvikarer. Andelen av listene som manglet fast lege var størst i Finnmark og Nordland (hhv 10,6 og 8,2 pst.). Det har skjedd en bedring i legedekningen i Nord-Trøndelag det siste året. Legedekningen i Sogn og Fjordane har bedret seg betydelig fra 12,6 pst. ubesatte fastlegehjemler ved utgangen av 2004, til 2,8 pst. ved utgangen av juni 2008.

Hvert år utdannes det i Norge om lag 600 leger. I tillegg fullfører om lag 200 – 250 norske studenter medisinutdanning i utlandet. Hoveddelen av nyutdannede leger og leger som kommer fra utlandet søker arbeid i sykehus. Tiltak for rekruttering av leger til kommuner med størst problemer med rekruttering og stabilitet er nærmere beskrevet under kap. 724, post 21.

Ved innføringen av fastlegeordningen var 28,8 pst. av fastlegene kvinner. Andelen kvinnelige fastleger er gradvis økt til 33 pst. per juni 2008. Av økningen i antall fastleger fra første halvår 2002 til første halvår 2008 utgjorde kvinnelige leger om lag 90 pst.

Kommunene har ansvar for å sikre nødvendig kapasitet i allmennlegetjenesten. Dette for å ivareta både allmennmedisinsk offentlig legearbeid og listeansvaret som følger av fastlegeordningen. Kommunene skal også sikre at tilgjengeligheten til fastlegene er god. Ved utgangen av andre kvartal 2008 var 45 pst. av listene åpne. Dette varierer mellom fylker og endrer seg fra år til år. Per 30. juni 2008 var det færrest åpne lister i Sør-Trøndelag med 31,1 pst. og flest i Vest-Agder med 55,3 pst. Om lag 1,5 pst. av innbyggerne bytter hvert kvartal fastlege etter eget ønske.

Kunnskapsgrunnlaget i den praktisk utøvende allmennmedisin har stor betydning for kvaliteten på det allmennmedisinske arbeidet. Det er et stort behov for ny og forskningsbasert kunnskap innen allmennmedisin. Dette gjelder blant annet muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, livsstilssykdommer, sosiale forskjeller i sykdomsforekomst og bruk av helsetjenester, samt spesielle helseutfordringer i deler av innvandrerbefolkningen. Denne typen lidelser utgjør en stor andel av diagnosene i allmennpraksis, og er årsak til en stor andel av langtids sykefravær. Oppbygging av allmennmedisinske forskningsenheter (AFE) er nærmere omtalt under kap. 724, post 21.

Legevakt

Interkommunalt samarbeid om større vakt-distrikt kan være et viktig tiltak for å lette vaktbelastningen for legene, særlig i mindre kommuner. Dette kan bidra til å bedre rekruttering og stabilitet i kommunenes legetjeneste. Samarbeid om stasjonær legevakt med legevaktsentral gir i tillegg en kvalitetsheving i tjenesten og bedre tilgjengelighet til legevakt. For deler av befolkningen kan avstanden til legevakten bli lengre enn tidligere. Det er viktig at kommunene samarbeider med helseforetakene i planleggingen av interkommunale legevakter.

Ifølge Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har om lag 75 pst. av landets kommuner, det vil si 317 kommuner, et samarbeid med andre kommuner om en eller annen form for interkommunal legevaktordning. Dette er en økning fra om lag 300 kommuner i 2006.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin skal i løpet av 2008 gjennomføre en brukerundersøkelse i legevaktstjenesten.

Samhandling

I sin yrkesutøvelse har fastlegene et personlig ansvar for å yte medisinsk hjelp til innbyggere som er registrert på deres liste. Ansvar er regulert i

forskrift og avtaleverk. Den medisinske hjelpen vil som hovedregel bli utført i legens praksis. Fastlegene må også yte hjelp i hjemmet til den enkelte hvis dette anses som nødvendig.

Fastlegens ivaretagelse av ansvaret for medisinsk hjelp overfor innbyggere på deres liste forutsetter et nært samarbeid med mange. Det innebærer blant annet samarbeid med hjemmesykepleien, psykisk helsevern og rusomsorgen i kommunene. Videre omfatter det samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med henvisning til sykehus og oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten og med medisinske laboratorier og røntgeninstitutter. Det omfatter dessuten samarbeid med NAV-etaten (og eventuelt arbeidsgivere) i forbindelse med sykemeldinger, spørsmål om utføring og uførhetstrygd mv.

Ulike undersøkelser har vist at i mange kommuner kan fastlegenes samarbeid med og samhandling med andre bli bedre. Ansvar for bedre samarbeid er også et kommunalt ansvar. Dette følger av kommunens generelle ansvar for å sørge for nødvendig helsehjelp inkludert legetjenester, ansvar for å sikre samhandling med spesialisthelsetjenesten og kommunens rolle som avtalepart med den enkelte fastlege.

Departementet vil vurdere tiltak som kan bidra til bedre samarbeid og samhandling mellom fastlegene og andre aktører, både innad i kommunene og med spesialisthelsetjenesten.

Jordmortjenesten

Jordmortjenesten har vært en obligatorisk del av kommunehelsetjenesten siden 1995. Formålet med tjenesten er å styrke svangerskapsomsorgen i kommunene slik at gravide kvinner og deres familie får en helhetlig omsorg før, under og etter fødselen. Kommunene er forpliktet til å tilby svangerskapskontroller/-omsorg i tilknytning til helsestasjon. En del kommuner har inngått interkommunalt samarbeid om jordmortjenesten og en del kommuner samarbeider med helseforetaket. Følgetjeneste, dvs. at gravide skal ha følge av kvalifisert personell fra hjemstedet til fødestedet, er ikke lovpålagt.

Antallet jordmørårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten økte fra 176 i 1995 til 287 i 2007 (SSB Årsverk i kommunehelsetjenesten). Halvparten av denne økningen fant sted de første tre årene etter at tjenesten ble lovfestet. I tillegg er noen få jordmødre ansatt hos allmennleger og noen få driver privat virksomhet i kommunen.

En kartlegging av jordmortjenesten og følgetjenesten i 2003 viste at rundt 10 pst. av kommuner/bydeler mangler tilbud om svangerskapsoppføl-

ging hos jordmor. 40 pst. av kommunene med over én times reisevei til fødested hadde i 2003 ingen følgetjeneste. Jordmordekningen er geografisk skjevfordelt og med til dels svært små stillingsbrøker. 22 pst. av kommunene/bydelene oppga i 2003 stillingsandeler på under 25 pst.

Jordmødre er også ansatt i spesialisthelsetjenesten/fødeinstitusjonene. I 2007 var det 1350 jordmørårsverk i somatiske institusjoner (SSB Årsverk ved somatiske sykehus og øvrige somatiske institusjoner, etter personellgruppe, 2002–2007).

Fysioterapitjenesten

Kommunenes kostnader til fysioterapi er knyttet til lønn til ansatte og driftstilskudd til fysioterapeuter med driftsavtale. For denne tjenesten er stykkprisfinansiering fra trygden begrenset til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen. For fysioterapeuter i ansettelsesforhold får kommunen et tilskudd for fastlønte fysioterapeuter (kap. 2755, post 62). Tilskuddet gis i stedet for stykkprisrefusjon. Fastlønnstilskuddet var i 2007 på til sammen 194 mill. kroner. For fysioterapeuter med driftsavtale utgjorde trygderefusjonen 1,4 mrd. kroner i 2007.

Ressursinnsatsen i fysioterapitjenesten utgjorde til sammen 4255 årsverk i 2007, fordelt på 1524 årsverk i ansettelsesforhold, 2550 med kommunal driftsavtale samt 149 turnuskandidater. Det er et voksende antall fysioterapeuter uten avtale med kommunene. Volumet som denne gruppen utgjør er vanskelig å identifisere.

Trygdens utgifter til fysioterapi har vist en betydelig økning de siste årene. Dette skyldes større aktivitet i tjenesten. Kommunenes oppsplitting av driftstilskudd i små enheter ned til 20 pst. med forutsetning om fulltidsarbeid har også bidratt til å øke aktiviteten. Regjeringen nedsatte en arbeidsgruppe i 2007 som fikk i oppgave å foreslå tiltak som skulle gi kommunene økt finansieringsansvar og bedre styring av tjenesten. KS og Norsk Fysioterapeutforbund deltok i arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen la fram sin rapport i oktober 2007. Rapporten beskriver tiltak som kan gjennomføres på kort sikt.

For å gi større samsvar mellom oppgaveansvar og finansieringsansvar for den avtalebaserte fysioterapitjenesten, ønsker regjeringen å øke kommunenes finansieringsansvar. Det innebærer at de kommunale driftstilskuddene sin andel av fysioterapeutenes samlede omsetning bør økes til minst 40 pst. Dette medfører en nedjustering av refusjonstakstene. Det tas sikte på å overføre midler fra refusjonstakstene til rammetilskuddet til kommunene som varslet i kommuneproposisjonen for 2009. Endringen vil være tema i takstforhandlin-

gene våren 2009, med iverksetting fra 1. juli 2009. Departementet vil nedsette en arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til endringer i refusjonstakster som en konsekvens av endring i driftstilskudd.

Driftstilskudd til privatpraktiserende fysioterapeuter skal utbetales forholdsmessig etter fysioterapeutens avtalte arbeidstid. Den nedre grense for inngåelse av driftsavtale med fysioterapeuter i privat praksis er fra og med 1. juli 2008 satt til 2/5 av et fullt årsverk med mindre særlige forhold foreligger.

Departementet ser et stort behov for en bredere gjennomgang av både honorartakstsystemet og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Det tas sikte på å starte dette arbeidet i løpet av høsten 2008. Samtidig vil departementet også foreta en bred kartlegging av virksomheten til fysioterapeutene i kommunene høsten 2008.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

Den 7. mars 2008 behandlet Stortinget St.meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidens tannhelsetjenester, jf. Innst. S. nr. 155 (2007–2008).

Flere forslag til tiltak i meldinga vil bli vurdert og fulgt opp i forbindelse med kommende arbeid med ny tannhelseslov. I tillegg til omtalen nedenfor, vises det til omtalen under kap. 727, post 21 og 70, samt kap. 2711, post 72.

Tjenester til dem som trenger det mest

Målrettete offentlig finansierte tannhelsetjenester til dem som trenger det mest, forutsetter nærmere kunnskaper om tannhelsetilstanden i voksenbefolkningen og beregning av økonomiske konsekvenser ved å utvide tilbudet om offentlig finansierte tannbehandling. Det forutsetter også et presist og målrettet regelverk med entydige vilkår. Både Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet har fått oppdrag i denne sammenheng.

Stortinget fattet 7. mars 2008 følgende vedtak (anmodningsvedtak nr. 393):

«Stortinget ber Regjeringen om å evaluere ordningen med særskilte tiltak rettet mot tannbehandling til rusmiddelavhengige for å se om ordningen fungerer som ønsket.»

Regjeringen utvidet det fylkeskommunale tilbudet til rusavhengige i 2006 gjennom bevilgning av midler til vederlagsfrie tannhelsetjenester til personer under kommunal rusomsorg. Tilskudd til tannhelsetjenester som del av kommunale lavterskel helse-tilbud ble videreført. I tillegg ble øremerkede midler

til tannbehandling av innsatte i fengsel økt. Fra 1. januar 2008 ble det gjennom bevilgning i statsbudsjettet innført gratis tannhelsetjenester til personer under legemiddelassistert rehabilitering. Med dette har regjeringen etablert et tannhelsetilbud til alle rusmiddelavhengige. Helse- og omsorgsdepartementet vil i løpet av 2009 få gjennomført en evaluering av ordningen med særskilte tiltak rettet mot tannbehandling til rusmiddelavhengige. Stønadsordningene til tannregulering og til rehabilitering etter periodontitt er gjennomgått og forslag til endringer i departementets takster for stønad til tannbehandling vil bli sendt på høring høsten 2008 med sikte på endringer fra 1. januar 2009.

Stortinget fattet 7. mars 2008 følgende vedtak (anmodningsvedtak nr. 392):

«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at tortur- og overgrepsofre via henvisning fra fastlege får utredning om terapi og tannbehandling.»

Tortur- og overgrepsofre har etter gjeldende regelverk muligheter til å få dekning av utgifter til tannbehandling fra trygden for definerte diagnoser. Det er også gitt særskilte regler for finansiering av tannbehandling for asylsøkere og flyktninger i statlig mottak.

Departementet vil i første omgang rette innsatsen mot kompetanse om tannbehandling og terapi. Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og de regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging er etablert for å øke kunnskap på feltet. De regionale ressursentrene skal i tillegg til kunnskapsformidling også veilede tjenesten. De etablerte regionale odontologiske kompetansesentre vil være en viktig samarbeidspartner for ressursentrene i arbeidet med å veilede tjenesten i behandling av tortur og overgrepsofre. Helsedirektoratet har gjort en beregning av mulig antall torturofre som har behov for omfattende tannbehandling til å være om lag 3000 personer. Det er imidlertid knyttet stor usikkerhet til kostnadsberegninger, da det er uklart hvor omfattende behandling torturofrene har behov for. Behandlingsbehovet vil bestå av både psykologbehandling og tannbehandling for å overvinne behandlingsvegring. Overgrepsofre kan være personer som er utsatt for både fysisk vold og seksuelle overgrep. Det er også for denne gruppen vanskelig å si noe eksakt om omfang og tannbehandlingsbehov. Det er imidlertid grunn til å tro at overgrepsofre har større behov for tannbehandling enn befolkningsgjennomsnittet. Departementet vil senere komme tilbake til konkrete tiltak.

Likeverdig tilgjengelighet til tannhelsetjenester

Utfordringene i allmenntannhelsetjenesten er i hovedsak avgrenset til de områder eller distrikter hvor offentlige tannlegestillinger står ubesatt over lengre tid. De siste årene har personellsituasjonen i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten blitt noe bedre. Bedringen kan delvis forklares med tiltak satt i verk i forbindelse med tiltaksplanen for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid. Ved Universitet i Tromsø vil de første tannlegene bli utdannet våren 2009. Oppbygging av denne utdanningen vil bidra til en samlet økning i utdanningskapasiteten av tannleger fra 113 til 153 per år. Det vises også til kap. 271, post 50, på Kunnskapsdepartementets budsjett hvor regjeringen foreslår en bevilgning på 60 mill. kroner til byggestart for nytt bygg for odontologiutdanning (DOF) ved Universitetet i Bergen i 2009.

Når det gjelder spesialisttannhelsetjenester er utfordringene sammensatte. Noen utfordringer er knyttet til dimensjonering og finansiering av spesialistutdanningen. Andre utfordringer gjelder organiseringen av utdanningen i kombinasjon med virkemidler som sikrer bedre geografisk fordeling av spesialister. Det vises til nærmere omtale under kapittel 727.

Effektiv ressursutnyttelse

En effektiv ressursutnyttelse av tannhelsepersonell tilsier større endringer i oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger, og at tannpleiere i økende grad ivaretar førstelinjerollen med regelmessige tannhelsekontroller. Dette forutsetter økning i utdanningskapasiteten av tannpleiere og betydelige strukturendringer når det gjelder klinikk- og praksisstruktur, særlig innenfor privat sektor. Strukturendringer er under gjennomføring både i fylkeskommunal og i privat sektor.

Samarbeidet fylkeskommunene imellom og samarbeidet med den private sektor må løftes opp på et systematisk nivå for å utnytte kapasiteten på en best mulig måte til beste for befolkningen. Den private sektorens deltagelse i å løse offentlige oppgaver må økes betydelig. Virkemidler i denne sammenheng vil være viktig for at de ønskede endringer skal finne sted. Departementet vil senere komme tilbake med forslag til tiltak.

Forenkling av regelverk for trygderefusjon

Dette er nærmere omtalt under kap. 2711, post 71.

Forbrukerrettigheter og prisinformasjon

Det er behov for å styrke forbrukernes posisjon i forbindelse med prisinformasjon på tannhelsetjenester. I de tilfeller trygden yter hel eller delvis refusjon til tannbehandling, beregnes refusjonen etter statens honorartakster. Pasientens egenbetaling vil dermed kunne variere betydelig, avhengig av nivået på tannlegens pris. Regjeringen vil vurdere hvordan prisopplysninger for tannhelsetjenester kan gjøres mer tilgjengelig for befolkningen, herunder en prisportal. Forskrift om prisopplysning ved tannhelsetjenester vil bli gjennomgått i 2009 i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet.

Kunnskapsutvikling

Det er et stort behov for kunnskapsoppbygging i tannhelsesektoren. Forskning og fagutvikling må prioriteres høyere både på de odontologiske læresteder, i den utøvende tjenesten og i fylkeskommunen. For fylkeskommunen som ansvarlig forvaltningsnivå er kunnskapsoppbygging av stor betydning for å kunne ivareta «sørge for»-ansvar, folkehelsearbeidet og prioritering av oppgaver overfor grupper med rettigheter. For statlige myndigheter er kunnskapsoppbygging av avgjørende betydning for å kunne videreutvikle det samlede offentlige engasjement på tannhelsefeltet, inkludert trygdens refusjonsordninger.

Regionale odontologiske kompetansesentre vil være en viktig samarbeidspartner for å øke kunnskapen i en samlet tannhelsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet vil bidra til å finansiere forskning i tannhelsetjenesten gjennom blant annet tilskudd til odontologiske kompetansesentre etter hvert som disse etableres. Se for øvrig omtale under kapittel 727.

Et styrket forvaltningsnivå

Fylkeskommunene skal ivareta sentrale oppgaver i videreutviklingen og forbedringen av tannhelsetjenester til befolkningen i landet. Dette omfatter det generelle folkehelsearbeidet. Forvaltningsansvaret vil bli nærmere presisert i det kommende arbeidet med ny tannhelsetjenestelov. Det er i 2008 fastsatt kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten. Departementet oppfordrer til utstrakt samarbeid på tvers av forvaltningsnivå og tjenesteområder.

Kap. 720 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
01	Driftsutgifter	394 251	358 938	692 067
21	Spesielle driftsutgifter	41 134	44 321	43 511
22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	46 900	52 692	55 010
	Sum kap. 720	482 285	455 951	790 588

Post 01 Driftsutgifter

Helsedirektoratet er som fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet. Helsedirektoratet er fagorgan på folkehelse- og helsetjenesteområdet. Dette innebærer:

- Ha ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelse, samt å følge med på utviklingen i helsetjenesten. 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.

Direktoratet har en rekke forvaltningsoppgaver, herunder myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor helsesektoren. Helsedirektoratet skal sikre at vedtatt politikk settes i verk på helseområdet.

Med virkning fra 10. mars 2008 overtok Arbeids- og velferdsdirektoratet ansvaret for de oppgaver som tidligere Sosial- og helsedirektoratet utførte for Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Dette omfattet bl.a. direktoratsfunksjonen for levekårsområdet og deler av sosialtjenesteområdet. Sosial- og helsedirektoratet endret 1. april navn til Helsedirektoratet.

Forvaltningsansvaret for helserefusjoner overføres fra Arbeids- og velferdsetaten til Helsedirektoratet 1. januar 2009. Det vises til St.prp. nr. 66 (2005–2006), jf. Innst. S. nr. 205 (2005–2006) der det blant annet ble omtalt at overføringen skulle finne sted senest innen 2010. Helserefusjonene omfatter blant annet refusjon til poliklinikk, lege, psykolog, legemidler, tannlege, laboratorier og

røntgeninstitutter. I tillegg kommer forvaltning av frikort for enkeltpersoner. I en overgangsperiode vil det være behov for at Arbeids- og velferdsdirektoratet utfører tjenester for Helsedirektoratet basert på avtale mellom de to direktoratene. Kostnadene er anslått til om lag 100 mill. kroner og er ført opp på Arbeids- og velferdsetatens budsjett. Kostnadsanslaget og eventuell flytting av midler til Helsedirektoratet vil bli vurdert i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2009. Det arbeides med utvikling av en elektronisk frikortløsning som Helsedirektoratet fra 1. januar 2009 vil overta prosjektlederansvaret for. Det vises til ytterligere omtale av helserefusjonsområdet under Programområde 30 Stønad ved helsetjenester.

På bakgrunn av oppfølging av Nasjonal Helseplan (2007–2010) har direktoratet avholdt konferansen Og bedre skal det bli. Det var 1000 deltakere. På folkehelseområdet står særlig oppfølging av St.meld. nr. 20 (2006–2007), Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, sentralt. Arbeidet omfatter en rekke av direktoratets områder, men også områder som ligger til andre sektorer. Etablering av et rapporteringssystem med indikatorer knyttet til delmålene i helseforskjellsmeldingen, er blant de pågående tiltakene.

I 2007 har direktoratet også vektlagt innsatsen for sunt kosthold, fysisk aktivitet og tobakksfrihet på folkehelseområdet. Direktoratet har satt i gang et bredt arbeid som skal se nærmere på kapasitet og kvalitet i primærhelsetjenesten sammenliknet med spesialisthelsetjenesten. Direktoratet har hatt fokus på revurdering og videreutvikling av fastlegeordningen, og arbeidet med kvalitet i primærhelsetjenesten har hatt høy prioritet.

Helsedirektoratet har en sentral rolle i gjennomføringen av Opptappingsplanen for psykisk helse og Opptappingsplanen for rusfeltet. Direktoratet gjennomførte i 2007 blant annet en befolkningskampanje for å forebygge bruk av alkohol hos gravide og en kampanje for å øke befolkningens kunnskap om psykisk helse, psykiske lidelser, hjelpetilbud og rettigheter.

Arbeidet med Omsorgsplan 2015 har vært organisert som et prosjekt, med delprosjekter for å ivareta en helhetlig oppfølging av omsorgsplanen. De strategiske målene for 2007 er i stor grad oppnådd.

Hovedaktiviteten innenfor sosialtjenester har omhandlet iverksetting og opptrapping av arbeidet med å implementere kvalifiseringsprogrammet. Ved utgangen av året var en egen kompetansesammenheng for programmet etablert og lokale, kommunale veiledere på plass. Direktoratet har i 2007 hatt fokus på arbeidstiltak for grupper som står langt fra arbeidsmarkedet. Arbeidet med å skaffe data og kunnskap som kan gi mulighet for å følge utviklingen i befolkningens levekår har vært prioritert.

Årlig utgis rapporten Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren. Det er direktoratets årlige analyse av utviklingstrekk og utfordringer på sosial- og helseområdet og henvender seg først og fremst til politikere, departementer og helse- og sosialledere. I tillegg utgis en nøkkeltallsrapport. Tallene baserer seg i all hovedsak på allerede publisert statistikk. Utviklingstrekkrapporten i 2008 hadde fokus på helsesystemer. I tilknytning til rapporten avholdes det en årlig helsekonferanse i mai måned.

Tiltak som direktoratet har ansvar for finansieres delvis over direktoratets driftskapittel og dels over andre kapitler. Omtalen av politikk og tilstandsvurdering innenfor direktoratets virksomhetsområder og tverrgående satsingsområder er plassert under andre kapitler i denne proposisjonen.

Merknad til budsjettforslaget

Direktoratet skal bidra til å:

- bedre kvalitet i helsesektoren
- redusere forskjellene i helse og levekår
- fremme faktorer som gir god helse i befolkningen

Direktoratet skal ha et særskilt fokus på samhandling, både mellom ulike fagprofesjoner og på tvers av tjeneste- og forvaltningsnivå. Helsedirektoratet skal følge opp Nasjonal helseplan innenfor sine ansvarsområder.

Det foreslås at driftsrammen til Helsedirektoratet reduseres med 5 mill. kroner som krav til effektivisering.

Prosjektet Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering er avsluttet. Ved behandling av St.prp. nr. 59 (2007–2008) ble det bevilget 0,75 mill. kroner til Helsedirektoratet til videreføring av deler av oppgavene. For 2009 foreslås det 0,8 mill. kroner til tiltaket. Ved behandling av St.prp. nr. 59 (2007–2008) ble det bevilget 1 mill. kroner for at Helsedirektoratet skal prosedere saker om tvungent psykisk helsevern på vegne av

staten. Regjeringsadvokaten og Helsedirektoratet avtaler arbeidsfordelingen seg imellom. Det foreslås bevilget 1,5 mill. kroner til videreføring av arbeidet i 2009.

Overvåking av uønskede hendelser knyttet til cellebaserte produkter og ordningen med hemo-vigilans er lovpålagt oppfølging av EU-direktiv. Det foreslås å styrke bevilgningen til Helsedirektoratet med 1 mill. kroner til dekning av merutgifter knyttet til etablering og drift av tiltaket. Bevilgningen foreslås satt opp 1 mill. kroner knyttet til direktoratets funksjon vedrørende utvikling av medisinske kvalitetsregistre. Det vises til omtale under kap. 732 post 70 hvor det er foreslått avsatt totalt 32 mill. kroner til arbeidet i regi av de regionale helseforetakene. Det foreslås følgende budsjettmessige endringer over posten:

- Det flyttes totalt 339,7 mill. kroner til Helsedirektoratet fra Arbeids- og velferdsetaten knyttet til drift av helserefusjonsområdet (305,2 mill. kroner) og overtakelse av prosjektlederansvaret for den elektroniske frikortløsning mv. (34,5 mill. kroner).
- I forbindelse med overføring av oppgaver knyttet til sosialtjenesteområdet fra Helsedirektoratet til Arbeids- og velferdsdirektoratet flyttes 22,4 mill. kroner til kap. 605, post 01.
- Det flyttes 0,5 mill. kroner til Kunnskapsdepartementets kap. 271, post 50, til delfinansiering av de regionale forskningsetiske komiteer i forbindelse med iverksetting av helseforskningsloven.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Hoveddelen av bevilgningen dekker Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013 (Samspill 2.0).

Visjonen for Samspill 2.0 er helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samhandling. Samspill 2.0 viderefører og konkretiserer prioriteringer og styringssignaler i Nasjonal helseplan. Strategien tar sikte på realisering og konsolidering av tidligere mål, og legger opp til strammere styring og sterkere lokal forankring.

I strategien lanseres et nasjonalt løft for å få fortlgang i den elektroniske informasjonsutvekslingen over helsenet. Det er satt i gang regionale samarbeidsprosjekter for å få tatt i bruk løsninger der fastlegekontor og helseforetak på en effektiv måte kan utveksle viktig informasjon som for eksempel henvisninger, rekvisisjoner, epikriser og laboratoriesvar med alle helseforetak i regionen. Arbeidet skal koordineres og følges opp nasjonalt. Det skal stilles krav om bruk av standardiserte løsninger. Kommunesatsingen fra forrige strategiperiode videreføres for å spre erfaringer og få flere

kommuner til å ta i bruk samhandling med allmennleger og helseforetak.

Det pågår arbeid med gjennomgang av lov- og forskrifter for å sikre nødvendig tilgang til og utveksling av pasientrettet informasjon mellom virksomheter i helsetjenesten. I tillegg utredes en ordning med nasjonale minstekrav til elektroniske pasientjournalssystemer.

Et annet viktig satsingsområde er utbredelse av elektroniske resepter, se særskilt omtale under kap. 720, post 22.

Tidligere strategier for elektronisk samhandling i helsesektoren har gitt en rekke resultater av grunnleggende betydning for IKT- utviklingen i sektoren. Norsk Helsenett er etablert for å få sikker, effektiv elektronisk kommunikasjon med høy kapasitet og hastighet mellom de aktører i helsesektoren som er tilknyttet helsenettet. Det er utviklet standarder for samhandling og utviklet sikkerhetsløsninger.

90 pst. av fastlegene, 70 pst. av fastlegekontorene og 27 pst. av kommunene er nå knyttet til helsenettet. Bruken av helsenettet i form av forsendelser og antall brukere øker, men i mindre grad enn ønskelig. Målet er at alle kommuner, fastleger og annet relevant helsepersonell skal knyttes til helsenettet. Det er en økende interesse for elektronisk samhandling fra den enkelte kommune, fastlege og sykehus. Andre aktører har i det siste også meldt sin interesse for å benytte helsenettet.

Post 22 Elektroniske resepter

E-reseptprogrammet skal etablere en helhetlig elektronisk løsning for å rekvirere, ekspedere og dokumentere reseptpliktige legemidler, medisinsk utstyr og næringsmidler, samt gi grunnlag for Arbeids- og velferdsetatens oppgjør til apotekene/bandasjistene ved utleveringer på blå resept. For pasientene vil fordelene med elektroniske resepter bl.a. være bedre pasientsikkerhet, f.eks. mindre risiko for å få utlevert feil legemiddel, bedre service hos apotek/bandasjist og elektronisk oversikt over egne resepter.

Ved behandlingen av Ot.prp. nr. 52 (2006–2007) om lov om endringer i helseregisterloven vedtok Stortinget hjemmelen for opprettelse av en sentral, elektronisk database med reseptopplysninger (reseptformidleren). Reseptformidleren vil være

kjernen i e-reseptsystemet og vil gjøre at en resept kan hentes ut ved hvilket som helst apotek. En ny forskrift om behandling av opplysninger i Reseptformidleren trådte i kraft 1. april 2008.

Helsedirektoratet (programstyrer), Statens legemiddelverk, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Den norske legeförening, Apotekforeningen, Bandagistenes næringspolitiske utvalg og de regionale helseforetakene, er involvert i gjennomføringen. Samarbeidsavtalen mellom de involverte partene, inngått desember 2006, regulerer e-reseptprogrammets finansiering, framdriftsplan og organisering og angir partenes rettigheter og plikter med hensyn til programgjennomføringen.

Total kostnadsramme for prosjektet er 283 mill. 2006-kroner, hvorav 211 mill. kroner bevilges over statsbudsjettet, 32 mill. kroner dekkes av involverte statlige virksomheter og resterende av private aktører. Framdriften og kostnadene i utviklingsarbeidet er i hovedsak som planlagt.

Programmet har i 2007 utviklet versjon 1 av e-reseptløsningen. Pilotering startet som planlagt våren 2008 på legekantor og apotek i Stor-Elvdal og utvides med nye allmennlege-, apotek- og bandasjipiloter på Elverum, Hamar og i Ringsaker. Pilotperioden videreføres i 2009.

Versjon 2 med ytterligere funksjonalitet der legen skal kunne sende inn elektroniske søknader om godkjenningssfritak og om refusjon av utgifter til legemidler på individuelt grunnlag, er under utvikling. Søknadsordningene administreres hhv. av Statens legemiddelverk og Arbeids- og velferdsetaten. Helsedirektoratet har startet utredning og vurdering av den framtidige innretningen av det forvaltningsmessige ansvaret knyttet til e-reseptløsningen. I 2009 skal Versjon 2 totaltestes og fases inn i pilotene og utvikles for flere elektroniske pasientjournalssystem (EPJ). Det skal gjennomføres en pilot med e-reseptfunksjonalitet i et EPJ for sykehus. Videre kommer en versjon 3 med forskrivningskontroll hos NAV. I løpet av 2009 vil mange av landets apotek og bandasjister ha e-reseptløsning. I 2009 vil virksomheten i programmet også omfatte implementerings- og stimuleringsstiltak for utbredelse av løsningen, ordinær drift av Reseptformidleren og forvaltning av e-reseptløsningen. I dette perspektivet er det viktig å opprettholde det finansielle grunnlaget for programmet.

Kap. 3720 Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
02	Salgs- og leieinntekter	26 827	2 234	2 332
04	Gebyrinntekter	2 809	1 396	1 457
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	54		
16	Refusjon av foreldrepenger	3 805		
17	Refusjon lærlinger	70		
18	Refusjon av sykepenger	6 414		
	Sum kap. 3720	39 979	3 630	3 789

Post 04 Gebyrinntekter

Posten omfatter:

- bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk. Bevillingsordningen er selvfinansiert gjennom gebyrer og administreres av Helsedirektoratet. Bevillingsgebyrene utgjør om lag 1 mill. kroner.

- gebyr på statlige skjenkebevillinger gitt for skjenking av alkoholholdig drikk på tog og fly etter alkoholloven § 5-2, første ledd nr. 1 og 2. Bevillingsgebyrene tilfaller staten og utgjør om lag 0,3 mill. kroner.

Kap. 721 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
01	Driftsutgifter	73 050	71 644	75 467
	Sum kap. 721	73 050	71 644	75 467

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med sosialtjenesten og helsetjenesten, og er overordnet myndighet for klager som gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter. Etter sosialtjenesteloven og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten består tilsynsmyndighetene av Statens helsetilsyn (overordnet tilsynsmyndighet), fylkesmennene (sosialtjenesten) og Helsetilsynet i fylkene (helse-tjenesten og helsepersonell).

Tilsynsmyndighetene skal ha oversikt over sosiale forhold, befolkningens helsetilstand og behov for tjenester, følge med på hvordan tjenestene og personellet utøver sin virksomhet og gripe inn overfor virksomheter og helsepersonell som utøver virksomhet i strid med lovgivningen. Klagebehandling, tilsyn og rådgivning basert på erfaringer fra tilsyn skal medvirke til at

- befolkningens behov for tjenester ivaretas
- tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte
- svikt i tjenestene forebygges

- ressursene i tjenestene brukes på en forsvarlig og effektiv måte
- befolkningen har tillit til helsepersonell og tjenestene

Prioritering av tilsynsområder 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), tilsyn med virksomhetene, områdeovervåkning, og fra andre kilder. Tilsynsressursene styres mot områder

- av stor betydning for enkeltmenneskers rettsikkerhet
- der sannsynlighet for svikt er stor
- der konsekvensene av svikt for brukere og pasienter er alvorlige, eller
- der brukere og pasienter ikke selv kan forventes å ivareta egne interesser

I tillegg er det, som følge av EU-direktiver, forskriftsfestet at Statens helsetilsyn regelmessig skal føre tilsyn med blodbanker og virksomheter som håndterer humane celler og vev (vevsbanker).

Rapportering 2007

I 2007 behandlet Statens helsetilsyn 271 tilsynssaker som var oversendt fra Helsetilsynet i fylkene for vurdering. Median saksbehandlingstid var 5,5 måned. Statens helsetilsyn har i 2007 prioritert behandling av tilsynssaker høyt. Det har særlig vært fokusert på å avslutte de eldste sakene. Per 31. desember 2007 var det 99 saker til behandling i Statens helsetilsyn, mot 150 ved utgangen av 2006.

Statens helsetilsyn foretar fortløpende analyser av saksbehandlingen og av innholdet i sakene.

Det pågår i perioden 2006–2008 et prosjekt i Statens helsetilsyn for i større grad å rette tilsynet mot virksomhetens ansvar når det oppstår uønskede hendelser. Erfaringene så langt viser at det i et økende antall saker avdekkes svakhet ved organisering og styring som har bidratt til den aktuelle hendelsen.

Det er i de fleste tilfellene Helsetilsynet i fylket som avslutter saker som gjelder svikt ved organisering eller styring av helsetjenestene. Statens helsetilsyn behandlet 41 tilsynssaker mot virksomheter. I 28 av disse ble det gitt kritikk for utilstrekkelig organisering og styring.

Helse Vest RHF ble i 2007 gitt en tvangsmulkt på kroner 600 000 per måned inntil de etterkom pålegget om å sørge for at akutt psykisk syke i helseregionen blir tilbudt forsvarlige helsetjenester. Pålegget ble gitt for vedvarende overbelegg og korridorpasienter ved psykiatriske akuttposter/korttidsavdelinger i Helse Bergen HF og Helse Vest RHF's manglende utførelse av sitt «sørge for»-ansvar. Korridorpasienter i akuttposter/korttidsavdelinger er uforsvarlig og kan ha skadelige følger for pasientene. Helse Vest RHF etterkom pålegget. Foretaket har godtgjort at det ikke er korridorpasienter i psykiatriske akuttposter/korttidsavdelinger i Helse Bergen HF og dokumentert at det regionale helseforetaket ivaretar sitt «sørge for»-ansvar. På denne bakgrunn fattet Statens helsetilsyn 6. mai 2008 vedtak om opphør av tvangsmulkt.

I 2007 fikk 70 helsepersonell tilbakekalt sin autorisasjon. Den hyppigste årsaken til tilbakekall for alle grupper helsepersonell er misbruk av alkohol og vanedannende legemidler. Tre helsepersonell fikk begrenset sin autorisasjon, og 77 helsepersonell ble gitt advarsel for brudd på helsepersonelloven. Statens helsetilsyn innvilget søknader fra 18 helsepersonell om å få tilbake autorisasjon. Ni av disse fikk knyttet vilkår til autorisasjonen (begrenset autorisasjon).

I 2007 ferdigbehandlet Helsetilsynet i fylkene 2006 tilsynssaker. Antall nye saker i 2007 var 2112. I ti av fylkene var saksbehandlingstiden innenfor kravet om median behandlingstid på fem måneder. Kravet ble nådd for fylkene sett under ett. Ved utgangen av 2007 hadde Helsetilsynet i fylkene 1054 saker under behandling.

I 2007 avsluttet fylkesmennene 4980 klagesaker etter sosialtjenesteloven. Behandlingstiden var tre måneder eller mindre for 76 pst. av sakene. Ni embeter oppfylte kravet om at 90 pst. av klagesakene skulle behandles innen tre måneder. Ved utgangen av 2007 var det 471 klagesaker under behandling hos fylkesmennene.

Helsetilsynet i fylkene behandlet 887 klager på manglende oppfyllelse av rettigheter etter pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven. Av sakene ble 65 pst. behandlet innen tre måneder, mens kravet var 90 pst. innen tre måneder. Mer enn 40 pst. av klagesakene gjelder dekning av nødvendige reiseutgifter mellom hjem og behandlingssted.

Statens helsetilsyn har publisert Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern basert på innrapporterte saker til Helsetilsynet i fylkene i årene 2005 og 2006.

I 2007 gjennomførte tilsynsmyndighetene 181 tilsyn som systemrevisjon med sosialtjenesten og 247 med helsetjenesten. Det ble gjennomført landsomfattende tilsyn med:

- Kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser
- Avlastnings- og støttekontaktjenester etter sosialtjenesteloven
- Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus

Statens helsetilsyn forberedte i 2007 et landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten ved distriktpsykiatriske sentre til voksne med psykiske lidelser. Tilsynet foregår i 2008 og 2009.

Statens helsetilsyn publiserte i 2007 følgende:

- rapport om oppfølgingstilbudet til personer som kommer til legevakt eller sykehus etter alkoholforgifting.
- rapport om tilsynserfaringer om tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser.
- oppsummering og vurdering av funn på rusområdet og erfaringer fra tilsyn i perioden 2004–2006

Statens helsetilsyn gjennomførte nødvendige juridiske og andre avklaringer som forberedelse til tilsyn med landets

- blodbanker i henhold til blodforskriften.
- celle- og vevbanker i henhold til forskriften om donasjon, uttak, testing, prosessering, konservering, oppbevaring og distribusjon av celler og vev.

Helsetilsynet i enkelte fylker gjennomførte tilsyn med private rusinstitusjoner, private sykehjem og andre private aktører som yter helse- og sosialtjenester.

Statens helsetilsyn har i 2008 i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin gjennomført en undersøkelse om risikoforhold knyttet til legevakt, både når det gjelder organisering og tilgjengelighet. Undersøkelsen vil bli publisert.

Statens helsetilsyn fulgte opp tilsynet med kommunenes beredskapsplaner og smittevernplaner. I 2007 fikk ingen kommuner varsel om pålegg for planene, men én kommune ble gitt pålegg om å utarbeide plan for helsemessig og sosial beredskap.

I samarbeid med Datatilsynet gjennomførte Statens helsetilsyn i 2006 tilsyn med om journalforskriften følges ved bruk av elektronisk pasientjournal i to helseforetak. Tilsynet avdekket at systemene ikke var forsvarlig vernet mot innsyn fra ansatte som ikke hadde legitime behov for opplysningene. I 2007 har Statens helsetilsyn fulgt med på om funnene fra disse tilsynene førte til endring i tråd med de gitte avvik. Statens helsetilsyn orienterte Helse- og omsorgsdepartementet om funn fra tilsynet i eget brev i mars 2008.

Tilsynserfaringer

Spesialisthelsetjenesten er under stadig omstilling og endring. De regionale helseforetakene har gjennom sitt ansvar for å sørge for tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og eventuelt korrigere tjenestetilbudet på en slik måte at de krav som følger av helselovgivningen etterlevs. Statens helsetilsyn legger til grunn at virksomhetene foretar risikovurderinger ved planlegging av omstillinger.

Erfaringene fra enkeltsaker som gjelder hendelser i virksomheter i helsetjenesten viser at det i et økende antall saker avdekkes svakhet ved organisering og styring som har bidratt til den aktuelle hendelsen.

I mange tilfeller er ikke virksomhetenes system for å avdekke/følge opp svikt hos helsepersonell godt nok. Erfaring fra tilsynssaker viser manglende internkontroll på dette området.

Bruken av vikarer/vikarstafetter varierer i landet avhengig av rekrutteringssituasjonen. Tilsynserfaringer viser at helsetjenester som tilbys av vikarer har høyere risiko for svikt, og det er avgjørende at foretakene/kommunene setter i verk tiltak for å kompensere for denne økningen i risiko.

Oppsummeringen etter tilsyn med kommunale legevakter 2001–2005 avdekker områder der det er

grunn til å ha økt oppmerksomhet. Spesielt er det pekt på kommunens ansvar for å sikre at befolkningen gis en forsvarlig legevaktjeneste gjennom hele døgnet.

Gjennomgang av tilsynserfaringer sammenholdt med andre kunnskapskilder, viser at svikt innenfor helse- og sosialtjenestene stadig gjentar seg. Dette rammer i stor grad eldre med betydelige tjenestebehov, enten det dreier seg om hjemmebaserte tjenester eller tjenester gitt i institusjoner som sykehjem og sykehus. utfordringene gjelder styringssystem, herunder funksjonelle rutiner, og kvaliteten i tjenestene både når det gjelder innhold og omfang. Et gjennomgående trekk er at det skorter på individuelt tilrettelagte tjenester, enten det er botilbud for demente eller dekning av grunnleggende behov som næring, aktivitet mv. Tilsynserfaringene gir også et klart inntrykk av betydelige utfordringer knyttet til samhandling og kommunikasjon, både i og mellom ulike tjenester, til beste for pasienter, brukere og pårørende.

Statens helsetilsyn har, gjennom tilsynserfaringer og i møter med fagekspertise innen eldreomsorg og sykehjemsmedisin, fått bekreftet at det er mange områder med risiko for svikt når det gjelder legemiddelbehandling i sykehjem. Svikten er knyttet til organisering og styring, til spesielle legemidler og til særlig sårbare pasientgrupper.

Statens helsetilsyn gjennomfører i 2008 i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet, landsomfattende tilsyn med kommunale barneverns-, sosial- og helsetjenester til barn. Målet er å bidra til en bedre samordning av disse tjenestene til utsatte barn. Tidligere tilsynserfaringer og meldinger fra Helsetilsynet i fylkene og fylkesmenene har vist bekymring for barn som bor i barneboliger og avlastningsboliger. Nordlandsforskning har gjennomført en kartlegging av barneboliger som omsorgstiltak. Funnene i undersøkelsen bekrefter bekymringene for barnas helsetilstand, helsetjenestene som ytes i boligene og ansattes kompetanse.

Personer med utviklingshemning og autister er utsatte og sårbare grupper som i stor grad er avhengige av andre for å få helsehjelp når de har behov for det. Mange har problemer med å forstå og formidle egne helseplager. Det er dokumentert i flere sammenhenger at sosial- og helsepersonell mangler kompetanse om utviklingshemmedes helse- og sykdomsproblemer. Oppsummering som Statens helsetilsyn har gjennomført styrker inntrykket av at deler av gruppen er i en svært sårbar situasjon og at faren for svikt i helsetjenestetilbudet er stor. Gjennomgangen gir imidlertid ikke noe klart bilde av hvor det svikter mest, eller hvor faren for svikt er størst.

Fylkesmennene utfører sentrale oppgaver for å sikre at reglene om tvang og makt overfor mennesker med utviklingshemming blir etterlevd av kommunene, jmfør sosialtjenesteloven kapittel 4A. Årlig mottar fylkesmennene meldinger om ca. 30 000 beslutninger om tvang i nødssituasjoner. Dette er enkelthendelser som ikke er dekket av vedtak. I tillegg kontrollerer fylkesmennene over 1000 vedtak fattet i kommunene om planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner eller vedtak om tiltak for å dekke tjenestemottakernes grunnleggende behov.

I oppsummeringen av tjenester til rusmiddelmissbrukere som ble gjort i 2007, ble to områder trukket fram som særlige utfordringer. Det ene gjaldt mangelen på faglig konsensus og kunnskapsbasert behandlingspraksis i flere av de tværfaglige spesialiserte tjenestene. Det andre var kommunenes ansvar for å gi rusmiddelmissbrukere et helhetlig tilbud, som sikrer nødvendige helse- og sosialtjenester som gir mulighet for bolig, utvikling av sosiale nettverk og et liv med meningsfulle aktiviteter.

Statens helsetilsyn har gjennom mange år hatt et høyt fokus på tjenester til barn, unge og voksne med psykiske lidelser. Tilsynserfaringer viser at mange kommuner og virksomheter strever med å rekruttere og beholde personell, og med å organisere et faglig forsvarlig tilbud til en svært ulikeartet gruppe. Konsekvensene er redusert tilgjengelighet til tjenester for enkelte grupper, og lite målrettet arbeid. Til tross for betydelig styrking over flere år, er tjenestene til mange av dem som trenger omfattende og sammensatte tilbud fortsatt utilstrekkelige, og i liten grad tilpasset behovene.

Det landsomfattende tilsynet i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser avdekket regelverksbrudd i to tredeler av kommunene. Det ble oppsummert at kommunene syntes å ha utfordringer med å sørge for tilstrekkelig utredning, tildeling og iverksetting av tjenester, og med å sikre tilstrekkelig kontinuitet i tjenestetilbudet og samhandling mellom de ulike tjenesteyterne. I rapporten ble det stilt spørsmål om kommunene hadde god nok styring med at tilbudet er dimensjonert og planlagt slik at det dekker behovene, og om tilbudet er organisert slik at de møter behovene på en hensiktsmessig måte.

I spesialisthelsetjenesten er det store forskjeller i tjenestestruktur mellom helseregionene og det er kvalitative forskjeller i tjenestetilbudene. Forskjellene synes større innen psykisk helsevern enn innen det somatiske området. Tilsynsaktiviteten har avdekket svikt i tjenester til mennesker med psykiske lidelser, spesielt der pasientene har sammensatte behov. Konsekvensene av svikt kan

være store. Overbelegg og for tidlige utskrivninger fra akuttavdelinger innen psykisk helsevern har vært et vedvarende problem. Konsekvenser kan være tilbakefall og reinleggelse.

Tilsynsmyndigheten er bekymret for at det mange steder er dårlig kompetanse om regelverket, og også liten forståelse for regelverkets betydning for å sikre forsvarlig behandling og ivaretagelse av rettssikkerhet. Det er grunn til å sette ekstra søkelys på pasientrettigheter knyttet til prioritering, vurderings- og behandlingsfrister samt innholdet i disse i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Mål for 2009

Statens helsetilsyn skal sammen med Barne- og likestillingsdepartementet utarbeide en nasjonal oppsummeringsrapport fra det landsomfattende tilsynet i 2008 med kommunale barnevern-, sosial- og helsetjenester. I tillegg skal det utarbeides en foreløpig oppsummeringsrapport av tilsynserfaringer fra det toårige landsomfattende tilsynet med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske lidelser. Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene skal følge opp avvik som er påpekt i virksomheter som har hatt tilsyn.

Det toårige landsomfattende tilsynet med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske lidelser videreføres i 2009. Tilsynet undersøker hvordan virksomhetene sikrer forsvarlighet gjennom ulike faser i behandlingsforløpet: i vurdering og prioritering av nye pasienter, utredning, behandling og oppfølging. Det blir særlig rettet oppmerksomhet mot brukermedvirkning, samarbeid og samhandling, tilgjengelighet og forebygging og reduksjon av bruk av tvang.

Det skal i tillegg føres landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til barn i barneboliger og avlastningsboliger.

Det er gjennom EU-direktiv forskriftsfestet at Statens helsetilsyn regelmessig skal gjennomføre tilsyn med blodbanker og celle- og vevsbanker. Erfaringer fra gjennomførte tilsyn med blodbanker i 2008 vil bli oppsummert ved utgangen av året. Det vil bli gjennomført tilsyn med de øvrige blodbanker i 2009. Tilsyn med celle- og vevsbanker vil bli påbegynt i 2009.

Statens helsetilsyn skal i henhold til avtale utføre tilsyn med helsetjenester i norsk regi til norsk militært personell på utenlandsoppdrag. Tilsynet med forsvarets helsetjenester vil bli påbegynt i 2009.

I løpet av 2008 har Statens helsetilsyn utarbeidet en helhetlig plan for tilsyn med helse- og sosialtjenester til eldre for perioden 2009–2012. Ulike til-

synsmetoder vil bli tatt i bruk. I 2009 skal Statens helsetilsyn legge til rette for gjennomføring av tilsynsaktiviteter rettet mot kommunale pleie- og omsorgstjenester. Det skal innledes arbeid med tanke på tilsynsaktiviteter i spesialisthelsetjenesten i 2010–2011.

Statens helsetilsyn har i 2008 ferdigstilt en veileder om tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem. Med denne som grunnlag skal Helsetilsynet i fylkene føre tilsyn basert på lokale vurderinger av risiko.

Klagesakene om manglende oppfyllelse av rettigheter til helse- og sosiale tjenester blir mer komplekse. I 2009 skal Statens helsetilsyn gjennomføre tiltak for implementering og revisjon av veiledere i behandling av rettighetsklager forankret i sosialtjenesteloven kapittel 4, kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven.

Tilsynsmyndigheten skal gjennom behandling av tilsynssaker ha oppmerksomhet på hvordan virksomheten benytter erfaringene i sitt eget kvalitetsarbeid. Det skal overfor virksomhetene pekes på deres plikt til å foreta interne kartlegginger og analyser i forbindelse med uheldige hendelser. Tilsynsmyndigheten skal også ha oppmerksomhet mot tilsynssaker som krever en mer dyptgående gransking og se til at en slik gransking kan settes i verk så raskt som mulig.

Som følge av lovendringen i pasientrettighetslovens kapittel 4A (jmfør Ot.prp. nr. 64 (2005–2006)) skal Helsetilsynet i fylkene motta underretning om alle vedtak som gjøres om helsehjelp til pasienter som motsetter seg slik hjelp. Hvis helsehjelpen pågår over mer enn tre måneder skal Helsetilsynet i fylket vurdere om det fortsatt er behov for helsehjelpen. I tillegg kan Helsetilsynet i fylket overprøve alle vedtak truffet etter § 4-5 av eget tiltak. Videre skal Helsetilsynet i fylket behandle klager og føre tilsyn med tjenesten. Statens helsetilsyn vil sette i verk tiltak for å sikre lik praksis i hele landet i behandling av klagesaker mv. i forbindelse med disse lovendringene.

Som en oppfølging av tilsynet som er gjennomført i samarbeid med Datatilsynet vil Statens helsetilsyn følge med på utviklingen når det gjelder sikring av pasientopplysninger.

Statens helsetilsyn skal formidle erfaringer fra enkeltsaker vedrørende rusmisbruk og andre alvorlige forhold som medfører reaksjoner mot helsepersonell til helsetjenesten.

Statens helsetilsyn skal oppsummere tilsynserfaringer knyttet til forsvarlighet i vikarordninger,

såkalte vikarstafetter, spesielt i akutsituasjoner. Oppsummeringen skal legge grunnlaget for vurdering av ytterligere tilsynsaktivitet i 2010.

Statens helsetilsyn skal styrke tilsynet med somatisk spesialisthelsetjeneste med tanke på å identifisere områder der svikt kan forekomme. Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene vil ha tilsynsmessig fokus på de regionale helseforetakenes ivaretagelse av plikten til å sørge for tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester.

Statens helsetilsyn skal gjennomgå meldinger og vedtak om bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemming.

Statens helsetilsyn skal fortsatt følge utviklingen når det gjelder tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Statens helsetilsyn skal gjennomføre tilsynsaktiviteter dersom det forekommer korridorpasienter i akuttpsykiatrien.

Statens helsetilsyn vil løpende følge med på og vurdere behov for ytterligere tilsynsaktivitet for tjenester til rusmiddelmissbrukere.

Når oppsummeringen etter tilsyn med kommunale legevakter foreligger, vil Statens helsetilsyn vurdere hvordan funnene eventuelt skal viderefremmes til tjenestene og overordnet myndighet.

Resultatmål for tilsyn og klagebehandling i 2009:

- Median saksbehandlingstid for tilsynssaker som avsluttes i Statens helsetilsyn i 2009, skal være seks måneder eller mindre, ved maksimalt 250 nye saker
- Median saksbehandlingstid for tilsynssaker som avsluttes ved Helsetilsynet i fylkene i 2009, skal være fem måneder eller mindre, ved maksimalt 2000 nye saker
- Av klagesakene etter pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven som Helsetilsynet i fylkene avslutter i 2009 skal minst 90 pst. ha en saksbehandlingstid på tre måneder eller mindre, unntatt er saker som gjelder dekning av nødvendige reiseutgifter mellom hjem og behandlingssted
- For klagesaker som gjelder nødvendige reiseutgifter mellom hjem og behandlingssted skal median saksbehandlingstid være 3 måneder
- Av klagesakene etter sosialtjenesteloven som Fylkesmannen avslutter i 2009 skal minst 90 pst. ha en saksbehandlingstid på tre måneder eller mindre
- Det skal gjennomføres minst 180 tilsyn som systemrevisjon med sosialtjenesten og minst 300 med helsetjenesten

Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
01	Driftsutgifter	83 213	82 766	89 453
70	Dekning av advokatutgifter	21 441	26 855	29 037
71	Særskilte tilskudd			2 000
	Sum kap. 722	104 654	109 621	120 490

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har blitt påført skade etter behandling innen den offentlige helsetjenesten. Vilkårene som må være oppfylt for å få erstatning er nedfelt i pasientskadeloven. Ett av vilkårene 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 direkte tap eller utgifter man har fått som følge av skaden. Hvis skaden er varig og betydelig, kan man i tillegg ha rett til menerstatning.

Pasientskadeordningen for offentlige sektor finansieres gjennom at regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner dekker de samlede kostnader knyttet til utbetaling av pasientskadeerstatninger. Fordelingen mellom de fire foretakene blir beregnet ut fra hvor stor andel av erstatningsutbetalingene de siste fem år det enkelte regionale helseforetaket står for. I tillegg betaler det enkelte sykehus en egenandel i saker som blir gitt medhold. Egenandelen er på 10 000 kroner pluss 10 pst. av det gjenstående beløp – maksimalt 100 000 kroner. Fylkene finansierer utbetalinger for den offentlige tannhelsetjenesten, og kommunene finansierer utbetalinger i forbindelse med kommunehelsetjenesten. Fylkene og kommunene betaler en andel ut fra innbyggertallet. Staten dekker kostnader knyttet til forvaltning av pasientskadeordningen, dvs. driften av Norsk pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda og pasientenes utgifter til advokater.

NPE behandler søknader om erstatning på vegne av Legemiddelforsikringen. Alle produsenter, importører og utprøvere av legemidler i Norge er dekket gjennom denne ordningen. Sakene vurderes etter produktansvarslovens kap. 3 (legemiddelansvaret). NPE fakturerer Legemiddelforsikringspoolen og Norsk Legemiddelforsikring AS for saksbehandlingstjenestene.

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

Fra opprettelsen av NPE i 1988 og til utgangen av 2007 har NPE mottatt nesten 39 000 erstatningskrav. Saksmengden har økt fra 230 saker det første året til 3630 saker i 2007. Det var en liten nedgang i saksmengden fra 2006 til 2007. Gjennomsnittet for de siste fem årene viser at andelen pasienter som har fått erstatning har vært på 34,3 pst. For saker hvor erstatningens størrelse ble fastsatt i 2007, ble det i gjennomsnitt utbetalt 475 000 kroner per sak. Beløpet i den enkelte sak varierer fra et minstebeløp på 5000 kroner og opp til flere millioner kroner. I 2007 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid for saker med hensyn til om erstatningssøker har krav på erstatning eller ikke 348 dager, mot 351 dager året før. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for å avklare erstatningens størrelse etter at det er fattet vedtak om at erstatning skal gis, var 429 dager, mot 339 dager året før.

Rask og god saksavvikling har høyeste prioritet i NPEs arbeid. Saksavviklingen følges nøye, og balansen mellom grundighet og tidsbruk vurderes kontinuerlig. Et godt arbeidsmarked for bl.a. jurister har ført til høy turnover i NPE det siste halvannet år. Staten har satt i verk flere tiltak for å rette opp utviklingen, herunder hensiktsmessige grep i organiseringen av saksbehandlingen. Utviklingen så langt i 2008 indikerer at det vil bli en nedgang i antall nye saker sammenliknet med 2007. På dette grunnlag forventes det en nedgang i antall ubehandlede saker.

Totalt ble det utbetalt 493 mill. kroner i erstatninger i 2007. Det var budsjettert med 507 mill.

kroner. Erstatningsutbetalingene knyttet til helseforetakene ble noe høyere enn forutsatt, mens utbetalingene knyttet til kommuner ble lavere enn budsjettet. Det var meget små erstatningsutbetalinger knyttet til fylkeskommunenes ansvar for tannhelsetjeneste.

I 2009 overtar NPE ansvar for erstatningssaker også fra private helsetjenester. NPE skal legge stor vekt på en rask og god saksbehandling av saker innen det nye ansvarsområdet. NPE skal videre fortsette arbeidet med utnyttelse av etatens erfaringsmateriale i kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid. Samarbeidet som er etablert med enhet for pasientsikkerhet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal fortsette. NPE har tatt i bruk et fullelektronisk saksbehandlingsverktøy. Med utgangspunkt i dette, vil det bli arbeidet videre med å utvikle teknologiske løsninger for kommunikasjon med pasienter og andre brukere av etatens tjenester.

Oppgjørsordning i 2009 for erstatningsutbetalinger for offentlig sektor, til sammen 560,2 mill. kroner:

- Tilskudd fra helseforetak: 469 mill. kroner
- Tilskudd fra kommuner: 49 mill. kroner
- Tilskudd fra fylker: 2,2 mill. kroner
- Egenbetalig helseforetak: 40 mill. kroner

For 2009 legges det til grunn et anslag på 560,2 mill. kroner i erstatningsutbetalinger knyttet til pasientskader i den offentlige helsetjenesten. Det er knyttet stor usikkerhet til anslagene. Ved omlegging av finansieringsordningen i 2006 ble det lagt til grunn at staten etterskuddsvis kompenserer partene dersom veksten i erstatningsutbetalingene fra et år til et annet blir meget stor.

- Oppgjørsordning i 2009 for privat sektor:
- Tilskudd fra privat tjenesteyting 37,0 mill. kroner
- Forventede erstatningsutbetalinger i 2009: 3,0 mill. kroner
- Tilskudd til drift av NPE: 2,5 mill. kroner
- Tilskudd til dekning av advokatutgifter: 1,0 mill. kroner
- Tilskudd til drift av PSN: 0,5 mill. kroner
- Framtidig reserve – konti i Norges Bank: 30,0 mill. kroner

Reserven på konti i Norges Bank skal dekke erstatninger til skader som finner sted i 2009, men hvor erstatningene vil komme til utbetaling på et senere tidspunkt. For offentlig sektor tar det inntil 10 år før 90 pst. av erstatningene knyttet til skader oppstått i et bestemt år, er ferdig behandlet.

Det er lagt opp til at erstatningsordningen trer i kraft fra 1. januar 2009. Helse- og omsorgsdeparte-

mentet skal fastsette egne forskrifter høsten 2008 som skal regulere saksfeltet. Utkast til forskrifter ble sendt på høring i juni 2008. Hovedelementene i forslaget er:

- De private tjenesteytere skal dekke kostnader til behandling av sakene og utbetaling av eventuell erstatning gjennom årlige tilskudd til NPE.
- Tilskuddene baserer seg på en vurdering av risiko for de ulike grupper av helsepersonell og virksomheter. For 2009 opereres det med 7–8 ulike grupper.
- I høringsnotatet fra Helse- og omsorgsdepartementet ble det lagt til grunn at tilskuddene varierte fra 400 kroner til 130 000 kroner per årsverk. Dersom høringsuttalelsene gir ny informasjon vil departementet vurdere å justere beløpene.
- Det åpnes for at NPE skal kunne inngå kollektivavtaler med ulike profesjonsorganisasjoner om håndtering av ordningen, herunder utjevning og innkreving av tilskuddene
- Tilskuddene vil bli plassert på rentebærende konti i Norges Bank (foliorente) og bidra til dekning av framtidige erstatninger.
- Det er knyttet meget stor usikkerhet til antall private tjenesteytere og risikoen innen de ulike profesjoner og virksomheter. Tilskuddene vil bli justert i takt med bedre data og erfaringsmateriale på området.

Det er foreslått avsatt 2,5 mill. kroner til NPEs arbeid innen det nye ansvarsområdet for privat sektor.

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 NPE og i forbindelse med en eventuell klage over NPEs vedtak til Pasientskadenemnda. NPE og nemndas kostnader til dekning av pasientenes advokatutgifter har økt betydelig i de senere år. For 2007 ble det utbetalt 21,4 mill. kroner i advokatsalær etter pasientskadeordningen. Dette skyldes både at antallet erstatningskrav øker og at en stadig større andel av pasientene er representert ved advokat.

Helse- og omsorgsdepartementet har i OT.prp. nr. 81 (2007–2008) fremmet forslag om lovendringer som åpner for at utgiftene til advokathjelp kan reduseres noe uten at dette går ut over pasienten. Endringene innebærer i hovedsak at det foreslås

en hjemmel for at det i forskrift kan gis nærmere bestemmelser om dekningen av advokatutgifter, herunder at offentlige salærsatser skal benyttes. Tiltaket vil ikke medføre endringer i pasientenes rett til å få dekket saksomkostninger.

Post 71 Særskilte tilskudd

Pasienter som blir påført skade under fødsel har i dag den samme rett til erstatning enten fødselen finner sted på fødestue eller sykehus. Dette følger av pasientskadeloven som trådte i kraft 1. januar 2003. For skader konstatert etter 1. januar 1988 men voldt før pasientskadelovens ikrafttredelse, har pasientskadeordningen imidlertid ikke omfattet alle landets fødestuer. Det fremstår som et tilfeldig utslag av organiseringen av fødselsomsorgen om den enkelte fødestue har vært omfattet av pasientskadereglene eller ikke. Samme type helsehjelp ytes på fødestuer som ved sykehus, og det fremstår som urimelig at pasienter som har blitt påført skade under fødsel på fødestue ikke skal ha samme erstatningsrettslige vern som de ville hatt dersom de fødte på sykehus.

Departementet mener at det er av vesentlig betydning å sikre disse pasientene det samme erstatningsrettslige vern som sykehuspasienter og ønsker derfor å utvide den midlertidige ordningen til å omfatte skader voldt ved fødsel på offentlig fødestue eller tilsvarende offentlig behandlingssted utenfor sykehus som er konstatert etter 1. januar 1988 men voldt før 1. januar 2003. Kravene skal da avgjøres etter tilsvarende kriterier som etter de midlertidige pasientskadereglene av 1988.

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) skal behandle slike saker etter særskilt oppdrag fra departementet. I oppdraget ligger det også at NPE skal vurdere gjenopptak i aktuelle saker som tidligere er blitt avvist. Departementet presiserer at oppdraget ikke innebærer en overprøving av NPEs praksis. Utgiftene er totalt anslått til 8 mill, hvorav 2 mill. kroner i 2009.

Erstatning etter hepatitt C

Helsedepartementet nedsatte i august 2003 et utvalg som skulle foreta en gjennomgang av helse-tjenestens og helsemyndighetenes håndtering av mulig hepatitt C-smittede gjennom blodoverføring i perioden 1988–2003. Utvalget ga sin innstilling mars 2004.

Da regjeringen behandlet spørsmålet om erstatning til pasienter som er blitt smittet med hepatitt C gjennom blodoverføring, ble det besluttet at det ikke skal opprettes en egen særskilt erstatningsordning til denne gruppen pasienter.

Dette er i tråd med St.meld. nr. 44 (2003–2004). Stortinget ble orientert om regjeringens beslutning i St.prp. nr. 66 (2005–2006). Regjeringen la til grunn at denne pasientgruppen skulle kunne få billighetserstatning dersom skaden ikke ble dekket etter NPE-ordningen pga. foreldelse eller andre formelle grunner. Dette på bakgrunn av de signaler Stortinget ga under behandlingen av St.prp. nr. 72 (1998–1999). Stortingets justiskomite sluttet seg da til Billighetserstatningsutvalgets tilrådinger om at det burde gis billighetserstatning til alle som var blitt hepatitt C-smittet, jf. Innst. S. nr. 4 (1999–2000). Stortinget sluttet seg også til regjeringens vurdering i behandlingen av Dokument nr. 8:77 (2005–2006), jf. Innst. S. nr. 181 (2005–2006).

Helse- og omsorgsdepartementet har nylig hatt en gjennomgang av saker som er blitt avsluttende behandlet i pasientskade- og billighetserstatningsordningene for å se om de forutsetninger som regjeringen og Stortinget la til grunn er blitt oppfylt. Gjennomgangen har vist at alle hepatitt C-smittede, som hittil har søkt og fått ferdigbehandlet sin søknad om billighetserstatning, har fått dette etter en individuell vurdering. Ingen smittede har falt utenfor begge ordningene.

Gjennomgangen av pasientskade- og billighetserstatningsordningenes praksis viser at mange smittede har fått sine krav ferdigbehandlet. Det kan imidlertid ikke utelukkes at det fortsatt finnes smittede som av ulike grunner ennå ikke har fremmet søknad eller krav selv om de kan være berettiget til kompensasjon/erstatning fra en av de eksisterende erstatningsordninger. Departementet har derfor anmodet landets fastleger og annet helsepersonell, som er eller kan komme i kontakt med pasienter som har blitt skadelidende etter hepatitt C-smitte som følge av blodoverføring, om å bringe videre informasjon om etablerte erstatningsordninger.

Strålebehandling ved Radiumhospitalet i perioden 1975–1990

Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert hvorvidt det er grunnlag for å sette i verk særskilte erstatningsordninger for nærmere angitte grupper pasienter som har fått strålebehandling ved Det Norske Radiumhospitalet (Radiumhospitalet) i perioden 1975–1990.

På bakgrunn av de såkalte brystkreftsakene ble landets sykehus, herunder Radiumhospitalet, tilskrevet av Helsetilsynet for å få avklart hvilke rutiner som hadde vært fulgt for andre pasientgrupper enn kvinner med brystkreft, spesielt pasientgrupper der strålebehandling erfaringsmessig gir reell risiko for langtidskader. Ut fra redegjørel-

sen fra Radiumhospitalet, mente Helsetilsynet det var grunn til å se nærmere på behandlingsoppleggene for pasienter med non Hodgkin lymfom, Hodgkin lymfom, for pasienter med kreft i urinblære, testikler og livmorhals, samt pasienter med øre-nese-hals-kreft.

Departementet ga Helsedirektoratet og Helse Sør RHF i oppdrag å gjennomgå de aktuelle behandlingsoppleggene. Skandinaviske spesialister har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomgått de aktuelle behandlingsoppleggene for pasienter med Hodgkin lymfom og pasienter med kreft i urinblære, testikler og livmorhals. Radiumhospitalet ble bedt om å foreta en etterundersøkelse av gjenlevende pasienter med øre-nese-hals-kreft

samt redegjøre for behandlingen av pasientgruppen med non Hodgkin lymfom. Med dette som grunnlag er det konkludert med at strålebehandlingene tilfredsstiller kravene til medisinsk forsvarlighet. Når det gjelder behandlingen av livmorhalskreft uttaler spesialistene imidlertid at strålebehandlingene ikke har vært helt i samsvar med internasjonale retningslinjer i siste del av perioden, men direktoratets vurdering er at behandlingen med stor sannsynlighet ikke har ført til økt risiko for bivirkninger.

På bakgrunn av de utredningene som har vært gjort, har Helse- og omsorgsdepartementet kommet til at det ikke er grunnlag for å sette i verk særskilte erstatningsoppgjør for nevnte pasientgrupper.

Kap. 3722 Norsk pasientskadeerstatning

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
02	Diverse inntekter	3 666	1 083	1 131
16	Refusjon av foreldrepenger	902		
18	Refusjon av sykepenger	583		
50	Premie fra private			3 500
	Sum kap. 3722	5 151	1 083	4 631

Inntektene over post 50 skal dekke NPEs driftsutgifter til å forvalte erstatningsordningen for pri-

vate sektor, samt utgifter til advokater knyttet til denne ordning.

Kap. 723 Pasientskadenemnda

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 009
01	Driftsutgifter	27 196	26 696	30 479
	Sum kap. 723	27 196	26 696	30 479

Pasientskadenemnda (PSN) ble opprettet 1. januar 2003 og er et frittstående og uavhengig forvaltningsorgan som behandler klager på vedtak fattet av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Både selve ansvarsvedtaket og erstatningsutmålingen kan påklages. I tillegg behandler nemnda begjæringer om gjenopptak av tidligere saker. Pasientskadenemnda består i dag av fem medlemmer med tre sett av personlige varamedlemmer.

Pasientskadenemnda har et eget sekretariat, som utreder klagesakene og legger disse fram for

nemnda. Et lite mindretall av sakene behandles av sekretariatet etter delegasjon fra nemnda.

Posten skal dekke utgifter til drift av Pasientskadenemnda. Dette gjelder både utgifter til sekretariatet og til selve nemnda.

I 2007 behandlet Pasientskadenemnda totalt 810 saker, mot 777 saker i 2006 og 761 saker i 2005. 1. januar 2008 hadde Pasientskadenemnda 991 saker under behandling, mot 859 saker 1. januar 2007. Ved årsskiftet 2007/2008 utgjorde gjennomsnittlig saksbehandlingstid om lag 14 måneder.

Tendensen har vært at restansene øker. Det er derfor satt inn tiltak. Nemnda har delegert deler av sin vedtaksmyndighet til sekretariatet, oppad begrenset til 20 pst. av sakene som kommer inn til ordningen. Departementet har oppnevnt flere nemndsmedlemmer, slik at flere saker skal kunne avvikles. I 2007 ble det berammet 25 nemndsmøter.

13,6 pst. av klagesakene førte helt eller delvis fram i favør av pasientene i 2007. Omgjøringsprosenten har variert i årenes løp, med ytterpunktene i 2005 med 17,1 pst. og i 2006 med 12,5 pst.

Behandlingen av erstatningsutmålingssakene førte til en gjennomsnittlig oppjustering av erstatningsnivået med 19,8 pst. i 2007. Dette er noe høyere enn i 2006, da gjennomsnittlig oppjustering utgjorde 16,0 pst.

Tendensen har i de senere år vært at pasienter i økende grad lar seg representere ved advokat. Rundt 40–45 pst. av pasientene er representert ved advokat. Andelen av pasienter som har vært representert ved pasientombud har derimot vært synkende, og utgjorde 6–7 pst. i 2007, mot 11 pst. i 2006.

Helt siden pasientskadeloven trådte i kraft 1. januar 2003 har antall rettssaker øket betydelig. Etter en liten nedgang i 2006, var antall saker igjen på vei opp i 2007, med mottak av 85 stevninger. Pasientskadenemnda har til enhver tid rundt 100 løpende rettssaker. Antall verserende rettssaker har holdt seg stabilt de siste to årene, noe som har sammenheng med at en del saker er anket videre til lagmannsretten. PSN prosederer nå i det alt vesentlige alle saker selv. Pasientskadenemnda har fått medhold i rundt 75 pst. av rettssakene som ender med dom. Om lag 40 pst. av alle stevningene som kommer inn til ordningen ender med å bli trukket før hovedforhandling.

Det foreslås at bevilgningen til Pasientskadenemnda økes med 2 mill. kroner for å styrke etatens saksbehandlingskapasitet knyttet til saker fra den offentlig finansierte helsetjeneste. Videre foreslås det at bevilgningen styrkes med 0,5 mill. kroner knyttet til behandling av erstatningssaker fra privat sektor. Kostnadene knyttet til behandling av saker fra privat sektor finansieres gjennom tilskudd fra de private tjenesteutøvere, se omtale under kap. 3723.

Kap. 3723 Pasientskadenemnda

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
16	Refusjon av foreldrepenger	851		
18	Refusjon av sykepenger	12		
50	Premie fra private			500
	Sum kap. 3723	863		500

Inntektene over post 50 skal dekke nemndas utgifter til behandling av klager knyttet til erstatningsordningen for privat sektor.

Kap. 724 Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
01	Driftsutgifter	27 160	28 617	30 267
21	Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	21 643	18 268	16 572
61	Tilskudd til turnustjenesten	132 061	130 607	146 354
70	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	40 974	41 539	43 367
71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	14 574	14 800	15 451
	Sum kap. 724	236 412	233 831	252 011

Post 01 Driftsutgifter*Statens helsepersonellnemnd*

Statens helsepersonellnemnd er en uavhengig klagenemnd som behandler klager fra helsepersonell. Klagen gjelder avslag på søknad om autorisasjon, administrative reaksjoner gitt av Statens helsetilsyn og avslag på spesialistgodkjenning. Statens helsepersonellnemnd er også Apotekklagenemnd for enkelte avgjørelser truffet av Statens legemiddelverk.

Målet for avgjørelsene i nemnda er en mest mulig riktig avgjørelse i den enkelte sak. Hensynet til helsepersonellens rettsikkerhet gjør at kontradiksjon og grundighet er viktig under saksforberedelsen. Gjennomsnittlige saksbehandlingstid skal ikke overstige fire måneder. Klagerne skal til enhver tid være godt informert om rutiner og forventet framdrift ved nemndas behandling av klagesaker.

Nemnda har i 2007 behandlet 83 saker (76 saker i 2006). Sakene fordeler seg med 49 fra Statens helsetilsyn, 30 fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, to fra Den norske legeforening og to fra Statens legemiddelverk. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 3,4 måneder (2,9 måneder i 2006). Klagerne fikk helt eller delvis medhold i underkant av 17 pst. av sakene.

Nemnda hadde et budsjett for 2007 på 5,8 mill. kroner. Totalt forbruk i perioden var i overkant av 5 mill. kroner. Mindreforbruket har først og fremst sammenheng med lavere utbetaling av godtgjørelse og mindre reiseutgifter til nemndas medlemmer enn forventet. Det har også vært mindre bruk av sakkyndig enn planlagt.

Nemnda har i løpet av de første fem måneder i 2008 behandlet 43 klagesaker. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid i perioden var i underkant av tre måneder.

Nemnda har for 2008 fått tildelt 5,7 mill. kroner, og det foreslås bevilget 6 mill. kroner for 2009.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell har ansvar for å behandle og avgjøre søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell utdannet i Norge og i utlandet. Etaten administrerer turnustjeneste for leger og kiropraktorer. Saksbehandlingen skal sikre at søkere som får autorisasjon og lisens har de kvalifikasjoner som kreves, slik at man bidrar til å ivareta pasientenes sikkerhet og til god kvalitet på helsetjenestene. Autorisasjonskontoret er etatsstyrt av Helsedirektoratet.

Statens autorisasjonskontor fattet 24 500 enkeltvedtak om autorisasjon eller lisens i 2007, hvorav knapt 700 fikk avslag. I 2007 var om lag 73 pst. av de om lag 1500 autoriserte legene utdannet i utlandet. Av disse var 12 pst. utdannet i land utenfor EU/EØS-området, 27 pst. utdannet i et annet nordisk land og 33 pst. innen EU. Det ble autorisert knapt 6000 sykepleiere. En tredel var utdannet i et annet nordisk land og knapt 6 pst. fra utlandet for øvrig.

Administrasjon av turnustjenesten for leger har økt betydelig på grunn av økt antall turnusleger. I 2007 var om lag 1300 under turnustjeneste for leger. Årlig søker om lag 400 kandidater særplass. Autorisasjonskontoret forvaltet i 2007 om lag 116 mill. kroner i tilskuddsmidler, i det vesentlige til turnustjeneste til leger.

Det er 29 helsepersonellgrupper som omfattes av autorisasjon. Antall søknader om autorisasjon og lisens samt antall turnusleger er stabilt. Det er etablert systemer for effektiv og forsvarlig saksbehandling i henhold til nasjonale og internasjonale forpliktelser og hensynet til søkers rettssikkerhet.

I 2008 vil saksbehandling og gebyrinnkrevning skje gjennom elektroniske løsninger.

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008), side 30, viste komiteen til at Helse- og omsorgsdepartementet hadde gitt Sosial- og helsedirektoratet (Helsedirektoratet fra 1. april 2008) i oppdrag å foreta en utredning av helsepersonellovens autorisasjonsordning. Komiteen ba regjeringen legge fram for Stortinget den vurdering av særskilt autorisasjon av manuellterapeuter som Stortinget ba om ved behandlingen av Ot.prp. nr. 27 (2002–2003), så snart utredningen fra direktoratet forelå.

Direktoratet oversendte sin utredning 16. januar 2008. Departementet så imidlertid behov for ytterligere utredning til bruk ved vurderinger av om nye personellgrupper bør autoriseres, samt problemstillinger knyttet til forholdet mellom spesialistgodkjenning eller dobbelautorisasjon. Direktoratet oversendte i tråd med dette en tilleggsutredning 1. september 2008.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i løpet av kort tid ta stilling til videre oppfølging av direktoratets to utredninger.

Post 21 Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten

Bevilgningen foreslås satt ned 2,5 mill. kroner.

For å få et klarere skille mellom tilskuddsmidler og midler til statlige driftsutgifter, er bevilgningen delt mellom post 21 og post 70 Andre tilskudd. Det er gitt en samlet beskrivelse av formålene under post 70.

Post 70 Andre tilskudd

Rekrutteringstiltak og faglig utvikling i allmennlegetjenesten mv.

Formålet med tilskuddsordningene er å bidra til stabilitet i allmennlegetjenesten i distrikts- og utkantkommuner samt forskning og fagutvikling i allmennmedisin.

Tiltak for å bedre legesituasjonen i Sogn og Fjordane omfatter interkommunale legevaktordninger, kvalitetssikring av turnustjenesten og mulighet for spesialisering i allmennmedisin for unge leger i indre Sogn. Legedekningen i fylket er betydelig forbedret. Et nytt interkommunalt legevaktsamarbeid etableres i fylket i løpet av høsten 2008. Tiltaket videreføres i 2009.

Veiledningsgrupper for leger under spesialistutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin bidrar til å styrke rekruttering og stabilisering av primærleger i Nord-Norge. Ordningen videreføres i 2009.

Tiltak for å bedre legesituasjonen i Finnmark har som særskilt målsetning å bedre rekrutteringen og stabilisere legedekningen i de samisktalende kommunene i indre Finnmark. Det har i 2007 vært satt i verk tiltak for å heve kompetansen til legene innen samisk språk, kultur og helseforståelse. Tiltak er også satt i verk for å bedre arbeidsforholdene og legge til rette for bedre integrering av legene i lokalmiljøet. Det er etablert nettverk for samiske legestudenter og turnusleger med tanke på framtidig rekruttering. Tiltaket videreføres i 2009.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ved Universitetet i Tromsø har forskning, fagutvikling og undervisning knyttet til distriktsmedisinske forhold, med vekt på allmennlegetjenesten, som hovedoppgaver. NSDM har også rådgiveroppgaver overfor sentrale og lokale helsemyndigheter og utdanningsinstitusjoner. Rammen for aktiviteten foreslås videreført i 2009.

Utviklingsprosjektet Distriktsmedisinsk senter (DMS) Midt-Troms ble sluttført i 2007. De elementer man har lykkes med fases inn i ordinær drift fra 2008. Prosjektet er et samarbeid mellom ti kommuner og Universitetssykehuset Nord-Norge. NSDM og DMS Midt-Troms har vært sentrale koordinatore i et samarbeid mellom seks av kommunene i et utviklingsprosjekt om å bruke kommunelege- og allmennlegeressursene på tvers av kommunegrensene. I dette samarbeidet inngår også interkommunal legevakt. Fra 2008 har DMS Midt-Troms fått en veilednings- og koordineringsfunksjon overfor andre kommunegrupperinger som i nettverk planlegger tilsvarende samarbeid (jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007)). Tilskudd til dette formål videreføres i 2009.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) i Bergen ble etablert i 2004. Senteret har i perioden blant annet kartlagt tilgjengelighet, journalsystemer, kommunikasjon og samhandling samt kompetanseutvikling ved landets legevakter. Det er bygget opp et nasjonalt legevaktregister for kommunale legevakter. Gjennom forsknings- og utredningsvirksomhet følger senteret utviklingen i den kommunale legevaktjenesten, og gir råd til utøverne i tjenesten og til statlige helsemyndigheter. Senteret spiller en viktig rolle med hensyn til å styrke legevaktens kompetanse innen akuttmedisin, på håndtering av overgrep, rus og psykiatri. I løpet av 2008 gjennomføres en brukerundersøkelse ved utvalgte legevakter. Denne brukerundersøkelsen skal tjene som mal for tilsvarende undersøkelser ved de øvrige legevaktene i Norge.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for kommunal legevakt. Direktoratet skal også utarbeide forslag til hvordan kommunenes ansvar for kompetanse- og

opplæringskrav kan styrkes. Nklm vil være en sentral rådgiver i dette utviklingsarbeidet. Tilskudd til Nklm videreføres i 2009.

Fra 2008 ble det innført en tilskuddsordning for etablering eller utvidelse av interkommunale legevaktsamarbeid (IKL-samarbeid). Helsedirektoratet mottok i alt 26 søknader. Innenfor rammen ble det gitt støtte til åtte samarbeid. Det foreslås at ordningen videreføres med 2 mill. kroner i 2009.

Høsten 2006 ble fire allmennt medisinske forskningsenheter (AFE) med tilknytning til de medisinske fakulteter ved universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø, opprettet gjennom ansettelse av forskningsledere. Et felles plandokument danner grunnlaget for samarbeid mellom enhetene om forskningsprosjekter. Innenfor det allmennt medisinske miljøet er det stor entusiasme for å engasjere seg i forskning og fagutvikling i allmennt medisin. Diabetikere og kolspasienter er sentrale pasientgrupper som er i fokus for flere planlagte prosjekter med en kombinasjon av faglig kvalitetsutvikling og forskning. Prosjekter for implementering av faglige retningslinjer for disse to sykdomsgruppene vil bli rettet mot hele gruppen av allmennleger.

Departementet tar sikte på en gradvis oppbygging av forskningsenhetene. Det legges til grunn at basisdriften av forskningsenhetene finansieres over statsbudsjettet. I 2008 ble det bevilget 7 mill. kroner til formålet. Det foreslås 8 mill. kroner til forskningsenhetene i 2009.

Midler som avsettes til Allmennt medisinsk forskningsfond gjennom takstforhandlingene mellom Staten/KS og Legeforeningen utgjør et vesentlig bidrag til ulike forskningsprosjekter. Ved forhandlingene våren 2008 ble det avsatt 12,2 mill. kroner til fondet for avtaleperioden. Helsedirektoratet vil på statens vegne bidra til nasjonal koordinering av forskningsvirksomheten og formidlingen av forskningsresultater til allmennpraktiserende leger.

Data fra fastlegerutinen i Arbeids- og velferdsdirektoratet (tidligere Rikstrygdeverket) tilrettelegges for forskere av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det gis tilskudd til formålet i forlengelsen av den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen.

Departementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede metoder for systematisk innhenting av data fra allmennt legetjenesten og oppbygging av statistikk. Formålet er å bidra til kvalitetsforbedring i allmennt legepraksis og utvikle et datagrunnlag for planleggings- og forskningsformål. Departementet vil komme tilbake med vurderinger og forslag etter at et forslag fra direktoratet foreligger.

Samlet foreslås det bevilget 24 mill. kroner til rekrutteringstiltak og faglig utvikling i allmennt legetjenesten mv.

Tiltak av tverrgående karakter

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten

Helsedirektoratet har utarbeidet en Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Målet er at alle tjenester skal være virkningsfulle, trygge og sikre, skal involvere brukere og gi dem innflytelse. Målet er også at tjenestene skal være samordna og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Direktoratet har utgitt veilederen Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten. Et viktig område i kvalitetsstrategien er å samarbeide med utdanningsmyndighetene for å styrke forbedringskunnskapen innen helsefaglig utdanning.

Helsedirektoratet vil i den videre oppfølgingen arbeide for at kvalitetsstrategiens mål integreres i alle strategiske planprosesser i forvaltningen og i tjenestene blant annet med sikte på å få til en samordning av handlingsplaner og virkemidler.

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen og elektronisk helsekort for gravide

Et elektronisk helsekort for gravide vil kunne bli et nyttig verktøy for jordmødre og leger i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Det vil også kunne bidra til kvalitetsforbedring i tjenesten og bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har fått gjennomført en kartlegging av mulighetene for utvikling av et elektronisk helsekort, jf. IS-1432 Fra veske til skjerm – elektronisk helsekort for gravide (rapport 2007). Det er satt i gang et forprosjekt for å utarbeide en plan for utvikling og pilotering av et hovedprosjekt for elektronisk helsekort som skal prøves ut i et avgrenset geografisk område. Arbeidet videre vil bli nærmere omtalt i en kommende stortingsmelding om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Det ble gitt 0,7 mill. kroner til implementering av retningslinjer for svangerskapsomsorgen med hovedvekt på utvikling av et elektronisk helsekort i 2008. Midler til formålet foreslås videreført i 2009.

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Helsesektoren står overfor utfordringer når det gjelder å sikre likeverdige tjenester av høy kvalitet til en stadig økende innvandrerbefolkning. Likeverdige tjenester forutsetter kunnskap om sykdom, sykdomsforståelse og kultur i møtet med den enkelte. Likeverdige tjenester forutsetter også kommunikasjon. Tolketjenester er en sentral tje-

neste for å nå målet om likeverdige tjenester. Helse- og omsorgsdepartementet vil gjennomgå relevant regelverk med sikte på å tydeliggjøre kravene til bruk av tolk i helsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet står også overfor utfordringer i forbindelse med den økende arbeidsinnvandringen. Helse- og omsorgsdepartementet tok i 2007 initiativ til å oppdatere veilederen for helsetjenester til asylsøkere og flyktninger, til også å omfatte andre innvandrere. Veilederen vil bli sluttført i løpet av vinteren 2008/2009.

Norge som flerkulturelt samfunn innebærer store utfordringer til helsetjenesten i årene som kommer. Direktoratets utviklingstrekkrapport for 2009 skal omhandle migrasjon, helse og levekår. Rapporten skal beskrive helserelaterte forhold og peke på framtidige utfordringer.

Helse- og omsorgsdepartementet har i 2007 bl.a. driftet Forum for sosial- og helsetjenester ved migrasjon (Sohemi).

Tilskudd foreslås videreført i 2009.

Helse- og sosialtjenester til samisk befolkning

I 2007 ble det gitt tilskudd til oppfølging av handlingsplanen Mangfold og likeverd for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning, herunder bl.a. tilskudd til Sametinget, til Senter for samisk helseforskning og til finsk-norsk grensesamarbeid. Tilskuddene er videreført i 2008 med 12,4 mill. kroner.

Direktoratet fører et langsiktig arbeid når det gjelder kommunikasjonsarbeid, rådgivning og nettverksvirksomhet mot kommuner, helseforetak, fylkesmenn, utdanningsinstitusjoner og andre aktører med en rolle i helsetjenesten for å fremme samisk språk og kulturkompetanse.

Det vises for øvrig til Arbeids- og inkluderingsdepartementets vedlegg til statsbudsjettet som omhandler bevilgninger til samiske formål.

Tilskuddene foreslås videreført i 2009 med 13,6 mill. kroner.

Alternativ behandling

Tilskudd til alternativ behandling omfatter registerordning for utøvere av alternativ behandling i Brønnøysundregistrene, Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling (Nafkam), Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (Nifab) og Sammenslutningen av alternative behandlerorganisasjoner (Saborg). I 2008 utgjør tilskudd til sammen om lag 11,5 mill. kroner.

Etterspørselen etter registreringsordningen er fortsatt relativt lav. Fagmiljøet Nafkam/Nifab er fortsatt i en utviklingsfase, og er nå administrativt plassert under Universitet i Tromsø basert på en avtale med Helse- og omsorgsdepartementet. Fagmiljøet er i ferd med å innta en ledende rolle interna-

sjonalt. Saborg arbeider med å videreutvikle en klageordning innen alternativ behandling.

Tilskudd til nevnte ordninger under alternativ behandling videreføres i 2009 med til sammen 12,5 mill. kroner. Det forutsettes at Saborg vil være selvfinansiert fra 2010.

Post 61 Tilskudd til turnustjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvar for å organisere turnustjeneste for henholdsvis turnusleger, fysioterapeutkandidater og kiropraktorkandidater.

Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere turnuskandidater til selvstendighet i yrket. Turnustjeneste er også nødvendig for å få autorisasjon som henholdsvis lege, fysioterapeut eller kiropraktor gjennom praktisk veiledet tjeneste. Formålet med tilskuddsordningen er å sikre god kvalitet på turnustjenesten og bidra til forutsigbarhet for turnusstedene og turnuskandidatene.

Tilskudd til turnustjeneste i spesialisthelsetjenesten

Se kap. 732, post 70.

Tilskudd til turnustjeneste i kommunehelsetjenesten

Både turnusleger og fysioterapeutkandidater har et halvt års turnustjeneste i kommunehelsetjenesten. Som følge av en økning av antall turnusleger vil det i 2009 være om lag 100 ekstra turnusleger som skal gjøre turnustjeneste i kommunen sammenliknet med dagens nivå på 800 kandidater. Kommuner som har avtale om mottak av turnuslege får et fast tilskudd for hver turnuskandidat på 115 000 kroner per halvår. Det foreslås at tilskuddet prisjusteres til 120 000 kroner per kandidat i 2009.

Departementet vil i løpet av høsten 2008 sende på høring forslag til endring i turnusforskriften som innebærer at forskrift og målbeskrivelse for turnustjenesten i kommunene stiller krav til tjeneste i sykehjem.

Veiledning av turnuskandidater

Det gis tilskudd til ulike kurs og veiledningsprogram for turnuskandidater. Dette gjelder spesielt kandidater i turnustjeneste i kommunen. Veiledningsprogrammene foreslås videreført i 2009.

Dekning av reise og flytteutgifter

Tilskudd til reise og flytteutgifter for turnuskandidater ytes etter regelverk for refusjon innenfor gjeldende budsjetttramme. Distrikts- og rekrutterings-

hensyn er vektlagt. Tilskudd foreslås videreføres i 2009.

Utvidet krav til veiledet tjeneste for å få adgang til å utøve selvstendig virksomhet som allmennlege innenfor en nasjonal trygdeordning

Fra 1. januar 2006 er det innført krav om minst tre års veiledet tjeneste for å få adgang til å utøve selvstendig virksomhet som allmennlege innenfor nasjonal trygdeordning. Departementet har i forskrift gitt nærmere bestemmelser om den veiledelede tjenesten. For fastleger som har behov for veiledet tjeneste, får kommuner dekket kostnader til veiledning.

Hvor mange leger som årlig har behov for veiledet tjeneste, er avhengig av kvalifikasjon og yrkeserfaring til leger som søker arbeid som fastlege. Departementet har lagt til grunn om lag 200 leger per år. Tilskuddet foreslås videreført i 2009.

Tilskudd til turnustjeneste for kiropraktorkandidater

Det gis et tilskudd på 25 000 kroner per år til privatpraktiserende kiropraktorer som har veiledningsansvar for kiropraktorkandidater i turnustjeneste. Turnustjenesten er ettårig. Det var 35 turnuskandidater i 2007. Bevilgningen dekker også opplæring i trygdefaglige emner for kiropraktorer og manuellterapeuter. Tiltaket foreslås videreført i 2009 og prisjustert til 27 000 kroner.

Vurdering av nye elementer i turnustjenesten for leger

Høsten 2008 starter et tidsbegrenset prosjekt med obligatorisk psykiatri i turnustjenesten for leger. Pa-

rallet med prosjektet vil det bli gjort en systematisk vurdering av erfaringene med frivillig turnustjeneste i psykiatri (som ledd i turnus i spesialisthelsetjenesten) og som har vært etablert i flere år. Evalueringen av prosjektet og vurderingen av erfaring med frivillig turnustjeneste i psykiatri, vil samlet danne grunnlag for departementets vurdering av spørsmålet om innføring av obligatorisk turnustjeneste i psykiatri for turnusleger.

Merknad til budsjettforslaget

På grunn av økning i antall turnusplasser i 2009 foreslås bevilgningen satt opp 10 mill. kroner.

Post 71 Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.

Nordiska högskolan for folkhälsovetenskap (NHV) tilbyr etterutdanning, masterprogram og doktorgradsutdanning mv. til helse- og sosialpersonell for å styrke kompetansen innen folkehelsearbeidet.

NHV er en av flere institusjoner under det nordiske samarbeidet på helse- og sosialområdet. Det vises forøvrig til omtale under kap. 703.

Det er også satt av midler til stipender for folkehelsekunnskap (de tidligere WHO-stipender). Videre gis midler til Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM) til standardiseringsarbeid og utvikling av nordisk database for odontologiske biomaterialer. Sistnevnte finansieres sammen med Finland og Sverige. Se for øvrig omtale under kap. 727, post 21.

Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
02	Gebyrinntekter	14 257	17 168	17 923
16	Refusjon av foreldrepenger	218		
18	Refusjon av sykepenger	529		
	Sum kap. 3724	15 004	17 168	17 923

Post 02 Gebyrinntekter

Det foreslås at gebyrsatsene justeres med 2,5 pst for 2009.

Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
01	Driftsutgifter	134 941	95 762	100 340
	Sum kap. 725	134 941	95 762	100 340

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er et selvstendig forvaltningsorgan under Helsedirektoratet. Senteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål. Kunnskapssenterets overordnede mål er å bidra til effektive, tilgjengelige, trygge og likeverdige helsetjenester ved å sette helsetjenesten og forvaltningen bedre i stand til å fatte beslutninger som kommer pasienter og befolkningen til gode. Kunnskapssenterets bidrag er å sørge for at forskningsbasert kunnskap er oppsummert på en systematisk måte og er tilgjengelig for alle som trenger det for å fatte beslutninger på ulike nivåer.

Kunnskapssenterets kjerneaktiviteter er kunnskapshåndtering, kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og kvalitetsmåling. Forskning, undervisning og formidling er viktige aktiviteter som skal understøtte kjerneaktivitetene. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene er Kunnskapssenterets viktigste oppdragsgivere. Statens legemiddelverk og helsepersonell i helsetjenesten er andre viktige bestillere.

Kunnskapssenteret har i 2007 produsert kunnskapsoppsummeringer som spenner fra omfattende systematiske oversikter og metodevurderinger til raske oppsummeringer på aktuelle problemstillinger. Kunnskapsoppsummeringene er brukt som grunnlag for beslutninger, utvikling av retningslinjer, samt identifisering av nye innsatsområder. Kunnskapssenteret har prioritert utredninger innen legemidler, kreft og psykisk helse, og har satset på oppbygging av legemiddelfeltet som en oppfølging av St.meld. nr. 18 (2004–2005), Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.

Kunnskapssenteret har arbeidet med vurdering av ny og kostbar behandling. Staten har ansvar for å gjennomføre brukererfaringsundersøkelser. Det arbeides også for å utvikle metoder for å samle inn brukererfaringer med primærhelsetjenesten. Kunnskapssenterets resultater er formidlet i ulike publikasjoner på senterets nettsider www.kunnskapssenteret.no.

Helsebiblioteket ble etablert i 2006, og omfatter bl.a. emnebibliotek i psykisk helse, samfunnsmedisin og folkehelse og forgiftninger, i tillegg til et stort antall internasjonale fagtidsskrifter.

Kunnskapssenteret skal prioritere kunnskapsoppsummeringer om effekt av tiltak innen primærhelsetjeneste, rehabilitering, psykisk helse, avhengighet, folkehelse, screening, legemidler og kreftområdet. Kunnskapssenteret skal følge opp intensjonene i St.meld. nr. 18 (2004–2005), Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.

Kunnskapssenteret skal gjennomføre de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene. Kunnskapssenteret skal arbeide med analyse av kliniske kvalitetsindikatorer med relevans for utøvere, pasienter og brukere.

Sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering og aktivitetene i Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skal videreutvikles. Enheten skal forberede hvordan en pasientsikkerhetskampanje kan gjennomføres i Norge.

Det er flyttet 0,7 mill. kroner til kap. 1631, post 01, i forbindelse med kjøp av regnskapstjenester levert av Senter for statlig økonomistyring.

Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
03	Oppdragsinntekter	51 571	115	120
16	Refusjon av foreldrepenger	704		
18	Refusjon av sykepenger	1 002		
	Sum kap. 3725	53 277	115	120

Kap. 726 Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	9 181	19 578	21 239
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	49 111	65 828	74 724
71	Kjøp av opptrening og helsetjenester, <i>kan overføres</i>	55 287	81 498	42 884
	Sum kap. 726	113 579	166 904	138 847

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011 ble lagt fram i St.prp. nr. 1 (2007–2008).

Tjenester som ytes som ledd i en habiliterings-/rehabiliteringsprosess skal ivareta brukerperspektivet, være samordnet, tverrfaglige og planmessige, og gis så nær brukernes hjem og vante miljø som mulig. Samhandling mellom tjenestene er en stor utfordring. Habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal gis til alle som har behov for sammensatt og koordinert bistand, både barn, unge og voksne, uavhengig av funksjonsnedsettelse.

I kommunene og i spesialisthelsetjenesten fokuseres det på å styrke og bedre tjenestetilbudet innenfor habilitering og rehabilitering. Det er satt i gang kartlegginger som skal gi mer informasjon om udekket behov for habilitering og rehabilitering.

Formålet med bevilgningen er få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som vil bli finansiert i 2009.

Habilitering av barn

Det ble i 2007 gitt støtte til rundt 30 utviklingsprosjekt fordelt på alle helseregioner. Prosjektene er en oppfølging av Strategiplan for habilitering av barn og unge. Formålet var å styrke tilbudet om intensiv habilitering, utarbeide standardiserte oppfølgingsprogram, sikre en mer brukerrettet og familieorientert praksis og gi bedre informasjon til berørte familier.

Prosjektene om intensiv trening ble avsluttet i 2007. De fleste er videreført som et fast tilbud i barnehabiliteringstjenesten. Resultater og erfaringer fra utviklingsprosjektene er presentert på konferanser lokalt og nasjonalt. Det er utarbeidet en egen rapport om prosjektene.

Et oppfølgingsprogram for barn med cerebral parese er innført i Helse Sør-Øst RHF. Målet er å innføre dette programmet i hele landet. Barnenevrologisk seksjon ved Rikshospitalet HF har en kompetansesenterfunksjon innenfor barnehabilite-

ring med vekt på bevegelse, og har vært sentral i dette arbeidet.

Det vises til anmodningsvedtak nr. 124 av 6. desember 2006 St.prp. nr. 1 (2006–2007) jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007):

«Stortinget ber Regjeringen sikre en faglig uavhengig gjennomgang av de ulike metodene som benyttes ved habilitering av barn med hjerne-skade, og at Kunnskapssenteret blir tildelt oppgaven.»

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har arbeidet med kunnskapsoppsummering når det gjelder effekt av intensive treningstilbud. Nasjonalt kunnskapssenter sin foreløpige rapportering viser at følgende intensive trening/habiliteringstiltak har vist positive resultater:

- Constraint Induced therapy (CI terapi) til barn med CP
- Tiltak rettet mot barnet og familien (tidlig intervensjon) til premature og barn med lav fødselsvekt

Det understrekes at få deltakere i hver studie innebærer en svakhet. Dokumentasjonsstyrken i de inkluderte oversikter og enkeltstudier er moderat til lav.

Nasjonalt kunnskapssenter peker på at det er behov for gode kontrollerte studier, og har ikke funnet kontrollerte studier om følgende programmer:

- Advanced Bio-Mechanical Rehabilitation (ABR)
- Doman-metoden
- Family Hope Program (FHC)
- Kozijavkin-metoden

Den endelige rapporten fra Nasjonalt kunnskapssenter vil foreligge høsten 2008.

Habiliteringstilbudet til barn og unge er ikke godt nok og det er ikke nok kunnskap om hva som er det beste tilbudet. Forskning og evaluering er derfor viktig.

I tillegg til utvikling av habiliteringstjenesten for barn innenfor spesialisthelsetjenesten gjennom tilskuddsmidler, er det nødvendig å sette mer fokus på det kommunale habiliteringsarbeidet, og samhandling mellom tjenestene. Det er satt i gang et arbeid med å utarbeide en handlingsplan for barn og unge med nedsatt funksjonsevne.

Habilitering av voksne

Fortsatt er det brukergrupper som ikke tilbys voksenhabiliteringstjenester, bl.a. fordi kompetansen og ressurser i form av bl.a. leger og psykologer er begrenset. Samarbeid og ansvarsfordeling med andre deler av spesialisthelsetjenesten må bedres, særlig når det gjelder psykisk helsevern.

Det er gitt støtte til prosjekter som skal bidra til å styrke tilbudet innenfor voksenhabiliteringstjenesten.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (Naku) har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en rapport om helseoppfølgingen av personer med utviklingshemning. Rapporten viser at det fortsatt er behov for oppmerksomhet på helseoppfølgingen for personer med psykisk utviklingshemning, både fra somatisk og psykisk helse-tjeneste.

Helsedirektoratet utarbeider en veileder for voksenhabiliteringstjenesten som skal ferdigstilles i 2009. Veilederen skal bidra til å klargjøre hvilke tjenester voksenhabiliteringstjenesten skal yte, og hvordan oppgavefordelingen skal være mellom denne tjenesten, den øvrige spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Habiliterings-/rehabiliteringstilbudet til unge med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse

Det er få habiliterings- og rehabiliteringstiltak som har ungdom/unge voksne som målgruppe. Overgangen mellom barne- og voksenhabilitering kan føre til at unge mister kontakt med og oppfølging fra habiliteringstjenesten. Det er behov for å øke kompetansen når det gjelder unge med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse. Helsedirektoratet vil prøve ut nye måter å organisere og gjennomføre habiliterings- og rehabiliteringstilbud til unge. Det kan være aktuelt å fokusere på regionale og/eller interkommunale løsninger.

Det er lite kunnskap om hvilke tiltak som har effekt og hvilke behov som ikke dekkes. Det pågår derfor flere prosjekter med hovedfokus på overgangen barn-voksen og kartlegging av behovet for lærings- og mestringstilbud for ungdom/unge voksne.

Tilbud til pasienter med alvorlig hodeskade

Personer med alvorlig hodeskade får rehabiliteringstilbud i alle helseregioner. I Helse Sør-Øst RHF er tidligrehabiliteringstilbudet styrket ved Sunnaas sykehus HF og ved Ullevål universitetssykehus HF. Det arbeides videre i regionen med utvikling av behandlingsskjeden. I Helse Vest RHF planlegges det oppstart av 4 plasser i 2008 ved Helse Bergen HF. Målet er å etablere 6–8 plasser. I Helse Midt-Norge RHF er det satset på kompetanseheving og kvalifisering av tilsatte. Kapasiteten slik den er nå rapporteres å være for liten. I Helse Nord RHF er det etablert et tilbud ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Utvikling og spredning av kunnskap

Kartlegginger og tilsynsrapporter viser at ikke alle som har rett til individuell plan får dette. Helsedirektoratet har siden 2007 økt innsatsen for implementering av forskrift om individuell plan gjennom oppdatert veileder til forskriften, ny brosjyre til tjenestemottakere, regionale konferanser, tipshefte mv.

Det har tatt lang tid å få etablert koordinerende enheter for rehabilitering i kommuner og helsefor-etak. I 2007 utga Helsedirektoratet en brosjyre om koordinerende enheter. Fylkesmennene ble bedt om å utarbeide adresselister over koordinerende enheter.

Høreapparatformidling

Helsedirektoratet har utarbeidet rapporten Å høre og bli hørt – Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling (2007) på bestilling fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. På bakgrunn av rapporten og etterfølgende kommunikasjon med Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, vurderer departementene nå en rekke tiltak med sikte på å bedre forvaltningen på området. Dagens ordninger skal videreutvikles, og det vil bli satt i verk forbedrende tiltak som skal sikre at regelverk og forvaltning fungerer mer effektivt og brukervennlig. Tiltakene vil bli fortløpende satt i verk med sikte på å ha effekt også i 2009.

Tilbud til hørselshemmede

Prosjektet ReSonare er videreført i 2008. Det er lagt vekt på å utvikle tilpasningskurs flere steder i landet i samarbeid mellom hørselssentralene og lærings- og mestringssentrene. Da prosjektet ikke ennå kan sies å ha en slik spredning at det er et tilgjengelig tilbud for høreapparatbrukere i hele lan-

det er det fortsatt behov for nasjonal oppfølging. HelseDirektoratet vil oppsummere erfaringene fra prosjektet og anbefale hvordan virksomheten kan videreføres som del av det ordinære tjenestetilbudet til hørselshemmede. Det tas derfor sikte på å videreføre prosjektet også i 2009 med forberedelse til en varig ordning fra 2010.

Post 70 Tilskudd

Hovedmålene for denne tilskuddsposten, jf. Opptrappingsplan på rusfeltet er:

- å heve kvalitet og kompetanse på tverrfaglig spesialisert rusbehandling,
- mer tilgjengelige tjenester,
- bedre samhandling og
- sikre brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av pårørende.

Bevilgningen på posten nyttes til tiltak og aktivitet innenfor utviklingsarbeid relatert til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, herunder legemiddellassistert rehabilitering (LAR), kompetanseutvikling og forsøksvirksomhet samt tiltak rettet mot barn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre.

Det vises til kap. 732 når det gjelder bevilgning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk i spesialisthelsetjenesten, kap. 718 når det gjelder forebyggingsfeltet samt kap. 761 når det gjelder kommunale rusmiddeltiltak. Det vises til kap. 718 for rapportering av tiltakene i Opptrappingsplan for rusfeltet.

Rusreformen i 2004 la grunnlag for å styrke et helhetlig spesialisert tilbud til rusmiddelavhengige, herunder LAR. Antall henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling økte kraftig den første tiden etter reformen, men veksten har deretter flatet ut. Etter rusreformen har ressursbruk til tverrfaglig spesialisert behandling i regionale helseforetak økt både gjennom økte bevilgninger og ved at regionale helseforetak har omdisponert midler innenfor egne rammer.

Ifølge Norsk pasientregister var gjennomsnittlig ventetid innen tverrfaglig spesialisert behandling for de som hadde mottatt behandling 75 dager per første tertial 2008. Dette er en økning fra samme tertial 2007 på 8 dager. I første tertial 2008 ventet 3970 personer på behandling. Dette er om lag 300 flere enn i første tertial 2007.

Antall pasienter med behov både for behandling for rusavhengighet og psykisk lidelse er høyt. Tjenestene lokalt og i spesialisthelsetjenesten er ikke tilstrekkelig tilpasset slik at rusmiddelavhengige med sammensatte lidelser får et sammensatt og helhetlig tilbud.

Etter rusreformen er det registrert store regionale og lokale variasjoner i andelen rusmiddelavhengige med rett til nødvendig helsehjelp. For å sikre likere tilgjengelighet i tjenestetilbudet har HelseDirektoratet utgitt en veileder for henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling som skal danne grunnlag for mer enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.

En egen ventetidsgaranti i spesialisthelsetjenesten for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet trådte i kraft 1. september 2008, jf. § 4 i prioriteringsforskriften.

Til tross for økning i ressursbruken i spesialisthelsetjenesten til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, har ventetidene ikke gått ned. Det er derfor behov for en økning i kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling. Samtidig er det behov for å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Legemiddellassistert rehabilitering (LAR)

Tilbud om LAR ble landsdekkende ved utgangen av 1998. Den spesialiserte delen av LAR-tilbudet er organisert i 7 regionale sentra (Oslo, Stavanger, Bergen, Trondheim, Tromsø samt to samarbeidsfunksjoner mellom Buskerud, Vestfold og Telemark og mellom Vest-Agder og Aust-Agder). LAR i Helse Sør-Øst er, ved siden av å være regionsenter, et nasjonalt kompetansesenter. Rehabiliteringsarbeidet i LAR foregår i regi av kommunenes sosial- og helsetjenester.

Siden 2002 er antall personer i LAR mer enn fordoblet. Ifølge Statens institutt for rusmiddelforskning, er antall injiserende rusmiddelavhengige estimert til å være om lag 8 200–12 500 (mot tidligere 11 000–15 000). Det anslås at om lag halvparten av antall injiserende rusmiddelavhengige kan være aktuelle for LAR (om lag 4000–6000).

Per 30. april 2008 var 4657 pasienter inkludert i LAR. Dette er 98 flere enn ved siste årsskiftet. 363 personer stod på venteliste på samme tidspunkt, dvs. 76 færre enn på samme tidspunkt i 2007. Antall på venteliste inkluderer personer som er ferdig utredet og venter på oppstart av behandling, og personer som står på søkerliste for utredning ved rapporteringstidspunkt. Fordelingen per 30. april 2008 var som følger (tall fra Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO/LAR øst):

- Helse Sør-Øst: 3165 i behandling, 184 på venteliste
- Helse Vest: 931 i behandling, 96 på venteliste
- Helse Midt-Norge: 296 i behandling, 39 på venteliste
- Helse Nord: 265 i behandling, 44 på venteliste
- Sum 4657 i behandling 363 på venteliste

Stortinget vedtok i 2007 en hjemmel for å kunne forskriftsfeste LAR, jf. Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) og Innst. O. nr.10 (2007–2008). Helse- og omsorgsdepartementet vurderer slik forskriftsfesting.

Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitet i Oslo holder regionsvise kurs i rusmiddelmedisin for leger og psykologer. En rekke forskningsprosjekter vil bidra til å øke kunnskap om substitusjonsbehandling av heroinavhengige, gravide i LAR og pasienter med dobbeldiagnoser.

Domfelte og innsatte med rusmiddelproblemer

En kartlegging av innsatte i norske fengsler viser at om lag 60 pst. har et rusmiddelproblem. Justisdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider om en rekke tiltak slik at flest mulig kommer ut av sin rusmiddelavhengighet og får stabilisert sin livssituasjon. De mest sentrale tiltak er forsøk med Narkotikaprogram med domstolskontroll, etablering av rusmestringsenheter ved 3 fengsler og tilrettelagte muligheter for soning i institusjon etter straffegjennomføringslovens § 12. Det siste kan skje i institusjoner innen spesialisthelsetjenesten, i kommunale institusjoner eller i private omsorgsinstitusjoner. Det har vært en betydelig økning i bruk av soning i medhold av straffegjennomføringslovens § 12, særlig i institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av Ot.prp. nr. 81 (2004–2005), Om lov om endringer i straffeloven (prøveordning med narkotika-program med domstolskontroll), endringer som gir grunnlag for et treårig forsøk med narkotika-program med domstolskontroll (ND). Som vilkår for betinget dom kan retten fastsette at domfelte gjennomfører programmet. Narkotikaprogram med domstolskontroll er et individuelt tilpasset rehabiliteringsopplegg for tungt belastede rusmiddelavhengige som ledd i en strafferettslig reaksjon. Formålet er å forebygge ny kriminalitet og fremme kontroll over rusmiddelmisbruket. To prøveprosjekter startet i 2006 i Bergen og Oslo. Prosjektet evalueres av Kriminalomsorgens utdanningssenter og Statens institutt for rusmiddelforskning. Prøveprosjektene vil bli forlenget.

I 2007 etablerte Justisdepartementet, i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, rusmestringsenheter ved fengslene i Bodø, Stavanger og Sarpsborg. Formålet med enhetene er å styrke tilbudet til innsatte og domfelte rusmiddelavhengige som har behov for rusbehandling og rehabilitering. Disse enhetene vil være tilbud for rusmiddelavhengige som har fått vurdert sitt behov for og gitt rett til tverrfaglig spesialisert behandling.

Stifinnern er en avdeling som Tyrilistiftelsen har faglig ansvar overfor i Oslo kretsfengsel. Formålet er å starte behandling i fengsel, og fullføre i institusjon under siste del av eller etter endt soning. Over kap. 761 mottok Stifinnern 2,8 mill. kroner i 2006, 2,83 mill. kroner i 2007, og 2,9 mill. kroner i 2008. Tiltaket ble styrket med 8,0 mill. kroner over kap. 726 post 70 i 2008 og disse vil bli videreført i 2009. Denne styrkingen medfører at flere innsatte får tilbud om Stifinnern. Med dette vil en majoritet av de som gjennomfører Stifinnern fortsette et behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten. Det foreslås å flytte 2,9 mill. kroner fra kap. 761, post 77 til denne posten.

For øvrig omtale av helsetjenester i fengsel vises til kap. 729, post 60.

Barn av psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre

I Norge er det trolig 130 000 familier som til enhver tid lever med psykisk sykdom og rusproblemer. Mer enn 200 000 barn har foreldre som ruser seg slik at barna reagerer. Barn som vokser opp i familier der rusproblemer er en del av hverdagen, har selv en forhøyet risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Om lag 15 000 barn og unge lever i en familiesituasjon hvor en av foreldrene er innlagt i institusjon innen psykisk helsevern. Av disse vil to av tre utvikle psykiske vansker, og en av tre får alvorlige psykiske problemer. I et oppvekst- og levekårs-perspektiv er dette barn som er svært sårbare.

I Soria Moria-erklæringen har regjeringen gitt løfte om oppfølging og hjelp til barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. For å kunne gi langsiktig hjelp startet regjeringen i 2007 en flerårig satsing for å identifisere og følge opp disse barna. Som et ledd i Handlingsplanen mot fattigdom ble det i 2007 bevilget 15 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Som ledd i regjeringens forsterkede innsats overfor barn og unge i risikosituasjoner, ble bevilgingen i 2008 satt opp 5 mill. kroner til i alt 20 mill. kroner. I tillegg har Barne- og likestillingsdepartementet bevilget midler blant annet til å styrke kompetansen i barnevernet.

Formålet er å gi tidligere hjelp til barna, styrke veiledning og kompetanseheving i tjenestene, gi langsiktig oppfølging av barna, øke forskningsaktiviteten, spre erfaringer og stimulere frivillige organisasjoner til tiltak. Det legges vekt på tiltak som kommer barna direkte til gode.

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte 2007 Nasjonalt kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. Sørland-

det sykehus leder nettverket som skal samle, systematisere og formidle kunnskap og spre kunnskap til tjenestene.

Det er videre blant annet tildelt midler til informasjonshefter for barn, til forskning om behandlingsintervensjoner for å redusere skadet hos fosterets av mors bruk av rusmidler under svangerskapet, utvikling av læringstilbud ved helseforetakene for barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre, kompetansehevede tiltak og tiltak i regi av frivillige organisasjoner og kommuner. Helse Nord-Trøndelag og sykehuset Asker og Bærum har etablert forsøk med et lavterskeltilbud for langsiktig oppfølging av gravide mødre/foreldre med rus og/eller psykiske problemer og barnet fra fødsel og til skolealder.

Merknad til budsjettforslaget

For en samlet oversikt over forslag til satsing på rusfeltet for 2009, vises det til omtale under kap. 718.

Helsedirektoratet vil i 2009 utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for LAR, nasjonale faglige retningslinjer for behandling av dobbeltdiagnosepasienter og oppfølging av gravide rusmiddelavhengige i LAR. I tillegg vil Helsedirektoratet starte arbeidet med faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige i 2009. Videre vil Helse- og omsorgsdepartementet slutføre arbeidet med å regulere kostnadene ved utdeling av medisiner i LAR og få bedre kontroll over kostnadene til innkjøp av medisiner til behandlingen.

Bevilgninger over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til domfelte og innsatte med rusmiddelproblemer er benyttet til helse- og sosialpersonell samt resultatevaluering av ordningen i regi av Statens institutt for rusmiddelforskning. Justisdepartementet har foreslått å videreføre dagens prøveordning med ND ut 2010. Bevilgningen på 5 mill. kroner til formålet i 2008, foreslås videreført i 2009. Midler til rusmestringsenheter med 5 mill. kroner over Justis- og politidepartementets budsjett og 1,8 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett foreslås videreført i 2009.

Bevilgningen på 20 mill. kroner til barn av psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre foreslås videreført. I 2009 vil det særlig bli lagt vekt på tiltak for barn av foreldre fra etniske minoriteter med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet.

Samlet foreslås det over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett når det gjelder spesialisthelsetjenesten en styrking av tiltak for rusmiddelavhengige med 162 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2008 til følgende tiltak i 2009:

- Helsedirektoratet vil få i oppdrag å utarbeide faglige retningslinjer innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige i planperioden for opptrappingsplanen, men med oppstart i 2009. Det foreslås 2 mill. kroner til dette arbeidet.
- Justisdepartementet har i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet etablert rusmestringsenheter ved tre fengsler. Det foreslås å etablere flere slike enheter i 2009. Det foreslås 5 mill. kroner til dette arbeidet.
- Det foreslås bevilget 120 mill. kroner over kap. 732, postene 72–75 til økt behandlingsskapasitet når det gjelder avrusing, akuttbehandling og ambulante tjenester for rusmiddelavhengige.
- Det foreslås bevilget 35 mill. kroner til økt behandlingsskapasitet i LAR. Dette gir et behandlingstilbud til om lag 350 nye pasienter i 2009 (helårsvirkning). Bevilgningen fordeles med 21 mill. kroner over kap. 732, postene 72–75, 7 mill. kroner over kap. 732, post 77, 3,5 mill. kroner over kap. 2752, post 70 og 3,5 mill. kroner over kap. 2755, post 70.

Post 71 Kjøp av opptrening og helsetjenester

Det ble i 2006 opprettet et eget tilskudd til utvikling av opptreningstilbud, jf. St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005–2006). Det ble lagt vekt på å bevilge midler til aktuelle institusjoner som kunne utvikle institusjonsbasert rehabilitering med arbeid som mål og tilbud rettet mot kommunene.

I 2007 fikk fem private rehabiliteringsinstitusjoner i helseregion Sør-Øst, tre i helseregion Vest og en i helseregion Midt-Norge tilskudd til omstilling. Hovedvekten av prosjektene har vært innenfor området rehabilitering med arbeid som mål. De fleste institusjonene som fikk tilskudd har avtaler med regionalt helseforetak, både ordinær avtale og avtale gjennom ordningen Raskere tilbake.

Omstillingstilskuddet har bidratt til at rehabilitering med arbeid som mål har blitt etablert som et tilbud på flere institusjoner og ført til at institusjonene har gitt tilbud til yngre brukergrupper. Ny kompetanse og nye arbeidsmetoder har blitt utviklet, bl.a. bruk av tverrfaglige team. Det har blitt større fokus på kompetansenettverk. Prosjekter som har vært rettet mot kommuner som potensielle kjøpere har blitt avsluttet på grunn av dårlig respons.

Erfaringene tilsier at omstilling tar tid. Flere av omstillingsprosjektene har perspektiv som går over flere år. Flere av institusjonene som fikk tilskudd i 2006 har fått avtale med regionalt helseforetak. Det er følgelig åpnet for at alle private rehabiliteringsinstitusjoner som har hatt avtale med regi-

onalt helseforetak kan søke om omstillingsmidler. Omstilling er fortsatt viktigste fokus for tilskuddsordningen.

Ordningen for kjøp av helsetjenester for å motvirke lettere psykiske og sammensatte lidelser

med formål å redusere sykefraværet administreres av Arbeids- og velferdsetaten. På denne bakgrunn foreslås det å flytte 32,4 mill. kroner til kap. 605, post 70.

Kap. 727 Tannhelsetjenesten

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
21	Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	8 869	9 100	9 500
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	40 392	54 002	56 378
	Sum kap. 727	49 261	63 102	65 878

Tilskudd til forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten har som hovedformål å bidra til tilstrekkelig tilgang på kvalifisert tannhelsepersonell, etablere regionale odontologiske kompetansesentre, øke kunnskap om tannbehandlingsmaterialer og bidra til sikker bruk av slike. I tillegg skal midlene bidra til å øke innsatsen på forebyggende tannhel-sesarbeid og stimulere til organisatorisk utviklingsarbeid i fylkeskommunene og å utvikle bredere kunnskapsbasis på tannhelsefeltet.

Tilgang på tannhelsepersonell

Midler er tildelt fylkeskommuner for rekruttering av tannleger fra Tyskland. I tillegg er midler benyttet til kvalifiseringsprogram for tannleger bosatt i Norge og med utdanning fra land utenfor EØS til rekruttering av tannlegevikarer til kommuner/ distrikter med spesielle bemanningsproblemer, samt tiltak for å gjøre tannpleiernes kvalifikasjoner bedre kjent i befolkningen.

Videre er det gitt tilskudd til spesialistutdanning av tannleger ved universitetene i Oslo og Bergen og til desentralisert utdanning av spesialisttannleger ved regionale kompetansesentre i Sør-Norge og i Nord-Norge. I tillegg er det satt i gang et utredningsarbeid som har som siktemål å prøve ut en ny spesialitet i klinisk odontologi i regi av Universitetet i Tromsø. Universitetene og de regionale kompetansesentrene i odontologi har et stort rekrutteringsbehov for tannleger med både spesialistkompetanse og doktorgrad (dobbeltkompetanse). Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte i januar 2008 en arbeidsgruppe for å utrede et utdanningsprogram som skal kombinere forskerutdanning og spesialistutdanning for tannleger i et parallelt og forkor-

ret løp. Rapporten fra arbeidsgruppa er høsten 2008 på høring.

Det er gitt tilskudd til drift av regionale odontologiske kompetansesentra i Tromsø og Arendal og til planlegging/prosjektering av kompetansesentre i Midt-Norge, Vest-Norge og Øst-Norge.

Etableringen av regionale odontologiske kompetansesentra vil kunne ha stor betydning, både for befolkningens tilgang til spesialisttannlege-tjenester og for tannlegers mulighet til å gjennomføre desentralisert spesialistutdanning.

Midler til vikarordningen for tannleger og til kvalifiseringstiltak for tannleger med utdanning utenfor EU/EØS, foreslås videreført. Tilskudd til fylkeskommunenes tiltak for rekruttering og språkkurs for utenlandske tannleger, foreslås også videreført.

Regjeringen vil prioritere å øke midlene til spesialistutdanning av tannleger i 2009. Midlene skal benyttes til etablering av et eget studieforløp som fører fram til dobbeltkompetanse og som inkluderer lønnsmidler. Tiltaket er også omtalt i Kunnskapsdepartementets budsjettproposisjon under kapittel 281, post 01. Videre skal antall desentraliserte utdanningsplasser for tannleger under spesialistutdanning prioriteres. Det foreslås også å videreføre tilskudd til prosjektering og utprøving av ny spesialitet i klinisk odontologi, og til prosjekter angående tannhelsebehov for innlagte i sykehus.

Det foreslås midler i 2009 til prosjektering, etablering og drift til kompetansesentre i alle regioner avhengig av hvor de er i utviklingsfasen.

Tannbehandlingsmaterialer

Nordisk institutt for odontologiske materialer (Niom) har fått midler til forskningsprosjekter/

aktiviteter som bidrar til bruk av sikre og holdbare tannbehandlingsmaterialer. En nordisk produktdatabase for odontologiske biomaterialer er opprettet i regi av Niom og er nå tilgjengelig for brukerne som i det alt vesentlige vil være tannleger i nordiske land. Videre er midler gitt til drift av Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer og til pasientforsøk med utskifting av fyllingsmaterialer. Utskiftingsforsøket er avsluttet og de første resultater vil bli publisert i 2008. Det er gitt tilskudd til Nafkam for ytterligere oppfølging av studien om befolkningens syn på sammenhengen mellom amalgam og helse.

Det foreslås å videreføre midler blant annet til forskningsprosjekter, videreutvikling av den nordiske produktbasen og til drift av Bivirkningsgruppa for odontologiske materialer. Veilederen for utredning av pasienter ved mistanke om bivirkninger fra tannfyllingsmateriale forutsettes å bli ferdigstilt i 2008. Forberedelse av igangsetting av et samarbeidsprosjekt mellom tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten om behandling ved mistanke om bivirkninger er en sentral oppgave på dette feltet i 2009.

Andre tilskudd

Forsøksordning med utvidet tannhelsetilbud (Futtprosjektet), ble gjennomført i 2002 og 2003. Hedmark, Vest-Agder og Nord-Trøndelag har i 2007 og

2008 fått midler til å videreføre tannhelsetilbudet til personer med kommunale hjemmetjenester og personer under lov om psykisk helsevern. Dette vil bli videreført til det i forbindelse med arbeidet med ny tannhelselov blir tatt endelig standpunkt til om disse gruppene skal få et tilbud på landsbasis.

Det er gitt tilskudd til å etablere et nettverk av folkehelsemedarbeidere i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og til andre aktiviteter innen helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid.

Videre er det gitt tilskudd til utviklingstiltak i tannhelsetjenesten i fem fylkeskommuner. Det er også gitt tilskudd til utvikling av undervisningsmaterieell om munnstell for opplæring av ansatte i sykehjem og hjemmesykepleie, og til et forskningsprosjekt angående utjevning av sosiale forskjeller i tannhelse.

Helsedirektoratet har i 2008 utarbeidet et forslag til definisjon av nødvendig tannhelsehjelp. Forslaget vil inngå i kommende arbeid med ny tannhelsetjenestelov.

I regi av Nordisk Ministerråd er de nordiske land i gang med et arbeid med felles nordiske kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten. Arbeidet startet i 2007 og planlegges videreført ut 2009.

Det er gitt tilskudd til utprøving av et tverrfaglig behandlingstilbud for pasienter med odontofobi ved kompetansesenteret i Arendal og til en studie om behov for tannhelsetjenester til innlagte i sykehus ved helseforetak A-hus.

Kap. 728 Forsøk og utvikling mv.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
21	Spesielle driftsutgifter	44 365	48 082	52 208
70	Tilskudd	18 000	21 415	22 357
	Sum kap. 728	62 365	69 497	74 565

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 vil bli finansiert i 2009.

Samdata

Samdata-prosjektet gir styringsinformasjon til beslutningstakere og andre aktører innen spesialisthelsetjenesten. Prosjektet gir datagrunnlag og analyser av utviklingstendenser innen spesialist-

helsetjenestens fagområder og resultatene publiseres i årlige rapporter.

Dokumentasjonsdatabase (Gisbas)

Gisbas-prosjektet var planlagt gjennomført i perioden 2001–2008 med en økonomisk ramme på 23,7 mill. kr. Hovedmålet for Gisbas-prosjektet er å få kvalitetssikret, standardisert dokumentasjon elektronisk tilgjengelig for besvarelse av henvendelser om akutte forgiftninger. Prosjektet skal også tilrettelegge for registrering av data om alle henvendel-

ser til Giftinformasjonen. Ved utgangen av 2008 vil hovedprosjektet være om lag 1 år forsinket pga skifte av teknisk plattform og nye krav til kvalitets-sikring av dokumentasjon. Gisbas-prosjektet vil bli forlenget til 2009.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg

Nasjonalt råd for fødselsomsorg ble opprettet våren 2002. Rådet skal bistå de regionale og lokale helseforetakene og fagmiljøene i omstillingsprosesser knyttet til et mer desentralisert og differensiert fødetilbud, i tråd med Stortingets beslutning, jf. Innst. S. nr. 300 (2000–2001). Nasjonalt råd for fødselsomsorg ble oppnevnt med funksjonstid til og med 2007. Departementet oppnevnte i 2008 nye medlemmer til rådet med funksjonstid til 31. mai 2010. Rådet er utvidet med brukerrepresentanter og representanter for kommunehelsetjenesten.

Nasjonalt kompetansenettverk CFS/ME

For å styrke helsetilbudet til pasienter med CFS/ME (kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati) ble det i 2007 opprettet et nasjonalt kompetansenettverk for å sikre nasjonal kompetanseoppbygning basert på eksisterende fagmiljøer. Helsedirektoratet leder og koordinerer nettverket på nasjonalt nivå. Oppgaver for kompetansenettverket er blant annet å følge internasjonal fagutvikling, veiledning og undervisning av helsepersonell både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og informasjon til pasienter/pårørende. Kompetanseoppbygning om barn, unge og de aller sykeste pasientene skal prioriteres.

Helsedirektoratet har i 2007 og 2008 avholdt møter med et samlet nettverk og møter med brukerrepresentantene. Helsedirektoratet har i 2007 og 2008 fokusert på informasjon, kompetanseoppbygning og fagutvikling om pasienter og pårørende, samt overfor primær- og spesialisthelsetjenesten. Det har blitt utarbeidet en informasjonsstrategi med nyhetsbrev, publisering på nett og foredrag. I tillegg har direktoratet gitt støtte til informasjon og fagutvikling i regi av eksterne aktører knyttet til rehabilitering og kunnskap om barn og unge.

Ullevål universitetssykehus har etablert en poliklinikk og et ambulant team for pasienter som er rammet av CFS/ME. I tillegg er Helse Sør-Øst RHF i ferd med å etablere et tilbud på inntil ti sengeplasser til de hardest rammede pasientene. Under ordningen Raskere tilbake er Helse Midt-Norge RHF bedt om å gjennomføre et forprosjekt

med sikte på å etablere et rehabiliteringstilbud innrettet mot ulike pasientgrupper med sikte på tilbakeføring til arbeid. Dette gjelder for eksempel personer med sammensatte lidelser, personer med lidelser i muskel/skjelettsystemet og personer med CFS/ME. Tilbudet er tenkt etablert ved Hysnes Helsefart i Rissa kommune.

Det ble bevilget 5 mill. kroner i 2007 og i 2008. Bevilgningen foreslås videreført i 2009.

Nasjonalt nettverk for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren (InnoMed)

InnoMed har som mål å bidra til kvalitet og effektivitet i helsetjenesten gjennom utvikling av løsninger forankret i nasjonale behov som kan ha internasjonale markedsmuligheter. Helsedirektoratet leder InnoMeds styringsgruppe, mens sekretariatet er lagt til Helse Midt-Norge RHF. Det ytes midler til drift av sekretariatet, regionale innovasjonsrådgivere og ulike innovasjonsprosjekter. I 2007 har InnoMed bidratt til etablering av tre offentlige forsknings- og utviklingskontrakter, en bedriftsetablering og 12 nye forprosjekter innenfor IKT, samhandling, medisinskteknisk utstyr og tekniske hjelpemidler. Helsedirektoratet har inngått et samarbeid med SINTEF Helse om kunnskapsutvikling og kunnskapsformidling knyttet til behovsdrevet innovasjon i helsesektoren. Et nordisk nettverks-samarbeid knyttet til erfaringsutveksling og verk-tøyutvikling for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren er etablert med finansiering fra Nordisk Innovasjonscenter.

Utvikling av framtidens behandlingstilbud er avhengig av innovasjon og nyskapning. Ved å samarbeide med næringslivet har helsesektoren mulighet til å utvikle produkter og løsninger som gir økt kvalitet og bedre effektivitet i helsetjenestene. InnoMed er, sammen med Innovasjon Norge, de regionale helseforetakene og Norges forskningsråd, en sentral aktør i en femårig satsing (2007–2011) i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet for å styrke behovsdrevet innovasjon i helsesektoren med fokus på IKT og medisinsk teknisk utstyr. Det er avholdt en nasjonal konferanse om innovasjon i 2007. Det er etablert en strategisk samarbeidsavtale forankret i toppledelsen mellom Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, Norges forskningsråd og Innovasjon Norge i tilknytning til regjeringens femårige satsing. Helseforetakene deltok i 14 OFU-kontrakter av totalt 19 innenfor helseteknologi i 2007.

Nasjonale kvalitetsindikatorer og medisinske kvalitetsregistre

Det overordnede målet for arbeidet med utvikling av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet er at det skal gi et sett med nøkkeldata som belyser status og utvikling i norsk helse- og omsorgstjenester ut fra de seks kjennetegnene ved god kvalitet i Helse- og omsorgsdepartementets kvalitetsstrategi. Og bedre skal det bli. De seks kjennetegnene ved god kvalitet er at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Utvikling av nasjonale indikatorer er en omfattende prosess og inngår som et sentralt satsingsområde i Nasjonal helseplan, strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å videreutvikle det nasjonale kvalitetsindikatorsettet og å inkludere nye områder innen helse- og omsorgstjenesten som rusomsorg, habilitering/rehabilitering, demens, allmennlege-tjenesten. I tillegg er arbeid med å utvikle indikatorer for å belyse samhandling og sosial ulikhet i helse startet opp.

Arbeidet i Norge er koordinert med det som skjer i regi av Nordisk Ministerråd og OECD Health Care Quality Indicators Project. De nasjonale kvalitetsindikatorene har som formål å gi informasjon som kan danne grunnlag for pasienters rett til fritt sykehusvalg, for fagmiljøenes arbeid med kontinuerlig kvalitetsbedring, samt gi styringsinformasjon for ledere og beslutningstakere på ulike nivå. Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet i 2008 en ny nettside for Fritt sykehusvalg. Målsettingen er at nettstedet skal bli mer informativt og brukervennlig for pasienter og pårørende, ved å fokusere på kvalitetsindikatorer som er relevante for fritt sykehusvalg, samt at det er enklere å sammenlikne sykehus. Direktoratet vil arbeide med egen publisering av kvalitetsindikatorer rettet mot fagmiljøene både innen spesialisthelsetjenesten og i de kommunale tjenestene.

Det er et langsiktig mål at nasjonale kvalitetsindikatorer for hvert fagfelt skal belyse alle seks kjennetegnene ved god kvalitet. Foreløpig er det flest indikatorer innenfor somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern, som viser kvalitetsaspekter knyttet til sykehusenes organisering og behandlingsprosesser, som for eksempel preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd og andel epikriser (legeopplysninger) sendt ut innen 1 uke. Ut fra de seks kjennetegnene ved kvalitet har vi indikatorer som belyser om tjenestene er trygge og sikre, er samordnet og preget av kontinuitet og om de utnytter

ressursene på en god måte. I tillegg følges det nøye med på ventetidsutviklingen med sikte på å følge med på om helsetjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Foreløpig har vi ingen nasjonale kvalitetsindikatorer som viser i hvilken grad tjenestene har effekt og er virkningsfulle. Det er derfor viktig å prioritere etablering av grunndata og indikatorer som kan vise resultater av tjenesten.

Etablering og bruk av medisinske kvalitetsregistre er et viktig satsingsområde, se også Nasjonal helseplan, strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering. Medisinske kvalitetsregistre har kvalitetsforbedring og forskning som hovedformål, og er en av de viktigste kildene til resultatindikatorer. For helhetlig omtale av satsingen på nasjonale medisinske kvalitetsregistre, vises det til omtale under kap. 732, post 70.

Nasjonale retningslinjer og veiledere

Nasjonale retningslinjer og veiledere er virkemidler for å sikre høy kvalitet og riktige prioriteringer og for å redusere uønsket variasjon i helsetjenesten. Utarbeidelsen av retningslinjene er kunnskapsbasert og følger internasjonalt anerkjente metoder. Nasjonale veiledere er også basert på kunnskap og kompetanse, men vil ofte ha anbefalinger basert mer på faglig konsensus enn vitenskapelige kunnskapsoppsummeringer.

Det er etablert kontakt med nordiske miljøer for å få til en gjensidig utveksling av kunnskapsoppsummeringer og retningslinjer. Videre arbeides det også med å styrke kontakten med lokale fagmiljøer, for å vurdere lokale retningslinjer som utgangspunkt for nasjonale arbeid. Helse- og omsorgsdepartementet har opprettet et sekretariat for å ivareta gode faglige og metodiske forhold knyttet til utvikling av veiledere og retningslinjer. Prosjektet Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene. Prosjektet skal bidra til at prioriteringene innenfor hvert enkelt fagområde i spesialisthelsetjenesten er i samsvar med prioriteringsforskriften. Det gjøres ved å utarbeide veiledere for tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og fastsetting av individuell frist for start av helsehjelp innenfor 30 ulike fagområder. Veilederne implementeres vinteren 2008/2009. Prosjektet er ledd i arbeidet med en helhetlig strategi som skal identifisere tiltak for å gjennomføre riktigere prioriteringer.

Undersøkelser ved uventet spedbarnsdød

Det vises til St.prp. nr. 1 (2007–2008) der det går fram at regjeringen vil innføre en ordning med obligatorisk plikt for spesialisthelsetjenesten til å

tilby barns foreldre dødsstedsundersøkelse ved alle tilfeller av plutselig uventet sped- og barnedød. Hovedhensikten er å bidra til at dødsårsak fastslås. Dette er nødvendig for bruk av diagnosen krybbe-død (SIDS, sudden infant death syndrome). Tilbudet om dødsstedsundersøkelse er også del av regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008–2011. Tiltaket forutsetter endringer i forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall. Forslag til forskriftsendringer har vært på høring, og det legges opp til at forskriftsendringene trer i kraft 1. juli 2009.

Det legges opp til at det skal etableres to team med nødvendig kompetanse som skal foreta dødsstedsundersøkelser. Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF vil få ansvar for å etablere de to teamene. I tillegg vil Helsedirektoratet få ansvar for, i samarbeid med de regionale helseforetakene, å utarbeide nærmere retningslinjer for organisering og innhold av ordningen. Det er anslått behov for utredning av om lag 50 dødsfall årlig. Det foreslås at det bevilges 2,7 mill. kroner til formålet i 2009.

Pasienthjelpere

I 2006 ble det satt i gang et prosjekt med pasienthjelpere i kommunene Trysil, Eidskog, Hamar og Kongsvinger i Hedmark. Prosjektets formål var å prøve ut en modell for å hjelpe pasientene til raskere behandling i spesialisthelsetjenesten. I tillegg var det et mål å øke brukertilfredsheten og undersøke om modellen bør bli landsdekkende.

Evalueringen fra Sintef Helse viser at pasientene var meget fornøyde med pasienthjelperne. Både kortere ventetider for de involverte pasientene, bedre informasjon, individuell service og oppfølging fra pasienthjelperne var viktige effekter. 903 pasienter fikk assistanse av pasienthjelperne i 2007, dvs. 4 pst. av totalt 24 000 henvisninger fra forsøkskommunene i den aktuelle perioden. Evalueringen viste at pasienthjelperne hadde kapasitet til å hjelpe flere pasienter.

To tredeler av brukerne av tjenesten fikk 8–9 ukers redusert ventetid til utredning og behandling sammenliknet med forventet ventetid, mens en tredel av brukerne ikke fikk kortere ventetid. 31 pst. av pasientene i prosjektet var sykmeldt mens de ventet på behandling. Ventetiden for disse ble i gjennomsnitt redusert med 5 uker, altså 25 arbeidsdager. Den økonomiske innsparingen i form av kortere sykefravær er om lag 0,5 mill. kroner. Dette har redusert kostnadene ved ordningene, men rettferdiggjør ikke ordningen økonomisk. Pasientene som ble henvist fra pasienthjelperne fikk trolig noe fortrinn i køen. Ordningen rettet seg mot elektiv virk-

somhet og de lavest prioriterte pasientene, men ble ikke funnet å være i strid med regelverket for prioritering i helsetjenesten.

Evalueringen gir ikke grunnlag for å anbefale at alle kommuner ansetter pasienthjelpere. Den samfunnsmessige gevinsten i form av kortere ventetid og lavere sykefravær vil være mindre enn kostnadene ved å gjøre ordningen landsdekkende. Etter Helsedirektoratets vurdering bør modellen derfor ikke gjøres landsdekkende. Departementet vil be Helsedirektoratet om å dra nytte av erfaringene fra prosjektet i det videre arbeidet med å bedre dagens ordninger for pasientveiledning og -rådgivning.

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 tråd med ordningens formål samt sikre forankring av ordningen gjennom dialog med relevante aktører. Helsedirektoratet har ansvar for rapportering og analyser om status og utvikling av ordningen.

Evaluering av Bioteknologiloven

I samband med behandling av Ot.prp. nr. 64 (2002–2003) ba Stortinget regjeringen om å evaluere den nye bioteknologiloven og dens virkeområde etter fem års praktisering. Loven trådte i kraft i 2004. I 2009 vil det bli startet et evalueringsarbeid.

Post 70 Tilskudd

Sintef Helse – grunnbevilgning

Tilskuddet gis som basisfinansiering av forskningsvirksomheten relatert til spesialisthelsetjenesten og har to formål: bidrag til infrastruktur og drift og til nødvendig kompetanse. Det vurderes om Sintef Helse bør innlemmes i den nye finansieringsordningen for instituttsektoren.

Gjennomføring av Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009

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 benytter telefon, e-post, internett, chatte-tjeneste og sms for å nå ut til brukerne. Som et ledd i oppfølgingen av Nasjonal strategi for kreftområdet bevilget Stortinget 0,5 mill. kroner til støtte til drift av kreftlinjen i 2008. Midlene foreslås videreført.

Onkologiske faggrupper

Onkologiske faggrupper har en viktig rolle i utformingen av handlingsprogrammene som utgis som nasjonale faglige retningslinjer. Faggruppene arbeid finansieres i dag for en stor del gjennom sponsormidler fra legemiddelindustrien, parallelt med frivillig innsats. Avhengigheten av legemiddelindustrien bør reduseres samtidig som faggruppene kan fortsette sitt faglige arbeid. Det foreslås en bevilgning på 1 mill. kroner.

Gjennomføring av Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006–2010

Diafonen er et informasjonstilbud drevet av Norges diabetesforbund 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 på internett. Som et ledd i oppfølgingen av Nasjonal strategi for diabetesområdet bevilget Stortinget 1 mill. kroner til støtte til drift av diafonen i 2008. Midlene foreslås videreført.

Norges diabetesforbund utdanner ledere til «motivasjonsgrupper». Lederne skal blant annet motivere pasienter som lever med diabetes til å leve sunnere og mestre hverdagen med diabetes. Som et ledd i oppfølgingen av Nasjonal strategi for diabetesområdet bevilget Stortinget 0,5 mill. kroner til støtte til utdanning av ledere til motivasjonsgruppene i regi av Norges diabetesforbund i 2008. Midlene foreslås videreført.

Doping som samfunnsproblem

Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer arbeidet rettet mot doping som samfunnsproblem. Det er nedsatt en tverrdepartemental gruppe bestående av Barne- og likestillingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Forsvarsdepartementet, Kultur- og kirkedepartementet og Justis- og politidepartementet som ledes av Helse- og omsorgsdepartementet. Kunnskapen om utbredelse av dopingbruk utenfor organisert idrett er mangelfull. Det ble derfor på oppdrag fra den tverrdepartementale gruppen i 2007 satt i gang en undersøkelse om utbredelse og rekruttering til dopingbruk. Resultatene av denne undersøkelsen vil foreligge om kort tid. Det er også innledet et samarbeid mellom Stiftelsen Antidoping Norge og Helsedirektoratet.

Dopingtelefonen ble opprettet i november 2003 som ledd i oppfølgingen av handlingsplanen mot

doping. Dopingtelefonen betjener brukere via telefon, internett og SMS i tillegg til at de holder foredrag om temaet på aktuelle konferanser. Tjenesten skal bidra til å redusere dopingmisbruket i samfunnet ved å drive et aktivt informasjons-, undervisnings-, forsknings- og utviklingsarbeid. I tillegg er målet å øke den generelle kunnskapen om bivirkninger, skader og andre konsekvenser av et dopingmisbruk. Det er et økende antall henvendelser til telefonen. Dopingtelefonen er knyttet til et etablert forskningsmiljø ved Hormonlaboratoriet på Aker universitetssykehus som skal sikre oppdatert fagkunnskap. Midlene foreslås videreført.

Stiftelsen Organdonasjon

Det ytes tilskudd til Stiftelsen Organdonasjon. Stiftelsen arbeider for å øke tilgangen på organer for transplantasjon i Norge, og for at tilgjengelige organer skal bli benyttet. Stiftelsen driver opplysningsarbeid overfor befolkningen og media for at flest mulig skal ta stilling til organdonasjon.

Norsk ressursgruppe for organdonasjon – Norod

Gruppen ble etablert i 1992 og består av helsepersonell fra flere donorsykehus og fra transplantasjonsmiljøet ved Rikshospitalet HF. Målsettingen er å øke tilgangen til organer for transplantasjon gjennom å etablere gode rutiner for identifisering og oppfølging av potensielle donorer ved donorsykehusene, gjennom opplæring, rådgiving og bevisstgjøring av helsepersonell ved de 28 sykehus som er godkjent for organdonasjon. Norod har etablert et utdanningsprogram basert på en modell fra Eurotransplant.

Nasjonalt medisinsk museum

Stiftelsen Norsk teknisk museum har etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet opprettet et nasjonalt medisinsk museum integrert i Norsk teknisk museum. I 2007 åpnet en ny, permanent medisinsk historisk utstilling som fikk navnet God bedring – mennesker, teknologi og viten på sykehus. Utstillingen viser fram sykehusliv og –virksomhet slik pasienter, pårørende og personale har opplevd det, og opplever det i dag. Nasjonalt medisinsk museum skal videreutvikle museets utstillinger samt arbeidet med dokumentering, konservering og magasinering av museets medisinskhistoriske gjenstander.

Kap. 729 Annen helsetjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
01	Driftsutgifter	33 755	31 996	42 128
60	Helsetjeneste til innsatte i fengsel	99 993	107 556	113 959
70	Behandlingsreiser til utlandet	94 808	98 885	100 236
71	Tilskudd til Norsk Pasientforening mv.	5 585	5 830	5 837
	Sum kap. 729	234 141	244 267	262 160

Post 01 Driftsutgifter*Pasientombudene*

Pasientombudsordningen ble forankret i lov ved vedtagelsen av pasientrettighetsloven i 1999. På bakgrunn av den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten, ble ansvaret for pasientombudene overført fra fylkeskommunene til Staten fra 1. januar 2003. Pasientombudene er administrativt underlagt Helsedirektoratet. Formålet med Pasientombudet er å arbeide for å ivareta pasientenes behov, interesser og rettsikkerhet og for å bedre kvaliteten i helsetjenesten. Pasientombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

Arbeidsområdet for pasientombudet er offentlige spesialisthelsetjenester, med unntak av Oslo. Direktoratet har 1. mars 2004 inngått avtale med Oslo kommune om godkjent drift av pasientombudsordningen på vegne av staten utført av Helse- og sosialombudet i Oslo. I 2004 ble det inngått avtale med Hamar kommune om kjøp av tjenester fra Pasientombudet i Hedmark og Oppland. Tidligere er det inngått avtale med Larvik kommune om kjøp av tjenester fra pasientombudet i Vestfold. Disse avtalene fortsetter.

Pasientombudsordningen hadde i 2007 et forbruk på 28,1 mill. kroner. Antall årsverk ved pasientombudskontorene er totalt 41,5 fordelt på 46 ansatte. Landets pasientombud har mottatt 11 218 nye henvendelser i 2007. Antallet er på samme nivå som året før. Pasientombudene utgir årlige meldinger og årsrapporter. Dokumentene gir informasjon om ombudenes virksomhet og kontakt med pasienter og tjenesteapparatet. Dokumentene er tilgjengelig på ombudenes nettsider. Sentrale opplysninger er:

- Stadig flere henvendelser til pasientombudene handler om brudd på pasientrettigheter. Ombudene registrerte bl.a. at 11,2 pst. av dem som henvendte seg i 2007, mener at de ikke har fått innfridd retten til nødvendig helsehjelp.

- Tallene for henvendelser om individuell behandlingsfrist øker, de siste to årene med om lag 25 pst. Pasientombudene erfarer at tildeling av individuell behandlingsfrist praktiseres ulikt og tilfeldig.
- Statistikken over henvendelser om rett til informasjon, medvirkning og samtykke varierer fra år til år og fra fylke til fylke, men enkelte fylker viser en klar årlig økning i denne typen henvendelser.
- Antall henvendelser om psykisk helsevern har holdt seg stabilt fra 2006 til 2007. Imidlertid har det vært en markant økning i antall henvendelsers om gjelder rusbehandling. Rus og psykiatri utgjorde samlet 8,7 pst. av alle henvendelser i 2003, mens de i 2007 utgjorde 12,4 pst. Dette viser at disse pasientgruppene i økende grad kontakter pasientombudene. Både rus- og psykiatripasienter har fått styrket sine rettigheter i løpet av de siste årene.

Aktuelle tiltak for å bedre på situasjonen er at de regionale helseforetakene og helseforetakene øker helsepersonells kunnskap om pasientrettigheter, og at helseforetakene utnytter registrerte rettighetsbrudd til systematisk læring. Forvaltningen må ferdigstille utarbeidelsen av faglige retningslinjer for LAR-behandling.

Utvidelse av pasientombudsordningen.

Pasientombudenes arbeidsområde omfatter i dag kun den offentlige spesialisthelsetjenesten. Til tross for denne avgrensningen utgjør saker vedrørende kommunale helse- og omsorgstjenester om lag 20 pst. av alle henvendelser til ombudene.

Forslaget om å utvide pasientombudenes virkeområde til å gjelde kommunale helse- og omsorgstjenester er vedtatt av Stortinget, jf. Ot.prp. nr. 23 (2007–2008). Det er videre vedtatt å endre ombudenes navn til pasient- og brukerombud. Reglene trer i kraft 1. september 2009.

Helsedirektoratet har startet opp arbeidet med implementeringen av de nye reglene. Utarbeidelse av veiledningsmaterieell og opplæringstiltak gjennomføres før iverksetting i 2009.

Det foreslås å styrke bevilgningen til pasientombudsordningen med 7,5 mill. kroner.

Klagenemnda for behandling i utlandet og Preimplantasjonsdiagnostikknemnda

Fra 1. januar 2008 trådte de nye reglene for preimplantasjonsdiagnostikk i bioteknologiloven i kraft. Den tidligere Dispensasjons- og klagenemnda for behandling i utlandet fortsatte som en ren klagenemnd for behandling i utlandet. Ny nemnd for behandling av søknader om preimplantasjonsdiagnostikk etter bioteknologiloven ble oppnevnt i april 2008. Nemndene har felles sekretariat.

Klagenemnda for behandling i utlandet er en uavhengig klagenemnd som behandler klager etter pasientrettighetsloven § 2-1 femte ledd, jf § 7-2 annet ledd, over vedtak om behandling i utlandet fattet av de regionale helseforetakene. Nemnda har fem medlemmer med personlige varamedlemmer.

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda er en uavhengig nemnd som behandler søknader om preimplantasjonsdiagnostikk etter bioteknologiloven kapittel 2A om preimplantasjonsdiagnostikk mv. Nemnda har åtte medlemmer med personlige varamedlemmer.

Begge nemndene skal ha god saksbehandling med begrunnede og forståelige vedtak, og raskest mulig saksbehandlingstid, med en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på under tre måneder. Like saker skal behandles likt. Virksomheten skal gi god og lett tilgjengelig informasjon til pasienter, helsetjenesten og myndighetene.

Klagenemnda for behandling i utlandet har i 2007 fattet 51 vedtak, 31 vedtak i klagesaker og 20 vedtak i dispensasjonssaker. Målet om en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på tre måneder er oppnådd. Saksbehandlingstiden i 2007 var litt over to måneder. Ingen av de regionale helseforetakenes vedtak har blitt omgjort i 2007. To saker har blitt sendt tilbake. 85 pst. av søknadene om dispensasjon har blitt innvilget. Per 7. mai 2008 har Klagenemnda for behandling i utlandet fattet 12 vedtak. Det er syv restanser. Alle sakene har blitt utsatt etter klagers ønske, i seks saker har de blitt utsatt av nemnda i møte. Klagerne har fått medhold i underkant av 17 pst. av klagesakene i 2008. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for nemnda har vært to måneder.

Preimplantasjonsdiagnostikknemnda ble oppnevnt i slutten av april 2008. Per medio mai har nemnda ikke avgjort noen søknader om preimplan-

tasjonsdiagnostikk. Nemnda har mottatt ni søknader. Syv søknader er klare til behandling.

I St.prp. nr. 59 (2007–2008) ble bevilgningen til Preimplantasjonsdiagnostikknemnda foreslått satt opp 1,0 mill. kroner. Beløpet foreslås videreført i 2009.

Post 60 Helsetjeneste til innsatte i fengsel

Det er kommunen der det enkelte fengsel ligger som har plikt til å tilby kommunale helsetjenester til innsatte. Vertskommuner og vertsfylker for fengsel mottar over denne posten midler for yting av helsetjenester til innsatte i fengsel. Tjenesten skal være likeverdig med det tilbudet kommunehelsetjenesten gir den øvrige befolkning. Dersom kommunehelsetjenesten vurderer at det er grunnlag for dette, skal innsatte henvises til spesialisthelsetjenesten for vurdering av tjenester på spesialisert nivå. Staten har et overordnet ansvar for tjenesten. Fylkeskommuner med fengsler skal yte tannhelsetjenester til innsatte. Det er de regionale helseforetak som har ansvar for å tilby tjenester i det psykiske helsevernet til innsatte. Kostnadene til dette dekkes gjennom basistilskuddet til de regionale helseforetakene.

En Fafo-rapport fra 2003 viste at om lag 60 pst. av de som til enhver tid soner i norske fengsler har et til dels omfattende rusmiddelproblem. I tillegg har en betydelig andel også psykiske problemer/lidelser. Dette stiller helsetjenesten overfor store utfordringer og stiller store krav til det faglige innholdet i tjenesten. Data fra kartleggingen av tjenesten i 2007 er under innsamling og bearbeiding. En foreløpig oppsummering som omfatter om lag en tredjedel av fengslene viser at de største utfordringene i fengselshelsetjenesten fortsatt er knyttet til innsatte med rusproblemer og/eller psykiske problemer. Tjenesten har arbeidet med å få på plass individuell plan som verktøy for innsatte med behov for langvarige og samordnede tjenester. Samarbeidet med andre aktører (spesialisthelsetjeneste innenfor psykisk helsevern og rus, kriminalomsorgen, sosialtjenesten i kommunene og NAV) er videreutviklet bl.a. gjennom etablering av en helsefaglig ressursgruppe som skal utvides til også å omfatte representant for sosialtjenesten. Majoriteten av fengslene har satt i gang med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det er stor variasjon i forskrivning av B-preparater mellom fengslene. Rundt en tredjedel hadde ingen brukere av B-preparater, mens enkelte fengsler har et relativt høyt antall.

Fengselshelsetjenesten synes å være inne i en god utvikling og å ha styrket sin evne til å møte utfordringene tjenesten fortsatt står overfor (psy-

kiske problemer, rusmisbruk, endringer i fangepopulasjonen mv.). Det er fortsatt behov for å styrke helsepersonellens fagkompetanse om rus og psykisk helse, og å sørge for sikre rutiner under LAR-opplegg (legemiddelassistert rehabilitering).

Det er forutsatt at det skal opprettes avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om tilbud av tjenester overfor de innsatte. Formålet med dette er blant annet å styrke samhandlingen og tydeliggjøre ansvaret for tjenestene.

Det er etablert samarbeid mellom NAV-kontorer og noen større fengsler.

I samarbeid mellom Justisdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet er det etablert tre rusmestringsenheter i tre ulike fengsler. I tillegg vil Justisdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid i løpet av 2008 utvide kapasiteten ved Stifinnern- tilbudet ved Oslo Krets-fengsel. Dessuten vil det i løpet av 2008 bli etablert et 2-årig prøveprosjekt med Stifinnern på Bredtveit fengsel for kvinner også som et samarbeidsprosjekt mellom Justisdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (jf. kap. 726, post 70).

Tall innhentet fra Helsedirektoratet viser at antall døgnplasser innen sikkerhetspsykiatrien har gått ned siden 2005 både på lokalt og regionalt nivå. Samtidig viser rapporteringer at behovet for plasser spesielt på regionalt nivå ikke er dekket på landsbasis og at det er ventelister. Det vil være svært viktig å følge opp behovet for sikkerhetspsykiatrisk kompetanse, samt behovet for plasser for personer som dømmes til behandling, gjennomføring av observasjoner, inklusiv judisielle observasjoner, samt plasser til særlig vanskelige og utagerende innsatte. Helsedirektoratet utga i 2007 et rundskriv om vurderinger av risiko for voldelig atferd og bruk av strukturerte kliniske verktøy. Direktoratet utarbeider nå en nasjonal standard for å sikre lik praksis for ivaretagelse av sikkerhetsaspektene innen det psykiske helsevernet for å forebygge voldelige handlinger. Det er fortsatt behov for å styrke bevisstheten og kunnskapen innen psykisk helsevern om risikovurderinger og hvordan slik risiko kan håndteres. Kompetansesentrene innen sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri gir tilbud om opplæring i risikovurderinger. I samarbeid med fagpersonene i de regionale og lokale sikkerhetsavdelinger vil kompetansesentrene også gi undervisning og veiledning til aktuelle instanser om hvordan man håndterer risikosituasjoner. Den spesielle kompetansen som ligger i sikkerhetspsykiatrien innenfor risikovurdering/håndtering må ivaretas.

Bevilgningen til innsatte i fengsel foreslås satt opp 1,7 mill. kroner for å dekke økt behov for hel-

setjenester i forbindelse med økt kapasitet innenfor kriminalomsorgen. Helsedirektoratet utarbeider en veileder for håndtering av legemidler i fengselshelsetjenesten. Målet er å oppnå en forsvarlig og ensartet praksis for dette.

Post 70 Behandlingsreiser til utlandet

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til tilbud i Norge, og omfatter tilbud til pasienter med revmatiske lidelser, pasienter med psoriasis, pasienter med senskader etter poliomyelitt, barn og ungdom med astma og lungesykdommer, samt barn med atopisk eksem. Staten dekker utgiftene til behandling for barn og voksne. Det betales en egenandel for voksne pasienter og ledsagere. Egenandelen er omfattet av egenandelstak 2. Formålet med behandlingsreiser er behandlingstiltak i varmt og solrikt klima. Tilbudet skal tilfredsstille faglige krav etter norsk vurdering og gi dokumentert nytte. For å kunne bli vurdert å komme inn under ordningen med behandlingsreiser kreves et prøveprosjekt for alle nye pasientgrupper. Det må foreligge to separate vitenskapelige undersøkelser som bekrefter pasientgruppens nytte av behandling i varmt og solrikt klima. Daglig administrasjon og faglig ansvar av ordningen tilligger Helse Sør-Øst RHF v/Rikshospitalet HF.

I 2007 var 2840 pasienter og 195 ledsagere til barn omfattet av de ordinære behandlingsreiser til utlandet. I tillegg deltok 148 pasienter i prøveprosjekter. Det ble behandlet 1871 voksne pasienter med revmatiske lidelser i Montenegro, Tyrkia, og Spania. 120 barn og ungdom med revmatisk sykdom ble behandlet i Spania og Tyrkia. Videre ble det behandlet 454 voksne og 20 barn og ungdom med psoriasis på Gran Canaria. 195 barn og ungdom ble behandlet for astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem på Gran Canaria. 180 pasienter med senskader etter poliomyelitt fikk behandling i Tyrkia og Spania. Av de innkomne søknadene under de tre største programmene, ble 52 pst. innvilget innen revmaprogrammet, 68 pst. innen psoriasisprogrammet og 38 pst. innen astma-programmet. Det er avsluttet et prøveprosjekt for pasienter med nevromuskulære sykdommer. Studien viste ikke signifikante forskjeller etter tre og seks måneders behandlingsopphold i utlandet sammenliknet med behandling i Norge. Andre del av et prøveprosjekt for pasienter med multipel sklerose ble gjennomført i 2007. Det ble gjennomført et prøveprosjekt for pasienter med fibromyalgi i 2007.

I 2008 er det planlagt behandlingsreiser til utlandet for 3069 pasienter og 134 ledsagere. Av disse er 1885 voksne pasienter med revmatiske

lidelser til Montenegro, Tyrkia og Spania, og 135 barn og unge til Spania og Tyrkia. Det er planlagt behandlingsreiser for 458 voksne og 30 barn og ungdom med psoriasis til Gran Canaria. 195 barn og ungdom med astma, allergi og atopisk eksem får tilbud om behandlingsreise til Gran Canaria. 132 pasienter med fibromyalgi er med i en studie med henblikk på å vurdere effekt av tilbudet, 44 av disse får behandlingsreise til utlandet i 2008 som en del av prøveprosjektet. Det er ikke satt i gang nye prøveprosjekter i 2008.

Tilbudet fortsetter i 2009 med tilbud til de ordinære pasientgruppene. Det foreligger ikke resultater av prøveprosjekter som tilsier at nye grupper skal tilbys behandling. Resultater av prøveprosjektene som ble gjennomført i 2007 er planlagt å foreligge i 2009. Egenandelen er i dag 100 kroner per døgn og foreslås prisjustert til 102 kroner per døgn

fra 1. januar 2009. For 2009 foreslås bevilget 100,2 mill. kroner.

Post 71 Tilskudd til Norsk Pasientforening mv.

Bevilgningen ytes i hovedsak som driftstilskudd til Norsk Pasientforening og Landsforeningen uventet barnedød. Norsk Pasientforening er et frittstående og uavhengig pasienthjelpkontor. Foreningen yter gratis hjelp, veiledning og råd til pasienter og pårørende, og bidrar også til å føre en sak gjennom de offentlige klageorganene. Landsforeningen uventet barnedød er en foreldreforening til felles støtte for dem som mister sitt barn plutselig og uventet. Foreningen utarbeider og sprer informasjonsmateriell, tildeler forskningsmidler og gir tilbud om støtte og omsorg til foreldre som har mistet et barn.

Programkategori 10.30 Regionale helseforetak

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
732	Regionale helseforetak	76 620 357	84 298 844	102 744 675	21,9
737	Kreftregisteret	80 353	83 808	87 496	4,4
	Sum kategori 10.30	76 700 710	84 382 652	102 832 171	21,9

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
01-23	Statens egne driftsutgifter	9 034	2 486	8 095	225,6
70-89	Andre overføringer	76 485 973	84 050 166	102 734 076	22,2
90-99	Utlån, statsgjeld m.v.	205 703	330 000	90 000	-72,7
	Sum kategori 10.30	76 700 710	84 382 652	102 832 171	21,9

Kap. 732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i>	9 034	2 486	8 095
70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	3 337 821	3 349 806	619 218
71	Tilskudd til Helse Øst RHF	18 626 980		
72	Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	10 381 202	31 969 980	38 579 780
73	Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	9 800 488	10 799 863	13 168 191
74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	7 293 805	7 989 453	10 044 640
75	Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	6 349 885	6 928 639	9 012 408
76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	14 680 054	16 821 439	18 721 282
77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv, <i>overslagsbevilgning</i>	3 331 818	2 032 132	2 042 346
78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	747 511	783 054	832 312

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
79	Helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte, <i>kan overføres</i>	438 627	457 900	478 048
81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	1 417 429	1 059 092	652 543
82	Investeringslån		1 720 000	1 075 812
83	Opptreksrenter for lån fom. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>		55 000	120 000
86	Driftskreditter			7 300 000
91	Opptreksrenter for lån tom. 2007, <i>overslagsbevilgning</i>	205 703	330 000	90 000
Sum kap. 732		76 620 357	84 298 844	102 744 675

De regionale helseforetakene har ansvar for å skaffe befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesten løser de oppgaver som krever kompetanse og ressurser ut over det som dekkes ved primærhelsetjenestens tilbud. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager, og fyller dermed en viktig funksjon i en helhetlig behandlingsskjede. En robust primærhelsetjeneste er fundamentet i vår helhetlige tjeneste. Det er viktig med god samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, jf. arbeidet med en samhandlingsreform i helsesektoren.

Den politiske styringen av de regionale helseforetakene skjer i hovedsak gjennom myndighetsvedtak, dvs. lover, forskrifter og andre overordnede politiske vedtak, herunder budsjettvedtak. Pasientrettighetsloven, prioriteringsforskriften, Opptappingsplanen for psykisk helse og Opptappingsplan for rusfeltet er andre eksempler på slike vedtak.

Det helsepolitiske oppdrag samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet.

Regionale helseforetak har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til regionens befolkning samt eieransvar for underliggende helseforetak (dvs. sykehus og annen spesialisthelsetjeneste). Ivaretagelse av «sørge for»-ansvaret innebærer utstrakt bruk av offentlige helseforetak og kjøp av tjenester fra ulike private aktører. I tillegg til pasientbehandling, har regionale helseforetak ansvar for at helseforetakene utfører forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.

Finansiering av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av en basisbevilgning og aktivitetsbasert finansiering. Finansieringsord-

ningenes viktigste formål er å understøtte de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar. Fordelingen av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene bestemmes bl.a. av antall innbyggere i regionen, dens alderssammensetning og ulike sosioøkonomiske kriterier.

Styrene i helseforetakene er sentrale i styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten. Et flertall av de eierutnevnte styremedlemmene er folkevalgte kandidater valgt etter forslag fra fylkeskommunene, kommunene og Sametinget.

Sykehusøkonomi

Regjeringen følger opp Soria Moria-erklæringen om at sykehusenes økonomi skal styrkes slik at flere pasienter får behandling og ventetidene holdes lave. Ut over generell pris- og lønnsjustering av tilskudd foreslås det bevilget 6,494 mrd. kroner mer til regionale helseforetak i 2009 sammenliknet med saldert budsjett 2008. I tillegg kommer reduserte renteutgifter på 70 mill. kroner knyttet til nedbetaling av driftskreditter, til sammen 6,564 mrd. kroner. Forslag til styrket sykehusøkonomi er fordelt som følger:

- Dekning av økte pensjonskostnader: 3920 mill. kroner
- Vekst i pasientbehandlingen med 1,5 pst. fra 2008 til 2009: 1026 mill. kroner
- Videreføring av antatt høyere aktivitetsvekst i 2008 enn forutsatt 1,5 pst. (anslag per første tertial og juni 2008): 300 mill. kroner
- Opptappingsplan for rusfeltet styrkes med 300 mill. kroner, hvorav til spesialisthelsetjenesten: 148 mill. kroner
- Ny inntektsfordeling gjennom økt bevilgning: 600 mill. kroner
- Økt basistilskudd for å lette omstillingsutfordringene: 500 mill. kroner

- Reduserte renteutgifter knyttet til nedbetaling av driftskreditt: 70 mill. kroner

Pensjonskostnader

Det foreslås til sammen 3920 mill. kroner til dekning av økte pensjonskostnader sammenliknet med saldert budsjett 2008.

I St.prp. nr. 59 (2007–2008) ble det varslet at regjeringen ville komme tilbake til den langsiktige håndteringen av pensjonspremier og -kostnader for de regionale helseforetakene og de private helseinstitusjonene i St.prp. nr. 1 (2008–2009). Det foreslås at pensjonskostnaden legges til grunn ved fastsettelse av inntektsrammen til de regionale helseforetakene, og at basisbevilgningen settes opp 3600 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2008. Dette innebærer at det kan stilles et entydig, ukorrigert resultatkrav til helseforetakene. Ved at pensjonskostnaden legges til grunn ved fastsettelse av basistilskuddet oppstår det et likviditetsoverskudd som følge av at anslått pensjonskostnad er høyere enn anslått pensjonspremie. Det stilles krav om at dette likviditetsoverskuddet skal gå til å nedbetale driftskreditt.

I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2007–2008) ble det vedtatt å bevilge 320 mill. kroner for å sette de regionale helseforetakene i stand til å inngå kjøps-/driftsavtaler med private som avspeiler det anslått høyere pensjonskostnadsnivå, jf. Innst. S. nr. 270 (2007–2008). Denne tilleggsbevilgningen er videreført i budsjettforslaget for 2009.

Regjeringen foreslår som en del av opplegget at de regionale helseforetakenes driftskreditter i private banker omgjøres til driftskreditt i staten, og at framtidige endringer i driftskredittrammen inntekts- eller utgiftsføres i statsbudsjettet. De regionale helseforetakene vil deretter ikke ha adgang til å ta opp driftskreditter i private banker. Som følge av denne omleggingen, er foreslått bevilgning under kap. 732 isolert sett økt med 7,3 mrd. kroner fra 2008 til 2009.

Økt pasientbehandling

Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker, og regjeringen møter det økte behovet med å styrke sykehusenes økonomi med 1026 mill. kroner. Budsjettforslaget legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen med 1,5 pst. på nasjonalt nivå fra 2008 (anslag basert på aktivitet og regnskap for første tertial og juni 2008).

Den generelle veksten i pasientbehandlingen er beregnet på hele inntektsgrunnlaget til helsefor-

etaktene. Det er lagt til grunn en gjennomsnittlig marginalkostnad på 80 pst. for den økte aktiviteten. Denne veksten vil gjelde all behandling som er omfattet av de aktivitetsbaserte tilskuddsordningene (innsatsstyrt finansiering og tilskudd til poliklinisk behandling), så vel som behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabilitering, psykisk helsevern og rus).

Videreføring av økt aktivitetsvekst i 2008 til 2009

I 2008 ble det budsjettert med økt pasientbehandling på 1,5 pst. Aktivitets- og regnskapstall for første tertial og juni 2008 indikerer en samlet vekst i 2008 knyttet til innsatsstyrt finansiering (ISF) og poliklinisk virksomhet som er 300 mill. kroner høyere enn dette. Dette antatt høyere utgiftsnivået er videreført i bevilgningsforslaget for 2009 for tilskudd til ISF og refusjon poliklinisk behandling.

Særskilt styrking gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet

Det foreslås en samlet styrking av rusfeltet med 300 mill. kroner gjennom Opptrappingsplan for rusfeltet, hvor av 148 mill. kroner til spesialisthelsetjenesten. I dette ligger en styrking av kvaliteten og kapasiteten på tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. I den totale styrkingen på rusfeltet inngår også en styrking av de kommunale tjenester.

Ny inntektsfordeling gjennom økt bevilgning (Magnussenutvalget)

Det foreslås ny inntektsfordeling i tråd med Magnussenutvalgets innstilling (NOU 2008: 2) gjennom økt bevilgning i 2009 og 2010. Det innebærer at Helse Sør-Øst RHF, som ellers ville tapt på omleggingen, ikke får redusert sine inntekter. I 2009 foreslås det avsatt 600 mill. kroner til innføring av ny inntektsfordeling. Resterende beløp vil bli foreslått bevilget i 2010.

Økt basistilskudd for å lette omstillingsutfordringer

Selv om det er vedtatt at alle regionale helseforetak skal gå i balanse i 2008, viser prognosene for økonomisk resultat et antatt underskudd på om lag 900 mill. kroner inneværende år. Det knytter seg usikkerhet til prognosen. Regionale helseforetak må omstille og effektivisere driften slik at de oppnår økonomisk balanse. For å lette omstillingsutfordringene for de regionale helseforetakene, foreslås basisbevilgningen styrket med 500 mill. kroner i 2009.

Reduserte renteutgifter knyttet til nedbetaling av driftskreditt

Regjeringen foreslår å legge pensjonskostnaden til grunn for bevilgningsnivået i 2009. I og med at anslått pensjonspremie er lavere enn pensjonskostnad, oppstår det et likviditetsoverskudd. De regionale helseforetakene pålegges å bruke dette likviditetsoverskuddet til å nedbetale driftskreditt med 1,3 mrd. kroner. Dette medfører isolert sett en reduksjon i de regionale helseforetakenes renteutgifter med om lag 70 mill. kroner, og en tilsvarende styrking av økonomien.

Plan og melding fra de regionale helseforetakene

Plan- og melding fra de regionale helseforetak er en del av grunnlaget for budsjettforslaget. I meldingsdelen omtales sentrale krav stilt til de regionale helseforetakene i 2007 og 2008. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med å standardisere tilbakemelding fra de regionale helseforetakene i årlig melding. Dette skal sikre at årlig melding gir god informasjon både om utvikling og status på aktuelle områder. Dette vil gjøre det lettere å danne seg et bilde av utviklingen i landet som helhet. I plandelen presenteres prioriterte områder og oppgaver for 2009. Disse vil ligge til grunn for utformingen av oppdragsdokumentene for 2009 til de regionale helseforetak.

Rapportering 2007 og status 2008

Faglighet, kvalitet og prioritering

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres kulturelt og organisatorisk hos ledelsen på alle nivå i tjenesten. De regionale helseforetakene skal drive sin virksomhet innenfor vedtatte økonomiske rammer og det er derfor viktig å påse at tjenestene blir utført med forventet kvalitet.

De regionale helseforetakene har i 2007 arbeidet med kvalitetsforbedring både gjennom oppfølging av lovpålegg, egne strategier og oppfølging av oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Samtlige regionale helseforetak rapporterer at de deltar i det nasjonale arbeidet knyttet til utvikling av nasjonale faglige retningslinjer, at de bidrar til å utvikle innholdet i Helsebiblioteket og at de har innledet samarbeid med Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.

Brakerutvalg er opprettet i alle helseforetak og regionale helseforetak. Samtlige regionale helseforetak melder om at brukerrepresentanter deltar i arbeidsgrupper og prosjekt som angår tjenesteutforming. Helse Midt-Norge RHF har vedtatt en

regional strategi for brukermedvirkning, mens Helse Nord RHF har ansatt brukerkonsulenter.

Alle de regionale helseforetak rapporterer at de arbeider med etiske problemstillinger og de fleste helseforetak har etablert kliniske etikk-komiteer. Helseforetakene ble i 2007 bedt om at de kliniske etikk-komiteene skulle inkludere tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige i sitt ansvarsområde. I Helse Midt-Norge RHF er det etablert en egen rusetikk-komite. I Helse Vest RHF og i Helse Nord RHF behandler de vanlige komiteene også rusfeltet.

For å bedre pasienters og brukeres deltagelse og kommunikasjon, skal de regionale helseforetakene sørge for tolketjenester til den samiske befolkning og til innvandrerbefolkningen ved behov. Helse Nord RHF melder at tolketjenesteordninger til samisk befolkning finnes og kan innhentes ved behov. De regionale helseforetakene melder at det er etablert tolketjenester, men at det må arbeides med å gjøre ordningene kjent og etablere rutiner for bruken av tolketjenestene.

De regionale helseforetak skal påse at de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene de har ansvaret for, utvikles og driftes i tråd med retningslinjene gitt i Nasjonal helseplan. De regionale helseforetakene samordner innsatsen for felles nasjonale løsninger for medisinske kvalitetsregistre. I april 2008 mottok Helse- og omsorgsdepartementet rapporten Nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Forutsetninger og løsninger. Rapporten er de regionale helseforetakenes tilbakemelding og anbefalinger på bestilling gitt i oppdragsdokumentet 2007. Rapporten foreslår bl.a. etablering av felles tekniske løsninger med forankring i Helse Midt-Norge RHF og et felles servicemiljø i Helse Nord RHF ved SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering).

Departementet følger kvalitetsutviklingen på utvalgte områder. I dialogen med de regionale helseforetakene har departementet gitt tilbakemeldinger på utviklingen. Resultatene for 2007 viser at det fortsatt er forbedringspotensiale i alle regionale helseforetak. Det er for svak framgang på sentrale indikatorer som korridorpatienter, epikrisetid og strykninger fra planlagte operasjoner. Departementet forutsetter at helseforetakene kontinuerlig arbeider for å levere gode resultater på indikatorene i oppdragsdokumentene, samt øvrige nasjonale kvalitetsindikatorer.

For å sikre at tilbudet er tilpasset behovene og er av høy kvalitet, har departementet satt i gang et arbeid med å etablere et nytt helhetlig styringssystem for lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten. I tråd med styringskrav har de regionale helsefore-

takene i regi av Helse Vest RHF utarbeidet rapporten *Framtidig organisering av høyspesialiserte tjenester* i 2006. Basert på rapporten, og Helsedirektoratets faglige vurderinger, har departementet i 2008 gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide helhetlige forslag til hvilke landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres. Forslagene skal utarbeides med utgangspunkt i nasjonalt fastsatte kriterier. Sentrale aktører, herunder brukerne, Helsedirektoratet, universitets- og høyskolesektoren og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, skal involveres i arbeidet på en hensiktsmessig måte. Helse Vest RHF leder arbeidet. Departementet vil ha endelig beslutningsmyndighet for etablering og avvikling av funksjoner etter tilrådning fra Helsedirektoratet.

Det er et mål å sikre lik henvisningspraksis og tilgjengelighet til lands- og flerregionale funksjoner. For å sikre lik tilgang har Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF fulgt opp departementets krav om å opprette faglige referansegrupper for de funksjonene de er tillagt ansvar for. Representanter fra samtlige regionale helseforetak deltar aktivt i det nasjonale prosjektet *Riktigere prioritering* i regi av Helsedirektoratet. Prosjektet skal bidra til at prioriteringene innenfor hvert enkelt fagområde i spesialisthelsetjenesten er i samsvar med prioriteringsforskriften. Det arbeides med å utarbeide veiledere for tildeling av rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp og fastsettning av individuell frist for start av helsehjelp innenfor 30 ulike fagområder. Den første veilederen ble utarbeidet for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og ble implementert 1. januar 2008. De øvrige veilederne implementeres i løpet av 2008/2009.

Rapporteringene fra de regionale helseforetak viser at andel pasienter tildelt rett til nødvendig helsehjelp fortsatt varierer mellom regionene. Helse Midt-Norge RHF har fortsatt høyest andel som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp (85 pst.), mens Helse Nord RHF har lavest andel (52 pst.). I Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF er andelene i underkant av 60 pst. Helse Sør-Øst RHF påpeker at andelen fortsatt varierer mellom helseforetak og fagområder. Felles for alle regionale helseforetak er at andelen som er tildelt rett er lavest innenfor somatisk helsetjeneste.

Det er viktig i et prioriteringsperspektiv at det gjøres en helhetlig vurdering av effekter og kostnader før nye og kostbare metoder innføres. Det er i dag ulik praksis mellom helseforetakene og mellom de regionale helseforetakene når det gjelder

beslutningsprosesser for innføring av nye og kostbare metoder. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor bedt Helsedirektoratet sette ned en bredt sammensatt arbeidsgruppe som skal gjennomgå beslutningsprosesser for innføring av kostbare metoder i helsetjenesten. Med metoder menes både nye medikamenter, implantater, operasjonsmetoder, diagnostiske prosedyrer og medisinskteknisk utstyr. De regionale helseforetakene, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Statens Legemiddelverk skal være representert i arbeidsgruppen. Rapport vil foreligge i 2009.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) har i sin rapport for 2007 evaluert departementets krav om at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige skal være sterkere enn for somatisk pasientbehandling. BUS konkluderer med at tallene for aktivitetsutviklingen i 2007, så langt utvalget kan bedømme det, viser at kravet er oppfylt for de regionale helseforetakene som helhet. Vurderer en utviklingen i driftskostnader på regionalt nivå, har Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF lavere vekst i driftskostnadene innen somatikk sammenliknet med psykisk helsevern og rusbehandling. I Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF, er veksten i driftskostnadene innen somatikk lavere sammenliknet med psykisk helsevern, men den er høyere innen somatikk sammenliknet med rusbehandling.

Ved Rusreformen i 2004 fikk de regionale helseforetakene overført ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Ifølge Samdata var det i 2006 i alt 1826 offentlige og private døgnbaserte behandlingsplasser innen tverrfaglig spesialisert behandling, inkludert de plassene som ble benyttet ved såkalte ad hoc-kjøp. Dette var om lag 320 flere plasser enn det som ble overført ved Rusreformen, tilsvarende en økning av den samlede kapasiteten på om lag 20 pst. Det tilbys polikliniske tjenester innen tverrfaglig spesialisert behandling ved 76 poliklinikker i Norge. Samlet sett er tilbudet til rusmiddelavhengige etter Rusreformen betydelig styrket. I løpet av 2007 ble det i alt henvist 15 688 personer til vurdering for rett til nødvendig helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet. Ettersom 2007 var det første året med tall for henvisninger innen tverrfaglig spesialisert behandling foreligger det ikke sammenliknbare tall for tidligere år.

Den største aktivitetsveksten innenfor psykisk helsevern skjedde i den polikliniske aktiviteten for barn og unge. Her er det en markant økning i alle

helseregionene. Utviklingen i den polikliniske aktiviteten innenfor psykisk helsevern for voksne er mer preget av ulikheter på regionalt nivå. Mens det er tilnærmet uendret aktivitetsnivå i Helse Sør-Øst RHF, er det markert aktivitetsvekst i de tre øvrige helseregionene.

Beregningutvalgets rapport viser at det i 2007 er regionale forskjeller i aktivitet når det gjelder tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Forskjellene kan avspeile ulikheter i tilbud til befolkningen eller ulike behov i de ulike regionene. Det er en økning i antall personer som omfattes av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med knapt 400 fra 2006 til 2007. Dette er en økning på 9 pst. Veksten siste år er noe lavere enn den var fra 2005 til 2006. Det er minst vekst i Helse Sør-Øst RHF (7 pst.) og størst vekst i Helse Nord RHF (26 pst.).

Det vises til nærmere omtale under kap. 743 når det gjelder rapportering på Opptrappingsplanen for psykisk helse og kap. 718 når det gjelder rapportering på Opptrappingsplanen for rusfeltet.

Forskning

Alle de regionale helseforetakene har et strategisk fokus på forskning. Helseforetakene rapporterer på forskningsaktivitet i tråd med nasjonale føringer. Det har vært en økning i antall artikler og avlagte doktorgrader fra 2006 til 2007, jf. omtale under kap. 732, post 78. Siden 2004 har det vært en økning i forskningsaktiviteten i lokal- og sentralsykehus, og det forskes i dag ved alle helseforetak som inngår i målesystemet. Ut over det statlige øremerkede tilskuddet til forskning, prioriterer alle de regionale helseforetakene midler til forskning gjennom basisbevilgningen. De regionale helseforetakene rapporterte i 2007 en total ressursbruk til forskning på om lag 1,5 mrd. kroner, dvs. 1,9 pst. av totale driftskostnader. Helseforetak med universitetssykehusfunksjoner sto for 84 pst. av i alt 1509 forskningsårsverk, og Helse Sør-Øst RHF sto for vel to tredeler av disse. Det ble rapportert til sammen 200 forskningsårsverk innen psykisk helsevern og 17 forskningsårsverk tilknyttet forskning på tverrfaglig, spesialisert behandling av rusmisbrukere. Om lag 80 pst. av forskningen var finansiert gjennom helseforetakenes bevilgninger, mens 20 pst. var finansiert gjennom eksterne kilder.

Det er besluttet å etablere forskningssamarbeid gjennom formaliserte forskernettverk innenfor to utvalgte fagområder, nevrovitenskap (Nevronor) og hjerte-karforskning (Unicard). Samarbeidet er forankret i de regionale samarbeidsorganene og Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG). Det vurderes å etablere forskningssamarbeid innenfor ytterligere

fire fagområder; alvorlige psykiske lidelser, kreft, muskel- og skjelettlidelser og helsetjenesteforskning. Det er etablert formaliserte prosesser for etablering og gjennomføring av felles satsingsområder.

Alle de regionale helseforetakene prioriterer oppbygging av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder. Helse Vest RHF har etablert regionale kompetansesentre på rehabilitering og rus. Helse Midt-Norge RHF har etablert en egen forsknings- og utviklingsavdeling på rus. Tidligere Helse Øst RHF har prioritert syv forskningssvake områder, herunder rehabilitering. I Helse Sør-Øst RHF er et psykiatrisk forskningsnettverk i drift, og en forskerskole innen rus og psykiatri er under etablering. Helse Sør-Øst RHF har vedtatt en forskningsstrategi for 2008–2011 der innovasjon er integrert. Alle regionale helseforetak rapporterer om at det er satt fokus på kjønnsperspektivet i klinisk forskning.

Alle de regionale helseforetakene har foretatt en gjennomgang og styrking av de kvalitetssikringssystemer som er etablert for forskning i helseforetakene. Det er satt i verk ulike tiltak i alle de regionale helseforetakene for å sette fokus på forskningsetikk, eksempelvis i form av konferanser eller internkontroll av forskning.

For å konkretisere og implementere en felles femårig satsing mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet innenfor behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren, har de regionale helseforetakene utarbeidet forslag til handlingsplan for innovasjon og næringsutvikling. Denne skal behandles i de regionale samarbeidsorganene. Det har vært en vesentlig økning i antall offentlige forsknings- og utviklingskontrakter med helseforetakene fra 7 i 2005 til 14 i 2007. Gjennom forny-programmet er 35 forretningsideer fra helseforetakene videreført for lisensiering eller bedriftsetablering.

Utdanning

Helsepersonellens kompetanse er en sentral forutsetning for faglighet og kvalitet i tjenestene. Helseforetakene skal være viktige læringsarenaer for helsepersonell som har helseforetakene som arbeidssted eller som praksisarena. De regionale helseforetakene samarbeider med universiteter og høyskoler om behov for ulike utdanningstilbud.

Det er en utfordring å legge til rette for riktig antall praksisplasser i helseforetakene. Kunnskapsdepartementet fastsetter, i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet, aktivitetskrav for den enkelte høyskole hvor helseforetakene er en praksisarena. Helseforetakene arbeider med fagutvik-

ling innenfor praksisfeltet, tilpasset de endringer som skjer i behandlingsformer og organisering.

For å møte nåværende og framtidige kompetansebehov skal helseforetakene bidra til videreutdanning og etterutdanning av personell. Flere helseforetak rapporterer at de arbeider med å utvikle kompetansestrategier, verktøy for kompetansekartlegging og etablering av kompetansenettverk for å kartlegge individuell kompetanse hos de ansatte i helseforetakene.

De regionale helseforetakene skal bidra til at det nasjonalt utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene, og bidra til god lokal, regional og nasjonal fordeling av leger. Flere helseforetak har lagt spesiell vekt på å utdanne flere barne- og ungdomspsykiatere. Helse Nord RHF arbeider videre med å sikre tilstrekkelig medisinsk kompetanse innen små fagfelt og områder hvor det over lengre tid har vært svært vanskelig å få tilstrekkelig antall legespesialister. Regionale utdanningsprogrammer for legespesialister innen geriatri, revmatologi, fysikalsk medisin og rehabilitering er satt i gang.

Departementet fastsetter hvert år antall nye legestillinger i de regionale helseforetakene fordelt på henholdsvis spesialiststillinger og utdanningsstillinger. I løpet av 2007 har det vært en nedgang i antall ubesatte legestillinger i spesialisthelsetjenesten, særlig gjelder dette overlegestillinger. Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) skal til enhver tid ha oversikt over legenes stillingsstruktur. For å sikre kvaliteten på databasen skal Helsedirektoratet videreutvikle databasen og samordne denne med personalsystemet i de regionale helseforetakene.

Det er helseforetakenes ansvar å beholde, utvikle og rekruttere det personellet og den kompetansen de trenger for å ivareta sine oppgaver. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2008 stilles det krav om at helseforetakene skal bidra til å utdanne ulike helsepersonellgrupper for å sikre faglighet og kvalitet i tjenestene. Det er lagt særlig vekt på at helseforetakene gjennom samarbeid med fylkeskommunene skal etablere et tilstrekkelig antall læreplasser for den nye helsefagarbeiderutdanningen. Helse- og omsorgsmyndighetene og utdanningsmyndighetene har gått sammen med arbeidsgiverorganisasjonene KS, Spekter og HSH om Aksjon helsefagarbeider. Aksjonen har blant annet til hensikt å sikre et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsearbeiderfaget.

Samordning og samhandling

Selv om det pågår mange positive aktiviteter på samhandlingsområdet, registreres det lite fram-

gang på viktige indikatorer som har relevans for samhandling. Dette gjelder f.eks. antall korridorpasienter, epikrisetid og pasienter som får utarbeidet individuell plan. Departementet vil arbeide videre for å få til en positiv utvikling for de målene som i dag brukes for å angi hvordan samhandlingen innen helsetjenesten fungerer. Helseforetakene har i henhold til oppdrag fra departementet arbeidet med å utvikle lokalsykehusfunksjonene og samhandling med primærhelsetjenesten. Det økende antallet syke eldre og kronisk syke har særlig behov for nært tilgjengelige og koordinerte tjenester.

For å sikre kontinuitet og systematikk i samhandlingen mellom tjenestenivåene ble det i juni i 2007 inngått en nasjonal rammeavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Hovedtyngden av arbeidet for bedret samhandling må skje i tjenesten, og arbeidet må forankres på alle nivå i kommunene og i helseforetakene. De regionale helseforetakene ble derfor bedt om å følge opp arbeidet med lokale samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner i eget område. Arbeidet med å utvikle lokale avtaler og organisatoriske systemer i tilknytning til disse har fortsatt i alle regionale helseforetak.

Det meldes at arbeidet med å utvikle lokalsykehusfunksjonene og samhandling er fulgt opp i alle regionale helseforetak. Det er opprettet totalt 133 deltidsstillinger som praksiskonsulenter per januar 2008, og det er planlagt etablert ytterligere 20 deltidsstillinger innen psykisk helsevern.

Helse Nord RHF rapporterer at det er satt i gang prosess med å oppdatere samhandlingsavtalene mellom helseforetak og kommuner. Det er opprettet samhandlingsenhet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF. Lokalsykehusene i Nord-Norge har, i henhold til rapport fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering 2008, økt aktivitet innen bl.a. indremedisinsk behandling, behandling av dialysepasienter, cellegiftbehandling for kreftpasienter, dagkirurgi og polikliniske tjenester. Lokalsykehusene i denne regionen utfører over 70 pst. av arbeidet i spesialisthelsetjenesten. Det er satt i verk arbeid med strategi for helhetlig utvikling av lokalsykehusfunksjonene.

I Helse Midt-Norge RHF er det etablert distriktsmedisinsk senter i Stjørdal, med drift av intermediearenhet og poliklinikk. Tilbudet ved Fosen distriktsmedisinske senter og Søbstad intermedieæravdeling er evaluert, og viser færre reinnleggelser i sykehus sammenliknet med tilsvarende behandling ved sykehus. For pasienter med sykelig overvekt er det lagt opp til helhetlige pasientforløp som inkluderer samarbeid med kommunene for forebygging og oppfølging av behandling. Som

ledd i Helse Midt-Norge RHF sin langsiktige strategi er det gjennomført prosjekt med fokus på oppgavedeling mellom sykehus.

Helse Vest RHF rapporterer at alle helseforetak har etablert ambulante team. Det er etablert tilbud for etterbehandling etter sykehusopphold i Stavanger (ved Stokka sykehjem) og i Bergen (Storetveit behandlingssykehjem). Tiltak for å styrke lokalsykehusene og lokalsykehusfunksjonen ved de større sykehusene utvikles; bl.a. desentralisert dialyse og utvikling av akuttmedisinsk kjede i Helse Førde HF, telemedisinske løsninger og elektronisk meldingsutvikling i Helse Fonna HF og utvikling av nettverk for bedret behandlingstilbud for slagpasienter i Helse Bergen HF.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer at sykehusenes tilbud videreutvikles innenfor rammen av overordnede samarbeidsorgan mellom helseforetakene og kommunene. Det er satt i gang prosjekter for å bedre tilbudet til eldre med kroniske og sammensatte tilstander, med f. eks. spesialiserte korttidsposter, felles drift av kommunale institusjonsavdelinger, ambulant virksomhet og rådgivning/kompetanseoverføring til kommunene. Lokalsykehusenes utvikling følges opp i Program for omstilling og i hovedstadsprosessen.

Organisatoriske krav og utvikling

Rapportering 2007

Som følge av at departementet har rettet oppmerksomheten mot sterkere nasjonal styring og samordning på tvers av regionene, avleverte de regionale helseforetakene i november 2007 en rapport fra et tverregionalt utredningsarbeid om samordning av stabs- og støttefunksjoner. Arbeidet videreføres i 2008 med mål om å lage en felles framdriftsplan for etablering av nasjonale fellesløsninger innenfor områdene HR/lønn, økonomi/regnskap og innkjøp. Arbeid ut fra krav i foretaksmøter om å etablere rutiner for håndtering av gaver, stiftelser, legater og fond startet opp i 2007 og endelig rapport blir avlagt felles fra de regionale helseforetakene i løpet av 2008. Det er arbeidet med standardisering innen IKT-området med sikte på økt bruk av samhandlingsløsninger. For 2008 er arbeidet intensivert og det skal gjennomføres et «nasjonalt meldingsløft» som omfatter en rekke regionale prosjekter.

Tidligere Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble f.o.m. 1. juni 2007 slått sammen til Helse Sør-Øst RHF, jf. St.prp. nr. 44 (2006–2007). Helse Sør-Øst RHF ble etablert med målsetning om å få til bedre samordning og ressursutnyttelse i den sammenslåtte regionen, og i hovedstadsområdet spesielt. Dette for å gi pasientene et godt og framtidsrettet behandlingstilbud gjennom bedre bruk av ressursene.

Status 2008

Nye styrever for de regionale helseforetakene ble utnevnt gjennom foretaksmøter i januar 2008. Nye styrever for lokale helseforetak ble utnevnt våren 2008. Et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene er utnevnt blant folkevalgte kandidater som er foreslått av fylkeskommuner, Sametinget og kommuner.

Gjennom foretaksmøter for 2008 satte departementet krav til de regionale helseforetakene med hensyn til å følge opp regjeringens klimapolitikk. Det er satt i gang et nasjonalt arbeid ledet av Helse Vest RHF for å kartlegge og utrede mulige nye klimatilbud innenfor spesialisthelsetjenesten, herunder hvordan helseforetakenes felles innkjøpsmakt kan bidra til en god nasjonal klimapolitikk innenfor regelverket for offentlige anskaffelser. Rapport fra arbeidet skal oversendes departementet i tredje tertial 2008.

Helse Sør-Øst RHF er nå i en prosess for å etablere en helhetlig regional strategi for utvikling og omstilling av tjenestetilbudet i regionen, også kalt hovedstadsprosessen. Forslaget ble sendt på høring i juni med høringsfrist i oktober 2008. Styret i Helse Sør-Øst RHF vil etter planen ta endelig stilling til strategien og løsningsforslagene i november 2008.

Departementet følger nøye med på hvordan Helse Sør-Øst RHF gjennomfører prosessen og har årvåkenhet for at tiltakene som velges har god forankring i helsepolitikken slik den er trukket opp av Storting, regjering og departement.

Departementet har i 2008 videreført og intensivert intensjonene fra 2007 om tettere oppfølging og styring av foretakene; fra departementets side overfor regionale helseforetak og ikke minst i styringsrelasjonen mellom regionale helseforetak og underliggende helseforetak. I foretaksmøter i januar 2008 kom dette til uttrykk gjennom detaljerte styringsbudskap og krav til rapportering bl.a. knyttet til risikostyring og intern kontroll, kontroll med bemanningsutviklingen og kontroll med omstillingstiltak. Dette er nærmere omtalt under avsnittet om økonomi.

Økonomi

Rapportering 2007

I tråd med St.prp. nr. 1 (2007–2008) ble det for 2007 stilt krav om et samlet maksimalt regnskapsmessig underskudd for de regionale helseforetakene på 1,4 mrd. kroner. I foretaksmøter ble dette kravet fordelt og konkretisert til den enkelte helseregion. I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 44 (2006–2007), jf. Innst. S. nr. 167 (2006–2007),

ble det bevilget til sammen 700 mill. kroner til styrking av de regionale helseforetakenes økonomi. Bevilgningen skulle gi de regionale helseforetakene noe bedre tid til å gjennomføre nødvendige effektiviseringstiltak og sikre pasientbehandlingen. Bevilgningen ble fordelt med 275 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF, 225 mill. kroner til Helse Nord RHF, 100 mill. kroner til Helse Vest RHF og 100 mill. kroner til den sammenslåtte regionen Helse Sør-Øst RHF.

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for at man kan gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Det er ikke akseptabelt med vedvarende underskudd. Departementet har gjennom årene engasjert seg stadig sterkere i den økonomiske utviklingen i de regionale helseforetakene, og som et ledd i dette arbeidet er det tatt initiativ til ytterligere standardisering og harmonisering av bl.a. rapportering. Formålet er i større grad å kunne frambringe sammenliknbare størrelser og å bidra til bedre styringsinformasjon. Fra og med 2007 ble det innført et utvidet månedlig rapporteringsopplegg der økonomi, bemanning, omstilling, aktivitet og enkelte indikatorer for kvaliteten i tjeneste kan sees i sammenheng. På bakgrunn av rapporteringen har departementet fulgt opp utviklingen gjennom månedlige oppfølgingsmøter med hvert enkelt regionalt foretak. Begrensede revisjoner er foretatt i tråd med vedtakene i foretaksmøtene i januar 2007 hos de helseforetakene som i 2006 hadde vesentlige avvik sammenliknet med resultatkravet i Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF.

Som følge av implementering av ny veileder for fastsettelse av økonomiske forutsetninger ved beregning av ytelsesbaserte pensjonsordninger, økte pensjonskostnadene i de regionale helsefore-

take med om lag 3,26 mrd. kroner i 2007. I omtalen av pensjonskostnader i St.prp. nr. 1 (2007–2008) ble det varslet at dette ville kunne ha stor innvirkning på de regionale helseforetakenes årlige pensjonskostnader. Regjeringen varslet videre at den ville komme tilbake til håndteringen av eventuelle større avvik som måtte oppstå som følge av disse svingningene. Kostnadsøkningen for 2007 ble unntatt fra resultatkravet gjennom Stortingets vedtak ved behandling av St.prp. nr. 10 (2007–2008), jf. Innst. S. nr. 116 (2006–2007). Effekten på styringskravet for 2007 ble formidlet til de regionale helseforetakene gjennom foretaksmøter i januar 2008. Årsregnskapene ble endelig behandlet i foretaksmøter våren 2008.

Resultater 2007

Tabell 5.2 viser at samlet for de regionale helseforetakene var det i 2007 et negativt avvik fra resultatkravet på 1450 mill. kroner, der økte pensjonskostnader på 3260 mill. kroner er unntatt. Dette er en forbedring på i overkant av 400 mill. kroner sammenliknet med 2006, men en svekkelse på 300 mill. kroner dersom en tar hensyn til 700 mill. kroner som Stortinget bevilget ved behandling av St.prp. nr. 44 (2006–2007), jf. Innst. S. nr. 167 (2006–2007).

Av underskuddet i 2007 kan om lag 107 mill. kroner forklares med nedskrivning av eiendeler. I 2006 ble eiendeler nedskrevet med 280 mill. kroner. Nedskrivninger foretas når eiendeler har et varig verdifall, og denne type engangseffekter er ikke direkte knyttet til den ordinære driften av foretakene. I 2007 ble det også inntektsført netto gevinster ved salg av anleggsmidler på om lag 90 mill. kroner, mens tilsvarende gevinst var om lag 66 mill. kroner i 2006. I vurderingen av resultatet er det tatt hensyn til disse effektene.

Tabell 5.2 Resultatkrav og resultat 2007

(mill. kr.)	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum landet
Opprinnelig resultatkrav for 2007	-880	-300	-85	-135	-1 400
Unntak for økte pensjonskostnader 2007	-1 895	-575	-465	-325	-3 260
Samlet resultatkrav 2007	-2 775	-875	-550	-460	-4 660
Årsregnskap 2007	-3 862	-965	-560	-723	-6 110
Differanse	-1 087	-90	-10	-263	-1 450

I 2007 utgjorde underskuddet om lag 2,6 pst. av driftsinntektene i Helse Nord RHF, 2,3 pst. i Helse Sør-Øst RHF, 0,6 pst i Helse Vest RHF og 0,1 pst. i

Helse Midt-Norge RHF. I tabell 5.3 er utviklingen i korrigert årsresultat oppsummert for perioden 2002 til 2007.

Tabell 5.3 Utvikling i korrigert årsresultat 2002–2007 ^{1,2}

(mill. kr.)	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Sør- Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum landet
2002	97	-514		-313	24	-120	-826
2003	-29	-697		-524	-461	-262	-1 973
2004	58	-779		-531	-498	-175	-1 925
2005	42	-498		-182	-572	-165	-1 375
2006 ¹	-15	-307		-405	-711	-433	-1 870
Perioden 2002–2006	153	-2 795	-2 642	-1 955	-2 218	-1 154	-7 969
2007 ²			-1 087	-90	-10	-263	-1 450
Akkumulert			-3 729	-2 045	-2 228	-1 418	-9 419

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

² For 2007 vises de økonomiske resultatene som avvik i forhold til 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.

For de regionale helseforetakene samlet sett var det en sterk vekst i underskuddene fra 2002 til 2003, mens foretakene i 2004 klarte å stabilisere den negative resultatutviklingen og forbedre resultatet noe. I 2005 ble underskuddet ytterligere redusert, mens det samlede underskuddet igjen økte i 2006.

Helse Midt-Norge RHF har i 2007 snudd den negative utviklingen regionen var inne i tidligere år og har gjennomført styringsgrep som har gitt økonomisk balanse. Regionen har likevel behov for å videreføre arbeidet med kostnadskontroll og omstilling og står overfor ytterligere utfordringer ved slutføring av fase 2 av Nye St. Olavs Hospital.

Helse Nord RHF har ikke klart å snu den negative økonomiske utviklingen, og årsresultatet for 2007 er ikke nevneverdig forbedret sammenliknet med resultatet for 2006 når en tar hensyn til tilleggsbevilgningen på 225 mill. kroner. Departementet ser alvorlig på at denne negative trenden og vurderer at det er behov for ytterligere grep for å oppnå kostnadskontroll og en bedre oppfølging av omstillingstiltak for å sikre at identifiserte tiltak blir gjennomført.

I Helse Vest RHF er det økonomiske resultatet for 2007 vesentlig bedre enn tidligere år, men det er ikke oppnådd økonomisk balanse. Departementet er likevel tilfreds med at regionen i styringen med helseforetakene i regionen har utviklet gode

rutiner for økonomisk oppfølging og at Helse Vest RHF arbeider aktivt for å sikre kontroll og oppfølging i hele organisasjonen.

Det økonomiske resultatet i Helse Sør-Øst RHF utgjør 75 pst. av det samlede underskuddet i 2007. Departementet vil understreke viktigheten at man også i omstillingsperioder har ledelsesmessig oppmerksomhet på god økonomisk styring og kontroll. Store deler av den manglende resultatoppnåelsen meldte regionen først mot slutten av 2007, noe en må unngå i framtidig rapportering.

Om resultatmåling og akkumulerte resultater

Fram til og med 2006 ble det brukt to resultatbegrep for å måle utviklingen i økonomien i de regionale helseforetakene: regnskapsmessig årsresultat, slik det går fram av de revisorattesterte regnskapene, og korrigert årsresultat, som er det resultatmålet eier har stilt økonomiske krav i forhold til.

Med korrigert årsresultat menes regnskapsmessig årsresultat korrigert for avskrivningskostnader som ikke inngår i balansekravet jf. St.prp. nr. 63 (2003–2004), der det er angitt at et ev. underskudd som følge av nivå på vedsetningen og levetider på anleggsmidler ikke vil påvirke de fastsatte styringsmålene knyttet til ressursbruk og tjenesteproduksjon, jf. også Innst. S. nr. 250 (2003–2004).

Korrigert årsresultat vil derfor vise et bedre resultat enn regnskapsmessig årsresultat fordi det bygges på andre avskrivningsforutsetninger.

I tillegg ble økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger (herunder særlig endrede anslag for lønnsvekst og rentenivå) holdt utenfor resultatmålet i 2006. Samlet for de regionale helseforetakene utgjorde dette om lag 1 mrd. kroner i økte pensjonskostnader. Stortinget ble informert om dette i St.prp. nr. 39 (2005–2006), jf. Innst. S. nr. 121 (2005–2006). I tabellene er resultatet for 2006 også justert for dette. I 2007 ble det gjennom St.prp. nr. 1 (2006–2007), jf. Budsjettinnst. S. nr. 11 (2006–2007) etablert et resultatkrav på et maksimalt regnskapsmessig underskudd på 1,4 mrd. kroner.

I perioden 2002–2007 har det samlede korrigerte regnskapsmessige årsresultatet vært 9,4 mrd. kroner. I samme periode har de regionale helseforetakene hatt et samlet regnskapsmessig årsresultat på minus 23,9 mrd. kroner. Forskjellen mellom resultatbegrepene skyldes unntak for regnskapsmessige avskrivninger høyere enn bevilgning til gjenanskaffelse av bygg og utstyr og unntak for økte pensjonskostnader, jf. omtalen over.

Tabell 5.4 Akkumulert underskudd per 31. desember 2007

Akkumulert underskudd sammenliknet med resultatkrav	9,4 mrd. kr
Korrigeringer og unntak fra balansekrav pga. manglende bevilgninger til avskrivninger	10,3 mrd. kr
Unntak fra resultatkrav pga økte pensjonskostnader	4,2 mrd. kr
Akkumulert regnskapsmessig underskudd	23,9 mrd. kr

Investeringer 2007

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i sykehusene. Dette helhetlige ansvaret er underbygget ved at midler til investeringer er lagt inn som en del av de regionale helseforetakenes basisbevilgninger og ikke gjennom øremerkede tilskudd.

Foretakenes årlige investeringer vil variere, i takt med hvilke utbygginger som pågår. Investeringstakten de senere år har vært høy, først og

fremst som følge av investeringsbeslutninger ved inngangen til reformen.

De regionale helseforetakene har totalt investert for om lag 8,6 mrd. kroner i 2007. Av dette er om lag 685 mill. kroner medgått til gjennomføring av prosjekter over Opptrappingsplanen for psykisk helse. Aktivitetsnivået er høyt, blant annet som følge av utbygging av Nye Ahus og St. Olavs Hospital, hvor det til sammen ble investert for 3,3 mrd. kroner i 2007.

De regionale helseforetakene har ikke adgang til å ta opp langsiktige lån i det private markedet. All langsiktig gjeld knyttet til investeringer skjer dermed med bakgrunn i årlige lånebevilgninger som fastsettes av Stortinget. Departementet fordele Stortingets fastsatte lånebevilgning til de regionale helseforetak på bakgrunn av framdrift og likviditetsbehov i vedtatte investeringsprosjekter som gis lånefinansiering.

Totalt ble det tatt opp 2,4 mrd. kroner i investeringslån i 2007, jf. omtale under kap. 732, post 82. Utbetalingen av det særskilte investeringstilskuddet, jf. kap. 732, post 81 på om lag 1,4 mrd. kroner, ble også brukt som delfinansiering av St. Olavs, Nye Ahus og Nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet, sammen med tilskudd fra Kunnskapsdepartementet til universitets- og høyskolearealene ved St. Olavs Hospital.

Kostnader som følge av slitasje og elde på bygg- og utstyr framkommer som avskrivninger i foretakenes regnskaper og reflekterer tidligere års investeringer. For å opprettholde verdien på foretakenes eiendeler må de årlige investeringene over tid være på nivå med de årlige avskrivningene.

Selv om investeringsaktiviteten har vært høy i 2007 er samlet kapitalnivå, målt ved netto avskrivningskostnader, relativt konstant og utgjør om lag 5,1 mrd. kroner. Nivået på avskrivningskostnadene vil øke etter hvert som de store pågående utbyggingssprosjektene tas i bruk.

Nærmere om gjeldssituasjonen ved utgangen av 2007

Helse- og omsorgsdepartementet vurderer at gjeldssituasjonen i de regionale helseforetakene er håndterbar, men det er avgjørende at det oppnås regnskapsmessig balanse slik at det ikke akkumuleres ytterligere kortsiktig gjeld (driftskreditt). De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for både investeringer og drift. Investeringer i bygg og utstyr må derfor tilpasses den langsiktige økonomiske bæreevnen til den enkelte region.

Tabell 5.5 Kortsiktig og langsiktig gjeld per 31. desember 2007

(mill. kr.)	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Totalt
Samlet langsiktig gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	6 692	2 071	2 186	1 196	12 146
Benyttet driftskreditt	2 496	1 312	1 594	398	5 800

De regionale helseforetakene har i perioden 2002–2007 investert for om lag 42 mrd. kroner. Av dette beløpet er 12,1 mrd. kroner finansiert ved langsiktige investeringslån.

Utover den langsiktige gjelden har også de regionale helseforetakene kortsiktig gjeld (driftskreditt) hos sin private bankforbindelse. Stortinget fastsetter den øvre rammen for hvor store driftskredittrammer de regionale helseforetakene kan ha. Ved utgangen av 2007 utgjorde denne øvre rammen 6,5 mrd. kroner. Departementet har ansvar for å fordele fastsatt ramme mellom de regionale helseforetakene. Benyttet driftskreditt utgjorde 5,8 mrd. kroner per 31. desember 2007.

Den kortsiktige gjelden skyldes flere forhold. De fleste regionale helseforetak har hatt vedvarende store underskudd i perioden. I tillegg har de hatt utbetalinger som har oversteget de regnskapsførte kostnadene på grunn av at pensjonspremiene har vært betydelig høyere enn de regnskapsførte pensjonskostnadene i perioden. En av årsakene til at den kortsiktige gjelden er lavere enn akkumulert regnskapsmessig underskudd er at de regionale helseforetakene har brukt av sin likviditet (bankinnskudd mv.). Dette handlingsrommet er nå betydelig redusert, noe som har ført til en sterk økning i driftskreditter i 2007. Det er derfor avgjørende at helseforetakene kommer i balanse slik at den kortsiktige gjelden ikke øker ytterligere.

Status 2008

Tabell 5.6 Prognose for avvik mellom årets resultatkrav og estimert årsresultat 2008

(mill. kr.)	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum landet
Estimert avvik mot resultatkrav	-500 til -600	0 til -200	50 til -50	-200 til -220	-650 til -1 070

Det er i 2008 stilt krav om at de regionale helseforetakene skal ha et resultat i balanse, korrigert for pensjonskostnader på totalt 600 mill. kroner, jf. omtalen nedenfor.

I forhold til eiers resultatkrav for 2008 viser de regionale helseforetakenes prognoser et samlet underskudd på i størrelsesorden 900 mill. kroner. Det presiseres at disse tallstørrelsene er å anse som anslag og de er følgelig beheftet med usikkerhet. De regionale helseforetakene har i sin rapportering angitt intervaller som oppsummert gir et intervall for resultatavvik fra minus 650 til minus 1070 mill. kroner. Prognosene for det enkelte regionale foretak går fram av tabell 5.6. Kostnadsbildet i inneværende år er også påvirket av at lønnsoppgjøret ble dyrere enn forutsatt. Departementet ser meget alvorlig på den økonomiske situasjonen og har en tett og løpende oppfølging av de regionale foretakene.

Som vist i tabell 5.6 er det særlig Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF som står overfor store utfordringer med hensyn til å nå kravene for 2008. I forhold til disse regionenes størrelse utgjør det antatte underskuddet i Helse Nord RHF om lag 1,8 pst. av inntektsnivået, mens det antatte underskuddet i Helse Sør-Øst RHF utgjør 1,0–1,2 pst. av inntektsnivået. Det anslåtte underskuddet i Helse Sør-Øst RHF må også sees i sammenheng med de omstillingsprosessene regionen er inne i som følge av fjorårets sammenslåing og det omfattende arbeidet som nå gjøres i forbindelse med hovedstadsprosessen.

Helse Vest RHF vurderer det som mest sannsynlig at resultatet for 2008 blir i størrelsesorden 0 til minus 100 mill. kroner (utgjør 0,6 pst. av inntektsbudsjettet), men har et verstefalls-anslag for resultatavvik på opp mot minus 200 mill. kroner.

Helse Midt-Norge RHF leverte i 2007 et årsresultat i tråd med styringskravet og hadde således et godt utgangspunkt for å kunne vise til gode økonomiske resultater også i 2008. Hittil i år har regionen et positivt avvik sammenliknet med budsjett, og regionen anser det som sannsynlig at styringskravet vil kunne nås i 2008.

Det gjennomføres kontinuerlig omstillings- og effektiviseringsarbeid innenfor helseforetakene. Blant annet er det etablert dialogmøter mellom regionale helseforetak og underliggende helseforetak der formålet er å få bedre styringsinformasjon, større forutsigbarhet, fokus på resultatkrav 2008 og tilstrekkelig kvalitet i rapporteringen. Det arbeides også med videreutvikling av regionenes gjennomgående styringssystem, både i forhold til utvikling av nye indikatorer og når det gjelder samordning i forhold til en helhetlig rapporteringsstrategi. Flere helseforetak har i tillegg etablert egne analyseteam som fokuserer på risikovurdering og omstillingstiltak i hele foretaket.

Investeringsaktiviteten er høy også i 2008 og gjelder i hovedsak videreføring av vedtatte større investeringer, samt fornyelse av utstyr, IKT mv. Samlet er det planlagt investert for om lag 8,2 mrd. kroner, hvor 1,77 mrd. kroner finansieres gjennom låneopptak. Hoveddelen av nye Ahus er planlagt ferdigstilt og tatt i bruk i oktober 2008.

Resultatkrav for 2008

I St.prp. nr. 1 (2007–2008) ble stilt krav om at alle regioner skulle gå i balanse i 2008, gitt økningen til gjenanskaffelse og fornyelse av bygg og utstyr. Samtidig ble økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske parametere unntatt fra resultatkravet til de regionale helseforetakene. Disse resultatkravene ble fastsatt i foretaksmøter i januar 2008. Det ble også varslet at regjeringen ville komme tilbake til håndtering av de pensjonskostnadene som oppstår som følge av disse endrede økonomiske forutsetninger. Gjennom Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 59 (2007–2008), jf. Innst. S. nr. 270 (2007–2008), ble det bevilget til sammen 3200 mill. kroner til dekning av økte pensjonspremier for de regionale helseforetakene. I tillegg ble det bevilget 320 mill. kroner til dekning av pensjonskostnader for private helseinstitusjoner med drifts- eller kjøpsavtale med regionale helseforetak. Bevilgningen på til sammen 3520 mill. kroner innebar at pensjonskostnadene som allerede var unntatt fra resultatkravet til de regionale helseforetakene ble redusert med 3200 mill. kroner, fra 3800 mill. kroner til 600 mill. kroner. De nye resultatkravene ble presisert i foretaksmøter med de regionale helseforetakene i juni 2008.

Økonomiske krav 2009

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å legge til rette for riktige faglige prioriteringer og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Aktivitetsnivået i de regionale helseforetakene må tilpasses de økonomiske rammebetingelsene som er lagt for sektoren.

Resultatkrav 2009

Det stilles krav om at alle regionale helseforetak skal gå i regnskapsmessig balanse i 2009. Til tross for at de regionale helseforetakene er pålagt å styre mot balanse, ligger det likevel an til et avvik mot styringskravet på i størrelsesorden 900 mill. kroner i 2008. Et krav om balanse i 2009 vil derfor kunne innebære til dels store omstillinger der hele bredden av helseforetakenes virksomhet kan bli berørt. Dette må gjøres innenfor rammene gitt av helseforetakenes «sørge-for»-ansvar og styringskrav gitt av departementet i oppdragsdokument og foretaksmøter. Det forutsettes at omstillingsarbeidet skjer i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

Departementets prioriterte områder i 2009

Samhandling og forebygging

Arbeidet for å skape koordinerte og helhetlige tjenester for pasientene skal intensiveres, jf. arbeidet med en samhandlingsreform. Det vises til omtale i del III om Nasjonal helseplan. Samlet foreslås det satt av 95 mill. kroner til samhandlingstiltak i 2009. Innenfor gjeldende inntektsramme for de regionale helseforetakene foreslås det omdisponert 40 mill. kroner til målrettede samhandlings- og forebyggingstiltak i 2009. Midlene skal bl.a. gå til pilotprosjekter og lokale samhandlingstiltak mellom kommuner og helseforetak, herunder interkommunale samarbeidsmodeller. Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse 1998–2008 er kapasiteten innenfor kommunene og spesialisthelsetjenesten økt og modernisert. For å bidra til økt samhandling mellom kommunene og distriktpsikiatriske sentre, foreslås det omdisponert 50 mill. kroner i 2009. I tillegg foreslås 5 mill. kroner til samhandlingsprosjekter under Opptappingsplanen for rusfeltet.

Kvalitet

De regionale helseforetakene skal tilby befolkningen likeverdige helsetjenester av god kvalitet. Vi har en god helsetjeneste i Norge og pasienterfaringsundersøkelser viser at det store flertall av

pasientene er fornøyde. Likevel bidrar stadig ny kunnskap og nye metoder, samt økende etterspørsel og forventninger fra befolkningen til at kvalitetsforbedring må være en kontinuerlig prosess i helsetjenesten.

Det er dokumentert at det i bl.a. kreftkirurgien er utviklet behandlingsmetoder som gir bedre overlevelse og behandlingsresultater dersom de samles i færre enheter. Dette er i tråd med anbefalingene i Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009. OECD sin rapport *Health at a Glance 2007* viser at Norge har et potensial for å bedre kvaliteten innen kreftbehandling. Helsedirektoratets rapport *Aktivitetsutvikling og ventetider i somatisk spesialisthelsetjeneste 2002–2007* viser at enkelte former for kreftbehandling utføres på for mange sykehus i Norge. For å oppnå pasientbehandling med best mulig kvalitet og sikkerhet for pasientene, legges det opp til en sterkere spesialisering av kreftkirurgien i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger. Helsedirektoratet vil i løpet av høsten 2008 gi en anbefaling om behandlingsvolum, samt faglige og organisatoriske krav til sykehus som skal kunne tilby kirurgisk behandling av aktuelle kreftformer.

Helsetilsynet gjennomførte i 2007 landsomfattende tilsyn med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i spesialisthelsetjenesten. Totalbildet viste at mangelfull styring og ledelse preget hverdagen i disse akuttmottakene. Etter Helsetilsynets vurdering gir dette til tider uforsvarlig pasientbehandling. Foretaksmøter med de regionale helseforetakene i mars 2008 la til grunn at de regionale helseforetakene må sikre at ledelsen ved helseforetakene setter i verk systematiske tiltak for å få bedre styring, ledelse og drift av akuttmottakene. Dette arbeidet må videreføres og gis nødvendig prioritet i 2009.

Det er viktig at de regionale helseforetakene i 2009 viderefører påbegynt arbeid innenfor nasjonale medisinske kvalitetsregistre, pasientsikkerhet, utvikling av og implementering av nasjonale faglige retningslinjer, utvikling og bruk av Helsebiblioteket, brukermedvirkning og kartlegging av brukererfaringer. Videre skal de regionale helseforetakene bidra til større åpenhet og lettere tilgang til informasjon om tjenestene ved bl.a. utvikling og bruk av indikatorer. For at brukere, fagpersoner og ledere innenfor helsetjenesten skal ha den ønskede nytten av indikatorer, må de regionale helseforetakene vektlegge gode rapporteringsrutiner og rutiner for å sikre god datakvalitet samt at resultatene brukes aktivt av ledelse og fagmiljø. For nærmere omtale av nasjonale medisinske kvalitetsregistre vises det til kap. 732, post 70.

Internasjonale studier tyder på at rundt 10 pst. av alle innleggelse i sykehus resulterer i en uønsket

hendelse. De langt fleste av hendelsene er forårsaket av svikt i systemet. Anslag tyder på at minst halvparten av denne typen svikt kunne vært forebygget. Gode system for rapportering og håndtering av uønskede hendelser og nestenhendelser er viktig for at foretakene gjennom sin internkontroll skal fange opp hendelsene og lære av dem slik at det ikke skjer igjen. Det er etablert en Nasjonal enhet for pasientsikkerhet med formål å understøtte helsetjenestens arbeid på pasientsikkerhetsområdet.

Kliniske etikk-komiteer skal bidra til å høyne kompetansen i klinisk etikk og bidra til grundig og systematisk håndtering av etiske problemstillinger. Komiteene skal fortsatt sikres nødvendige rammer og ressurser.

Prioritering

Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester øker bl.a. på grunn av økt befolkning, endret alderssammensetning og medisinsk-teknologiske utvikling. Det foreslås bevilget 1026 mill. kroner til å øke pasientbehandlingen med 1,5 pst. fra det aktivitetsnivået som nå anslås for 2008 basert på aktivitets- og regnskapstall for første tertial og juni 2008. Denne veksten vil gjelde all behandling som er omfattet av de aktivitetsbaserte tilskuddsordningene (innsattsstyrt finansiering og tilskudd til poliklinisk behandling), så vel som behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabilitering, psykiatri og rus). Det vil fortsatt være et krav til de regionale helseforetakene at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn innen somatikk. Det er nå behov for å presisere at det innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et særlig behov for økt kapasitet.

Opptappingsplan på rusfeltet ble vedtatt i forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2007–2008), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008). Dette er en plan for perioden 2006–2010. Planen har fem hovedsatsingsområder:

- tydelig folkehelseperspektiv,
- bedre kvalitet og økt kompetanse,
- mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering,
- forpliktende samhandling og økt brukerinnflytelse og
- bedre ivaretagelse av barn og pårørende.

Forslaget om en generell aktivitetsvekst på 1,5 pst. til de regionale helseforetakene i 2009 omfatter også rusbehandling. I tillegg foreslås det 120 mill. kroner til tverrfaglig spesialisert behandling og 35 mill. kroner til LAR, hvor av 28 mill. kroner vil bli tildelt over ulike poster på kap. 732. Disse midlene

vil bidra til å styrke kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert behandling og LAR og samtidig også heve kvaliteten på disse tjenestene. Rusmiddelavhengige er en pasientgruppe som i særlig grad har behov for sammensatte og tilrettelagte tjenester. Det er først når samhandlingen mellom tjenestene i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene fungerer optimalt at man får de beste tjenestene til best nytte for den enkelte pasient. I tillegg vil økt brukerinnflytelse og brukermedvirkning være av høy prioritet. Det vises til kap. 718 og kap. 726, post 70 for omtale av rusfeltet og Opptrappingsplan på dette området.

Opptrappingsplanen for psykisk helse avsluttes i 2008. I 2009 vil krav til aktivitetsvekst innenfor psykisk helsevern være ivarettatt gjennom forslaget om en generell aktivitetsvekst på 1,5 pst. til de regionale helseforetakene. At Opptrappingsplanen avsluttes etter 2008 innebærer at øremerkede tilskudd til drift og investeringer til psykisk helsevern til de regionale helseforetakene i hovedsak skal innlemmes i basisbevilgningene. Øremerkingen, som har vært et viktig virkemiddel for å realisere målene i opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2008), faller bort. Det er gjennom planen investert for om lag 6,3 mrd. kroner i løpet av perioden (tilsvarende 8,8 mrd. 2008-kroner). Driftsutgiftene er økt gradvis til et nivå som reelt ligger 6,1 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998 målt i 2008-kroner. Det vises til kap. 743 for nærmere omtale av status for Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Målet om et helhetlig helsetjenestetilbud som gir bedre helse, medvirkning og mestring til den enkelte bruker krever at habilitering og rehabilitering vektlegges sterkere også i spesialisthelsetjenesten. Rehabiliteringsrettede tiltak må styrkes i omfang og kvalitet, og det må settes inn tilstrekkelige ressurser på området slik at det etableres en riktig kapasitet for tjenestene. I stor grad dreier dette seg om at habilitering og rehabilitering blir høyere prioritert innad i de ulike virksomhetene i spesialisthelsetjenesten. Nær samhandling mellom enhetene i spesialisthelsetjenesten, mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom utdannings-, arbeids- og velferdsetatene er helt avgjørende for at pasienten kan gjennomføre en vellykket rehabiliteringsprosess ved sykdom eller funksjonshemming.

I arbeidet med kvalitet og prioritering er det en utfordring å finne en god balanse mellom hensynet til helhetlig styring og lokal frihet. Nye behandlingsmetoder, avansert elektronisk utstyr og nye medikamenter utvikles kontinuerlig. Helsetjenestene skal tilby nye typer behandling, når effekten er dokumentert virkningsfull og den står i et rimelig forhold til kostnadene. Det er en utfordring å gjøre riktige

avveininger mellom den behandling pasienten ønsker og det som er medisinskfaglig forsvarlig og samfunnsøkonomisk fornuftig. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ble bl.a. på denne bakgrunn opprettet i 2007. Rådet har som formål å bidra til mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioritering i helsetjenesten.

De regionale helseforetakene skal videreføre sitt arbeid med å sikre at prioriteringsforskriften følges opp og dermed sikre riktige prioritering mellom og innenfor pasientgrupper. Selv om ulikheten i andel pasienter tildelt rett til nødvendig helsehjelp er blitt mindre, er forskjellene fortsatt for store mellom helseregionene (fra 52 pst. i Helse Nord RHF til 85 pst. i Helse Midt-Norge RHF). Når de nasjonale veilederne fra prosjektet Riktige prioritering foreligger, blir det viktig at disse tas i bruk.

Forskning og nyskaping

Forskning gir kunnskap om effekter av eksisterende og ny behandling. Forskning er derfor viktig for at tjenestetilbudet skal være av høy kvalitet og for å kunne foreta riktige prioriteringer. Implementering av nye løsninger innen bl.a. IKT og medisinsk teknologi kan bidra til økt kvalitet, bedre samhandling og en mer kostnadseffektiv helsetjeneste. Departementet vil derfor prioritere et fortsatt strategisk fokus på forskning og innovasjon i helseforetakene i tråd med nasjonale målsettinger, herunder forskning på kunnskapssvake fagområder.

Prioriterte områder i eierstyringen 2009

Helseforetakene har fortsatt utfordringer med å ivareta gode pasienttilbud til befolkningen parallelt med behovet for å drive virksomhetene innenfor gjeldende ressursrammer. Behovet for økonomisk kontroll i spesialisthelsetjenesten vil også i 2009 være et prioritert område i eierstyringen av de regionale helseforetakene. Dette er svært viktig både av hensyn til effektiv bruk av de store ressursene som årlig bevilges til sektoren, og for at helseforetakene fortsatt skal kunne yte og videreutvikle gode tjenestetilbud til pasientene. Dette fordrer igjen tydelig eierstyring og oppfølging fra departementet overfor de regionale helseforetakene. Like så legges det til grunn at regionale helseforetak har gode styrings- og oppfølgingsopplegg overfor sine underliggende helseforetak som sikrer at kravene som blir stilt til virksomhetene blir fulgt opp og innfris. Et annet og fortsatt prioritert område også i 2009, vil være oppfølging av nasjonal styring og samordning av helseforetakene på utvalgte områder. Dette er påkrevd for å nyttiggjøre mulig-

heter og samordningsgevinster som ligger i det statlige eierskapet.

Oppfølging av samordningsarbeidet i Helse Sør-Øst RHF er et område som også vil ha stor oppmerksomhet i 2009 både når det gjelder hvordan Helse Sør-Øst RHF gjennomfører prosessen og for å se til at tiltakene som velges har god forankring i helsepolitikken slik den er trukket opp av Stortinget, regjeringen og departementet.

Helse- og omsorgsdepartementet har i 2008 satt i gang et arbeid for å vurdere utviklings- og forbedringstiltak innenfor helseforetaksmodellen. Innføring av helseforetaksmodellen var i stor grad en ansvarsreform der to forhold var sentrale: Bedre og systematisk nasjonal styring av sykehusene, og myndiggjøring av den utøvende helsetjenesten (helseforetakene/sykehusene). Vurderingen så langt er at det i regi av de regionale helseforetakene og helseforetakene har skjedd en betydelig utvikling i årene som har gått siden 2002. Det er etablert en organisatorisk struktur som på en god måte tar opp i seg hovedformålene bak reformen og som legger godt til rette for videre utviklingsarbeid. Helse- og omsorgsdepartementet vil videreføre arbeidet i 2009, med vekt på dialog mellom departementet, foretak og involverte aktørgrupper med sikte på å vurdere så vel juridiske som styringsmessige utviklingstiltak, med særlig vekt på nasjonal styring og samordning innenfor helseforetaksmodellen.

Andre saker

Organdonasjon og transplantasjoner

Flere mennesker som trenger det skal få tilbud om en livreddende transplantasjon. Regjeringens mål er å øke antall donasjoner fra avdøde til 30 per million innbyggere årlig slik at flere skal få tilbud om en livreddende transplantasjon. Ethiske hensyn tilsier at det ikke angis konkret når målet skal realiseres. Andelen levende givere av nyre (familiemedlem) skal opprettholdes på en 40 pst. andel av alle nyretransplantasjoner i årene framover.

I første halvår 2008 ble det transplantert 249 organer til 224 pasienter ved Rikshospitalet. I samme periode i 2007 ble det transplantert 219 organer til 199 pasienter. Hovedårsaken til den økte aktiviteten er at det ble meldt inn flere potensielle donorer fra landets donorsykehus. Det ble i første halvår 2008 registrert 128 potensielle donorer, hvor 52 resulterte i donasjon. I samme periode i 2007 ble det meldt inn 110 potensielle donorer og 48 resulterte i donasjon. Dette tilsvarer 22 donasjoner per million innbyggere på årsbasis.

Regjeringen innførte fra 2008 en tilleggsrefusjon for organdonasjon i ISF-ordningen. I tillegg er

det satt ytterligere fokus på organdonasjon i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Donoransvarlige leger ved landets universitetssykehus skal frigjøres i deltid for å kunne ivareta oppgavene med organdonasjon. Disse tiltakene har sammen gjort at det har blitt meldt inn flere potensielle donorer enn tidligere. Ventelistene til transplantasjoner har også gått ned.

Våren 2008 la en departementsforankret arbeidsgruppe fram en rapport med anbefalinger til hvordan organdonasjon og transplantasjoner bør organiseres framover. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge opp rapportens anbefalinger med vekt på å styrke nasjonal koordinering av organdonasjon og å opprette og ha sekretariatsfunksjon for et nasjonalt fagråd for organdonasjon og transplantasjon. Det skal også utarbeides en handlingsplan for kronisk nyresykdom med vekt på forebygging og tidlig behandling i primærhelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF har fått i oppdrag å vurdere faglige, organisatoriske og driftsmessige aspekter ved en økning av transplantasjonskapasiteten ved Rikshospitalet HF til regjeringens mål om 30 donasjoner per million innbyggere.

Sykehusbarnehager

Stortinget sluttet seg i 2007 til regjeringens holdning til situasjonen i barnehagene, jf. Budsjettinnst. S. nr. 11 (2006–2007), jf. St.prp. nr. 1 (2006–2007) for Helse- og omsorgsdepartementet og St.prp. nr. 1 (2006–2007) for Kunnskapsdepartementet. Dette innebar at de aktuelle kommuner og helseforetak ut fra lokale behov finner løsninger som opprettholder nødvendige barnehageplasser. Helseforetakene ønsker i noen tilfeller å redusere eller legge ned driften av sykehusbarnehagene fordi dette ikke er en del av kjernevirksomheten.

Regjeringen har foreslått en endring i finansieringsordningen for ikke-kommunale barnehager som følge av innlemming av barnehagetilskudd i rammetilskuddet til kommunene, jf. Ot.prp. nr. 57 (2007–2008). En ny finansieringsordning vil gjelde for alle barnehagene fra 2011, inkludert sykehusbarnehagene. Inntil innlemming av barnehagetilskudd blir innført legger regjeringen vekt på at det er viktig at helseforetakene og kommunene finner fram til lokale løsninger som gjør at antall barnehageplasser ikke reduseres i kommuner der de trengs for å nå full barnehagedekning. Det er også viktig for at kommunene skal kunne oppfylle lovfestet rett til barnehageplass, som etter planen vil tre i kraft fra 2009.

Oppheving av klausul på eiendom tilhørende Sørlandet sykehus HF

I forbindelse med eiendomssalg ved Sørlandet sykehus HF ble det bedt om foretaksmøtets samtykke til å selge 6000 kvm av hovedeiendommen ved Sørlandet sykehus HF – Kristiansand til Kristiansand kommune. Skjøtet på den aktuelle eiendommen har en klausul som begrenser myndigheten til å beslutte avhending eller formålsendringer:

«Ingen del av eiendommen må avstås eller nyttes til annet formål enn drift av psykiatrisk sykehus uten Stortingets samtykke eller Sosialdepartementets samtykke i henhold til bemyndigelse gitt ved Sttingsvedtak av 6. juni 1964, jf. Innst. S. nr. 238 (1963–64) og St.prp. nr. 113 (1963–1964).»

Klausulen ble utarbeidet i forbindelse med at eiendommen ble overdratt til fylkeskommunene Aust-Agder og Vest-Agder i 1961 og den ble endret i 1964 til ovenstående. Eierskapet er nå hos det statlige helseforetaket som også har ansvar for å ivareta det formålet som virksomheten dekker. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår derfor å oppheve de begrensningene som er lagt på skjøtet, jf. forslag til romertallsvedtak V, nummer 4.

Oppfølging av anmodningsvedtak

Stortinget fattet 12. juni 2001 anmodningsvedtak nr. 573 (2000–2001):

«Stortinget ber Regjeringen utarbeide særskilte kompetansekrav til frivillige mannskaper som er engasjert i ambulansetjeneste/ supplerings-tjeneste f.eks. ved idretts og kulturarrangementet og ulike redningsaksjoner.»

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å nedsette en arbeidsgruppe som skal gjennomgå og utrede hvilken framtidig rolle og ansvar de frivillige organisasjonene skal ha i ambulansetjenesten og som førstehjelpere, samt hvordan samarbeidet med den øvrige helsetjenesten skal innrettes. Arbeidsgruppen forventes å levere sin rapport i tredje tertial 2008.

Stortinget fattet 6. desember 2006 anmodningsvedtak nr. 125 (2006–2007):

«Stortinget ber Regjeringen vurdere lovfesting eller regelfesting knyttet til behovene til pårørende, barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige innen rus- og psykiatritjenestene og komme tilbake til Stortinget på en egnet måte.»

Høringsnotat med forslag til lov- og forskriftsendringer som styrker barnas rettsstilling er sendt på høring 22. april 2008, med høringsfrist 22. august 2008. En odelstingsproposisjon vil ev. kunne fremmes våren 2009.

Stortinget fattet 19. juni 2008 anmodningsvedtak nr. 614:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at det legges til rette for at helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det i enkelttilfeller, skal kunne fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning.»

Odelstingetsvedtak 11. juni 2008 om lov om endringer i ekteskapsloven, barnelova, adopsjonsloven, bioteknologiloven mv. (felles ekteskapslov for heterofile og homofile par) ble stadfestet av Lagtinget 17. juni 2008. Lovendringene trer i kraft 1. januar 2009. Lovendringene i bioteknologiloven åpner for å tilby assistert befruktning til lesbiske par som er gift eller samboere i ekteskapsliknende forhold på lik linje med heterofile par. Det skal ikke gjøres forskjell på lesbiske og heterofile par. Alle par som søker assistert befruktning skal vurderes og prioriteres etter de samme kriterier. Det er ikke vedtatt noen lovbestemt reservasjonsrett for helsepersonell. Ansvaret for å tilby assistert befruktning i henhold til bestemmelsene i bioteknologiloven påligger de regionale helseforetakene. Dette innebærer bl.a. at de regionale helseforetakene må planlegge og organisere sitt tilbud om assistert befruktning slik at det ikke gjøres forskjell på lesbiske og heterofile par. Innenfor disse rammer vil departementet før loven trer i kraft be om at de regionale helseforetakene organiserer og tilrettelegger sitt tilbud om assistert befruktning slik at helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det, i enkelttilfeller kan fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning.

Post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren

Posten dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som vil bli finansiert innenfor bevilgningsforslaget på 8,1 mill. kroner i 2009.

Følgeevaluering av ny inntektsfordeling for regionale helseforetak

Det vises til regjeringens forslag til oppfølging av Magnussenutvalgets innstilling, jf. NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helsefore-

tak. Utvalget hadde flere forslag til forhold som krever videre utredning. Departementet vil sette i gang en «følge med»-evaluering i forbindelse med gjennomføringen av ny inntektsfordeling. Det foreslås at det flyttes 4 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger (kap. 732, postene 72–75) til denne posten. Midlene disponeres av Helse- og omsorgsdepartementet.

Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene

Helse- og omsorgsdepartementet har etter anbuds-konkurranse inngått kontrakt med Nifu Step for måling av forskningsaktivitet i helseforetakene for perioden 2008–2010. Målesystemet ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av øremerket tilskudd til forskning i helseforetakene over kap. 732, post 78. Kunnskapsdepartementet har nedsatt en arbeidsgruppe ledet av Nifu Step som skal vurdere mulighetene for å etablere en felles database for registrering vitenskapelig publisering i Norge. Dette vil kunne bidra til bedre kvalitetssikring og økt samordning av sektortilpassede målesystemer for forskning.

Det er fra 2007 etablert et permanent nasjonalt rapporteringssystem for kartlegging av ressursbruk til forskning i helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet har i samråd med Kunnskapsdepartementet gitt Norges forskningsråd i oppdrag å sikre videreutvikling og samordning av systemet for måling av forskningsressurser i helseforetakene med eksisterende system for måling av nasjonal ressursbruk til FoU i regi av Nifu Step.

Det vil sikre en enhetlig nasjonal forskningsstatistikk og redusert rapporteringsbyrde for de regionale helseforetakene. Samordningen vil innebære at måling av forskning i helseforetakene tilfredsstiller rapporteringskrav til OECD og fra 2008 videreutvikles til også å omfatte utviklingsarbeid i helseforetakene.

Landsverneplan for kulturhistoriske eiendommer

Det foreslås å avsette midler til slutføring av det igangsatte arbeidet med landsverneplanen for helsesektoren i 2009. Prosjektet har vist at det er behov for noen supplerende prosesser med Riksantikvaren og enkelte helseforetak i forhold til enkelte verneobjekter, bl.a. i påvente av hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst RHF.

Post 70 Tilskudd til helseforetakene

Hovedregelen er at tildeling til basisbevilgningene til de regionale helseforetak skjer på postene 72 til 75. Særskilte forhold gjør det nødvendig å bevilge midler over en felles post, post 70. Som en oppfølging av regjeringens forslag til fordeling av basisbevilgningen mellom de regionale helseforetak, foreslås det å flytte tilskudd til opptreningsinstitusjoner, pasienttransport, medisinerstudenter, Modum Bad og Viken senter til postene 72 til 75.

Bevilgningsforslaget under post 70 på 619,2 mill. kroner dekker i 2009 tilskudd til formål som går fram av tabell 5.7.

Tabell 5.7

	(i mill. kr)
Pensjoner til private	320,0
Luftambulansetjenesten	66,9
Omlegging av arbeidsgiveravgift	133,9
Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter	26,1
Nasjonale medisinske kvalitetsregistre	31,0
Samhandling og forebygging	40,0
Akuttnettverket	1,3

Pensjoner til private

Gjennom Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 59 (2007–2008), jf. Innst. S. nr. 270 (2007–2008), ble det bevilget til sammen 3200 mill. kroner til dekning av økte pensjonspremier for de regionale helseforetakene. I til-

legg ble det bevilget 320 mill. kroner til dekning av pensjonskostnader for private helseinstitusjoner med drifts- eller kjøpsavtale med regionale helseforetak. Denne bevilgningen er videreført i budsjettforslaget for 2009. Det vises til omtale av pensjoner i kap. 732, post 72 til 75.

Luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten ANS ble opprettet 1. januar 2004, og eies av de fire regionale helseforetakene. Luftambulansetjenesten ANS er et felles ansvarlig selskap som ivaretar den operative del av luftambulansetjenesten, herunder tiltak av nasjonal karakter. Luftambulansen ANS er finansiert gjennom tilskudd fra de fire eierne, beregnet ut fra aktiviteten i den enkelte region, og gjennom tilskudd fra Helse- og omsorgsdepartementet til dekning av felleskostnader. I 2008 ble det bevilget 64,1 mill. kroner til luftambulansetjenesten over kap. 732, post 70. For 2009 foreslås det bevilget 66,9 mill. kroner til luftambulansetjenesten.

Det vises til anmodningsvedtak nr. 192 av 10. desember 2007, jf. Dokument nr. 8:81 (2006–2007), og Innst. S. nr. 51 (2007–2008):

«Stortinget ber Regjeringen vurdere hvordan en kan sikre luftambulansen gode landingsmuligheter ved norske sykehus.»

Som en del av kvalitetssikringen knyttet til Justis- og politidepartementets prosjekt for anskaffelse av nye redningshelikoptre, har Luftambulansetjenesten ANS gjennomført en kartlegging av landingsforholdene for ambulanshelikopter og redningshelikopter ved norske sykehus som har akuttfunksjoner.

Kartleggingen viser at landingsplassenes beskaffenhet er svært varierende. Det varierer fra nye og spesielt tilrettelagte plasser til enkle asfalt-, grus- eller gressplasser. Blant de 54 sykehusene som inngår i kartleggingen er det 24 som oppgir at de har landingsplass godkjent av Luftfartstilsynet. Nærliggende luftambulansbase brukes som landingsplass ved åtte av sykehusene. 16 av de 54 sykehusene oppgir at de ikke har noen tilrettelagt landingsplass, og her benyttes idrettsplasser, parkeringsplasser e.l. og i en del tilfeller benyttes lokale flyplasser. Sea King redningshelikopter er større og kan derfor ikke lande ved alle av de ordinære landingsplassene for ambulanshelikopter. Sea King er imidlertid underlagt militære luftfartsbestemmelser og kan lande der det er forsvarlig, uavhengig av sivil godkjenning.

Nærhet mellom sykehusets akuttmottak og landingsplass, slik at transport med bilambulanse kan unngås, er vesentlig av hensyn til tidsfaktor, sikkerhet og skånsom transport av pasienten. Kartleggingen viser at om lag halvparten av sykehusene har landingsplass for ambulanshelikopter så nær akuttmottak at bilambulansetransport som oftest ikke er nødvendig. For Sea King redningshelikopter er videre transport med bilambulanse nød-

vendig ved flere sykehus, pga av landingsbegrensninger.

Flere sykehus har konkrete planer om bygging av nye landingsplasser, bl.a. som del av byggeprosjekter som planlegges/er i gang. Mange sykehus har gitt tilbakemelding om miljøproblemer knyttet til helikopterlandinger. Forhold som går igjen er støy for naboer, eksosluft og problemer knyttet til rotorvind. Dette er forhold som må avveies ved lokalisering, særlig gjelder dette i sentrale by og/eller boligområder.

Departementet vil se oppfølgingen av den foreliggende kartleggingen av landingsforholdene for ambulanshelikopter og redningshelikopter ved norske sykehus i sammenheng med oppfølgingen av rapport fra en arbeidsgruppe som er nedsatt for å gjennomgå de prehospitale tjenestene med hovedvekt på bil- og båtambulansetjenesten og AMK-sentralene. Arbeidsgruppa skal avlevere sin rapport innen utgangen av 2008.

Omlegging av arbeidsgiveravgift

I 2004 ble det gjennomført en omlegging i den norske ordningen med differensiert arbeidsgiveravgift. Omleggingen innebar opprettholdelse av nullsats for tiltakssonen i Nord-Troms og Finnmark, mens det for øvrige soner skulle brukes høyeste sats (14,1 pst.). I 2004 ble det innført en kompensasjonsordning til helseforetakene for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift.

Fra 1. januar 2007 ble differensiert arbeidsgiveravgift gjeninnført i store deler av landet. Ordningen omfatter hele Nord-Norge og mange enkeltkommuner i landet for øvrig. Kompensasjonsbeløpet til de regionale helseforetak ble som følge av omleggingen i 2007 redusert. Kompensasjonsbeløpet foreslås videreført i 2009 med 133,9 mill. kroner, med fordeling mellom regionale helseforetak som i tabell 5.8.

Tabell 5.8

	(i mill. kr)
Helse Sør-Øst RHF	19,7
Helse Vest RHF	23,2
Helse Midt-Norge RHF	23,6
Helse Nord RHF	67,4

Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter

Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere turnuskandidatene til selvstendighet i yrkesutøvelsen og grunnlag for autorisasjon som lege eller fysio-

rapeut. Organiseringen av turnustjenesten skal sikre god kvalitet og bidra til forutsigbarhet for turnusstedet og turnuskandidaten. Tilskuddet skal kompensere turnusstedet (helseforetak og private opptreningsinstitusjoner) for å ha turnuskandidater i klinisk tjeneste, veilederprogrammer og kurs for turnuskandidatene. Hoveddelen av kostnadene for kandidater i turnustjeneste i sykehus dekkes imidlertid av kap. 732, postene 72–75, til de regionale helseforetakene.

Tilskuddet er 25 000 kroner per år per turnusplass, og utbetales til det regionale helseforetaket. Antall turnusplasser for leger er om lag 450 per halvår og for fysioterapeuter om lag 150 per halvår. For å forenkle administrasjonen av tilskuddet, vil tilskuddet fra 2009 bli beregnet på grunnlag av antall opprettede turnusplasser per oktober foregående år i stedet for faktisk antall gjennomførte turnusperioder. De regionale helseforetakene skal fordele tilskudd til private opptreningsinstitusjoner som det er inngått avtale med basert på opprettede plasser per oktober foregående år. Det foreslås bevilget 26,1 mill. kroner til tilskuddet i 2009, med fordeling mellom de regionale helseforetak som i tabell 5.9.

Tabell 5.9

	(i mill. kr)
Helse Sør-Øst RHF	11,8
Helse Vest RHF	4,7
Helse Midt-Norge RHF	4,8
Helse Nord RHF	4,8

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Opprettelse og utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre er av avgjørende betydning for å dokumentere behandlingskvalitet, gi grunnlag for å sammenlikne behandlingsresultater mellom sykehus og for å drive klinisk forbedringsarbeid. Hovedformålene med kvalitetsregistre er kvalitetsforbedring og forskning. Det foreslås å prioritere medisinske kvalitetsregistre innenfor inntektsrammen til helseforetakene i 2009 med en ramme på 32 mill. kroner.

Det foreslås sterkere nasjonal styring for å effektivisere arbeidet med etablering og drift av medisinske kvalitetsregistre. Basert på tilrådinger fra Helsedirektoratet, beslutter departementet opprettelse av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Helsedirektoratet gis i oppdrag å etablere et nasjonalt nettverk mellom sentrale aktører på register-

området, herunder alle regionale helseforetak, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Locus, Kompetansesenter for IKT i helse- og sosialsektoren, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), Kreftregisteret m.fl. Det foreslås videre etablert et nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre i Helse Nord RHF og en styrking av arbeidet med tekniske fellesløsninger i Helse Midt-Norge RHF. Ansvaret for medisinske kvalitetsregistre ligger hos regionale helseforetak. Det foreslås at midlene som trekkes ut av basisrammen tilbakeføres til regionale helseforetak, med unntak av 1 mill. kroner som tildeles Helsedirektoratet for å ivareta direktoratets oppgaver på kvalitetsregisterområdet. Av beløpet på 32 mill. kroner overføres 11 mill. kroner til Helse Nord RHF ved SKDE som skal etablere et nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Det forutsettes at SKDE inngår forpliktende samarbeidsavtale med Nasjonalt folkehelseinstitutt for å sikre samordning mellom kvalitetsregistre og øvrige nasjonale helseregistre. Videre overføres 5 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF til utvikling av tekniske fellesløsninger. De resterende 15 mill. kroner foreslås fordelt mellom de regionale helseforetakene til implementering av felles tekniske løsninger.

Det vises også til omtale av Nasjonalt helseregisterprosjekt under kap. 710. Som del av Nasjonalt helseregisterprosjekt skal det blant annet utredes et nasjonalt hjerte-kar-register med tilhørende kvalitetsregistre innenfor hjerte-karområdet.

Samhandling og forebygging

Innenfor gjeldende inntektsramme for de regionale helseforetakene foreslås det omdisponert 40 mill. kroner til målrettede samhandlings- og forebyggingstiltak i 2009. Midlene skal bl.a. gå til pilotprosjekter og lokale samhandlingstiltak mellom kommuner og helseforetak, herunder interkommunale samarbeidsmodeller. Midlene skal også understøtte arbeidet med samhandlingsreformen. Det vises til omtale i del III om nasjonal helseplan.

Akuttnettverket

Det foreslås å flytte 1,3 mill. kroner fra kap. 743 Statlige stimuleringsstiltak for psykisk helse, post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid. Midlene skal gå til Nettverk for forskning og evaluering (Akuttnettverket). Departementet vil fordele midlene mellom de regionale helseforetak i oppdragsdokumentene for 2009.

Postene 72–75 Tilskudd til regionale helseforetak (basisbevilgning)

Basisbevilgningen til de fire regionale helseforetak skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsetningene i spesialisthelsetjenesten. Regjeringens forslag til nytt inntektssystem for regionale helseforetak følger nedenfor. Deretter følger en omtale av pensjoner og andre saker som har konsekvenser for bevilgningsforslagene under postene 72 til 74.

Nytt inntektssystem for regionale helseforetak

Regjeringen nedsatte i 2006 et utvalg som skulle vurdere systemet for fordeling av basisbevilgningen mellom de regionale helseforetak. Magnusenutvalget leverte sin innstilling NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak til Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2008.

Utvalgets forslag

Formålet med inntektsutjevningen er å legge til rette for et likeverdig tjenestetilbud i hele landet.

Utvalget mener at fordeling av basisbevilgningen mellom regionale helseforetak dels skal avspeile ulike behov for spesialisthelsetjenester og dels ulike kostnader for å frambringe de samme tjenestene. Utvalget har foretatt analyser av somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og prehospitale tjenester. Modellen for inntektsutjevning er bygd opp av såkalte behovs- og kostnadsindekser, slik det også er i inntektsutjevningen i kommunesektoren.

Utvalget var enstemmig, bortsett fra synet på innføring av klimavariabel i behovsindeksen, der 3 av 14 medlemmer tilkjennega betydelig usikkerhet.

Utvalget foreslår at de ulike behovs- og kostnadsindeksene samles i en ressursbehovsindeks som beskriver det samlede ressursbehovet for hvert regionalt helseforetak relativt til landsgjennomsnittet. Utvalgets forslag til ressursbehovsindeks for 2008 er vist i tabell 5.10. Ressursbehovsindeksen vil hvert år bli endret som følge av oppdatering av nye befolkningskriterier og sosiale kriterier. Fordelingsnøkkelen for basisbevilgningen framkommer ved å ta hensyn til befolkningsandelen i hver region.

Tabell 5.10 Utvalgets forslag til ressursbehovsindeks, andel befolkning og fordelingsnøkkel i 2008

	Ressursbehovsindeks	Andel befolkning per 1.1.2007	Fordelingsnøkkel for basisbevilgning ¹
Helse Sør-Øst RHF	97,7	0,5550	0,5421
Helse Vest RHF	91,1	0,2067	0,1883
Helse Midt-Norge RHF	103,5	0,1396	0,1445
Helse Nord RHF	126,7	0,0987	0,1252
Norge	100,0	1,0000	1,0000

¹ I tillegg kommer utvalgets forslag mht. korreksjon av kapital og gjestepasientoppgjør.

Utvalget foreslår videre at en foretar en omfordeling av overføringene som gjør at de regionale helseforetakene som har lavest beholdning av kapital, gjennom en periode på 20 år, settes i stand til å gjenanskaffe et nivå på kapitalbeholdningen som tilsvarer dagens gjennomsnitt i de fire regionale helseforetakene.

Utvalget foretok sine analyser på saldert budsjett 2008, dvs. at basisbevilgningene til de regionale helseforetakene var på om lag 61 mrd. kroner. Sammenliknet med saldert budsjett 2008 medfører utvalgets forslag at Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF skal ha en større andel av basisbevilgningen, mens Helse Sør-Øst RHF skal ha en lavere andel. I 2008-kroner

utgjorde denne omfordelingen om lag 780 mill. kroner før det tas hensyn til utvalgets forslag til endring i gjestepasientoppgjøret.

Utvalget foreslår endringer i gjestepasientoppgjøret mellom de regionale helseforetakene. Helseforetakene står fritt til å fastsette gjestepasientoppgjør. I praksis er dagens avtaler innenfor somatikk i stor grad basert på 80 pst. ISF-refusjon. Utvalget viser til at gjestepasientoppgjøret bør være basert på avtaler som spesifiserer omfang og pris. For pasienter som omfattes av ISF-ordningen, foreslår utvalget at behandlende regionale helseforetak skal refunderes 100 pst. av ISF-refusjon tillagt anslag på kapitalkostnader. For pasienter som ikke omfattes av ISF-ordningen anbefales at man følger

samme prinsipp som over, men at det tas utgangspunkt i en avtalt pris per «naturlig aktivitetsenhet». Utvalget viser til at regionale forskjeller i behov for høyspesialiserte tjenester fanges opp i de analysene av behov som utvalget har gjennomført, men at dette stiller sterke krav til oppgjørsordninger. Utvalget foreslår en abonnementsmodell mellom de fire regionale helseforetak der kjøpende helseforetak forplikter seg til å dekke både kapital og driftskostnader opp til et avtalt volum. Effekten av utvalgets forslag er ikke tallfestet i utvalgets innstilling. Helse Sør-Øst RHF behandler flere pasienter enn de avgir til de tre andre regionale helseforetakene. Departementet har anslått virkningene av utvalgets forslag med utgangspunkt i 2007-fordeling av somatiske gjestepasienter. Disse anslagene viser at Helse Sør-Øst RHF vil få over 120 mill. kroner i økte gjestepasientinntekter fra de tre andre regionale helseforetakene. Dette innebærer at netto omfordelingseffekt vil bli under 660 mill. kroner, sammenliknet med beløpet i NOU 2008: 2, når det tas hensyn til utvalgets forslag til endret gjestepasientoppgjør.

Utvalget ser at deres forslag vil gi betydelige omstillingsutfordringer for Helse Sør-Øst RHF, og anbefaler overgangsordninger som gjør det mulig for Helse Sør-Øst RHF å gjennomføre disse innenfor forsvarlige rammer.

Utvalget foreslår at dagens tilskudd til forskning over kap. 732, post 78 endres noe som følge av sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF. For å gjøre endringen mest mulig inntektsnøytral foreslår utvalget at andelen basistilskudd innen forskning reduseres fra 40 til 30 pst., og at aktivitetsandelen (forskningspoeng) økes tilsvarende. Utvalget ber videre Helse- og omsorgsdepartementet om å vurdere hvordan finansiering av forskningsaktiviteten kan styrkes uten at dette går på bekostning av pasientbehandlingen.

Høring

Utvalgets innstilling NOU 2008: 2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak har vært på 3 måneders bred høring. Høringsuttalelsene, særlig fra fylkeskommunene, følger et geografisk skille. Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF er enig i forslaget og ønsker innføring i 2009, eventuelt over to år. Helse Sør-Øst RHF er enig i hovedprinsipper, men mener at svakheter må rettes opp før innføring og at omfordeling må skje gjennom vekst i bevilgning.

Oppsummert er det fem områder som utpeker seg etter høringsrunden; tilskudd til private oppføringsinstitusjoner, klima- og breddegradsin-

deks, bruken av innvandrere som kriterium, forskning og kostnadsindeks.

I utvalgets mandat inngikk vurdering av midler til private oppføringsinstitusjoner. Tilskuddet på vel 1 mrd. kroner er i dag fordelt etter institusjonenes lokalisering. Helse Vest RHF har en andel av dagens tilskudd på 6 pst., mens andelen etter Magnessenutvalgets forslag tilsier nær 19 pst. Utvalget foreslår å inkludere tilskuddet i modellen. Dette innebærer i stor grad en omfordeling av midler fra Helse Sør-Øst RHF til Helse Vest RHF. Utvalget foreslår også å inkludere tilskudd til de to private diakonale institusjonene Modum Bad i helseregion Sør-Øst og Viken senter i helseregion Nord i modellen. Dette er institusjoner som i hovedsak tar imot pasienter med psykiske lidelser.

Utvalgets analyser viste en sterk sammenheng mellom en klima- og breddegradsindeks og forbruket av helsetjenester. Sammenhengen er lite faglig dokumentert i klinisk og epidemiologisk litteratur. Utvalget antar at denne indeksen fanger opp faktorer som ikke er med i analysene, og at den derfor bør inngå i modellen. Usikkerheten mht. manglende faglig dokumentasjon i klinisk og epidemiologisk litteratur er håndtert av utvalget ved å redusere indeksen vekt i modellen, slik at den kun inngår med 1/5 av dens statistiske effekt. Dette innebærer en omfordeling av midler fra Helse Sør-Øst RHF til de tre andre regionale helseforetakene. Utvalget foreslår at effekter av klimaindeksen analyseres nærmere. Flere av høringsinstansene (bl.a. Legeforeningen, LO og Oslo kommune) er kritiske til klimaindeksen fordi den er for lite faglig dokumentert. Dagens inntektssystem har et eget skjønnsmessig fastsatt tillegg til Helse Nord RHF. Siden klimaindeksen og kostnadsindeksen bl.a. ivaretar Helse Nord RHF, bortfaller tillegget til Helse Nord RHF i utvalgets forslag.

Utvalget har analysert hvordan behovet for helsetjenester varierer med ulike sosioøkonomiske kriterier, herunder helsetjenester til personer med innvandrerbakgrunn. Analysene viser at innvandrere, målt som ikke-vestlige innvandrere, ikke påvirker forbruket av somatiske helsetjenester. Utvalget mener at det kan tenkes at dette avspeiler udekket behov, men i mangel av sikker kunnskap har utvalget valgt å utelate ikke-vestlige innvandrere fra behovsnøkkelen for somatikk. Utvalget viser til undersøkelser der utbredelsen av psykiske problemer er nesten 2,5 ganger høyere blant fremmedkulturelle innvandrere enn blant majoritetsbefolkningen. Utvalget mener at behovs- og kostnadsmessige forhold trekker i retning av et forhøyet kostnadsbehov knyttet til andelen ikke-vestlige innvandrere, og gruppen er derfor gitt en skjønnsmessig innvektning i behovsnøkkelen for psykisk

helsevern. Dette bidrar til å øke beregnet relativt behov for Helse Sør-Øst RHF. Enkelte høringsinstanser stiller spørsmål ved om ikke innvandrere også bør være med i behovsnøkkelen for somatikk og om merkostnader for denne gruppen er godt nok ivaretatt i utvalgets arbeid.

De regionale helseforetakene bruker om lag 1,5 mrd. kroner på forskning. Dagens tilskudd til forskning over kap. 732, post 78 på over 400 mill. kroner delfinansierer forskningsaktiviteten. Resten finansieres av basisbevilgningene, postene 72–75, og av eksterne inntekter. Utvalget ønsket å kompensere for kostnader til forskning, og mener at det tar høyde for dette ved å legge vekt på historiske kostnader i kostnadsindeksen. Utvalgets forslag om å vurdere omfanget av medisinsk faglig forskning, og hvordan finansieringen av denne kan skje uten at dette går utover bevilgningene til pasientbehandlingen, får bred støtte i høringen. I tillegg foreslår utvalget en justering i dagens tilskudd til forskning gjennom å redusere andelen basistilskudd fra 40 til 30 pst. og øke aktivitetsandelen (forskningspoeng) til 70 pst. Flere høringsinstanser viser til at Helse Sør-Øst RHF har størst forsknings- og undervisningsaktivitet, og er oppvakt av at denne forskningen må ivaretas framover.

Utvalget foreslår en kostnadsindeks som baserer seg på reisetid og historisk kostnad. Reisetid ivaretar kostnadsulemper knyttet til spredt akuttberedskap. Utvalgets analyser viser en sammenheng mellom merkostnader og forskning/utdanning. Det er ikke mulig å spesifisere dette i modellen pga. manglende data, og utvalget mener derfor at en best ivaretar dette skjønnsmessig ved å bruke historiske kostnader. Bruken av historisk kostnad er imidlertid kritisert i høringen bl.a. fordi en risikerer å kompensere for manglende effektivitet. Utvalget foreslår nye analyser på feltet, men dette vil kreve bedre datagrunnlag og vil ta noe tid.

Regjeringens samlede vurdering og forslag

Utvalget har levert en samlet innstilling med unntak for klimaindeksen der 3 av 14 medlemmer tilkjennega betydelig usikkerhet. Selv om det kan reises spørsmål ved enkeltelementer i utvalgets forslag, mener regjeringen at en må se forslaget som en helhet. Utvalget har selv pekt på forbedringspunkter, og disse vil bli fulgt opp.

Utvalgets forslag er utfordrende for Helse Sør-Øst RHF, som er inne i en krevende samordningsprosess i hovedstaden, og som har store omstillingsutfordringer knyttet til underskuddssituasjonen. Regjeringen foreslår å gjennomføre ny inntektsfordeling i tråd med Magnussenutvalgets innstilling i løpet av 2009 og 2010. Inntektsrammen

økes samtidig slik at Helse Sør-Øst RHF ikke får redusert sin basisbevilgning, mens de tre andre regionene får økt basisbevilgning i 2009 med til sammen 600 mill. kroner. Full omfordeling skal være gjennomført i 2010, og nåværende beregninger viser at det vil kreve ytterligere 634 mill. 2009-kroner i økt basisbevilgning for å håndtere omfordelingen gjennom vekst.

Utvalget hadde flere forslag til forhold som krever videre utredning. Departementet vil sette i gang en «følge med»-evaluering der en i første omgang konsentrerer seg om følgende fem forhold:

- Evaluering av dagens tilskudd til forskning. Departementet foreslår å utsette en ev. endring av tilskudd til forskning som utvalget foreslår til evalueringen er fullført, jf. også omtale under kap. 732, post 78.
- Måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene.
- Skaffe bedre datagrunnlag slik at det kan initieres et arbeid som kan beskrive, dokumentere og analysere kostnadsforskjeller mellom regionale helseforetak.
- Analyser av effekter av klimatiske forhold og breddegrad på behovet for helsetjenester.
- Analyser av forbruket av spesialisthelsetjenester blant innvandrere.

Departementet foreslår at det settes av 4 mill. kroner av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene til en «følge med»-evaluering. Midlene disponeres av Helse- og omsorgsdepartementet.

Utvalget foreslår å øke gjestepasientoppgjøret fra 80 til 100 pst. ISF-refusjon med tillegg for kapitalkostnader. Dette skal sikre kostnadsdekning ved behandling av pasienter fra andre regioner. Etter departementets vurdering innebærer utvalgets forslag at en i større grad enn i dag fordeler inntekter etter behov, og at det derfor er rimelig at bostedsregionen betaler kostnadsdekkende priser. På den annen side vil et gjestepasientoppgjør basert på 100 pst. ISF-refusjon i de fleste tilfeller være høyere enn marginalkostnaden. Det kan bl.a. være til hinder for utnyttelse av ledig kapasitet og fritt sykehusvalg på tvers av regionene. Når det gjelder høyspesialisert pasientbehandling (landsfunksjoner og flerregionale funksjoner) bør en ta hensyn til at prisen fastsettes slik at den balanserer to forhold. For det første bør den være lav nok til at regionale helseforetak ikke bygger opp alternativt tilbud i konkurranse med eksisterende funksjon og derigjennom påfører samfunnet unødige kostnader. For det andre bør gjestepasientbetalingen være høy nok slik at den gir rimelig kostnadsdekning for det regionale helseforetaket som har en

flerregional funksjon. Prisen skal heller ikke virke hemmende for etablering av nye behandlingstilbud. Helse- og omsorgsdepartementet bestemmer hvor landsfunksjoner skal etableres, og problemet med konkurrerende etablering vil derfor være mindre aktuell for denne gruppen av høyspesialiserte funksjoner. Etter en samlet vurdering mener departementet at en i stedet for å endre gjestepasientoppjøret, foretar en omfordeling i basisbevilgningene til regionale helseforetak i henhold til hvilke utslag en økning i gjestepasientoppjøret til 100 pst. ISF-refusjon samt 6 pst. kapitalkostnader har.

Samlet foreslås det å gjennomføre utvalgets forslag til ny inntektsfordeling gjennom vekst i inntektsrammen i 2009 og 2010, med følgende justeringer:

- Utvalgets forslag om økning i gjestepasientprisene gjennomføres ved at de økonomiske virkningene hensyntas i basisbevilgningene og ikke gjennom regionvise avtaler.
- Dagens tilskudd til forskning evalueres, og utvalgets forslag til endring i tilskuddet vurderes først når evalueringen foreligger.

Departementet har oppdatert modellen med siste tilgjengelige statistikk på befolkning, alder og ulike sosiale kriterier. Trygdedata (sykefravær, uføretrygd mv.) er som utvalget har foreslått, «låst» i modellen fordi dette er variable som i teorien påvirkes av beslutninger i helseforetakene. Oppdateringene fører til en ressursbehovsindeks og en fordelingsnøkkel per region for 2009 som vist i tabell 5.11. Ressursbehovsindeksen beskriver det samlede ressursbehovet for hvert regionale helseforetak relativt til landsgjennomsnittet. Sammenliknet med 2008, reduseres ressursbehovsindeksen noe for Helse Sør-Øst RHF samtidig som den øker for Helse Nord RHF. Fordelingsnøkkel for basisbevilgningen viser at andelen øker for Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF, mens den reduseres for Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF sammenliknet med 2008. Den viktigste forklaringsfaktoren er at befolkningen relativt sett øker mer i Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF enn i Helse Midt-Norge RHF, samtidig som befolkningen reduseres noe i Helse Nord RHF.

Tabell 5.11 Ressursbehovsindeks, andel befolkning og fordelingsnøkkel i 2009

	Ressursbehovsindeks	Andel befolkning per 1.1.2008	Fordelingsnøkkel for basisbevilgning ¹
Helse Sør-Øst RHF	97,6	0,5560	0,5427
Helse Vest RHF	91,1	0,2072	0,1889
Helse Midt-Norge RHF	103,5	0,1392	0,1442
Helse Nord RHF	127,4	0,0975	0,1243
Norge	100,0	1,0000	1,0000

¹ I tillegg vil korreksjon av kapital og gjestepasientoppjør påvirke fordeling av basisbevilgningen.

Tabell 5.12 viser omfordelingsvirkningene innenfor rammen i 2009-priser med og uten gjestepasientoppjør. Oppgaveendringer fra 2008 til 2009 vil påvirke omfordelingsvirkningene. Som det går fram av tabellen innebærer utvalgets forslag om en økning i gjestepasientoppjøret til at omfordelingsvirkningene reduseres med om lag 125 mill. kro-

ner. Det foreslås at omfordelingen skal skje gjennom vekst i bevilgning over to år, noe som innebærer at det tilføres 243 mill. kroner til Helse Vest RHF, 224 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF og 133 mill. kroner til Helse Nord RHF i 2009, samtidig som Helse Sør-Øst RHF sin basisbevilgning ikke reduseres.

Tabell 5.12 Omfordeling innenfor uendret inntektsramme i 2009 med og uten effekt av endret gjestepasientoppgjør og omfordeling gjennom inntektsvekst over 2 år (mill. 2009-kroner).

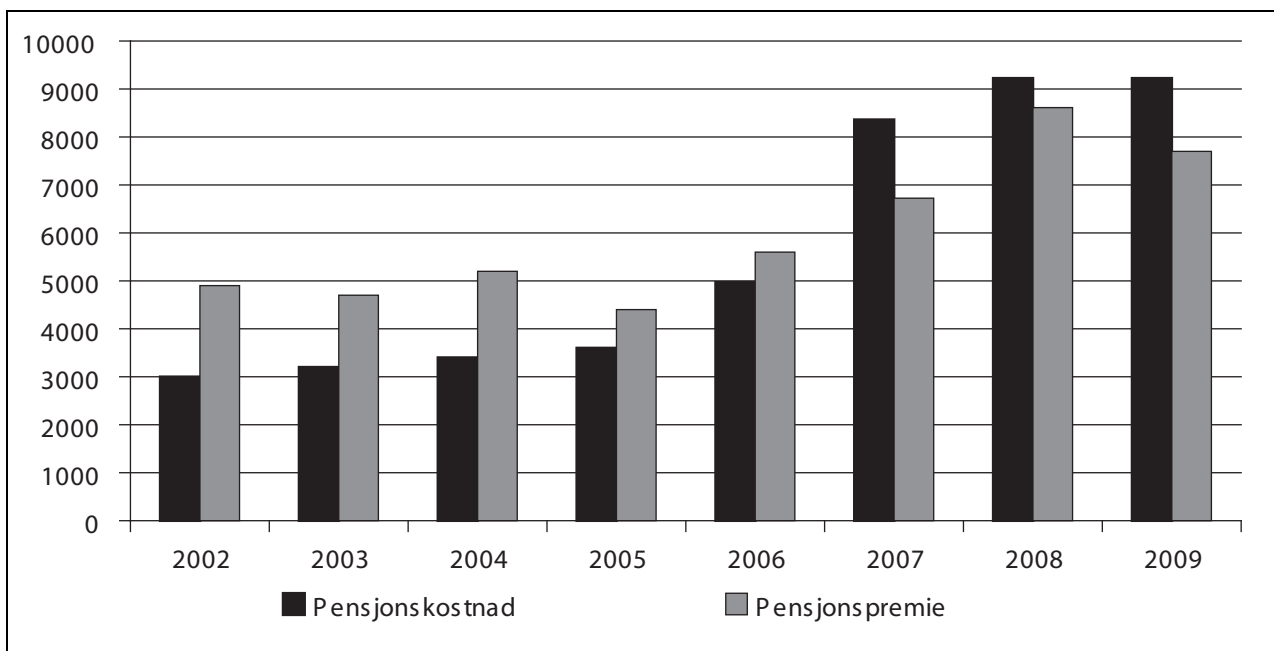
	Omfordeling innenfor uendret inntektsramme inkl. effekt av kapital	Omfordeling innenfor uendret inntektsramme inkl. effekt av kapital og gjestepasientoppgjør (i pst. av basisbevilgning)	Omfordeling gjennom inntektsvekst over 2 år inkl. effekt av kapital og gjestepasientoppgjør		
			2009	2010	Sum
Helse Sør-Øst RHF	-793	-667 (-1,7 %)	0	0	0
Helse Vest RHF	304	268 (2,1 %)	243	257	500
Helse Midt-Norge RHF	309	283 (2,9 %)	224	237	461
Helse Nord RHF	180	115 (1,3 %)	133	140	273
Sum	0	0	600	634	1 234

Prognosen for årsresultat i 2008 varierer mellom de fire regionale helseforetakene. Helse Midt-Norge RHF rapporterer at de sannsynligvis vil komme i balanse i 2008, mens de tre andre regionale helseforetakene sannsynligvis vil gå med underskudd. I de regionene hvor det ligger an til underskudd forutsettes det at styrkingen brukes til å forbedre det økonomiske resultatet i 2009. Helse Midt-Norge RHF vil samtidig få økte kostnader i forbindelse med Nye St. Olavs Hospital. Styrkingen som følge av ny inntektsfordeling må sees i sammenheng med dette. Helse- og omsorgsdepar-

tementet vil i oppdragsdokumentene til hvert av de fire regionale helseforetakene for 2009 pålegge kjøp av tjenester fra de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene i minst like stor grad som i 2008. Omfordelingen gir samtidig et godt grunnlag for å styrke rehabiliteringstilbudet i Helse Vest RHF.

Pensjoner

Pensjonskostnader og pensjonspremier for helsetjenesten har økt betydelig de siste årene, jf. figur 5.3.



Figur 5.3 Pensjonskostnader og -premier for regionale helseforetak, anslag for årene 2008 og 2009 (mill. kroner)¹

¹ Anslag for pensjonskostnader og pensjonspoliser for 2008 og 2009. Tallene for 2002–2005 er beregningstekniske størrelser.

Ved behandlingen av St.prp. nr. 59 (2007–2008), jf. Innst. S. nr. 270 (2007–2008), vedtok Stortinget å bevilge 3,2 mrd. kroner for å dekke behovet for likviditet knyttet til økte pensjonspremier for de regionale helseforetakene. I tillegg ble det bevilget 320 mill. kroner for å dekke økte pensjonskostnader for private helseinstitusjoner med drifts- eller kjøpsavtale med regionale helseforetak i 2008. Det ble i proposisjonen varslet at regjeringen ville komme tilbake til den langsiktige håndteringen av pensjonspremier og -kostnader for de regionale helseforetakene og de private helseinstitusjonene i St.prp. nr. 1 (2008–2009).

Sentrale begrep angående pensjon

Pensjonspremien er den faktiske innbetaling fra helseforetakene til pensjonskassene som skal dekke de ansattes allerede opptjente pensjonsrettigheter. Pensjonspremien påvirkes blant annet av lønnsvekst, omfang av uttak av AFP og regulering av folketrygdens grunnbeløp (G). Premien påvirkes også av den avkastning pensjonskassene oppnår på investerte midler.

Pensjonskostnaden er den periodiserte kostnadsstørrelsen som inngår i resultatregnskapet og er et uttrykk for endringen i framtidige pensjonsforpliktelse fra det ene året til det neste. Pensjonskostnaden påvirker dermed de regionale helseforetakenes regnskapsresultat, som er det økonomiske resultat helseforetakene styres etter. Pensjonskostnaden kan avvike vesentlig fra den betalbare pensjonspremien. Ved fastsettelse av pensjonskostnaden gjøres det beregninger ut fra en rekke forutsetninger, bl.a. om den enkelte ansattes framtidige arbeids- og lønnsforhold. Det som særlig har betydning når pensjonskostnaden fastsettes er forholdet mellom forventet framtidig avkastning av pensjonsmidler (diskonteringsrente) og forventet framtidig lønnsvekst. Norsk regnskapsstiftelse (NRS) vedtok i juni 2007 en ny veileder for hvordan de framtidige forpliktelsene for ytelsesbaserte pensjonsordninger skal fastsettes. I den nye veilederen er det lagt til grunn økt differanse mellom rente og lønnsvekst for 2008, noe som er hovedårsaken til at pensjonskostnaden har økt betydelig sammenliknet med tidligere år.

Verken pensjonskostnaden eller pensjonspremien vil være kjente størrelser når statsbudsjettet blir utarbeidet. Heller ikke når budsjettet blir vedtatt i desember er disse størrelsene kjente. Parametrene som bestemmer størrelsen på *pensjonskostnadene*, (anslått langsiktig lønnsvekst, nivået på 10-års statsobligasjonsrente og effekt av endringer i bemanningen) blir fastsatt 31. desember året før budsjettåret. Endelig fastsetting av *pensjonspremien*

skjer først når reguleringspremien blir fastsatt i september. En god prognose for størrelsen på endelig pensjonspremie kan gis etter at virkningene av lønnsoppgjørene er kjent i mai/juni i budsjettåret.

Forslag til langsiktig løsning for pensjonspremier og -kostnader

Regjeringen foreslår at pensjonskostnaden legges til grunn ved fastsettelse av rammetilskuddet til de regionale helseforetakene. Dette innebærer at det kan stilles et entydig, ukorrigert resultatkrav til helseforetakene. Pensjonskostnaden dekkes innenfor de generelle basisbevilgningene til helseforetakene. Ettersom et ukorrigert resultatkrav legges til grunn vil dette medføre at de regionale helseforetak har mer eller mindre likviditet enn nødvendig for å kunne betale pensjonspremien. Det foreslås derfor at eventuell overskuddslikviditet som følge av at pensjonspremien er lavere enn pensjonskostnaden skal brukes til å nedbetale opparbeidede driftskreditter, mens driftskredittrammen utvides hvis pensjonspremien er høyere enn pensjonskostnaden.

Parameterne som inngår i pensjonskostnaden vil som nevnt først være kjent 31. desember året før budsjettåret, mens endelig pensjonspremie først vil være kjent i september/oktober i budsjettåret. Dersom det skjer endringer i pensjonskostnaden etter at St.prp. nr. 1 er lagt fram, må det tas stilling til om endringene er så store at det bør gjøres endringer i bevilgningen til regionale helseforetak. Det legges videre opp til at driftskredittrammen (likviditetsbehovet) vurderes på nytt når det skjer endringer i differansen mellom premie og kostnad i løpet av året. Dette vil gi helseforetakene stor grad av forutsigbarhet i forhold til å kunne imøtekomme sine betalingsforpliktelse og oppfylle de aktivitetsforutsetninger som blir satt for det enkelte budsjettår.

Regjeringen foreslår som en del av opplegget at de regionale helseforetakenes driftskreditter i private banker omgjøres til driftskreditt i staten og at framtidige endringer i driftskredittrammen inntektsføres eller utgiftsføres i statsbudsjettet. De regionale helseforetakene vil deretter ikke ha adgang til å ta opp driftskreditter i private banker. Dette vil gi noe lavere rentekostnader knyttet til driftskredittene enn om driftskredittene fortsatt skulle tas opp i private banker. For de private helseinstitusjonene videreføres ordningen som ble vedtatt ved behandling av St.prp. nr. 59 (2007–2008), hvor de regionale helseforetakene gjennom sin basisbasisramme ble satt i stand til å dekke pensjonskostnadene til disse. Dette innebærer at de private institusjonene enkelte år vil

generere overskuddslikviditet når pensjonspremien er høyere enn pensjonskostnaden. Samtidig vil det oppstå et likviditetsbehov når pensjonspremien er høyere enn pensjonskostnaden. Det legges til grunn at de private helseinstitusjonene selv må håndtere disse likviditetssvingningene innenfor egen økonomi framover.

Forslag for 2009 som følge av skissert modell

Til grunn for det økonomiske opplegget for 2009 ligger et anslag for pensjonskostnader for de regionale helseforetakene på 9,2 mrd. kroner, som er om lag på samme nivå som i 2008. Dette innebærer en økning på 3,8 mrd. kroner sammenliknet med anslaget lagt til grunn i saldert budsjett 2008. Regjeringen mener at denne økningen er av en slik størrelse at den ikke kan dekkes gjennom effektivisering i helseforetakene. Deler av økningen i pensjonskostnad skyldes imidlertid økt bemanning ut over budsjettforutsetningene i tidligere år. Det anslås at om lag 200 mill. kroner av økningen i pensjonskostnaden skyldes ikke-budsjettert bemanningsvekst i 2007. Regjeringen forutsetter at helseforetakene selv må ta ansvar for denne økningen, og har lagt til grunn en bevilgningsøkning i 2009 på 3600 mill. kroner knyttet til pensjonskostnader i de regionale helseforetakene.

Pensjonspremien for de regionale helseforetakene anslås til om lag 7,7 mrd. kroner i 2009. Dette er om lag 900 mill. kroner lavere enn anslag for 2008 i forbindelse med St.prp. nr. 59 (2007–2008). Endelig pensjonspremie for 2008 vil først være kjent i september/oktober inneværende år.

I og med at anslått pensjonspremie er lavere enn pensjonskostnaden som legges til grunn for det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene, oppstår det et likviditetsoverskudd. De regionale helseforetakene pålegges å bruke dette likviditetsoverskuddet til å nedbetale driftskreditt. Driftskredittrammen foreslås som følge av dette satt ned 1,3 mrd. kroner i løpet av 2009, jf. omtale under kap. 732, post 86.

Isolert sett medfører dette en reduksjon i helseforetakenes renteutgifter med om lag 70 mill. kroner, som innebærer en tilsvarende styrking av deres økonomiske handlingsrom i 2009. Det skal i denne sammenheng pekes på at en vesentlig del av akkumulert driftskreditt, som ved inngangen til 2008 beløp seg til om lag 6 mrd. kroner, skyldes at pensjonspremien har vært høyere enn pensjonskostnadene i årene fra 2002 til 2006.

Sammenliknet med saldert budsjett for 2008 er basisbevilgningen til de regionale helseforetakene økt med vel 3,9 mrd. kroner for å dekke opp økte pensjonskostnader.

I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2007–2008) ble det vedtatt å bevilge 320 mill. kroner for å sette de regionale helseforetakene i stand til å inngå kjøps-/driftsavtaler med private som avspeiler det anslått høyere pensjonskostnadsnivå, jf. Innst. S. nr. 270 (2007–2008). Denne tilleggsbevilgningen er videreført i budsjettforslaget for 2009, under kap. 732, post 70.

Det foreslås å øke de regionale helseforetakenes basisbevilgning i 2009 med 3600 mill. kroner med følgende fordeling:

- 1953,8 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 679,9 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 518,9 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 447,4 mill. kroner til kap. 732, post 75

Andre saker

Studenthelsetjeneste

Det ble i St.prp. nr. 1 (2007–2008) varslet en arbeidsgruppe som skulle vurdere hvordan man kan samarbeide bedre om å gi et godt tilbud til studentpopulasjonen når det gjelder psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. Regionale helseforetaks «sørge for»-ansvar og kommunenes ansvar for primærhelsetjenesten skulle legges til grunn. Arbeidsgruppen med representanter fra kommunene, regionale helseforetak, studentsamskipnadene, studentorganisasjonene, Mental Helse Ungdom, Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ble nedsatt i mars 2008. Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS), Oslo kommune, NAV, Samskipnadsrådet, Helsedirektoratet mfl. har vært representert i en referansegruppe.

Arbeidsgruppen ønsker å legge til rette for at studentene skal sikres et tilbud om psykisk helsetjeneste/psykososiale tjenester. Arbeidsgruppen anbefaler at etablerte tilbud ved studentsamskipnadene som kjennetegnes av lav terskel og kort ventetid, opprettholdes minimum på dagens nivå. I henhold til arbeidsgruppens mandat er det vurdert tiltak for å knytte studenthelsetjenesten sterkere til den ordinære helsetjenesten og sikre god samhandling og godt samarbeid mellom studentsamskipnadene, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Departementet tar sikte på å følge opp arbeidsgruppens anbefaling vedrørende inngåelse av avtaler mellom studentsamskipnadene, lærested, vertskommune og regionale helseforetak om hvordan tilbudet om psykisk helsetjenester for studenter skal innrettes. Det foreslås at dette følges opp gjennom de ordinære styringssystemene overfor regionale helseforetak og kommuner. Dagens refusjonsordning til lege og psykologspesialister fra

NAV foreslås å opphøre. Et tilsvarende beløp foreslås overført basisrammene til Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF. Med utgangspunkt i behovet for lik tilgang til tjenester, foreslår departementet å stille krav om å avsette 1 mill. kroner til psykisk helsetjeneste i regi av studentsamskipnadene i Helse Nord RHF i oppdragsdokumentet til Helse Nord RHF. Dette for å sikre tilgang til tjenester for studentene i Helse Nord RHF. På sikt legger departementet til grunn en oppfølging innenfor de ordinære styringssystemer.

Det foreslås at dagens trygderefusjoner fra NAV til psykologer og psykiatere ved studentsamskipnadene, totalt 2,9 mill. kroner, flyttes fra kap. 2711 Spesialisthelsetjenester, hvorav 0,9 mill. kroner fra kap. 2711, post 70 Refusjon spesialisthjelp og 2,0 mill. kroner fra kap. 2711, post 71 Refusjon psykologhjelp, til de regionale helseforetaks basisrammer kap. 732, post 72–74, med følgende fordeling:

- 1,6 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,8 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,5 mill. kroner til kap. 732, post 74

Aktivitetsvekst 1,5 pst.

I budsjettforslaget for 2009 legges det til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på nasjonalt nivå med 1,5 pst. Det er lagt til grunn en marginalkostnad på gjennomsnittlig 80 pst. for den økte aktiviteten. Dette tilsvarer totalt 1026 mill. kroner over kap. 732, postene 72–77. Det foreslås å øke de regionale helseforetakenes basisbevilgning i 2009 med 719,0 mill. kroner med følgende fordeling:

- 390,2 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 135,8 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 103,6 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 89,4 mill. kroner til kap. 732, post 75

Økt kapasitet innen rusbehandling

Det vises til omtale under kap. 726, post 70 om tiltak for rusmiddelavhengige i spesialisthelsetjenesten. Samlet foreslås det en styrking på 148,0 mill. kroner i 2009. Det foreslås en styrking på 120,0 mill. kroner til økt kapasitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling med følgende fordeling:

- 65,1 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 22,7 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 17,3 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 14,9 mill. kroner til kap. 732, post 75

Det foreslås videre en styrking på 35,0 mill. kroner til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i 2009. Av disse midlene fordeles 21,0 mill. kroner på kap. 732, postene 72–75:

- 11,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 4,0 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 3,0 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 2,6 mill. kroner til kap. 732, post 75

De resterende midler til LAR bevilges over kap. 732, post 77, kap. 2752, post 70 og kap. 2755, post 70.

Økt basisbevilgning

For å lette omstillingsutfordringene for de regionale helseforetakene, foreslås basisbevilgningen styrket med 500,0 mill. kroner i 2009 med følgende fordeling:

- 271,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 94,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 72,1 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 62,1 mill. kroner til kap. 732, post 75

Som følge av regjeringens forslag til oppfølging av Magnussenutvalget, foreslås det avsatt 600 mill. kroner til innfasing av ny inntektsfordeling i 2009 med følgende fordeling:

- 243,0 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 224,0 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 133,0 mill. kroner til kap. 732, post 75

Opptreningsinstitusjoner

Regionale helseforetak har inngått avtaler med private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i samsvar med regelverket for offentlige anskaffelser. Gjennom avtalene vil tilbudet i de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene være en del av det helhetlige rehabiliteringstilbudet innenfor spesialisthelsetjenesten. I tillegg til ordinære avtaler, er det inngått avtaler gjennom ordningen Raskere tilbake med en del av de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere en arbeidsgruppe som, med utgangspunkt i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, skal foreslå tiltak som kan gi mer forutsigbarhet for institusjonene. Arbeidsgruppen skal avslutte sitt arbeid innen 1. november 2008. Egenandelene er i dag 120 kroner per døgn. Det foreslås å prisjustere egenandelene til 123 kroner per døgn fra 1. januar 2009.

Som en følge av oppfølging av Magnussenutvalgets innstilling foreslås det å flytte midlene på 1139,2 mill. kroner fra kap. 732, post 70 til postene 72–75, med følgende fordeling:

- 751,2 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 73,3 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 156,3 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 158,5 mill. kroner til kap. 732, post 75

Helse- og omsorgsdepartementet vil i oppdragsdokumentene til hvert av de fire regionale helseforetakene for 2009 pålegge kjøp av tjenester fra de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene i minst like stor grad som i 2008.

Pasienttransport og reiseutgifter for helsepersonell

Fra 2006 fikk regionale helseforetak fullt finansieringsansvar for pasienttransport. NAV lokalt (førstelinjen) behandler enkeltsaker om pasienttransport. De regionale helseforetak og Arbeids- og velferdsdirektoratet har inngått avtaler om kjøp av disse tjenestene, jf. Ot.prp. nr. 66 (2002–2003). Helseforetakene samordner transporten med behandlingen, og inngår kontrakter med aktuelle transportører etter anbudsrunder.

Egenandelen foreslås økt fra 120 kroner til 125 kroner per enkeltreise, fra 240 kroner til 250 kroner tur/retur fra 1. januar 2009. Forslaget om økt egenandel må følges opp med endring av § 14 første ledd i forskrift 4. juli 2008 nr. 788, om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften). Forslag til økt egenandel er hensyntatt i forslag til bevilgning.

Som en følge av oppfølging av Magnussenutvalgets innstilling foreslås det å flytte 1970,2 mill. kroner fra kap. 732, post 70 til postene 72–75, med følgende fordeling:

- 696,0 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 302,1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 347,0 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 625,1 mill. kroner til kap. 732, post 75

Modum Bad og Viken senter

Modum Bad og Viken senter er to private diakonale institusjoner som tar imot pasienter med psykiske lidelser fra hele landet. Finansieringen av institusjonen ble i statsbudsjettet 2006 flyttet fra kap. 743, post 75 til kap. 732, post 70 og finansieringsansvaret er overført til hhv. Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF. Det er i løpet av 2006 og 2007 forhandlet fram avtaler mellom institusjonene og de aktuelle regionale helseforetak om finansiering og drift. Behandlingstilbudet ved institusjonene skal sees i sammenheng med de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar. Som en følge av oppfølging av Magnussenutvalgets innstilling foreslås det å overføre 98,8 mill. kroner til kap. 732, post 72 og 44,0 mill. kroner til kap. 732, post 75. Disse to institusjonene representerer et meget viktig tilbud for pasienter med psykiske lidelser.

Tilskudd til utdanning – medisinerstudenter

Tilskudd til utdanning var før 2006 et eget tilskudd under kap. 732, post 78 Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra. Tilskudd til utdanning skulle kompensere helseforetakenes merkostnader ved å motta medisinstudenter i den kliniske delen av studiet. Tilskuddet ble konsekvensjustert i henhold til Stortingets vedtatte opptapping av opptakskapasiteten. Tilskuddet ble fra 2006 overført til basisbevilgningene til de regionale helseforetakene, bl.a. for å sikre en mer likeartet praksisfinansiering av medisinerstudenter og helsefagstudenter. I forbindelse med overføring av studieplasser i medisin fra utlandet til Norge ble opptakskapasiteten fra 2004 økt med 20 plasser i Trondheim og 15 plasser i Tromsø. Ved en inkurie ble ikke tilskuddet justert med denne økningen i opptakskapasiteten, og i 2008 ble det bevilget 17,4 mill. kroner til dette formålet. Tilskuddet foreslås økt med ytterligere 18,1 mill. kroner i 2009. Som en følge av oppfølging av Magnussenutvalgets innstilling foreslås det å overføre midlene til kap. 732, postene 74 og 75. Det foreslås å øke tilskuddet i 2009 slik at det flyttes 36,2 mill. kroner med følgende fordeling:

- 20,7 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 15,5 mill. kroner til kap. 732, post 75

Midler fra Opptappingsplanen for psykisk helse

Det foreslås å flytte 2350 mill. kroner fra kap. 743, post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern:

- 1283,3 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 461,0 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 326,0 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 279,8 mill. kroner til kap. 732, post 75

Psykososialt arbeid for flyktninger/asylsøkere

Det foreslås å flytte 5,8 mill. kroner fra kap. 743 Statlige stimuleringsiltak for psykisk helse, post 73 Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress.

- 2,3 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1,2 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 1,2 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 1,2 mill. kroner til kap. 732, post 75

Strategiplan for spiseforstyrrelser

Det foreslås å flytte 1,9 mill. kroner fra kap. 743 Statlige stimuleringsiltak for psykisk helse, post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid. Midlene går til tiltak over strategien for spiseforstyrrelser, med følgende fordeling:

- 0,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,7 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,4 mill. kroner til kap. 732, post 75

ISF-finansiering av dyre legemidler

Regionale helseforetak overtok ansvaret for finansiering av legemiddelgruppen TNF-hemmere (tumornekrosefaktorhemmere) 1. juni 2006 og enkelte MS-legemidler 1. januar 2008.

Departementet har satt i gang en evaluering av flyttingen av finansieringsansvaret for legemiddelgruppen TNF-hemmere med hovedvekt på følgende:

- Hvordan er de nasjonale retningslinjene implementert på helseforetaksnivå og avdelingsnivå i sykehusene?
- Hvordan har endringen i finansieringsansvaret påvirket tildeling og bruk av TNF-hemmere og de andre legemidlene som omfattes av reformen?
- Hvordan har flyttingen av finansieringsansvaret påvirket priskonkurransen på området?

Evalueringen skal ferdigstilles i løpet av 1. halvår 2009.

Det vises til omtale under kap. 732, post 76, der det foreslås at legemiddelgruppen TNF-hemmere og legemidler ved behandling av multipel sklerose omfattes av ISF-ordningen. Som en følge av dette foreslås det å flytte 473,5 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgning til kap. 732, post 76, med følgende fordeling:

- 244,0 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 98,0 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 65,8 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 65,7 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Legemiddelet Bondronat (ibandronat)

Legemiddelet Bondronat (ibandronat) er godkjent for behandling av skjelettforandringer hos kvinner med brystkreft og skjelettmetastaser. Behandling med ibandronat kan administreres av den enkelte pasient selv utenfor sykehus og finansieres derfor av folketrygden. Alternativ behandling er infusjonsbehandling på sykehus med legemiddelet zolendronat.

Det foreslås at finansieringsansvaret for legemiddelet ibandronat flyttes fra trygden til regionale helseforetak.

Den aktuelle pasientpopulasjonen er avgrenset, og behandlingen er styrt av sykehusleger. Ett års behandling med ibandronat koster om lag 42 000 kroner. I tillegg kommer kostnader knyttet til fire

kontroller i året. Sykehusbehandling med zolendronat dekkes på vanlig måte gjennom basisbevilgningen og ISF-systemet.

Som en følge av dette foreslås det å flytte 2,4 mill. kroner fra kap. 2751, post 70, til de regionale helseforetakenes basisbevilgning med følgende fordeling:

- 1,9 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 0,1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,04 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,3 mill. kroner til kap. 732, post 75

Betaling ved manglende frammøte poliklinikk

Fra 2001 har offentlige poliklinikker anledning til å kreve 100 kroner i gebyr dersom en pasient uten varsel ikke møter opp til avtalt konsultasjon eller avbestiller senere enn 24 timer før avtalt tid, jf. St.prp. nr. 1 (2000–2001). Satsen på 100 kroner er ikke regulert etter 2001. Det foreslås å regulere uteblivelsesgebyret i takt med egenandelsendringer slik det er regulert for manglende frammøte hos legespesialister utenfor sykehus. Dette innebærer at uteblivelsesgebyret settes til 280 kroner fra 1. januar 2009. Sykehusene har kostnader til lønn mv. selv om en pasient ikke møter. En økning av gebyret vil gi økte inntekter for sykehusene ev. at flere møter til avtalt time. Potensiell merinntekt for regionale helseforetak er beregnet til 20,0 mill. kroner. Basisbevilgningene til regionale helseforetak foreslås redusert med 20,0 mill. kroner med følgende fordeling:

- 11,1 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 3,7 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 2,8 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 2,4 mill. kroner til kap. 732, post 75

Redningshelikopterbasene i Rygge, Florø og Ørland

I St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Justisdepartementet ble det foreslått å etablere døgnkontinuerlig tilstedevakt med lege ved redningshelikopterbasen på Rygge og på Ørlandet innen 1. juli 2008. Videre har Stortinget vedtatt å opprette redningshelikopterbase i Florø med døgnkontinuerlig tilstedevakt med lege innen 1. januar 2009. Som følge av at prosjekteringsarbeidet har tatt lengre tid enn antatt, legges det til grunn at basen i Florø er operativ fra 1. april 2009. Det følger av oppgavefordelingen som tidligere er etablert at legene som arbeider på redningshelikopterbasene skal være faglig og administrativt knyttet til helseforetakene. Kostnader til etablering av basene foreslås flyttet fra poster under Justisdepartementets budsjett med følgende fordeling:

- 4,3 mill. kroner til kap. 732, post 72

- 4,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 3,8 mill. kroner til kap. 732, post 74

Samhandling og forebygging

Det vises til omtale under kap. 732, post 70 der det foreslås å bevilge 40,0 mill. kroner til generelle samhandlings- og forebyggingstiltak. Tiltakene finansieres ved å flytte 40,0 mill. kroner til kap. 732, post 70 fra de regionale helseforetakenes basisbevilgning med følgende fordeling:

- 22,2 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 7,5 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 5,5 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 4,8 mill. kroner til kap. 732, post 75

Kvalitetsregistre

For å effektivisere arbeidet med etablering og drift av registre, foreslås det en sterkere nasjonal samordning på området, jf. nærmere omtale under kap. 732, post 70. Det foreslås å flytte 32,0 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgning til kap. 732, post 70 og kap. 720, post 01 Helse- og omsorgsdepartementet med følgende fordeling:

- 16,9 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 7,7 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 4,4 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 3,0 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Regionale forskningsetiske komiteer

Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) ble vedtatt 5. juni 2008. Det skal utarbeides forskrifter til loven, forvaltningen skal etableres, og loven vil tre i kraft etter 1. juli 2009. Det legges til grunn en årlig utgift på 15,0 mill. kroner til forvaltning av loven, inkludert 1,0 mill. kroner til oppgaver som i dag utføres av Helse- og omsorgsdepartementet. I statsbudsjettet for 2008 ble det bevilget 5,0 mill. kroner til de regionale forskningsetiske komiteene til forberedelse av reformen. For 2009 foreslås det bevilget ytterligere 9,5 mill. kroner til formålet over kap. 271, Universiteter, post 50, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Kunnskapsdepartementet. Av disse foreslås 4,5 mill. kroner flyttet fra basisbevilgningen til regionale helseforetak med følgende fordeling:

- 2,5 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 0,8 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 0,6 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,5 mill. kroner til kap. 732, post 75

I tillegg foreslås det å flytte 0,5 mill. kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet, kap. 720, post 01, knyttet til flytting av oppgaver 2. halvår 2009.

Følgeevaluering inntektsfordelingssystemet

Det vises til forslag om nytt inntektsfordelingssystem for regionale helseforetak. Regjeringen ønsker å etablere en «følge med»-evaluering av omleggingen og avsette midler til vedlikehold av systemet, jf. nærmere omtale under kap. 732, post 21. Det foreslås å flytte 4,0 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgning til kap. 732, post 21 med følgende fordeling:

- 2,2 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 0,7 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 0,6 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,5 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Landsfunksjon for ABC-skader

Helse Sør-Øst RHF er tillagt ansvar for landsfunksjonen for behandling av personer som har vært utsatt for biologisk eller kjemisk agens eller radioaktiv stråling (abc-skader). I 2008 ble 2,0 mill. kroner flyttet fra henholdsvis kap. 732, post 72, post 73, post 74 og post 75 til kap. 732, post 71 (daværende Helse Øst) til drift av funksjonen. I tillegg ble 3,0 mill. kroner videreført fra kap. 702 Helse- og sosialberedskap til landsfunksjonen. Midlene foreslås videreført over kap. 732, post 72 og over kap. 702, post 70.

Post 72 Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF

Tilskuddet 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 2007 og status 2008 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak. For 2009 foreslås bevilget 38 579,8 mill. kroner over post 72 til Helse Sør-Øst RHF.

Post 73 Tilskudd til Helse Vest RHF

Tilskuddet 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 2007 og status 2008 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak. For 2009 foreslås bevilget 13 168,2 mill. kroner over post 73 til Helse Vest RHF.

Post 74 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF

Tilskuddet 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 2007 og status 2008 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak. For 2009 foreslås bevilget 10 044,6 mill. kroner over post 74 til Helse Midt-Norge RHF.

Post 75 Tilskudd til Helse Nord RHF

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord 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 2007 og status 2008 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak. For 2009 foreslås bevilget 9012,4 mill. kroner over post 75 til Helse Nord RHF.

Post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus

Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar. Innsatsstyrt finansiering 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 ikke høyest mulig aktivitet, men at aktivitetsmålet kan oppnås på en mest mulig effektiv måte. Aktivitetsfinansiering stimulerer til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalsen som hindrer effektiv pasientbehandling. Dersom omfanget av pasientbehandling blir lavere enn forutsatt vil de regionale helseforetakene miste inntekter. Kostnadene ved en høyere aktivitet enn forutsatt blir bare delvis kompensert gjennom ISF-systemet. Refusjonene er i gjennomsnitt ikke ment å dekke alle ekstra kostnader ved økt behandlingsskapasitet og heller ikke mer enn anslagsvis 40 pst. av gjennomsnittskostnadene for aktuelle pasientgrupper. ISF-systemet skal ikke være styrende for de prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal tilbys behandling. De aktivitetsbaserte utbetalingene skal avspeile reell behandlingsaktivitet.

Nærmere om finansieringsordningen

ISF-ordningen gjelder for somatisk pasientbehandling, og omfatter pasienter som behandles ved innleggelse, dagkirurgi, enkelte dagbehandlinger samt somatisk poliklinisk virksomhet. ISF-refusjonen utbetales til det regionale helseforetaket. ISFsatsen er 40 pst. av gjennomsnittlige behandlingsskostnader. De øvrige 60 pst. av kostnadene dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Prisen som regionale helseforetak betaler til private tjenesteytere forutsetter forhandlinger på bakgrunn av faktiske kostnader, og skal ikke kobles direkte til størrelsen på ISF-refusjonen. ISF bygger på DRG-systemet som for tiden omfatter om lag 680 diagnoserelaterte grupper (se boks 5.1 for nærmere forklaring av ISF-systemet). Innenfor hver enkelt diagnosegruppe kan det for den enkelte behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon. Årlige revisjoner av kostnadsvektene skal imidlertid sikre at refusjonene i størst mulig grad avspeiler kostnadsforholdene. Målsetningen om et mest mulig oppdatert ISF-system kan komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for de regionale helseforetakene. Målet er å ha et mest mulig oppdatert system, men medisinsk praksis endres kontinuerlig og det vil ikke være mulig å være à jour med den medisinsk-tekniske utviklingen til enhver tid. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av aktivitetsbaserte finansieringsordninger og arbeider systematisk med å bedre kvaliteten på ISF-systemet.

Kunnskapen om kostnadene ved pasientbehandling er for liten. Kostnad per pasient (KPP) er en betegnelse på en metode for beregning av helsetjenestens kostnader knyttet til hver enkelt pasients kontakt med helsetjenesten. Sintef Helse leverte høsten 2006 rapporten KPP ved norske sykehus. Prinsipper og retningslinjer. Denne rapporten har nå vært på høring. Med utgangspunkt i rapporten og tilbakemeldinger fra høringsrunden skal Helsedirektoratet ferdigstille en nasjonal spesifikasjon for KPP-beregninger.

Utbetalinger gjennom ISF-systemet baserer seg på medisinske registreringer av enkeltpasienter på sykehusene. Det forutsettes at retningslinjer for registrering av pasienter og diagnoser følges lojalt i sykehusene. Dersom det er tvil om hva som er medisinsk korrekt registrering, skal dette avklares med Helsedirektoratet. Avregningsutvalget skal gi råd når det foreligger tvil om den medisinske registreringen (kodingen) som ligger til grunn for utbetalingsgrunnlaget. En enhetlig kodepraksis av pasientbehandlingen i sykehus er avgjøren-

de for at ISF-systemet skal oppleves som rettferdig og i størst mulig grad avspeile kostnadene knyttet til behandlingen. Refusjonene utbetales til det regionale helseforetak a konto i 12 terminer basert på budsjettert aktivitet med en endelig avregning året etter basert på faktisk innrapportert aktivitet.

Resultat 2007

I saldert budsjett 2007 var det lagt til grunn om lag uendret aktivitet fra 2006 til 2007. Foreløpige aktivitetstall for hele 2007 tilsier utbetalinger for 2007 om lag som forutsatt i St.prp. nr. 10 (2007–2008), hvor det på bakgrunn av aktivitetstall for andre tertial 2007 ble bevilget 80 mill. kroner for å dekke opp for den antatt høyere aktiviteten i 2007. Analyser for hele 2007 tilsier at omfanget av endret registreringspraksis er som lagt til grunn ved fastsettning av enhetsprisen og antall DRG-poeng i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregning for 2007 i omgrupperingsproposisjonen høsten 2008, inklu-

dert ev. justeringer og avkortinger som følge av behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget,

Status 2008

Vedtatt budsjett og styringskrav for 2008 legger til rette for en aktivitetsvekst på 1,5 pst. fra 2007 til 2008 med utgangspunkt i aktivitetstall for første tertial 2007, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008). Foreløpige aktivitetstall for hele 2007 viser at aktivitetsnivået for 2007 er om lag som tidligere lagt til grunn i budsjettet for 2008, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008). Dette innebærer at budsjettet for 2008 legger til rette for en aktivitetsvekst på om lag 1,5 pst. på nasjonalt nivå, også når aktivitetstall for hele 2007 legges til grunn. En prognose for hele 2008 basert på aktivitetstall for første tertial, gir en aktivitetsvekst på om lag 1,2 pst ut over budsjettforutsettningene på 1,5 pst. Eventuelle budsjettkonsekvenser av endringer i DRG-systemet, analyser av registreringsendringer og behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget, vil på vanlig måte bli håndtert i den endelige avregningen for 2008.

Boks 5.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG)

DRG (diagnoserelaterte grupper) er et pasientklassifiseringssystem som gir en forenklet beskrivelse av somatisk aktivitet og pasientsammensetning i sykehusene. Det er i alt om lag 680 diagnoserelaterte grupper, poliklinikk inkludert. Grupperingen bygger på om lag 20 000 diagnosekoder og om lag 7300 prosedyrekoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjemativering og forenkling av den kliniske virkeligheten og innebærer at det innenfor hver diagnosegruppe vil være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittsoppholdet. Hver enkel DRG har en kostnadsvekt som uttrykker det relative ressursforbruk for pasientgruppen sammenliknet med gjennomsnittet for alle pasienter. Mens gjennomsnittspasienten har en kostnadsvekt på om lag 1, vil de mest ressurskrevende pasientene ha en kostnadsvekt på om lag 34 Dette gjelder f.eks. levertransplantasjonspasienter. Kostnaden ved å behandle disse pasientene er med andre ord beregnet til å være om lag 34 ganger høyere enn for en gjennomsnittspasient. En kostnadsvekt på 1 tilsvarer 1 DRG-poeng. Utbetalingene gjennom ISF-ordningen påvirkes i all hovedsak av fire faktorer:

- antall sykehusopphold
- gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks)
- enhetspris
- ISF-sats (40 pst. av enhetspris i 2009)

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng. Antallet DRG-poeng framkommer som et produkt av antall sykehusopphold og gjennomsnittlig kostnadsvekt. Den gjennomsnittlige kostnadsvekten for alle pasienter kan øke dersom pasientene som gruppe er blitt mer ressurskrevende å behandle, men kan også øke pga. endringer i registreringspraksis uten faktisk endring i aktivitet. 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. Endret registreringspraksis har gitt betydelig bidrag til økt DRG-indeks, og det har derfor siden ISF-ordningen ble etablert, vært nødvendig å treffe tiltak for at det ikke skal skje urettmessig utbetalinger gjennom ISF-ordningen. Det er etablert en praksis der enhetsprisen settes ned svarende til økt DRG-indeks grunnet endret registreringspraksis.

Fra 2008 inngår poliklinisk behandling av pasienter med somatiske lidelser i ISF-ordningen. Formålet med utvidelsen av ISF-ordningen er å etablere et gjennomgående aktivitetsbasert finansieringssystem som på en bedre måte enn i dag kan oppdateres i forhold til poliklinisk utredning og behandling. I tillegg vil endringene legge til rette for en tettere oppfølging og kontroll av aktiviteten på poliklinikkene. Omleggingen er gjennomført etter planen. Det er fortsatt noen utfordringer knyttet til kvaliteten på innrapporterte aktivitetsdata, som Helsedirektoratet følger opp.

Budsjettforslag 2009

For 2009 foreslås det bevilget 18 721,3 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for et gjennomsnittlig aktivitetsnivå i 2009 som ligger 1,5 pst. over anslått nivå for 2008. Dette er en prognose basert på aktivitet i første tertial 2008, og det er dette nivået som skal videreføres og økes 1,5 pst. Ressursbruk og innsats skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. Enhetsprisen for ett DRG-poeng i 2009 foreslås satt til 35 127 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn en prisomregning på 4,4 pst. fra 2008 til 2009. I tillegg er enhetsprisen oppjustert med ytterligere 0,5 pst. for å kompensere for reduksjon i antall DRG-poeng som følge av systemomlegging i 2008. Enhetsprisen for 2007 er videre fastsatt slik at det ikke utbetales ISF-refusjon for endret registreringspraksis av reelt sett samme aktivitet (jf. boks 5.1). Enhetsprisen er derfor isolert sett satt ned slik at det tilsvarer utbetalinger på om lag 0,5 pst., som er anslått effekt av endret registreringspraksis i 2009. Dersom omfanget av endret registreringspraksis i ettertid avviker fra det som her er lagt til grunn for enhetsprisen, vil dette på vanlig måte bli håndtert i forbindelse med den endelige avregningen for 2009.

Det legges opp til egen enhetspris for ISF-poliklinikk også i 2009. Dette for å sikre kontroll med innføringen av denne nye finansieringsløsningen i ISF. Det pågår fortsatt et arbeid med å videreutvikle poliklinikk-løsningen og en vil derfor følge ordningen spesielt opp. I 2009 vil en arbeide videre med å utvikle en fullintegrert ISF-løsning for både døgn-, dag- og poliklinisk behandling.

ISF-finansiering av somatiske poliklinikker fra 2008 – etterslepskorreksjon i 2009

I forbindelse med omleggingen er det holdt tilbake midler på kap. 732, post 77 for å dekke regnskapsmessig etterslep for 2007 på posten. Etterslepet er

beregnet til å utgjøre 1 ½ måned av a konto utbetalingene i 2008 på 1304 mill. kroner for aktuell aktivitet, dvs. 186 mill. kroner. Et tilsvarende prisjustert beløp må overføres fra kap. 732, post 77 til kap. 732, post 76 i 2009-budsjettet, dvs. 194,2 mill. kroner.

Sykestuefinansiering

Det legges i 2008 til rette for å etablere en forsøksordning med aktivitetsbasert finansiering av sykestuene i Finnmark fra 1. januar 2009. Helse Finnmark HF har spesielle utfordringer med lange reiseavstander til sykehus fra mange kommuner. Hensikten med forsøksordningen er å prøve ut en modell der kommuner som ivaretar en funksjon for spesialisthelsetjeneste får deler av sin finansiering som et aktivitetsavhengig tilskudd. DRG-systemet er for omfattende å implementere på kort sikt i sykestuene. I forsøksperioden legges det derfor opp til en enklere tilpasset den virksomheten som utføres ved sykestuene. Aktuelle pasientgrupper som får et tilbud ved sykestuene er geriatriske pasienter, pasienter med kreftsykdom, pasienter med annen kronisk sykdom og pasienter med enklere akutttilstander. Dette er pasienter som ellers ville bli lagt inn på sykehus. Forsøksordningen vil bygge på forpliktende samarbeidsavtaler mellom Helse Finnmark HF og kommunene der krav til faglighet, kompetanseutveksling, ansvarlinjer, aktivitetsnivå og finansielle forutsetninger er definert. Det legges opp til at forsøksordningen kan pågå i inntil to år, med mulighet for evalueringer og justeringer i løpet av forsøksperioden.

Ambulerende team

I visse sammenhenger er det hensiktsmessig at personell fra den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten gjennomfører helsehjelp der pasienten bor eller oppholder seg for en lengre periode, inkludert sykehjem. Dette kan f.eks. være aktuelt for pasienter med langtkommen kronisk sykdom, pasienter med store funksjonshemninger, eller kreftpasienter i palliativ fase. Oppfølging vedrørende spesielt medisinsk behandlingsutstyr som pasienten er avhengig av å bruke i eget hjem kan også nødvendiggjøre hjemmebesøk. ISF-ordningen vil fra 2009 endres slik at helsehjelp som utføres utenfor sykehus i større grad vil være omfattet. Endringer gjøres også med tanke på bedret rapportering av slik aktivitet, slik at det oppnås grunnlag for sammenlikning i tjenestetilbud på tvers av regioner.

Legemiddelfinansiering

De regionale helseforetakene har finansieringsansvaret for visse typer medikamentell behandling som pasienten administrerer selv i eget hjem, men der behandling og oppfølgingsansvaret ligger hos spesialisthelsetjenesten. De aktuelle legemidlene gjelder behandling mot bl.a. multippel sklerose, revmatiske sykdommer, inflammatoriske tarmsykdom og psoriasis. Et fellestrekk for legemidlene er at de er kostbare og at det eksisterer medikamentelle terapialternativer som forutsetter innleggelse eller poliklinisk behandling i sykehus. Det foreslås at ISF-ordningen utvikles slik at helsehjelp i form av behandling med de aktuelle legemidlene omfattes. Dette gjøres hovedsakelig for å redusere potensiell vriddningseffekt i retning av de alternative behandlingsformene som krever oppmøte i sykehus og som er omfattet av ISF-ordningen. Som følge av omleggingen er det flyttet 473,5 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger (kap. 732, postene 72–75) til ISF-ordningen. Trekket i basisbevilgningen er fordelt med 244,0 mill. kroner i Helse Sør-Øst RHF, 98,0 mill. kroner i Helse Vest RHF, 65,8 mill. kroner i Helse Midt-Norge RHF og 65,7 mill. kroner i Helse Nord RHF.

Post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.

Posten omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene psykisk helsevern, rusbehandling, radiologi og laboratorievirksomhet.

Resultat 2007

Alle refusjonstakster ble prisjustert med 3,8 pst. Takstene ble fra 1. januar 2007 redusert tilsvarende 90 mill. kroner, fordelt med 10 pst. innen laboratorievirksomhet og 5 pst. innen radiologi. Egenandelen for poliklinisk behandling økte med 5 pst. fra 1. juli 2007. Dette svarte til en justering på 2,5 pst. for året. Økningen ble anslått å svare til en merinntekt på 30 mill. kroner og takstene innen somatikk og voksenpsykiatri ble redusert tilsvarende. Det ble innført fritak for egenandel ved ambulante tjenester for rusmiddelavhengige utført av team.

Det er beregnet en aktivitetsvekst, dvs. en vekst i utgifter fra 2006 til 2007, korrigert for tiltaks- og priseffekter på vel 6 pst.

Tabell 5.13 Regnskapsførte utgifter til poliklinisk virksomhet (i løpende mill. kroner)

Spesialitet	2004	2005	2006	2007
Somatikk	1 544	1 514	1 564	1564
Psykisk helsevern voksne	297	307	327	348
Psykisk helsevern barn og unge	244	271	298	321
Laboratorium	1 128	1 217	801	830
Radiologi	476	413	270	269
Totalt	3 689	3 721	3 258	3 332

Tallene indikerer kun regnskapsførte utgifter, endring i refusjonsbeløp for takstene må tas i betraktning for en helhetlig vurdering av utgiftsnivået

Status 2008

Fra og med 1. januar 2008 inngår aktivitetsbasert finansiering av somatisk poliklinisk virksomhet i ordningen innsatsstyrt finansiering. Det vises til omtale under kap. 732, post 76. Refusjonstakstene innen psykisk helsevern og rusbehandling ble prisjustert med 4,3 pst. fra 1. januar 2008.

I St.meld. nr. 5 (2003-2004), Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004), foreslo departementet å redusere takstene og øke basisbevilgningen til regionale helseforetak og gi regionale helseforetak økt ansvar og bedre

muligheter for å planlegge det totale offentlige og private tilbud av laboratorie- og røntgentjenester i sin region. Omleggingen ble påbegynt i 2005.

Departementet har lagt til grunn at aktivitetsbaserte tilskudd fra staten til regionale helseforetak skal utgjøre om lag 40 pst. av gjennomsnittskostnadene ved pasientbehandling og diagnostikk. Fra 1. januar 2008 ble basisbevilgningen til de regionale helseforetakene økt med 196,8 mill. kroner, og takstene til laboratorie- og røntgenvirksomhet ble redusert tilsvarende.

Basert på regnskapstall for perioden januar til juni 2008, er samlede utbetalinger i 2008 anslått til

2 115 mill. kroner. Dette er 83 mill. kroner over saldert budsjett 2008. Anslaget legger til grunn en aktivitetsvekst på 4 pst. innenfor voksenpsykiatri/rusbehandling, 6 pst. innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, 7 pst. innenfor radiologisk virksomhet og 8 pst. innenfor offentlig laboratorievirksomhet. Departementet vil komme tilbake til Stortinget med forslag om eventuelle tilleggsbevilgninger for 2008.

Budsjettforslag 2009

Det foreslås bevilget 2 042 mill. kroner til refusjon for poliklinisk virksomhet i 2009. Budsjettet legger til rette for å kunne videreføre den høye aktiviteten i 2008 og en ytterligere vekst på 1,5 pst. utover anslått nivå i 2008 basert på regnskapstall fra juni 2008. Egenandelene til legehjelp foreslås økt med 5 pst. fra 1. juli 2009, tilsvarende en prisjustering på 2,5 pst. på årsbasis. Økningen anslås å svare til en merinntekt på 7 mill. kroner. Det vises også til forslaget om å øke pasientgebyret ved manglende fram møte poliklinikk/avbestilling fra 1. januar 2009, jf. omtale under kap. 732, postene 72–75.

Post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre

Tilskuddet består av to deler:

- Tilskudd til forskning skal være et insentiv og økonomisk bidrag til å sikre forskning og oppbygging av forskningskompetanse i helseforetakene. Den resultatbaserte delen av tilskuddet fordeles basert på et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater (publiserte artikler og avlagte doktorgrader) i de regionale helseforetakene de siste tre år. Tilskuddet fordeles av samarbeidsorganet mellom det regionale helseforetaket og universitetet. Det er ikke lagt føringer for de regionale helseforetakenes valg av finansieringsmodell for forskning i helseforetakene.
- Tilskudd til nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten skal gi et økonomisk bidrag til nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten og kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger til å drive forskning, kompetanseutvikling, kompe-

tansespredning og veiledning. Kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger skal i tillegg gi individuelle og familierettede tilbud. Helsedirektoratet ivaretar forvaltningsoppgaver og gir faglige råd til Helse- og omsorgsdepartementet om kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger.

Resultat 2007

Samlet bevilgning på posten var 747,5 mill. kroner i 2007. Tilskudd til forskning utgjorde 408,6 mill. kroner. Det ble registrert 2373 vitenskapelige artikler fra helseforetakene i 2006 (av totalt 7390 vitenskapelige artikler fra norsk forskning i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter) og rapportert inn 151 avlagte doktorgrader, en økning med 21 fra året før. Av artiklene publisert i internasjonale tidsskrifter hadde 40 pst. medforfattere i utlandet. For å styrke internasjonalt forskningssamarbeid ytterligere ble det fra 2007 innført en ekstra vekt i poengberegningen for artikler med utenlandske medforfattere.

Det ble i 2007 bevilget 338,8 mill. kroner til nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten, herunder 178,5 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger og 2,0 mill. kroner til regionale fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi. Dette inkluderte flytting av 65,3 mill. kroner fra kap. 732, post 70 for drift av Det statlige kompetansesystemet for døvblinde og Nasjonalt kompetansenettverk for personer med autisme samt 2,6 mill. kroner fra kap. 743, post 70 for å understøtte etablering av et felles kompetansenettverk for hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD.

Status 2008

Samlet bevilgning på posten er på 783,1 mill. kroner i 2008. Tilskudd til forskning utgjør 426,2 mill. kroner, herav ble 40 pst. tildelt som basistilskudd og 60 pst. fordelt mellom de regionale helseforetakene etter forskningsresultater for perioden 2004–2006. Det er målt endringer ved bruk av tre års gjennomsnitt for poengberegningen, jf. tabell 5.14.

Tabell 5.14 Gjennomsnittlig årlig poeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader

Helseregion	Måleresultat 2005–2007	Måleresultat ¹ 2004–2006	Måleresultat 2003–2005	Måleresultat 2002–2004	Måleresultat 2001–2003
Helse Sør-Øst RHF	1484,3 (60,8 %)	Helse Øst 520,5 (22,0 %) Helse Sør 944,7 (39,9 %)	508,8 (20,6 %)	487,1 (20,5 %)	470,1 (20,8 %)
Helse Vest RHF	545,3 (22,3 %)	525,0 (22,2 %)	536,0 (21,7 %)	497,6 (21,0 %)	463,7 (20,5 %)
Helse Midt- Norge RHF	233,8 (9,5 %)	220,7 (9,3 %)	228,4 (9,2 %)	254,1 (10,7 %)	249,8 (11,1 %)
Helse Nord RHF	182,5 (7,4 %)	155,6 (6,6 %)	158,0 (6,4 %)	154,7 (6,5 %)	155,1 (6,9 %)
Totalt	2445,9 (100 %)	2366,4 (100 %)	2471,2 (100 %)	2371,9 (100 %)	2256,6 (100 %)

¹ Kvalitetssikrede tall, avviker noe fra tallene som ble presentert i St.prp. nr. 1 (2007–2008).

Det registreres i dag forskningsaktivitet i form av publiserte artikler og/eller avlagte doktorgrader ved helseforetak og institusjoner som omfattes av målesystemet. Alle helseforetak rapporterer forskningsresultater. Antall artikkelpoeng økte med om lag 11 pst. fra 2006. Av artiklene i internasjonale tidsskrifter har 45 pst. medforfattere i utlandet, en økning på 5 pst. poeng fra året før. Det ble avlagt 178 doktorgrader i 2007, en økning på 25 fra 2006. Av disse hadde 58 pst. medisinskfaglig bakgrunn (cand. med. mv.), 23 pst. matematisk-naturvitenskapelig bakgrunn (cand. scient. mv.) og 19 pst. annen fagbakgrunn (cand. Psychol., cand. Polit., sykepleie mv.). For en ytterligere omtale av forskning i helseforetakene vises det til avsnittet Plan og melding fra de regionale helseforetak.

Av årets bevilgning på posten, går 356,9 mill. kroner til nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten. Herav tildeles 202,2 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger inkludert regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes og Narkolepsi og autisme og 154,7 mill. kroner til Nasjonale medisinske kompetansesentra, jf. rundskriv I-19/2003. Det ble flyttet 3,5 mill. kroner fra kap. 761, post 61 til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i Helse Sør-Øst RHF slik at en kunne videreføre virksomheten i det avsluttede prosjektet Aldring hos mennesker med utviklingshemming.

Budsjettforslag 2009

Det foreslås å bevilge 832,3 mill. kroner på posten i 2009. Tilskudd til forskning er prisjustert og utgjør 445 mill. kroner. 60 pst. av tilskuddet, dvs. 267 mill. kroner, fordeles mellom de fire regionale helseforetakene etter forskningsresultater for perioden

2005–2007. 40 pst., dvs. 178 mill. kroner, tildeles i basistilskudd. Basistilskuddet skal sikre basisfunksjoner i alle regionale helseforetak, og har vært fordelt likt mellom de regionale helseforetakene fram til 2007. For å sikre forutsigbarhet i forskningsfinansieringen, ble tidligere basistilskudd til henholdsvis Helse Øst RHF og Helse Sør RHF videreført til Helse Sør-Øst RHF i 2008. Departementet varslet samtidig å vurdere behovet for en justering av den relative fordelingen av basistilskuddet mellom de fire regionale helseforetakene.

I NOU 2008: 2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak (Magnussen-utvalget) er det foreslått å justere dagens tilskudd til forskning gjennom å redusere andelen basistilskudd fra 40 til 30 pst. og øke det resultatbaserte tilskuddet til 70 pst. Utvalget foreslår også at departementet særskilt vurderer omfanget av medisinskfaglig forskning og hvordan finansieringen av denne kan skje uten at dette går på bekostning av bevilgningene til pasientbehandling. Utvalget foreslår videre at utredningen bør inneholde en vurdering av mulige geografiske fordelingseffekter av forholdet mellom ramme- og aktivitetsfinansiering av forskningsaktiviteten.

Departementet vil gjennomføre en evaluering av dagens tilskudd og finansieringsmodell for forskning i helseforetakene, herunder følge opp forslaget i NOU 2008: 2 om å vurdere omfanget av finansieringen av forskning i helseforetakene. På denne bakgrunn foreslår departementet å videreføre basistilskuddet til forskning til Helse Sør-Øst RHF uten endringer også i 2009.

Tilskudd til nasjonale medisinske kompetansesentra er prisjustert og utgjør 387,3 mill. kroner. Herav tildeles 174,1 mill. kroner til drift av nasjonale medisinske kompetansesentra (jf. rundskriv I-19/2003) og 213,2 mill. kroner til drift av Nasjonale

kompetansesentra for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger inkludert regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes og Narkolepsi og autisme. Beløpet inkluderer forslag om å flytte 14,7 mill. kroner fra kap. 743, post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern til Tilskudd til nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst RHF under kap. 732, post 78. Av dette, foreslås det

bevilget 12,6 mill. kroner til drift av Landsfunksjon for døve unge og voksne med psykiske lidelser ved Aker universitetssykehus HF, inkludert kompetansesenteroppgaver, som ble etablert høsten 2008 og 2,1 mill. kroner til Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourette Syndrom og Narkolepsi (NK) for drift av Nasjonalt kompetansenettverk for ADHD.

Tabell 5.15 Fordeling av tilskuddet til forskning og nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten på de regionale helseforetak (i mill. kr)

	Forskning			Nasjonale kompetansesentre	Totalt
	Basis	Resultat ¹	Sum		
Helse Sør-Øst RHF	71,2	162,3	233,5	277,2 ²	510,7
Helse Vest RHF	35,6	59,5	95,1	36,6 ³	131,7
Helse Midt-Norge RHF	35,6	25,4	61,0	31,7 ⁴	92,7
Helse Nord RHF	35,6	19,8	55,4	41,8 ⁵	97,0
Sum	178	267	445	387,3	832,3

¹ Forskningsresultater for perioden 2005–2007 ligger til grunn for fordeling av midler i 2009. Departementet tar forbehold om justering av beløpene i tabellen mellom tilskuddsmottakere som følge av ytterligere kvalitetssikring av data som ligger til grunn for poengberegningen.

² Herav 84,1 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentre og 193,1 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger mv. Beløpet inkluderer overføring av 12,6 mill. kroner til Landsfunksjon for døve med psykiske lidelser og 2,1 mill. kroner til Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourette syndrom og Narkolepsi (NK) for drift av Nasjonalt kompetansenettverk for AD/HD.

³ Herav 28,1 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentre og 8,5 mill. kroner til nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger mv.

⁴ Herav 29,0 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentre og 2,7 mill. kroner til nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger mv.

⁵ Herav 32,9 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentre og 8,9 mill. kroner til nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger mv.

Post 79 Helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte

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), er ordningen tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte etablert. Formålet med ordningen er å få sykemeldte raskere tilbake i arbeid, slik at sykefraværet reduseres. Det legges til grunn at også delvis sykemeldte kan inngå i målgruppen. Videre omfatter ordningen arbeidstakere som alternativt ville blitt sykemeldte om de ikke ble omfattet av ordningen og de som er inne på ordninger/oppfølging når sykepengeperioden opphører. Det er et krav at de personene som omfattes med stor sannsynlighet kommer raskere tilbake i arbeid som en direkte følge av behandlingen som tilbys.

Resultat 2007

For 2007 ble det samlet bevilget 604 mill. kroner til dette formålet, hvorav 439 mill. kroner ble stilt til rådighet til tiltak i regi av regionale helseforetak.

I ordningens første fase ble det satt i gang en behovskartlegging av målgruppen i samarbeid mellom de regionale helseforetakene, Arbeids- og velferdsetaten og fastlegene. Behovskartleggingen viste at det er størst behov for tilbud til personer med sammensatte og uspesifikke sykdomsbilder. Mange sykemeldte har sammensatte symptombilder, og det kan være vanskelig å skille mellom fysiske og psykologiske symptomer. Vurderingene av i hvilken grad slike forhold påvirker sykdomsfølelsen og nedsatt funksjon i arbeidsforholdet er også vanskelig. Det har derfor vært viktig å opprette tverrfaglige og tverrspecialiserte poliklinikker for å vurdere innkomne henvisninger, og for å gi en kvalifisert vurdering av hvordan videre behandling og oppfølging bør skje.

Gjennom bruk av anbudsprosesser har de regionale helseforetakene bl.a. inngått avtaler med private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner innen helserettet rehabilitering. Totalt ble 8540 pasienter henvist til ordningen innen helsetjenesten i 2007. Det ble rapportert 2550 døgn- og dagbehandlinger, 613 døgnopphold og 1936 dagbehandlinger. 2166 av oppholdene var ved offentlige sykehus og 383 ved private sykehus. I tillegg ble det utført 6750 polikliniske konsultasjoner og 750 opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner. De midlene de regionale helseforetakene ikke har benyttet i 2007, fordi ordningen kom sent i gang, er overført til 2008.

Status 2008

Det ble avsatt totalt 742 mill. kroner til ordningen i St.prp. nr. 1 (2007–2008), hvorav 458 mill. kroner til tiltak i regi av de regionale helseforetakene. Ved behandlingen av St.prp. nr. 59 (2007–2008) ble det bevilget ytterligere 44 mill. kroner over posten, herunder 20 mill. kroner til styrking av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelinger og 24 mill. kroner til kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester. Helse Midt-Norge RHF har fått i oppdrag å planlegge og etablere et rehabiliteringstilbud ved Hysnes helseforetak i Rissa kommune. Rehabiliteringstilbudet skal innrettes mot ulike pasientgrupper med sikte på tilbakeføring til arbeid.

Mer enn 14 200 pasienter er henvist til spesialisthelsetjenesten ved utgangen av juli måned. Det er henvist mellom 2000 og 3000 pasienter hver måned de fem første månedene, i sommermånedene er det henvist et noe lavere antall. Mellom 70 og 80 pst. av de henviste har muskel- og skjelettlidelser. Helseforetakenes prognoser er at om lag 50 pst. av midlene i 2008 benyttes til kjøp hos private tilbydere.

Budsjettforslag 2009

For 2009 er rammen til ordningen på 775,5 mill. kroner. 484,0 mill. kroner foreslås stilt til disposisjon for Helse- og omsorgsdepartementet. Forslaget innebærer en reduksjon på 20 mill. kroner sammenliknet med 2008 for å kunne styrke systemrettede IA-tiltak i regi av Arbeids- og inkluderingsdepartementet. 20 mill. kroner til styrking av utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene, jf. Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2007–2008), videreføres i 2009. Fordelingen av midlene er drøftet med partene i arbeidslivet.

En vellykket gjennomføring av ordningen avhenger av god nasjonal oppfølging og et godt

informasjonsarbeid overfor aktuelle aktører som arbeidsgivere, sykmeldte, fastleger og andre sykmeldende behandlere. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at midlene fordeles med 478,0 mill. kroner til de regionale helseforetakene under kap. 732, post 79 og 6 mill. kroner til informasjonstiltak og nasjonal koordinering og oppfølging av ordningen under kap. 720, post 01 og kap. 728, post 21.

Post 81 Tilskudd til store byggeprosjekter

Ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003–2004) ble det vedtatt å gi totalt 4,5 mrd. kroner i investeringsstilskudd til tre særskilte byggeprosjekter; Nye Ahus, fase 2 av ny universitetsklinikk i Trondheim og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet. Tilskuddet utbetales årlig i takt med utbyggingene. Investeringsstilskuddet kommer i tillegg til midler som tildeles gjennom basisbevilgningen. I utbyggingsperioden skal prosjektene finansieres gjennom en kombinasjon av egenfinansiering (basistilskudd), investeringsstilskudd og om nødvendig låneopptak.

Det er det respektive helseforetak som skal stå for styring og oppfølging av investeringsprosjektene, innenfor de premisser som følger av Stortingets vedtak.

Nye Ahus

Tidligere Helse Øst RHF ga sin tilslutning til å sette i gang prosjektet høsten 2003. Utbyggingen startet våren 2004. Det er planlagt full klinisk drift fra høsten 2008. Utbyggingsprosjektet er i rute både med hensyn til kostnads- og framdriftsplaner. Departementets samlede bidrag/investeringsstilskudd til prosjektet utgjør 2,6 mrd. 2004-kroner.

I 2007 utgjorde tilskuddet til gjennomføring av prosjektet 954 mill. kroner. I 2008 vil det bli utbetalt 404 mill. kroner i investeringsstilskudd til dette prosjektet.

Selv om hoveddelen av nye Ahus er ferdigstilt oktober 2008, gjenstår en del arbeid før totalprosjektet er ferdig. Det vil derfor også bli utbetalt investeringsstilskudd til prosjektet i 2009 og 2010.

Fase 2 Ny universitetsklinikk i Trondheim (Nye St. Olavs Hospital)

Departementets bidrag til gjennomføring av fase 2 på 1,24 mrd. kroner ble klargjort allerede høsten 2003. Dette bidraget, sammen med årlige bevilgninger, utgjorde dermed samlede rammebetingelser for regionens håndtering av prosjektet. Det ble videre lagt til grunn at eventuelle merkostnader ville være et anliggende for det regionale helsefore-

taket. Høsten 2005 var det dialog mellom Helse Midt-Norge RHF og departementet vedrørende Helse Midt-Norge RHF sin håndtering av de økonomiske belastninger knyttet til St. Olavs prosjektet. Det framkom at å gjennomføre prosjektet innenfor gitte rammebetingelser ville være meget krevende. I foretaksmøte med Helse Midt-Norge RHF i desember 2005 ble det lagt til grunn at regjeringen i løpet av inneværende stortingsperiode ville foreslå en økning i de årlige, samlede bevilgningene til Helse Midt-Norge RHF på 140 mill. 2005-kroner. Denne bevilgningsøkningen la til rette for videreføring og realisering av Nye St. Olavs fase 2. Bevilgningsøkningen ble gjennomført i 2008, hvor rammene til Helse Midt-Norge RHF ble økt med 229 mill. kroner til gjenanskaffelse og vedlikehold av bygg og utstyr.

Styret i Helse Midt-Norge RHF ga i mars 2006 sin tilslutning til gjennomføring av byggefase 2. Byggearbeidene for tre av de kliniske sentrene i fase 2 var da allerede startet. Kostnadsrammen på P50 pst.-nivå er satt til 6298 mill. 2004-kroner. Som grunnlag for å håndtere økte kostnader når prosjektet sto ferdig la Helse Midt-Norge RHF, i tillegg til investeringstilskudd og den lovede bevilgningsøkning, også til grunn en besparelse i driften på årlig 150 mill. kroner når byggeprosjektet sto ferdig.

Det er synliggjort usikkerhet knyttet til regionens håndtering av kostnadene når hoveddelen av fase 2 er ferdigstilt i 2009/10. Helse Midt-Norge RHF ble i foretaksmøte i februar 2007 pålagt å gjennomgå fase 2, med hensikt både å redusere investeringsomfanget og vurdere framtidig driftsøkonomi når fase 2 tas i bruk. Gjennomgangen ga ingen tilfresstillende løsninger på kravene som ble stilt i foretaksmøtet. I foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF i januar 2008 ble det stilt krav om å utarbeide et langtidsbudsjett som kunne vise hvordan kostnader ved Nye St. Olavs Hospital vil bli håndtert innenfor Helse Midt-Norge RHF sine økonomiske rammer. I utarbeidet langtidsbudsjett kommer det fram at tidligere forutsetninger om besparelser i driften ved St. Olavs Hospital HF vanskelig vil kunne oppnås. Helse Midt-Norge RHF har dermed fortsatt en stor utfordring når det gjelder å håndtere det framtidige kostnadsnivået på St. Olavs Hospital HF.

I 2007 utgjorde departementets tilskudd til byggeprosjektet 294 mill. kroner. I 2008 vil det utbetales 412 mill. kroner i investeringstilskudd til gjennomføring av byggeprosjektet.

Nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet

Styret i det tidligere Helse Sør RHF ga i januar 2004 sin tilslutning til utbyggingsprosjektet. Utbyggingen startet i 2005 og forskningsbygget skulle etter planen tas i bruk primo 2009. Utbyggingsprosjektet er i rute med hensyn til kostnadsrammen, og bygget forventes ferdigstilt 2. kvartal 2009. Departementets samlede bidrag/investeringstilskudd til prosjektet utgjør 640 mill. 2004-kroner.

I 2007 utgjorde tilskuddet til gjennomføring av prosjektet 169 mill. kroner. I 2008 vil det bli utbetalt 243 mill. kroner i investeringstilskudd til dette prosjektet.

Budsjettforslag 2009

For 2009 foreslås det bevilget 652,5 mill. kroner i samlet investeringstilskudd til de tre utbyggingsprosjektene, med følgende fordeling.

- Nye Ahus: 218,5 mill. kroner
- Forskningsbygg: 110,1 mill. kroner
- Nye St. Olavs Hospital: 324,0 mill. kroner

Universitetsdelen av Nye St. Olavs Hospital finansieres over Kunnskapsdepartementets budsjetter (kap. 281, post 79), der det for 2009 foreslås bevilget 287,1 mill. kroner til formålet.

Post 82 Investeringslån

Helseforetakenes vedtekter legger til grunn at lån til investeringer kun skal foretas gjennom denne statlige låneordningen, som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. Fra 2008 bevilges lån som en ordinær tilskuddspost til spesifikke igangsatte prosjekter. Generelt gjelder at regionale helseforetak nå skal planlegge framdriften av nye investeringsprosjekter innenfor de rammer som ligger i basisbevilgningen.

Resultat 2007

De regionale helseforetakenes samlede låneopptak i 2007 var 2,4 mrd. kroner. Ved utgangen av 2007 utgjorde totalt låneopptak om lag 12,1 mrd. kroner. Av dette er 6,4 mrd. kroner omgjort til langsiktig lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 5,7 mrd. kroner er videreført byggelån til prosjekter som er under gjennomføring. Tabell 5.16 viser lån fordelt per regionalt helseforetak:

Tabell 5.16 Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2007 fordelt på de regionale helseforetakene

Regionale helseforetak	2006	2007	(i mill. kr)		
	Lånesaldo per 31.12.06	Fordelt låneramme	Påløpte byggelåns- renter jf. kap. 732, post 91	Innbetalte avdrag jf. kap. 3732, post 90	Lånesaldo per 31.12.07
Helse Sør-Øst RHF	5 369,3	1 342,0	149,0	-168,0	6 692,3
Helse Vest RHF	1 611,3	479,0	34,4	-53,6	2 071,1
Helse Midt-Norge RHF	1 878,0	389,7	10,6	-92,0	2 186,2
Helse Nord RHF	1 016,2	194,7	11,7	-26,1	1 196,5
Sum	9 874,7	2 405,4	205,7	-339,7	12 146,1

Status 2008

Lånerammen for 2008 utgjør 1,77 mrd. kroner. Bevilgningen skal sikre fortsatt framdrift ved Nye Ahus, forskningsbygg ved Radiumhospitalet, ombygging og modernisering ved Haukeland sykehus, Nye St. Olavs Hospital samt investeringsprosjekter over psykiatriplanen. Videre sikrer lånerammen igangsetting av sykehotell ved Rikshospitalet (Montebello) og ombygging og modernisering ved Nordlandssykehuset i Bodø.

Budsjettforslag 2009

For å sikre framdrift av tidligere vedtatte prosjekter foreslås lånerammen for investeringslån for 2009 satt til 1075,8 mill. kroner. Budsjettforslaget bygger på innmeldte likviditetsbehov for gjennomføring av investeringsprosjekter som gis lånefinansiering. For 2009 gjelder dette ombygging og moderniseringer ved Haukeland og Nordlandssykehuset i Bodø, Nye St. Olavs Hospital og nytt sykehotell ved Rikshospitalet (Montebello).

Sistnevnte prosjekt ble tildelt en ekstraordinær låneramme i forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2007–2008), hvor total låneramme til dette prosjektet ble satt til 110 mill. kroner. De siste 60 mill. kroner utbetales i 2009.

Når det gjelder ombygging og modernisering ved Nordlandssykehuset i Bodø, vedtok styret i Helse Nord RHF i mars 2008 igangsetting av dette prosjektet. Styret understreket i sitt vedtak at økonomisk balanse i driften av Nordlandssykehuset HF var en nødvendig forutsetning for å gjennomføre denne investeringen. Det er Helse Nord RHF som har ansvar for å gjennomføre prosjektet innenfor fastsatte rammer og å håndtere økte kostnader når bygget står ferdig.

Helse Nord RHF har planlagt å finansiere utbyggingen med om lag 50 pst. låneopptak gjen-

nom Helse- og omsorgsdepartementet, tilsvarende 1328 mill. 2008-kroner. Departementet er bekymret over den økonomiske situasjonen i Helse Nord. Skal helseregionen klare å håndtere økte kostnader når bygget står ferdig må Helse Nord RHF ha balanse i økonomien, slik styret i Helse Nord RHF understreket i sitt vedtak. Som følge av dette vil departementet, fram til Helse Nord RHF oppnår balanse i driften, legge til grunn at regionen legger inn større andel egenfinansiering av prosjektet på bekostning av andre investeringer i regionen. Dette for å redusere framtidige rentekostnader.

Det foreslås dermed at det settes av en øvre grense tilsvarende 1328 mill. 2008-kroner for låneopptak som utbetales i perioden 2008 til 2016. Dette beløpet vil bli indeksregulert i tråd med basisrammen til de regionale helseforetak.

Opptreksrenter, avdrag og innbetalte rentekostnader

I perioden fram til ferdigstilling av prosjektene vil renter på investeringslån påløpe og belastes, men ikke betales av helseforetakene. Dette innebærer at disse rentene blir tillagt de regionale helseforetakenes låneporteføljer. Tilsvarende inntekter budsjetteres på Finansdepartementets budsjetter (kap. 5605, post 84). Endringer i låneordningen fra 2008 innebærer at budsjetteringen av tilhørende opptreksrenter blir delt for lån tatt opp før og etter 2008, jf. post 83 og post 91 nedenfor.

Som følge av at Ahus ferdigstilles er det ventet at det i 2008 vil være en betydelig konvertering fra byggelån til serielån, slik at samlede serielån øker. Dette påvirker de tekniske lånepostene ved at nivået på budsjetterte opptreksrenter reduseres, mens avdrag og innbetalte rentekostnader øker betraktelig, jf. endringer i postene opptreksrenter

i kap. 732, post 83 og 91 samt avdrag og renter på investeringslån i kap. 3732, post 80, 81 og 90.

Post 83 Opptreksrenter for lån fom. 2008

Denne posten er en teknisk håndtering av opptreksrenter på investeringslån som de regionale helseforetakene tar opp fra og med 2008.

Post 86 Driftskreditter

De regionale helseforetakene har innenfor rammer fastsatt av Stortinget hatt adgang til å ta opp driftskreditter hos sin private bankforbindelse. Driftskreditter har vært gitt for at de regionale helseforetakene skal kunne håndtere kortsiktige svingninger i likviditetsbehovet knyttet til drift. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å fordele fastsatt driftskredittramme mellom de regionale helseforetakene. Regjeringen foreslår som en del av opplegget for håndtering av pensjonskostnader at de regionale helseforetakenes driftskreditter i private banker omgjøres til driftskreditter i staten i 2009. De regionale helseforetakene vil deretter ikke ha adgang til å ta opp driftskreditter i private banker.

Rammen for driftskreditter til de regionale helseforetakene foreslås fra 2009 bevilget på kap. 732, ny post 86. Det foreslås samtidig opprettet en ny inntekstpost under kap. 3732, post 86, for innteksføring av reduksjoner i driftskredittrammen. Renter på denne ordningen føres på Finansdepartementets budsjetter (kap. 5605, post 84). Det vises til omtale av pensjonskostnader under kap. 732, post 72–75, kap. 3732, post 86, og i St.prp. nr. 1 (2008–2009) Statsbudsjettet (Gul bok).

I 2006 og 2007 var driftskredittrammen satt til 6,5 mrd. kroner. Ved utgangen av 2007 var det gjort bruk av driftskreditter på til sammen 5,8 mrd. kroner. Den øvre rammen for driftskreditter ble økt til 7,3 mrd. kroner i 2008, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007–2008). Bruk av driftskreditter varierer gjennom året og mellom helseforetak. Samtidig har utviklingen fra år til år vist en stadig økende bruk av driftskreditt. De regionale helseforetakene har gjennom flere år hatt

merutbetalinger knyttet til pensjonspremier. Videre er den likviditetsmessige effekten ved årlige underskudd finansiert med driftskreditter. Disse forholdene har ført til at de regionale helseforetakenes likviditetssituasjon er blitt betydelig strammere i 2008.

For at helseforetakene skal kunne nedbetale driftskredittene i private banker, foreslås det at det bevilges 7,3 mrd. kroner i 2009, tilsvarende driftskredittrammen for 2008 i private banker. Ved denne bevilgningen til driftskreditt opprettes det en statlig driftskredittdordning i Norges Bank. Innenfor bevilgningen på 7,3 mrd. kroner vil det i foretaksmøter i januar bli stilt krav til at de regionale helseforetakene skal nedbetale hele sin driftskreditt i private banker, som ved det gjøres om til driftskreditt i staten. Som følge av behandlingen av pensjonskostnader og krav om at overskuddslikviditet skal gå til nedbetaling av driftskreditter, vil det i foretaksmøter i januar også bli stilt krav til at de regionale helseforetakene skal nedbetale 1,3 mrd. kroner i driftskreditt i staten. Denne nedbetalingen innebærer at driftskredittrammen settes ned 1,3 mrd. kroner, som inntektsføres under kap. 3272, post 86. Dette innebærer at samlet driftskreditt i Norges Bank maksimalt kan være 6 mrd. kroner ved utgangen av 2009, jf. forslag til romertallsvedtak V, nummer 1.

«Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2009 kan gi de regionale helseforetakene inntil 7,3 mrd. kroner i driftskreditt, men slik at utestående lån ved utgangen av 2009 ikke skal overstige 6 mrd. kroner.»

Likviditetssituasjonen vil være stram i 2009, og departementet vil derfor følge situasjonen nøye.

Post 91 Opptreksrenter for lån tom. 2007

Denne posten er en teknisk håndtering av opptreksrenter på investeringslån som de regionale helseforetakene tok opp før 2008, jf. omtale ovenfor. I 2007 utgjorde samlede opptreksrenter 205,7 mill. kroner, se tabell 5.16.

Kap. 3732 Regionale helseforetak

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
80	Renter på investeringslån	271 935	350 000	540 000
85	Avdrag på investeringslån fom. 2008			25 000
86	Driftskreditter			1 300 000
90	Avdrag på investeringslån tom. 2007	339 678	400 000	615 000
	Sum kap. 3732	611 613	750 000	2 480 000

Post 80 Renter på investeringslån

Bevilgningene på denne posten dekker innbetalinger fra de regionale helseforetakene knyttet til renter av investeringslån som er omgjort til langsiktige lån. I 2007 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 271,9 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene, med fordeling som i tabell 5.17.

Tabell 5.17 Fordeling innbetalte renter på serielån 2007.

	(i mill. kr)
Regionalt helseforetak	Innbetalte renter på serielån
Helse Sør-Øst RHF	127,7
Helse Vest RHF	39,5
Helse Midt-Norge RHF	78,1
Helse Nord RHF	26,6
Sum	271,9

Post 81 Avdrag på investeringslån fom. 2008

Endringer i låneordningen fra 2008 innebærer at budsjetteringen av avdrag blir delt for lån tatt opp før og etter 2008, jf. også post 90.

Denne posten omfatter avdragsinnbetalinger fra regionale helseforetak på lån tatt opp fra og med 2008.

Post 86 Driftskreditter

Det vises til omtale under kap.732, post 86. Som ledd i omleggingen foreslås det opprettet en ny inntekstpost under kap. 3732, post 86, for inntektsføring i forbindelse med nedsettelse av driftskreditrammen.

I 2009 vil forslaget til håndtering av pensjoner innebære at det kan stilles krav om nedbetaling av driftskreditter med et beløp på 1,3 mrd. kroner. Dette har bakgrunn i at anslaget for pensjonspremien er lavere enn anslaget for pensjonskostnaden. Dette gir et forventet likviditetsoverskudd som skal gå til å nedbetale driftskreditt med påfølgende nedsettelse av driftskreditrammen.

Post 90 Avdrag på investeringslån tom 2007

Posten dekker avdragsinnbetalinger fra regionale helseforetak på lån tatt opp før 2008. I 2007 betalte de regionale helseforetakene 339,7 mill. kroner i avdrag på sine investeringslån. Se tabell 5.16 for fordeling av avdrag per regionale helseforetak.

Kap. 737 Kreftregisteret

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
70	Tilskudd	80 353	83 808	87 496
	Sum kap. 737	80 353	83 808	87 496

Kreftregisteret, Institutt for befolkningsbasert kreftforskning, har som overordnet mål å etablere

viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom. Kreftregisterets hovedmål er regis-

tering, forskning, rådgivning og informasjon, jf. Krefregisterforskriften. Krefregisteret er en enhet i Rikshospitalet HF, underlagt Helse Sør-Øst RHF.

Departementet har mottatt årsrapport fra Krefregisteret for bruk av midlene i 2007. Det ble bevilget 80,4 mill. kroner til Krefregisteret i 2007 til drift av virksomhet. Denne omfatter registrering, forskning, rådgivnings- og informasjonsvirksomhet. Regnskapet for 2007 omfatter denne tildeelingen samt ekstern finansiering.

Registrering

Over 98 pst. av alle kreftdiagnoser er registrert i Krefregisteret. Brystkreftprøver i mammografi-programmet og livmorhalsprøver i og utenfor cervixprogrammet er 100 pst. rapportert. Det samme gjelder prøver i Norccap 1-prosjektet. Registreringen er dermed i tråd med målsettingen om registerets kompletthet.

Oppmøtetallene for mammografiprogrammet er 77 pst., for masseundersøkelsen mot livmorhalskreft 80 pst., og for Norccap om lag 65 pst. Dette er gode resultater, spesielt sett i et internasjonalt perspektiv, men det er likevel satt i gang tiltak for å ytterligere forbedre andelen oppmøtte. Kvalitetsregistre for ulike krefttyper er etablert på tykk-endetarmskreft, prostatakreft, føflekkreft, familiær adenomatøs polypose, eggstokkreft, lungekreft (kirurgisk behandlede pasienter) og barnekreft (Nopho, Nordisk barnekreftregister). Det arbeides med etablering av kvalitetsregistre for brystkreft, lymfekreft, blodkreft, hjernesvulster, barnekreft, lungekreft og gynekologisk kreft (utvidelse av eggstokkreftregisteret). Målet er, som første land i verden, å få komplette, befolkningsbaserte data over sykdomsprogresjon, behandlingsintensjon og utfall innenfor kreftsykdom. Innledende prosjekter for elektronisk overføring av patologimeldinger og kliniske kreftmeldinger til Krefregisteret er gjennomført i 2003–2004 og er videreført i prosjektet

«Krefregisterets elektroniske meldetjeneste» i 2006–2008.

Forskning

Ved årsskiftet 2007/2008 driftet Krefregisteret 95 forskningsprosjekter og deltok i 25 prosjekter hvor hovedansvaret lå utenfor instituttet. Flere av studiene er basert på internasjonalt samarbeid. Forskningen er konsentrert om risikofaktorer for kreftutvikling, registerbasert klinisk forskning (kvalitetsovervåking av diagnostikk og behandling) og i noen grad grunnforskning. Seks doktorgradsarbeider utgikk fra Krefregisteret i 2005. Ansatte i Krefregisteret bidro til 103 vitenskapelige artikler i norske og internasjonale fagtidsskrifter. I tillegg har Krefregisteret publisert seks vitenskapelige rapporter og medvirket til ytterligere to i samarbeid med andre institusjoner.

Rådgivning og informasjon

Heftet *Cancer in Norway 2006* ble publisert på nett i 2007 og på papir i januar 2008. Heftet inneholder informasjon om forekomst og innsidens av ulike kreftformer. I tillegg ivaretas en betydelig informasjonsvirksomhet gjennom foredrag, besvarelser av enkelthenvendelser om kreft og gjennom en hjemmeside (www.krefregisteret.no).

Budsjettforslag 2009

Krefregisteret vil fortsette sitt arbeid innenfor registrering, forskning og rådgivning og informasjon. Særsilt fokus i 2009 vil være å etablere diagnose-, behandlings- og oppfølgingsregistre (kvalitetsregistre) for alle kreftformer. Etableringen av et enhetlig IT-system som skal håndtere elektronisk overføring av kreftmeldinger samt registrering og koding av mottatte meldinger. Dette systemet skal understøtte utbyggingen av kvalitetsregistrene.

Programkategori 10.40 Psykisk helse

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

		(i 1 000 kr)			
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
742	Kontrollkomisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern	38 859	35 496	37 665	6,1
743	Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse	5 325 518	6 385 338	695 668	-89,1
744	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	45 600	51 476	53 741	4,4
Sum kategori 10.40		5 409 977	6 472 310	787 074	-87,8

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

		(i 1 000 kr)			
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
01-23	Statens egne driftsutgifter	59 293	56 052	58 625	4,6
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	2 912 682	3 512 791	94 900	-97,3
70-89	Andre overføringer	2 438 002	2 903 467	633 549	-78,2
Sum kategori 10.40		5 409 977	6 472 310	787 074	-87,8

Programkategori 10.40 omfatter i hovedsak arbeid relatert til psykisk helseområdet.

Kap. 742 omfatter bevilgningen og ordningen med kontrollkomisjonene for psykisk helsevern i henhold til lov av 2. juli 1999 nr. 62, og hjemhenting av norske borgere med hovedsaklig alvorlig psykisk sykdom.

Kap. 743 omfatter øremerkede tilskudd for å styrke psykisk helsearbeid i kommunene, psykisk helsevern i helseforetakene og statlige tiltak. Bevilgningene som til og med 2008 ble tildelt kommunene og regionale helseforetak over dette kapitlet foreslås fra 2009 overført henholdsvis rammebevilgningene under Kommunal- og regionaldepartementets budsjettkapitler med 3 572 mill. kroner og basisbevilgningene til de regionale helseforetak (kap. 732, postene 72–75) med 2 350 mill. kroner. Siden 1994 har det vært bevilget statlige stimule-

ringstilskudd til ulike tiltak for mennesker med psykiske problemer. Midlene inngår som en del av totalbevilgningen på kapitlet.

Midler til Norges forskningsråds programmer om psykisk helse bevilges over kap. 701, post 50. For særskilt satsing og mer generelt virkende tiltak som også har betydning for denne målgruppen vises det til programkategori 10.10 Folkehelse, 10.20 Helsetjeneste, 10.30 Regionale helseforetak og 10.60 Omsorgstjenester. Midler til kommunale boligtiltak og til arbeidsmarkedstiltak er bevilget over henholdsvis Kommunal- og regionaldepartementets og Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett.

Kap. 744 omfatter tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede. Ordningen finansierer ikraftsetting av særreaksjoner i ht. straffelovens §§ 238 og 239. Bevilgningen på posten dekker kostnader forbundet med fagenhet for tvungen omsorg.

Kap. 742 Kontrollkommisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert bud- sjett 2008	Forslag 2009
01	Driftsutgifter	36 041	33 528	35 610
70	Tilskudd	2 818	1 968	2 055
	Sum kap. 742	38 859	35 496	37 665

Post 01 Driftsutgifter

Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 02. juli 1999 nr. 62, skal det være en kontrollkommisjon, som bl.a. annet har til oppgave å behandle klager på vedtak truffet med hjemmel i samme lov. Kontrollkommisjonene kan bare overprøves av domstolene når det gjelder avgjørelser i klagesaker. Kontrollkommisjonene avgir årsrapporter fra sitt arbeid til Helsedirektoratet, som har et overordnet ansvar for kommisjonenes arbeid. Utgiftene til kontrollkommisjonene dekkes over dette kapittelet.

Landet har 57 kontrollkommisjoner. Kommisjonene er geografisk fordelt slik mellom helseregionene: Sør-Øst 29, Vest 10, Midt-Norge 9 og Nord 9.

Helsedirektoratet har ferdigstilt tiltakene i Rapport IS-1338 Evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern, med unntak av videreutvikling av årsrapportssystemet og klargjøring av innholdet i kommisjonenes kontroll av distriktpsikiatriske sentre.

Kontrollkommisjonenes årsrapportering vil bli videreutviklet for å sikre erfaringsoverføring, kompetanseutvikling samt gi grunnlag for å følge opp at kontrollkommisjonene fungerer tilfredsstillende. Behov for ekstern bistand i forbindelse med dette dekkes over posten. Veiledning for kontroll-

kommisjonenes kontroll med distriktpsikiatriske sentre vil ivaretas ved en revidering av IS-10/2007, Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevern.

Post 70 Tilskudd

Posten skal dekke utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket, jf. spesialisthelsetjenesteloven. § 5-3. Posten skal også dekke 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 slik transport føres over denne posten, men kreves refundert av pasienten.

I 2007 ble det foretatt 11 hjemsendinger av utenlandske borgere med alvorlig psykisk sykdom og 21 hjemhentinger av norske borgere med alvorlige psykiske lidelser som befant seg i utlandet. Dette er en liten økning fra 2006. Det har ikke vært dekket utgifter til hjemtransport som følge av livstruende somatisk sykdom i 2007.

Kap. 743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	23 252	22 524	23 015
62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	2 912 682	3 512 791	94 900
70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	375 509	403 295	418 162
73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	136 040	120 146	114 966
75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	1 878 035	2 326 582	44 625
	Sum kap. 743	5 325 518	6 385 338	695 668

Opptrappingsplanen for psykisk helse avsluttes i 2008. Arbeidet har bygget på St.meld. nr. 25 (1996–1997) Åpenhet og helhet, St.prp. nr. 63 (1997–1998) Om opptrappingsplanen for psykisk helse, Stortingets føringer i Innst. S. nr. 258 (1996–1998) og Innst. S. nr. 222 (1997–1998) samt de årlige budsjettdokumenter. Planens økonomiske rammer innebar et driftsnivå i 2008 på 6,37 mrd. kroner (2009-kroner) høyere enn i 1998 og at det skulle investeres for 9,2 mrd. kroner (2009-kroner) i planperioden.

Psykisk helse i befolkningen – utfordringer i et folkehelseperspektiv

Den overordnede målsettingen er å styrke befolkningens psykiske helse og befolkningens evne til å mestre psykiske problemer, forebygge utvikling av psykiske problemer og lidelser, og gi et helhetlig tilbud til mennesker som har utviklet en psykisk lidelse. De samfunnsmessige utfordringene kan ikke løses av helsetjenesten alene. Å forebygge at vanlige livskriser utvikler seg til psykiske lidelser er også utfordringer for arbeidsliv, skole, fritidsarenaer, idrettsmiljø mv. Tjenestene skal være tilgjengelige og ha fokus på tidlig intervensjon.

Undersøkelser tyder på at om lag en sjettedel av den voksne befolkning til enhver tid har en psykisk lidelse og/eller et rusproblem. For om lag en fjerdedel av de 900 000 personene i yrkesaktiv alder som står utenfor arbeidsstyrken, er psykiske problemer en vesentlig årsak. I 2007 var det registrert om lag 90 000 yrkeshemmede, hvorav 21 000 med psykiske lidelser. Psykiske lidelser koster det norske samfunnet anslagsvis 40 mrd. kroner per år i form av trygdeutgifter, behandlingsutgifter og sosialutgifter. Flere undersøkelser tyder på at per-

soner med alvorlige psykiske lidelser er blant de som har svakest tilbud i kommunene og dårligst levekår. Hver tredje som langtidsykmes eller uføretrygdes pga en psykisk lidelse oppgir at de ikke har fått hjelp for sin lidelse. Departementet anbefaler at dette møtes med sterkere satsing på forebyggende arbeid, tidlig intervensjon og bedre oppfølging i kommunene. Spesialisthelsetjenesten forutsettes å støtte oppunder arbeidet i kommunene gjennom prioritering av utadrettet arbeid, som ambulante team, innenfor eksisterende rammer. Målet er å legge til rette for at mennesker med psykiske lidelser skal kunne leve et mest mulig normalt liv i sitt lokalmiljø.

Depresjon, angst og rusmiddelmissbruk antas å bli de store framtidige samfunnsmessige utfordringene. Verdens helseorganisasjon antar at den samlede belastningen med uførhet og for tidlig død på grunn av depresjon vil øke og at i 2020 vil psykiske lidelser være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land.

Helsedirektoratet har i rapport IS-1554/2008 vist at en større gruppe voksne med alvorlige psykisk lidelse og omfattende hjelpebehov ikke mottar nødvendige tjenester. Det er anslått at denne gruppen omfatter 4000 personer på landsbasis.

Psykisk helsearbeid i internasjonalt perspektiv

WHO vedtok i 2005 den første europeiske ministererklæring (European Declaration on Mental Health) på psykisk helsefeltet. Erklæringen og en medfølgende handlingsplan er utarbeidet i samarbeid med EU og Europarådet. Samtlige 52 medlemsland, inklusive Norge, sluttet seg til erklæringen og handlingsplanen. Ministererklæringen er fulgt opp av EU i form av et Green Paper (2005) og

Pact on Mental Health (2008). Det er planlagt en rådsrekommendasjon i 2009. Fra kommisjonens side signaliseres et behov for økt satsing på psykisk helse. Hovedsignalene er økt satsing på psykisk helse i andre sektorer, prioritering av sårbare grupper, fortsatt kamp mot fordommer, økt fokus på mestring og satsing på lokalbaserte tilbud, også for alvorlig syke.

Verdigrunnlag og overordnede mål for arbeidet med psykisk helse i Norge, herunder opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008), samsvarer med føringene som WHO-ministererklæring bygger på.

Status for Opptrappingsplanen for psykisk helse

Med bevilgningen for 2008 har regjeringen fullført den økonomiske satsingen i henhold til St.prp. nr. 63 (1997–1998) Om Opptrappingsplanen for psykisk helse. I henhold til offisiell statistikk, evalueringsrapporter og tilbakemeldinger fra brukerorganisasjonene er det oppnådd følgende:

- Økt vekt på bruker- og pårørendeperspektivet.
- Større åpenhet og økte kunnskaper om psykiske lidelser.
- Vesentlig flere personer med psykiske lidelser får arbeidsstøttende tiltak.
- Etablering av støttetiltak og mer enn 3000 boliger i kommunene.
- Økt fokus på psykisk helse i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.
- Etablering av en rekke kompetansehevende tiltak.
- Etablering av 75 distriktpsikiatriske sentre (DPS).
- Styrking av polikliniske og ambulante funksjoner, av akuttfunksjoner og generell kapasitetsøkning, særlig innenfor psykisk helsevern for barn og unge.
- Om lag dobbelt så mange personer får hjelp fra psykisk helsevern sammenliknet med 1998.

Selv om det gjennom planens tiltak er gjennomført et betydelig løft i hjelpetilbudet til mennesker med psykiske lidelser, er det etter departementets vurdering flere utfordringer som gjenstår etter 2008. Dette handler om forebyggende tiltak, tilgjengelighet til tjenester, ventetider, lavterskeltiltak, oppfølging etter utskrivning, holdninger til pasienter og pårørende og fortsatt udekkede kompetansebehov. Bedre og mer likeverdige kommunale tilbud står sentralt. Akuttfunksjonene og sikkerhetsperspektivet har hatt forsterket fokus fra 2006, men krever oppfølging også etter 2008. Resultatrapportering for kommunene og spesialisthelsetjenesten blir

gitt under post 62, psykisk helsearbeid i kommunene og post 75, styrking av psykisk helsevern.

Prioriterte områder 2009

I tråd med forutsetningene for Opptrappingsplanen foreslås de øremerkede tilskuddene til styrking av tjenestene i kommuner og regionale helseforetak overført til de respektive bevilgningsrammer. For å møte de store folkehelseutfordringene og for å sikre varig effekt av opptrappingsplanen, er det nødvendig å videreføre de samlede driftsmidler fra planen i kommuner og regionale helseforetak etter 2008.

Psykisk helseområdet vil ha høy prioritet framover selv om planen avsluttes. De overordnede mål og verdigrunnlag fra planen vil fortsatt legges til grunn for regjeringens politikk. Tilrettelegging for selvstendighet, mestring av eget liv, tydelig brukerperspektiv, desentralisering, nærhet til tjenestene, arbeidsrettede tiltak og forebyggende arbeid vil stå som sentrale elementer i videre utvikling av tilbudet.

Som hovedprinsipp vil statlig styring skje gjennom ordinære virkemidler og gjeldende styringsystemer overfor kommuner og regionale helseforetak etter 2008. Staten vil utøve sin styring gjennom årlige skriv, jf. styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene og dokumenter og rapportering til de regionale helseforetakene. Videre vil utviklingen av et mål- og indikatorsystem legge et grunnlag for bedre å kunne følge med utviklingen i sektoren.

For å møte de store folkehelseutfordringene vil styrking av psykisk helsearbeid/lavterskeltiltak i kommunene, herunder forebygging, tidlig avdekking av sykdom og tidlig behandling være sentralt. Innenfor tjenesteapparatet anses styrket samhandling mellom kommune og spesialisttjeneste og mellom rus- og psykisk helsefeltet å være særlig viktig for å skape en bedre tjeneste.

Tjenestene forutsettes å legge til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning i lokalsamfunnet. Det forebyggende arbeidet må ta utgangspunkt i faktorer som påvirker den psykiske helsen, for eksempel arbeidsledighet, arbeidsmiljø, sosiale forskjeller, diskriminering, oppvekst- og skolemiljø samt foreldres psykiske helse- og/eller rusproblemer.

For å styrke det forebyggende arbeidet og å etablere gode lavterskeltiltak vil utbygging av psykologtjenesten i kommunene være et viktig tiltak. Helsedirektoratet har utarbeidet en rapport om rekruttering av psykologer til kommunene som vil ligge til grunn for vurdering av konkrete tiltak.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet foretatt en kartlegging av tilbudet til

voksne med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagt tilbud. Rapporten, som er nærmere omtalt under post 62, viser at det er til dels store udekkete behov hos en stor gruppe på anslagsvis 4000 personer. Dette er mennesker som ofte har alvorlige problemer knyttet både til rus og psykisk helse, og som har behov for lett tilgjengelige tilbud. Sammen med barn og unge vil dette være en sentral målgruppe for ulike typer lavterskeltiltak. For å lykkes med satsingen i kommunene er det også nødvendig å videreføre arbeidet med kompetansebygging, herunder av kunnskaper om psykiske lidelser, rusproblemer og effektive tiltak for forebygging og behandling. Fortsatt drift av etablerte kompetansesentre er et viktig ledd i dette. Departementet vil legge vekt på fortsatt styrking av bruker og pårørendeperspektivet, oppfølging av DPS, akutfunksjoner, sikkerhetsperspektivet og redusert tvangsbruk, jf. post 70 og post 75. Generelt vil videreutvikling av psykisk helseområdet og av rusfeltet bli sett i nær sammenheng.

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) har i sin rapport for 2007 evaluert departementets krav om at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige skal være sterkere enn for somatisk pasientbehandling. BUS konkluderer med at tallene for aktivitetutviklingen i 2007 viser at kravet er oppfylt for de regionale helseforetakene som helhet. Vurderer en utviklingen i driftskostnader på regionalt nivå, har Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF lavere vekst i driftskostnadene innen somatikk enn innen psykisk helsevern og rusbehandling. I Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF er veksten i driftskostnadene innen somatikk lavere enn innen psykisk helsevern, men høyere innen somatikk enn innen rusbehandling.

Statlige stimuleringstiltak og drift av kompetansesentre i 2009

Det bevilges om lag 695 mill. kroner til statlige stimuleringstiltak og drift av kompetansesentre i 2009. Midlene er videreført fra opptrappingsplanen for psykisk helse og fra den forutgående handlingsplanen til samme formål. Dette er i det alt vesentlige videreføring av tiltak fra 2008 som er nødvendige for å kunne møte de gjenstående utfordringer knyttet til kvalitet og innhold i tjenestene. Bevilgningen dekker blant annet følgende tiltak:

- Støtte til brukerorganisasjonene og brukerbaserte tiltak
- Informasjons- og holdningsarbeid, herunder Åpent sinn- kampanjen, skolesatsingen, markering av verdensdagen for psykisk helse.

- Utdanningstilbud, herunder tverrfaglig videreutdanninger i psykisk helsearbeid og i psykososialt arbeid for barn og unge, Seprep og tilskudd til institutter og foreninger.
- Handlingsplaner, herunder redusert og kvalitetssikret bruk av tvang, økt brukermedvirkning, arbeid og psykisk helse og plan for barn og unge i kommunene.
- Drift av kompetansesentre som Regionsentrene for barn og unges psykiske helse, Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress, regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, kompetansesenter i kommunalt psykisk helsearbeid, knutepunkt for selvhjelp, Mental helses kompetansesenter med mer.

Som nye tiltak innenfor eksisterende rammer i 2009 foreslås det bevilget 20 mill. kroner fra post 62 (tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner) og 30 mill. kroner fra post 75 (psykisk helevern), for å stimulere til organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Formålet er å fange opp personer med omfattende og sammensatte behov på en bedre måte. Disse midlene kommer i tillegg til de midler som for øvrig er avsatt under kap. 732, post 70, til utvikling av samhandlingsmodeller.

Innenfor eksisterende rammer foreslås det videre bevilget 20 mill. kroner til stimulering av rekruttering av psykologer i kommunene, jf. post 62 i 2009.

Tiltakene er nærmere omtalt under postene 62, 70 og 75.

Øvrige områder

Samlet evaluering av opptrappingsplanen vil bli presentert i statsbudsjettet for 2010 på grunnlag av oppdrag til Norges forskningsråd.

Forskning

Det er fortsatt behov for mer kunnskap om årsaker til psykiske problemer og lidelser og effektive tiltak for å forebygge og behandle. Arbeidet i regi av Norges forskningsråd, de regionale helseforetakene, Nasjonalt folkehelseinstitutt og andre relevante institusjoner foreslås videreført.

Det er behov for data som grunnlag for utvikling av indikatorer, prioritering av målgrupper og innsatsområder og som grunnlag for forskning. Dette er bakgrunnen for at Nasjonalt folkehelseinstitutt med midler fra Opptrappingsplanen har etablert et system for regelmessige diagnosebaserte befolkningsundersøkelser om psykisk helse.

Styring og oppfølging gjennom mål og indikatorer

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide mål og indikatorer for å følge utviklingen av det psykiske helsearbeidet etter 2008. Kvalitetsindikatorer kombinert med faglig veiledning/ faglige retningslinjer vil være sentrale styringsredskaper overfor tjenestene etter 2008. Dette er systemer som er i bruk i dag, men som må utvikles videre. Direktoratet skal utvikle et statistikk- og indikatorsystem for kommunalt psykisk helsearbeid i samarbeid med KS, Statistisk sentralbyrå, fag- og brukerorganisasjoner og andre berørte parter. Indikatorene vil være et virkemiddel til overvåking, styring og kvalitetsutvikling. Fra 2009 skal det tas i bruk et nasjonalt indikatorsett som skal gi bedre grunnlag for å følge utviklingen i helsesituasjonen og tjenesten i årene framover

Økonomiske rammer – bevilgninger for perioden 1999–2008

Opptappingsplanen for psykisk helse er fulgt opp gjennom bevilgninger i de årlige statsbudsjetter. I 2008 ble de økonomiske målene i Opptappingsplanen for psykisk helse oppfylt i henhold til St.prp. nr. 63 (1997–1998) og de endringer som er foretatt gjennom de årlige budsjettbehandlinger.

Stortinget har gjennom de årlige budsjettbevilgninger sluttet seg til enkelte budsjettmessige omprioriteringer mellom hovedtiltakene i planen. Tabell 5.18 gir oversikt over de samlede driftsutgifter fordelt mellom tiltakene. Oversikten viser de opprinnelige måltall (i 1998-kroner og i 2008-kroner) i St.prp. nr. 63 (1997–1998), og status mellom tiltakene ved fullføring av planen i 2008.

Tabell 5.18 Økte utgifter til drift bevilget til gjennomføring av Opptappingsplanen for psykisk helse – mål og resultat i forhold St.prp. nr. 63 (1997–1998) (mill. kroner).

Tiltak	Mål ift. 1998-priser	Mål ift. 2008-priser	Resultat 2008
Brukerrettede tiltak	25	37	101
Kommunale tjenester	2 100	2 757	2 823
Spesialisthelsetjenester	2 100	2 769	2 557
Statlige sysselsettingstiltak	186	276	257
Utdanning/rekruttering, forskning	161	238	221
Arbeid med vold og traumatisk stress	0	0	105
Spesielle driftsutgifter	4	6	27
Sum	4 575	6 083	6 090

Deler av opptappingsplanens bevilgninger er plassert under andre budsjettkategorier enn 10.40.

Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2006–2007) vedtok Stortinget en omfordeling av driftsmidler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Med bakgrunn i nedbyggingen av psykiatriske sykehjemsplasser på slutten av 1990-tallet, er kommunene prioritert med en større andel av driftsbevilgningene enn forutsatt i St.prp. nr. 63 (1997–1998). I løpet av opptappingsperioden har det framkommet et behov for å styrke arbeidet med vold og traumatisk stress, noe som ikke var prioritert i St.prp. nr. 63 (1997–1998). Det er også bevilget mer midler til støtte av brukerorganisasjoner enn forutsatt. Disse omprioriteringene forklarer de endringene som er foretatt i forhold til de opprinnelige tiltak i planen.

Investeringer

Bevilgninger til investeringer er fullført i en tidligere fase av planen og kommer i tillegg til oversikten i tabellen. Investeringsvolumet i boliger målt i antall tilsagn viser at det er gitt tilsagn til om lag 3400 flere omsorgsboliger i kommunene. Dette tilsvarer 100 pst. av måltallet i St.prp. nr. 63 (1997–1998).

I spesialisthelsetjenesten forventes det ved utgangen av 2008 å være investert for 5,6 mrd. kroner (2008-priser) som også tilsvarer måltallet i opptappingsplanen.

Budsjettforslag for 2009

Bevilgningene over Opptappingsplanen fra årene 1999 til og med 2008 samt midlene fra handlings-

planen videreføres i 2009. De øremerkede midlene til kommunene og spesialisthelsetjenesten overføres henholdsvis rammetilskuddet til kommunene over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett med 3 572 mill. kroner og de regionale helseforetaks basisbevilgninger med 2 350 mill. kroner. Midlene vil fra og med 2009 følges opp gjennom rapportering fra kommuner og regionale helseforetak.

I planperioden har økte bevilgninger til kunnskaps- og kompetansetiltak blitt prioritert og midler til dette ble også finansiert over driftspostene til tjenestene. Ved Opptrappingsplanens avslutning er øremerkede midler lagt inn i driftsrammen til tjenestene. Det forutsetter at en rekke tiltak i fortsettelsen dekkes av tjenestene, herunder etterutdanningstilbud og kurs. For 2009 er det lagt opp til at kap. 743, post 70 dekker en del særskilte kompetanse- og utviklingstiltak på psykisk helseområdet. Flyttinger av midler er omtalt under de respektive postene i dette kapittel.

Regjeringen foreslår en aktivitetsvekst for hele spesialisthelsetjenesten for 2009 på 1,5 pst., jf. kap. 732. En slik vekst forventes å gi økt pasientbehandling i 2009 også for psykisk helsevern.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgninger over denne posten har finansiert spesielle driftsutgifter til departementets og underliggende etaters oppfølging av satsingen på psykisk helse, jf. St.meld. nr. 25 (1996–1997) og St.prp. nr. 63 (1997–1998), og årlige budsjettframlegg gjennom planperioden. Midlene foreslås videreført i 2009. Fylkesmennenes rådgivere for kommunalt psykisk helsearbeid finansieres over denne posten. De bistår kommunene i planarbeid, organisering, kompetanseutvikling og gjennomføring av arbeidet. Posten dekker også utvikling av strategier og handlingsplaner på spesielle områder og utredningstiltak på psykisk helsefeltet.

Departementet foreslår følgende satsingsområder: Strategi for barn og unges psykiske helse i kommunene skal settes i verk i samarbeid med andre relevante departementer og direktorater. Et tverrdepartementalt arbeid om barnevern, psykisk helse- og rusfeltet skal gjennomføres og følges opp, herunder utredning og etablering av et pilotprosjekt om økt samarbeid og større organisatorisk nærhet mellom Barnevernets utviklingssentre og Regionsentrene for barn og unges psykiske helse. Posten skal dekke Helsedirektoratets oppfølging av handlingsplaner på volds- og traumefeltet, herunder Barnehus, videreutvikling av overgrepsmottak, selvmordforebygging og arbeidet med asylsøkeres og flyktningers psykiske helse.

Arbeidet med tiltak som skal videreføres etter Opptrappingsplanen, samt vedtatte strategier og handlingsplaner, finansieres over denne posten og skal gjennomføres i tråd med Stortingets vedtak og departementets føringer.

Det går fram av St.prp. nr. 57 (2007–2008) Kommuneproposisjonen 2009 at midler til rådgiverne hos fylkesmannen videreføres som øremerket tilskudd inntil videre. Fylkesmannens arbeid skal bidra til at kommunenes innsats på feltet opprettholdes og videreutvikles. Fagpersonell og kommunenes politiske og administrative ledelse skal få bistand til kvalitets- og kompetanseheving, gode samhandlingsrutiner og – løsninger. Fylkesmannen skal bidra til å etablere nettverk for kommunene i det enkelte fylke. Nettverkene kan bidra til økt kompetanse, erfaringsutveksling, råd og veiledning i psykisk helsearbeid, og kan utgjøre fora for brukerorganisasjonenes medvirkning og tverrsektorielt arbeid. Fylkesmannen skal samarbeide med det nasjonale kompetansesenteret for kommunalt psykisk helsearbeid som er etablert i Trondheim i 2008. Rapportering fra kommunene skal sammen med mål- og indikatorarbeid bidra til å belyse utviklingen av det psykiske helsearbeidet i kommunene, jf. post 62. Videre skal fylkesmannens rådgivere for psykisk helsearbeid og rådgivere for rusarbeid bidra til at kartlegging og oppfølging av tiltak for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud blir prioritert i 2009, jf. post 62. Rådgiverne skal bidra til å utvikle og gjennomføre ny strategi for barn og unge i kommunene og samarbeide med NAV fylke om Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007–2012).

Bevilgningen foreslås satt ned 0,5 mill. kroner som er overført til kap. 743, post 70 til strategiplanen for arbeid og psykisk helse. Det foreslås bevilget 23 mill. kroner over posten for 2009.

Post 62 Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter tiltak og tjenester til mennesker med psykiske vansker og lidelser og deres familier og nettverk. De kommunale tjenestene skal bidra til bedre mestring og økt selvstendighet for mennesker med psykiske lidelser. Kommunens tjenester omfatter forebygging, behandling og oppfølging, herunder bolig med tilstrekkelig bistand, meningsfulle aktiviteter, bistand til å delta i sosiale fellesskap og nødvendige og tilpassede helse- og sosialtjenester. Barn og unge er en viktig målgruppe. Brukerperspektivet skal legges til grunn ved planlegging, organisering og drift av tjenestene og i tilbudet til den enkelte.

For å oppnå et godt tilbud til brukerne er det viktig at kommunene har faglig kompetanse om psykisk helsearbeid.

Øremerkede tilskudd til drift av kommunenes psykiske helsearbeid som tidligere ble bevilget over kap. 743, post 62 skal fra 2009 innlemmes i kommunenes rammetilskudd, jf. St.prp.1 (2007–2008). Dette utgjør for 2009 om lag 3,5 milliarder kroner, herav vel 56 mill. kroner til storbytiltak. Enkelte tjenestetutviklingstiltak i kommunal sektor vil fortsatt følges opp gjennom statlige stimuleringsstilskudd. Det foreslås å videreføre 94,9 mill. kroner over posten som øremerket tilskudd til dette formålet. Disse

midlene øremerkes lønnstilskudd til kommunene, samt nye tiltak, jf. satsingsområder for 2009.

Resultatrapportering 2007 og status 2008

Tabell 5.19 viser faktisk økning sammenliknet med måltallene for Opptappingsplanen i perioden 1998 til 2007. Enkelte måltall var ikke definert ved oppstart av opptappingsplanen, men er utviklet i ettertid. Dette framkommer av tabellen.

I tillegg kommer egen tilskuddsordning i forbindelse med storbyatsingen.

Tabell 5.19 Kapasitetsøkning i kommunale tjenester 1999–2007 (Tall per 31. desember 2007)

Tiltak	Planlagt økning fra 1998 til 2008	Faktisk økning 1998 ¹ til 2007	Andel økning 1999–2008 (pst.) til 2007
Omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser	3400	2936	86
Årsverk totalt	4770	4376	92
Årsverk voksne	3710	3091	83
– hjemmetjenester mv.	3400	2327	68
– behandlingstilbud, veiledning	309	764	247
– aktivitetstilbud	(703) ²	(627)	87
Årsverk barn og unge	1060	1285	121
– helsestasjon, skolehelsetjeneste	800	665	83
– annen forbygging/psykososialt arbeid	260	620	238
Støtte til brukerorganisasjoner (mill. kroner)	3	33	
Kompetansetiltak, rekruttering (mill. kroner)	3	50	

¹ Pga. tidligere endringer i registreringsrutinene foreligger ikke direkte sammenliknbare tall. For 1998 bygger kolonnen på beregnede tall. Det knytter seg måleproblemer til resultatrapporteringen fra kommunene fordi mange tiltak organisasjonsmessig, og dermed regnskapsmessig, er spredd på ulike virksomheter.

² Ikke definert måltall. Med utgangspunkt i faktisk utvikling fram til 2003 og økonomiske måltall kan forventet nivå ved utgangen av 2008 settes til 720 årsverk.

³ Måltall er ikke definert i Opptappingsplanen, men kommunene kan nytte midler til slike formål. (F.o.m. 2004 har det vært satt som vilkår at midlene nyttes til blant annet slike formål).

Tabellen viser at 92 pst. av måltallet for nye årsverk er nådd i løpet av 2007. Dette betyr at Opptappingsplanens mål for årsverksvekst i stor grad vil bli oppnådd. I henhold til Helsedirektoratets anslag basert på kommunenes planer og rapporteringer for virksomheten kan det forventes en økning på om lag 400 årsverk utover måltallet på 1060 for barn og unge. Ved utgangen av 2008 vil det anslagsvis være 100 årsverk under måltallet på 3710 årsverk for voksne og om lag 35 årsverk under måltallet på 800 for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Opptappingsplanen har som mål å etablere 3400 omsorgsboliger til mennesker med psykiske

lidelser. Ved årsskiftet var 2936 av 3434 godkjente prosjekter ferdigstilt. Ferdigstillelsen har for mange kommuner tatt lengre tid enn planlagt. Årsakene til dette har sammenheng med press i boligmarkedet og lang saksbehandlingstid i kommunene. Ferdigstillelsen av boligene vil i all hovedsak være gjennomført i 2008. Enkelte av boligene vil først stå ferdige i 2009.

Ved utløpet av 2007 var det rekruttert 104 psykologer i kommunene mot planlagt 184. I tillegg er det forutsatt at det skal inngå psykologkompetanse i de 260 årsverkene til psykososialt arbeid for barn og unge og i 800 årsverk til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Om lag 100 000 personer mottar tjenester i kommunene pga. psykiske lidelser eller problemer. I tillegg til rekruttering ved bruk av øremerkede midler fra Opptappingsplanen, viser en rapport fra Sintef Helse i 2007 at om lag 1/3 av årsverkene innenfor psykisk helsearbeid er finansiert av kommunenes egne midler. Om lag 9000 ansatte arbeidet med psykisk helsearbeid i kommunene, i tillegg til fastlegens virksomhet på feltet.

Den totale rekrutteringen til arbeid med barn og unge er bedre enn forutsatt i Opptappingsplanen. En rapport fra Sintef Helse 2008 viser at andel barn og unge med psykiske vansker som mottar tiltak fra helsestasjonstjenesten har økt i løpet av planperioden. Det er større bredde i de tiltakene som tilbys og det er økt grad av tverrfaglig samarbeid om barn/ungdommer i målgruppen. Flere kommuner har etablert prosedyrer for utarbeidelse av individuell plan. Undersøkelsen avdekker samtidig at tjenestene har kontakt med en forholdsvis stor andel barn og unge med alvorlige psykiske vansker som ikke mottar et tilstrekkelig hjelpetilbud.

Psykisk helse i skolen er en nasjonal forebyggende satsing som drives av fem organisasjoner og består av seks ulike opplæringsprogrammer for elever, lærere, administrasjon og helsepersonell, jf. post 70.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene ble etablert 1. september 2008. Senteret skal arbeide med dokumentasjon, kunnskapsoppsummering og formidling til kommunene med sikte på å styrke kunnskapsgrunnlag og kompetanse.

For 2007 ble et nytt rapporteringsskjema for kommunene benyttet for første gang. Dette skal benyttes i 2007 og 2008 for å utvikle grunnlagsdata og danne et utgangspunkt for å kunne følge utviklingen i tjenester og tilbud etter at perioden med rapportering for bruk av øremerkede midler er avsluttet.

Satsingsområder og mål for 2009

For å følge opp de øremerkede midler fra denne posten, som foreslås innlemmet i rammetilskuddene til kommunene fra 2009, vil departementet bidra med statlige tiltak, jf. post 21 og 70, som kan støtte kommunene i deres videreføring og videreutvikling bl.a. gjennom:

- Fylkesmannens rådgivere i psykisk helsearbeid skal bidra med veiledning, oppfølging og kartlegging av det kommunale tjenestetilbudet
- Rapportering på utvikling av psykisk helsearbeid etter at midlene er innlemmet i rammetilskuddet til kommunene

- Kvalitetsindikatorer skal videreutvikles
- Faglig veiledning og informasjon
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene – videreutvikle faglig innhold i kommunalt psykisk helsearbeid
- Regionsentrene for barn og unges psykiske helse, skal prioritere arbeid med kompetanse i kommunal sektor
- Tverrfaglig videreutdanning for høyskoleutdannet personell i psykososialt arbeid for barn og unge

I 2009 skal post 62 dekke midler til tjenesteutvikling knyttet til mennesker med langvarige og sammensatt tjenestebehov, utvikling av lavterskeltilbud med psykologer, samt videreføre lønnstilskudd for tverrfaglig videreutdanning.

Tilbud til personer med langvarig og sammensatt behov for tjenester.

Med bakgrunn i St. prp. nr 1 (2006–2007) fikk Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag å kartlegge omfanget av mennesker som har behov for et særlig omfattende og langvarig tjenestetilbud og utrede hvordan tilbudet til gruppen kan utvikles og styrkes. Det er utarbeidet en rapport IS-1554 Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud (2008). Rapporten danner utgangspunkt for det videre arbeidet rettet mot gruppen. Dette er en gruppe mennesker som har behov for – og benytter seg av – ordinære sosial- og helsetjenester. Rapporten peker på at det er flere pågående satsinger som vil bidra til å styrke tilbudet til målgruppene, eksempelvis Opptappingsplan for rusfeltet, tiltaksplan mot fattigdom, regjeringens innsats for å styrke inkludering i arbeidslivet og tiltak for å forebygge og bekjempe bostedsløshet.

Det er likevel nødvendig med særskilte tiltak for å nå denne gruppen bedre. Et tiltak som rapporten omtaler er etablering av Assertive Community Treatment team (ACT-team), dvs. ambulante tjenester i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det foreslås satt av 20 mill. kroner til slike tiltak over post 62. Videre foreslås det satt av 30 mill. kroner over post 75 til utvikling av organisatoriske forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommuner og helseforetak som vil bidra ytterligere til å bedre tilbudet til gruppen. 5 mill. kroner foreslås i tillegg bevilget til andre tiltak for denne gruppen. Arbeidet med en praksisveileder er satt i gang. Den skal bidra til å styrke kommunenes arbeid med kartlegging og tilrettelegging av tjenester.

Rekruttering av psykologer i kommunene

Målet for rekruttering av psykologer til kommunene ser ikke ut til å bli nådd innen utgangen av planperioden, jf. omtale over. Økt rekruttering av psykologer er et viktig tiltak som vil bidra til en styrking av de kommunale tjenestene.

Helsedirektoratets rapport, *Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering* (IS-1565, 2008), peker på at psykologer er en relativt lite brukt yrkesgruppe i helsetjenestene på kommunalt nivå, men er en gruppe som kan bidra med veiledning av annet personell, rådgiving til foreldre, diagnostikk, behandling og iverksetting av tiltak i grenseland mellom psykososial tilrettelegging og behandling. De kan også bidra i kommunal planlegging og forebyggende arbeid. Rapporten peker på at kommunepsykologene i dag i liten grad jobber med målgruppen voksne, inkludert eldre. De fleste arbeider med barn, unge og familier. Det er viktig at det også utvikles psykologtilbud for målgruppen voksne og eldre i kommunene. Økt psykologrekruttering til kommunene er således et viktig tiltak som kan bidra til styrking av den samlede faglige bredden og kvaliteten i kommunale helse- og sosialtjenester til mennesker med psykiske problemer og lidelser. Omfanget av behovet for psykologer i de kommunale tjenestene vil bli vurdert på nytt i 2009.

Departementet viser til at statlige stimulerings-tilskudd gjennom Opptrappingsplanen har vist seg å ha god effekt med hensyn til rekruttering, jf. tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Stimulerings-tilskudd til kommuner som ansetter psykologer vil sannsynligvis føre til økt rekruttering av yrkesgruppen. Det bør også legges til rette for samlokalisering av psykologer og fastleger. Et sentralt formål med samlokaliseringen er at fastleger og psykologer skal stimuleres til samarbeid om behandling av lettere og moderate psykiske lidelser. Samlet foreslås satt av 20 mill. kroner i 2009 til tiltak for økt rekruttering av psykologer til kommunene.

Lønnstilskudd til kommuner

Ordningen med lønnstilskudd til kommunene for å stimulere høyskoleutdannet personell til å ta tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid er vurdert. Evalueringen viser at utdanningen har vært vellykket og at den i stor grad har bidratt til økt rekruttering til arbeid med psykisk helse i kommunene. En stor andel har blitt i arbeid i kommunen etter videreutdanningen. Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge ble etablert først i 2007. Utdanningen er viktig både for psykisk helsearbeid og rusarbeid. Lønns-

tilskudd til kommunene for denne videreutdanningen må prioriteres. Ordningen med tilskudd til kommunene foreslås videreført på samme nivå i 2009.

Post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid

Formålet med bevilgningen er å styrke brukermedvirkning, bedre befolkningens kunnskap om psykisk helse, utvikle bedre tjenester for barn, unge og voksne gjennom personell- og kompetansetiltak, forskning og utviklingsarbeid på særskilte satsingsområder. Posten skal sees i sammenheng med styrkingstiltak i kommunene og spesialisthelsetjenesten, jf. post 62 og post 75.

Tiltakene på posten skal støtte opp under en ønsket utvikling innenfor psykisk helsefeltet med tilretteleggelse for selvstendighet, mestring og det å kunne leve et mest mulig normalt liv i sitt nærmiljø som et sentralt mål.

Det ble bevilget 403 mill. kroner på posten for 2008:

- Brukerstyrking og selvhjelp 54 mill. kroner
- Informasjon og holdninger 48 mill. kroner
- Kompetansehevede tiltak 85 mill. kroner
- Regionsentrene for barn og unge (RBUP) 133 mill. kroner
- Forskning og statistikkutvikling 31 mill. kroner
- Strategiplan for arbeid og psykisk helse 30 mill. kroner
- Strategiplan for barn og unges psykiske helse 22 mill. kroner

Det foreslås bevilget 418 mill. kroner til følgende prioriterte tiltak på posten for 2009:

- Drift av nasjonale og regionale sentre og tiltak knyttet til selvhjelp, bruker- og pårørendearbeid
- Drift av regionale kompetansesentre for barn og unge og videreføring av tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge i kommunene
- Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid
- Informasjons- og holdningsarbeid, statistikk og evaluering
- Nasjonal strategi for arbeid og psykisk helse (2007–2012)
- Kompetanse- og utviklingstiltak i tjenestene

Brukerstyrking

Økt brukermedvirkning og styrking av brukernes egne ressurser har vært et mål i Opptrappingsplanen og vil fortsatt være et mål for psykisk helse-

vern og det psykiske helsearbeidet framover. Sterke bruker- og pårørendeorganisasjoner, lokale brukermiljøer og reell brukermedvirkning har vært en forutsetning for å oppfylle intensjonene i Opptappingsplanen. Det har vært en betydelig styrking av brukerrettede tiltak i Opptappingsplanen. Undersøkelser tyder imidlertid på at mange brukere fortsatt opplever å ha liten innflytelse på egen behandling, og at samarbeidet med pårørende ofte ikke er godt nok ivarettatt. Det er derfor behov for fortsatt å ha fokus på bruker- og mestringperspektivet i tjenesten også etter at Opptappingsplanen er avsluttet.

Tiltaksplanene for pårørende til mennesker med psykiske lidelser og om brukermedvirkning innen psykisk helsefeltet er fulgt opp. Nasjonalt ressurscenter for bruker- og pårørendekompetanse (Mental Helse Kompetanse) er etablert. Senteret skal samle, spre og gyldiggjøre brukerkunnskap og tilby et brukeropplæringsprogram i samarbeid med de regionale brukerstyrte sentrene. Senteret er under evaluering.

Veileder for helsepersonell om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester vil bli ferdigstilt i 2008. Målet med veilederen er å bidra til en styrking av pårørendes rolle, økt støtte til pårørende, samt rette fokus på pårørende som ressurs.

Evalueringer viser at styrkingen av brukerorganisasjonene har økt brukernes kompetanse og styrket deres rettigheter. Brukermedvirkningen på systemnivå har økt ved at det etableres flere brukerråd/-fora i tjenesteapparatet. Etterspørselen etter brukerrepresentanter har økt.

Arbeidet for å styrke og ivareta brukere og pårørende i deres møte med tjenestene vil være et kontinuerlig arbeid også i årene framover. Det er viktig å øke brukernes kunnskap slik at de kan stille krav til tjenestene og være pådrivere i tjenestetutviklingen. Samtidig må brukerkunnskap gyldiggjøres og formidles for å bidra til reell brukermedvirkning. Mental Helse Kompetanse og de regionale brukerstyrte sentrene vil sammen med brukerorganisasjonene være sentrale aktører i dette arbeidet. Arbeidet ved Mental Helse Kompetanse skal gjøres tilgjengelig for brukere, brukerorganisasjoner og tjenesteapparatet.

Driftstilskuddet til brukerorganisasjonene foreslås satt opp 2 mill. kroner innenfor postens ramme, for å styrke brukermedvirkning på systemnivå. Det foreslås bevilget totalt 44 mill. kroner til bruker- og pårørendetiltak i 2009.

Selvhjelp

Selvhjelpsmetodikk er et viktig supplement eller alternativ til behandling for mange som har behov

for å styrke sin psykiske helse. Nasjonal plan for selvhjelp omfatter fem tiltak, blant annet Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp som ble etablert i 2006. I 2007 mottok 20 prosjekter midler til selvhjelp fra tilskuddsordningen for selvhjelp. Handlingsplanen går ut 2008. I 2008 er det bevilget midler til forskning på selvhjelp.

Det er i 2008 satt i gang en evaluering av Nasjonal plan for selvhjelp generelt og Knutepunkt funksjonen spesielt. Oppgavene under den nasjonale planen, blant annet Nasjonalt knutepunkt, videreføres og justeres på bakgrunn av funnene fra evalueringen. Det foreslås bevilget 12 mill. kroner til formålet i 2009.

Informasjon og holdninger

I løpet av opptappingsperioden har det blitt brukt kommunikasjonstiltak for å fremme viktige satsinger og understøtte en ønsket faglig og organisatorisk utvikling overfor både befolkning og tjenestetøvere. Verdensdagen for psykisk helse hadde over 1700 markeringer for større åpenhet om psykisk helse i 2007 over hele landet.

Befolkningskampanjen Et åpent sinn ble satt i gang i 2007 i samarbeid med brukerorganisasjoner og yrkesorganisasjoner innen psykisk helsefeltet. Målet med kampanjen er å øke befolkningens kunnskap om psykisk helse, psykiske lidelser, hjelpetilbud og rettigheter. Første målgruppe var ungdom i alderen 15–25 år. En kartlegging av holdninger i ungdomsgruppen før og etter kampanjen viser at flere ungdommer synes psykiske problemer er vanlig og at de har økt kunnskap om hvor de kan søke hjelp dersom de trenger det. I 2008 gjennomføres det tiltak for å øke den voksne befolkningens kunnskap om psykisk helse, om hjelpetilbudet og rettigheter gjennom kampanjen Et åpent sinn.

Norsk institutt for by- og regionsforskning undersøkelser av endringer i befolkningens kunnskap tyder på at færre har stigmatiserende holdninger til psykisk sykdom og mennesker med psykiske lidelser i 2007 enn i 2002.

Psykisk helse i skolen er en nasjonal forebyggende satsing som drives av fem organisasjoner og består av seks ulike opplæringsprogrammer for elever, lærere, administrasjon og helsepersonell. 13 fylker deltok i Psykisk helse i skolen i 2007, og det er inngått avtale med ytterligere tre fylker om deltakelse fra 2008. Skoleprogrammet Alle har en psykisk helse er evaluert av Universitetet i Tromsø. Resultatene tyder på at elevene har fått økt tro på egen mestring, økte kunnskaper om psykiske lidelser og redusert fordommer overfor psykiske lidelser.

Det er utarbeidet og oversatt informasjonsmaterieell om hjelpetilbudet innen psykisk helse for barn, ungdom og voksne, samt enkel informasjon om de vanligste psykiske lidelsene på de 17 mest brukte minoritetsspråkene.

Støtten til Rådet for psykisk helse og prosjektet kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid (KUP) ble videreført i 2007. Prosjektet avsluttes ved utgangen av 2008. Kunnskap og erfaringer fra prosjektet skal gjøres tilgjengelig.

Økt kunnskap og åpenhet er en nødvendig del av arbeidet for å forebygge psykiske problemer. Studier viser at det er nødvendig med et kontinuerlig fokus for å opprettholde kunnskap og forhindre negative holdninger knyttet til mennesker med psykiske lidelser. Kampanjen Et åpent sinn, med tiltak rettet mot større deler av befolkningen, foreslås videreført. Arbeidet med å øke åpenheten i samfunnet via markering av Verdensdagen for psykisk helse foreslås videreført. I samarbeid med andre departementer vil finansiering av Ungdoms-telefonen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner bli videreført.

Kompetansehevede tiltak

Stimuleringsiltak for psykologer og psykiatere

Gjennom de regionale utdanningsprogrammene innen psykisk helsevern utdannes det spesialister i psykisk helsevern for voksne og i psykisk helsevern for barn og unge. Tilrettelagte utdanningsprogrammer for leger i psykisk helsevern for barn og unge har for eksempel ført til at Helse Nord har økt psykiaterantallet totalt fra 8 i 1999 til 32 i 2007. Den statlige støtten til de regionale utdanningsprogrammene forutsettes ivarettatt innenfor rammen til de regionale helseforetakene fra 2009. SAM-DATA Nøkkeltall viser for øvrig at psykiaterdekningen varierer mellom regionene. For omtale av kartleggingen av tilbudet ved landets DPS vises det til kap. 743, post 75. Dobbeltkompetanseprosjektet med samtidig spesialist- og forskerutdanning for psykologer videreføres i 2009.

Rekruttering av psykologer viser fortsatt liten vekst i kommunene og Opptappingsplanens mål for dette vil ikke bli nådd i perioden. Utvikling av strategi for rekruttering har vært sterkt forsinket og foreligger først nå i 2008. Rekruttering av psykologer til kommunal sektor skal prioriteres i 2009, jf. post 62.

Tverrfaglig videreutdanning for høyskoleutdannet personell

Videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge er utviklet for å styrke høyskoleutdannet

personells kompetanse i tråd med barn og unges behov. Utdanningen er viktig for tilbudet til alle barn, men spesielt for de som sliter med psykiske problemer eller rusproblemer. I utviklingen av tilbudet har det vært et samarbeid mellom departementer, direktorater, brukerorganisasjoner, Elevorganisasjonen og KS. Planen var at utdanningen skulle bli etablert og tilbudt alle kommuner tidlig i Opptappingsplanperioden, men igangsettingen ble forsinket.

I 2007 ble videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge satt i gang ved 10 høyskoler. Det er et mål å rekruttere bredt til denne utdanningen fra alle arenaer som arbeider med barn og unge i aldersgruppen 0–23 år. Det var god innsøking til dette studiet i 2007. Det er ønskelig å sikre god geografisk dekning i tilbudet om denne videreutdanningen som fra høsten 2008 tilbys ved 9 høyskoler.

Det ble i 2007 gjennomført en evaluering av den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid for voksne med hovedfokus på målene om brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid. Evalueringen viser at studentene opplever at studiet gir god kunnskap og forståelse når det gjelder brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid. Det er et mål at den nye tverrfaglige videreutdanningen i psykososialt arbeid for barn og unge bidrar til tverrfaglig samarbeid og helhetlige tilbud. For å bidra til at hele landet får tilbud om denne utdanningen og at flest mulig høyskoler gir dette tilbudet foreslås det å øke bevilgningen med 6 mill. kroner, til sammen 24 mill. kroner i 2009.

Institutter og foreninger

En rekke foreninger og institutter mottok støtte til sin virksomhet i 2007. Institutt for psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt utdanner veiledere for spesialistutdanningene for psykiatere og psykologer. Andre institutter tilbyr tverrfaglige videre- og etterutdanninger rettet både mot høyskole- og universitetsutdannet personell. Videre- og etterutdanningene inkluderer ulike metoder som i dag benyttes innen psykisk helsevern.

I 2007 deltok ca 1800 kandidater på ulike etter- og videreutdanninger i regi av instituttene og foreningene som hadde en varighet på ett år eller mer. I tillegg deltok om lag 1500 psykologer på spesialiseringkurs i regi av Norsk psykologforening.

Støtten til institutter og foreninger foreslås videreført i 2009. Instituttene og foreningenes rolle i videre- og etterutdanningstilbudet til ansatte i psykisk helsevern vil bli vurdert. Kvalitet og innhold i disse utdanningstilbudene skal vurderes ut fra behovene i tjenestene.

Støtten til Sepreps utdanningsprogram foreslås videreført, herunder utdanningstilbudet innenfor rusbehandling. Dette må sees i sammenheng med tiltak for å styrke tilbudet til brukere med langvarige og sammensatte tjenestebehov. Det vises til omtale under post 62.

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse

Regionsentrene (RBUP) skal bidra til å utvikle, kvalitetssikre og forvalte vitenskapelig og praksisnær tverrfaglig kunnskap og kompetanse innen alle sentrale områder i arbeid med barn og unges psykiske helse, samt bidra til at slik kompetanse er tilgjengelig. Sentrene står for en betydelig utdannings- og forskningsaktivitet som er av avgjørende betydning for videre utvikling av feltet.

Sentrene rapporterer om økt deltakelse fra ansatte i kommunene. Økningen er størst til etterutdanningstilbudene, hvor i overkant av 5000 personer deltok i 2007. Ved videreutdanningstilbudene var det 1300 deltakere hvorav 78 pst. fra spesialisthelsetjenesten. Regionsentrene samarbeider med tjenestene og andre relevante kompetansesentre for barn og unge.

Arbeidet med kommunal sektor skal prioriteres i 2009 herunder bistå i etablering av familiesenter. Sentrene skal fortsatt vektlegge forebygging og brukermedvirkning i arbeidet med barn og unges psykiske helse og øke samarbeidet med andre instanser. Det er satt i gang en evaluering av hvordan regionsentrene har innrettet sin virksomhet for å øke fokuset på forebygging og kommunale tjenester.

Et tverrdepartementalt arbeid om samarbeidet mellom psykisk helse og rusfeltet og barnevern er igangsatt, herunder skal det etableres et vesentlig tettere samarbeid mellom Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP) og Barnevernets utviklingssentre (BUS). En arbeidsgruppe med representanter fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet utreder hvordan dette organisatorisk kan gjennomføres. Det skal blant annet etableres et pilotprosjekt om økt samarbeid og større organisatorisk nærhet mellom RBUP Nord og BUS Nord. Det legges til grunn at driften av regionsentrene videreføres.

Kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid

Kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene ble etablert i Trondheim høsten 2008. NTNU Samfunnsforskning AS er ansvarlig for drift av det nye kompetansesenteret. Senteret skal fokusere på det faglige grunnlaget for psykisk helsearbeid og støtte opp under kommune-

nes arbeid med psykisk helse. Senterets hovedoppgaver er å dokumentere kunnskap, formidling og kunnskapsoverføring, bidra til gjensidig samordning mellom de ulike fag- og kompetansemiljøer, vurdere behov for kompetansehevede tiltak og ta initiativ til nye etter- og videreutdanningstiltak. Arbeidet med å etablere senteret er svært forsinket, men det er nå viktig at det raskt kan utvikles slik at kommunene kan få bidrag til å opprettholde og videreutvikle psykisk helsearbeid også etter perioden med øremerking av midler. Det foreslås bevilget 18 mill. kroner til senteret i 2009.

Forskning og statistikkutvikling

Forskning på psykisk helse har vært styrket blant annet gjennom Opptappingsplanen. Midler fordeles primært via Norges forskningsråd, men også til Regionsentre for barn og unges psykiske helse, Senter for atferdsproblemer og innovativ praksis, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, (jf. kap.743, post 73) og Nasjonalt folkehelseinstitutt (jf. kap.710, post 01 og 21). De regionale helseforetakene har et selvstendig ansvar for å drive forskning på psykisk helseområdet.

Forskningsrådets evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse avsluttes i 2008 og vil bli oppsummert i en egen sluttrapport. Denne vil være en del av kunnskapsgrunnlaget for de prioriteringene som gjøres etter Opptappingsplanens avslutning. Departementet vil komme tilbake til hvordan resultatene av denne evalueringen skal følges opp.

For 2007 er kommunene bedt om å rapportere sin innsats overfor mennesker med psykiske lidelser og problemer, uavhengig av om midlene kommer fra øremerkede midler eller ikke. Denne rapporteringen kommer i tillegg til rapporteringen på bruk av øremerkede midler. Rapporteringen danner på sikt et grunnlag for å følge utviklingen på dette området etter 2008.

Dataene som rapporteres til pasientregisteret for det psykiske helsevernet har ikke god nok kvalitet. Helsedirektoratet har derfor utarbeidet en registreringsveileder for det psykiske helsevernet. Direktoratet samarbeider med de regionale helseforetakene om implementeringen av veilederen som skal bidra til en mer enhetlig og komplett registrering.

Fra 1. januar 2009 etableres det et sett med indikatorer for psykisk helse som skal gjøre det mulig å følge utviklingen i kvaliteten og innholdet i tjenestene som tilbys mennesker med psykiske vansker og lidelser. Målsettingen er at indikatorene skal være relevante både for nasjonale styringsformål og for lokal kvalitetsforbedring. Indi-

katorene omfatter tilbudet til barn, unge og voksne både i kommunene og spesialisthelsetjenesten, og skal belyse både befolkningsperspektiver og innhold og kvalitet i tjenestene. Indikatorene tar utgangspunkt i målene for Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjeneste ... Og bedre skal det bli (2005–2015).

Tiltak rettet mot personer med særskilte behov

Psykisk helse og rusmiddelproblemer – dobbeltdiagnoser

Kartlegginger og undersøkelser viser at en betydelig andel av pasientene i akuttenehetene i det psykiske helsevern har omfattende rusmiddelavhengighet i tillegg til sin psykiske lidelse. Tilsvarende kartlegginger innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling viser at en betydelig andel rusmiddelavhengige personer også har en psykisk lidelse. Tjenestene må være organisert slik at de på en best mulig måte er tilpasset de sammensatte hjelpebehovene som mange av disse pasienter har.

Arbeidet for å bedre samhandling og samtidighet i tilbudet til mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet må videreføres og styrkes i årene framover. Det er behov for å styrke kompetansen hos personell både i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten.

Psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse har det vært gitt støtte til ulike kompetansehevede tiltak på dette området. Det er gjennomført årlige konferanser de siste 3 årene og det er gitt tilskudd til utvikling av ulike modeller for god oppfølging av denne gruppen, herunder en nettbasert etter- og videreutdanning for leger og annet helsepersonell om utviklingshemmedes spesielle helseproblemer, samt et begrenset utdanningstilbud i psykiske lidelser og aldersdemens hos utviklingshemmede i regi av stiftelsen SOR (Samordningsrådet) i samarbeid med enkelte høyskoler.

Tilskuddet til videreutdanning av høgskoleutdannede i psykisk helse og utviklingshemming i regi av Samordningsrådet foreslås videreført.

Arbeid og arbeidsrettede tiltak

Økt fokus på yrkesrettet attføring har medført at antall registrerte yrkeshemmede på attføring har økt sterkt de seinere årene. Bortsett fra muskel- og skjelettlidelser er psykiske lidelser de mest vanlige diagnoser blant yrkeshemmede. Gjennomsnittlig antall yrkeshemmede med psykiske lidelser som deltar i arbeidsmarkedstiltak/utdanningstiltak gjen-

nom NAV har økt fra rundt 7000 personer i 1998 til om lag 13 900 i 2007. Opptappingsplanens måltall på 4000 flere personer som får et tilbud gjennom Aetat/NAV Arbeid er dermed mer enn oppnådd. I 2007 benyttet NAV godt over 1 mrd. kroner til arbeidsmarkedstiltak for mennesker med psykiske lidelser, inkl. 143 mill. kroner som ble stilt til rådighet over Opptappingsplanen for psykisk helse.

Regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007 – 2012) ble lansert høsten 2007 for å videreføre og styrke den arbeidsrettede innsatsen i Opptappingsplanen for psykisk helse, herunder ivareta behovet for et sterkere rehabiliteringsfokus. Samarbeidsprosjektet Vilje Viser Vei – NAVs satsing på arbeid og psykisk helse er fasett inn i linjen i NAV og inngår som en del av den nasjonale strategiplanen fra og med 2008. I løpet av høsten 2008 skal bl.a. midler til lavterskelarbeidsrettede tiltak med stor grad av brukermedvirkning i kommunene, herunder midler øremerket Fontenehus, lyses ut og fordeles. Det satses også på forskning og utvikling vedrørende jobbmestrende oppfølging for mennesker med psykoselidelser.

Strategiens målgruppe er personer med lettere og omfattende lidelser/problemer, samt personer som i tillegg har rusmiddelproblemer. Det legges vekt på en styrking av områder som samarbeid og samordning, inkl. brukermedvirkning, tilgjengelighet til aktuelle tiltak og tjenester, kompetanse og nettverksbygging, kommunikasjon, informasjon, forskning og formidling. Et hovedtiltak i planen er tettere oppfølging av den enkelte, blant annet ved å ansette veilednings- og oppfølgingslosere på NAV-kontor. I 2009 foreslås det bl.a. å øke og spre antall losere, samt å lette tilgjengeligheten.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet skal utarbeide og gjennomføre en kommunikasjonsstrategi knyttet til i regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse i samarbeid med sentrale aktører som NAV og partene i arbeidslivet. Rådet for psykisk helse har utformet en kampanje rettet mot ledere i arbeidslivet som er en del av den samlede kommunikasjonsstrategien.

Merknad til budsjettforslaget

Bevilgningen over posten foreslås satt ned mot at

- 9,396 mill. kroner flyttes til Barne- og likestillingsdepartementets budsjett, kap. 854, post 71, til Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis (Atferdssenteret) samt kompetansetiltak
- 5,22 mill. kroner flyttes til kap. 701, post 50 Norges forskningsråd mv., til forskning på mestring og beskyttelsesfaktorer og tiltak som bidrar til å fremme barn og unges psykiske helse.

- 2,088 mill. kroner flyttes til kap. 710, post 01, Folkehelseinstituttet, til kunnskapsutvikling som grunnlag for forebygging av psykiske problemer.
- 3,131 mill. kroner flyttes til kap. 732, post 70, Tilskudd til helseforetakene, til tiltak over strategien for spiseforstyrrelser, hvorav 1,2 mill. kroner til drift av nettverk for forskning og evaluering (Akuttnettverket).
- 1,5 mill. kroner flyttes til kap. 720, post 01, Helsedirektoratet, til dekning av merutgifter i forbindelse med bistand som skal ytes til regjeringsadvokaten i forbindelse med prosedering av saker om tvunget psykisk helsevern på vegne av staten.

Bevilgningen over posten foreslås satt opp ved at:

- 13,25 mill. kroner flyttes fra kap. 743, post 75, for å utvikle samarbeidet mellom tjenestene for mennesker med langvarige og sammensatt behov, spesielt gruppen med dobbeltdiagnoser rus/psykiske lidelser.
- 2,1 mill. kroner flyttes fra kap. 743, post 75, til oppdatering av veiledere, evaluering av praksis og regelverk for mennesker med ADHD.
- 0,8 mill. kroner flyttes fra kap. 743, post 75, til Samordningsrådet, øremerket videreutdanning av høskoleutdannede i psykisk helse og utviklingshemming.
- 1,8 mill. kroner flyttes fra kap. 743, post 75, til pasientrettede tiltak for mennesker med langvarige og sammensatte behov. En kartlegging av omfang og behov til mennesker med psykiske lidelser våren 2008 viser at tilbudet til denne gruppen er mangelfullt.
- 0,5 mill. kroner flyttes fra kap. 743, post 21, Spesielle driftsutgifter til oppfølging av strategiplanen for arbeid og psykisk helse.

Post 73 Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress

Formålet med posten er å øke kunnskapsgrunnlaget og styrke kompetansen for å bedre tjenestene til volds- og traumerammede. Det gjelder traumatiserte flyktninger, personer som har vært utsatt for seksuelle og fysiske overgrep, mennesker som har vært utsatt for eller vært vitne til vold i nære relasjoner. Posten omfatter også midler til forskning og kompetanseutvikling om voldsutøvere og overgripere, og til styrking av selvmordsforebyggende arbeid.

Nasjonal forskning og kompetanseutvikling

Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble opprettet i 2004 og er en tverr-

departemental satsing for å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet. Senteret driver omfattende tverrfaglig forsknings- og utviklingsarbeid. Senteret samarbeider med regionale ressursmiljøer på volds- og traumefeltet, samt relevante kliniske miljø, forskningsinstitusjoner og faginstanser. Senteret skal ikke drive klinisk virksomhet, men det er en forutsetning at virksomheten har forankring i praksisfeltet. Utviklingen av senteret har vært i tråd med intensjonene om å samle små miljøer og prosjekter til et bredt kunnskapsmiljø. I de første årene ble det særlig fokusert på å utvikle forskning på feltet på et høyt nivå. Fra i år vil senteret fokusere sterkere på rollen som en sentral enhet for formidling av fagkunnskap nasjonalt og internasjonalt.

Regional kompetanse på volds- og traumefeltet

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) skal bidra til bedre og mer helhetlige tjenester gjennom å arbeide for økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i regionen. Sentrene skal bistå det utøvende tjenesteapparatet (barnevern, helsetjenester, familievern, politi mv.) med informasjon, veiledning og kompetansebygging. De skal bidra til å etablere nettverk mellom relevante samarbeidspartnere i regionen.

Sentrene er fra i år etablert i alle regioner. RVTS Sør, det femte og siste senteret, ble åpnet våren 2008. Senteret er forankret i Barne- ungdoms- og familieetaten region Sør, mens de fire andre ressursentrene er forankret i de regionale helseforetakene. Sentrene fikk i 2007 nye oppgaver og ressurser knyttet til arbeidet mot kjønnslemlestelse og tvangsekteskap. Kunnskaps- og kompetanseutvikling i tjenesteapparatet for bedre behandling og oppfølging av flyktninger og asylsøkere og andre traumatiserte fortsetter.

Særskilte tiltak og målgrupper

Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008–2011) Vendepunkt

Det er utarbeidet en ny Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008–2011) – Vendepunkt. Planen er et samarbeid mellom Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Justis- og politidepartementet som har koordineringsansvaret. Tiltakene har som mål å bidra til at politiet, utdanningsinstitusjonene og hjelpeapparatet får økt kompetanse, arbeider mer samordnet og blir bedre til å avdekke, forebygge og iva-

reta de sammensatte problemstillingene vold i nære relasjoner reiser.

I løpet av planperioden skal det gjennomføres en evaluering av overgrepsmottakene. Overgrepsmottakene er lavterskeltilbud forankret i kommunale/interkommunale legevakter for personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner og/eller seksuelle overgrep. Helsedirektoratet har bedt fylkesmennene gi en oversikt over situasjonen som grunnlag for videre utvikling av tjenestene og framtidig evaluering.

Strategi mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn (2005–2009)

Barne- og likestillingsdepartementet utarbeidet i 2005 i samarbeid med andre departementer en femårig strategi mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for flere av tiltakene. Tiltakene er rettet mot å forebygge seksuelle og fysiske overgrep mot barn, og å bedre behandling og oppfølging av ofre og unge overgripere gjennom forskning, kompetanseutvikling og bedre samarbeid mellom ulike aktører (helsetjenesten, politi, barnevern mv.). Strategiplanen følges opp og det gjennomføres konkrete tiltak i tråd med anbefalinger gitt av Helsedirektoratet. Mange av tiltakene innenfor Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde er av en omfattende karakter og gjennomføres som delprosjekter ved NKVTS.

Barnehusene

Arbeidet med Barnehusene er et tverrdepartementalt samarbeid. Justisdepartementet koordinerer arbeidet. I 2007 ble det åpnet to Barnehus, ett i Bergen og et i Hamar. Det er i tillegg besluttet å opprette Barnehus i Kristiansand, Trondheim og Tromsø i løpet av 2008, slik at tilbudet blir landsdekkende. Målet med Barnehusene er å gi et bedre tilbud til barn som utsettes for overgrep ved at blant annet dommeravhør, medisinsk undersøkelse og behandlingstilbud tilbys samlet. De regionale kompetansesentrene har et særlig ansvar for å bygge opp kompetanse på området og formidle kunnskap til tjenesteapparatet. Den nærmere utformingen av Barnehusene utarbeides lokalt i samarbeid med berørte instanser.

Selvmordsforebygging

Det registreres årlig om lag 550 selvmord i Norge. I tillegg kommer et ukjent antall selvmordsforsøk. Selvmordsraten har vist en fallende tendens den

siste tiårsperioden. Det overordnede målet for arbeidet er å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk, og å bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd.

Helsedirektoratet har utarbeidet Satsingsområder og tiltak innen selvmordsforebygging 2007–2010. Strategien har fem hovedmål: å redusere forekomsten av selvmord og selvmordsforsøk, forbedre nasjonal statistikk, sikre god oppfølging av etterlatte, styrke opplæring i selvmordsforebygging for viktige arbeidsgrupper og stimulere til økt forskning, kunnskapsutvikling og –formidling.

I tråd med strategien er nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern utarbeidet i 2008. Anbefalingene fra retningslinjene blir også framhevet i Helsedirektoratets veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.

For kommunal sektor er det særlig viktig å styrke den generelle kunnskapen og kompetansen hos ansatte i kommunen, dvs. fastlege, psykologer, ansatte ved helsestasjons- og skolehelsetjeneste, lærere mv. Departementet har i 2008 gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide retningslinjer/veiledende materiell for arbeidet i kommunene overfor selvmordsutsatte. Utdanningsprogrammet Vivat er et tilbud for førstelinjen som gir grunnleggende kompetanse i risikovurdering av selvmord. Programmet videreføres i 2009.

Minoritetshelse

Nasjonal kompetansseenhet for minoritetshelse (Nakmi) skal drive kunnskapsformidling, forsknings- og utviklingsarbeid og informasjonsutveksling nasjonalt og internasjonalt om somatisk og psykisk helse og omsorg for mennesker med minoritetsbakgrunn. Målet for arbeidet er likeverdige helsetjenester for hele befolkningen. Nakmi styres gjennom oppdragsbrev fra Helsedirektoratet.

Helsetjenester til FN-/Nato-veteraner

Helsedirektoratet vil i samarbeid med Forsvarets sanitet utarbeide veiledende materiell som kan bidra til bedre helsetjenester til FN-/Nato-veteraner. Formålet er å sikre at denne gruppen tilbys adekvat helsehjelp både i de kommunale og de spesialiserte helsetjenestene. Materiellet skal blant annet beskrive innhold i helsetjenesten til FN-/Nato-veteraner, oppgave- og ansvarsfordeling mellom Forsvaret og den sivile helsetjeneste, samt systemer for nødvendig kompetanseoverføring/oppbygging i den sivile helsetjenesten.

Merknad til budsjettforslaget

Bevilgningen foreslås satt ned ved at

- 4,635 mill. kroner flyttes til kap.710, post 01, til Folkehelseinstituttets arbeid med selvmordsforebygging
- 5,831 mill. kroner flyttes til kap. 732, post 72–75, til psykososialt arbeid for flyktninger og asylsøkere i regi av regionale helseforetak

Bevilgningen har gått til styrking og omstrukturering av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten og skal sette de regionale helseforetakene i stand til å realisere de måltall som St.prp. nr. 63 (1997–1998) trekker opp. Midlene til drift, investering og kompetanseutvikling som tidligere har vært tildelt over denne posten er overført til kap. 732 Regionale helseforetak, post 71–75, i alt 2,350 mrd. kroner i 2009. I årets budsjett vil likevel totalomtalen av status og veien videre for psykisk helsevern omtales under kap. 743.

Nøkkeltall fra Samdata for 2007 viser at driftskostnadene til psykisk helsevern samlet sett utgjorde 14,76 mrd. kroner i 2007 (unntatt avskrivninger). Målt i faste priser var veksten i psykisk helsevern samlet på 5,1 pst. fra 2006 til 2007. Den prosentvise veksten i driftskostnadene var omtrent lik for psykisk helsevern for barn og unge og voksne.

Målt i faste 2007-kroner har driftskostnadene i psykisk helsevern økt 35 pst. totalt siden starten av Opptrappingsplanen i 1998. Driftskostnadene i det psykiske helsevernet for barn og unge har økt 82 pst, mens det psykiske helsevernet for voksne har økt 29 pst. i samme periode.

I løpende priser økte driftskostnadene i psykisk helsevern med 11,5 pst. fra 2006 til 2007 mot en økning på 9,6 pst. i somatikken. På nasjonalt nivå var dermed den prosentvise kostnadsveksten høyere i psykisk helsevern enn i somatikk. Personellveksten fra 2006 til 2007 var også høyere i psykisk helsevern med en økning på 1,7 pst. mot 0,3 pst. i somatikken. Personellveksten var høyere i psykisk helsevern for barn og unge (5 pst) enn for voksne (1 pst).

Post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern

Tabell 5.20 Utvikling i totale driftskostnader til det psykiske helsevernet 1998–2007 (mill. kroner, faste 2007 kroner og pst. Endring)

	1998	2000	2002	2004	2006	2007	Pst. endring 1998–2007
Totale driftsutgifter psykisk helsevern	10 903	11 412	12 263	12 824	14 047	14 764	35
Pst. endring fra året før		1,4	5,8	1,3	2,9	5,1	
Totale driftsutgifter PHV-Barn og unge	1 373	1 465	1 760	2 051	2 375	2 498	82
Pst. endring fra året før		3,4	15,0	7,7	7,1	5,2	
Totale driftsutgifter PHV-Voksne	9 530	9 947	10 503	10 773	11 672	12 266	29
Pst. endring fra året før		1,1	4,4	0,2	2,1	5,1	

Kilde: Datakilde: SSB og Sintef Helse

I løpet av opptrappingsperioden har det blitt totalt 4578 flere årsverk i det psykiske helsevernet, dvs. en økning på 29 pst. Av denne veksten har 1527 årsverk gått til psykisk helsevern for barn og unge, dvs en økning på 71 pst, mens 3051 årsverk har gått til det psykiske helsevernet for voksne, dvs en økning på 22 pst.

*Status i gjennomføringen av Opptrappingsplanen**Psykisk helsevern for barn og unge*

De regionale helseforetakene har de siste årene prioritert utbygging av det psykiske helsevernet

for barn og unge. Det har vært en betydelig vekst både i personell og aktivitet, som gjenspeiler seg i kostnadsutviklingen. De fleste målene i Opptrappingsplanen er eller er i ferd med å bli nådd.

I følge nøkkeltall fra Samdata fikk 49 479 pasienter behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2007. Det var 2199 flere enn i 2006 og 28 845 flere enn i 1998. Dette representerer en økning på 140 pst. i antall behandlede pasienter så langt i opptrappingsperioden. Dekningsgraden for barn og unge (dvs. andelen barn og unge i befolkningen som mottar et tilbud) er dermed mer enn doblet fra 2,0 pst. i 1998 til 4,5 pst. i 2007. Forutsatt

samme veksttakt ut perioden antas dekningsgraden nasjonalt å ligge på i underkant av 5 pst. ved utløpet av 2008. Det er fortsatt store forskjeller i dekningsgrad mellom regionene.

I følge nøkkeltall fra Samdata var det 334 døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og unge ved utgangen av 2007, dvs en økning på 41 plasser fra 1998. En foreløpig gjennomgang i 2007 viser at de regionale helseforetakene nå planlegger ca 350 døgnplasser i det psykiske helsevernet for barn og unge. I følge tall fra NPR har gjennomsnittelig ventetid til døgnbehandling for barn og unge gått ned fra 65 dager 1. tertial 2006 til 44 dager tilsvarende tertial i 2008. Antall ventende har i samme tertialene gått ned fra 128 til 72. Dette tyder på at styrkingen av poliklinikkene og opprettelsen av ambulante arbeidsformer gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse har vært vellykket og at behovet for døgnbehandling av barn- og unge har gått ned som følge av at nye og mer framtidssrettede tilbud er etablert.

Om lag 3 pst. av pasientene i det psykiske helsevernet for barn og unge behandles i døgn- og dagavdelinger, resten behandles i poliklinikk. Siden 1998 har det blitt 963 flere polikliniske årsverk i det psykiske helsevernet for barn og unge, dvs. en økning på 101 pst. Målet i Opptappingsplanen om 400 flere polikliniske årsverk er dermed mer enn nådd.

Ventetidsgarantien for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet trådte i kraft 1. september 2008. Garantien innebærer en fastsatt maksimum ventetid for individuell vurdering etter henvisning til spesialisthelsetjenesten på 10 virkedager, og maksimum ventetid for oppstart av behandling på 65 virkedager. De som har behov for raskere vurdering og behandling, har rett til det.

Oppfølging av anmodningsvedtak nr. 463 (2007–2008)

Ved behandlingen av Dokument 8:42 (2007–2008) fattet Stortinget 8. mai 2008 følgende anmodningsvedtak:

«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at unge med tilbud innenfor BUP i barne- og ungdomspsykiatrien, også etter fylte 18 år, kan beholde sin behandler i de tilfeller der det er etablert et tillitsforhold når de unge selv ønsker det. Dette bør kunne gis inntil fylte 23 år.»

Det er ingen bestemmelser i dagens lovverk som hindrer at barn og unge over 18 år kan behandles i psykisk helsevern for barn og unge, og fleksibel

praktisering av aldersgrensene skjer i noen grad i dag. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere nærmere om det er behov for å presisere regelverk for dette. Vedtaket er forøvrig fulgt opp i praksisveilederen for psykisk helsevern for barn og unge, som ble lansert samtidig med at ventetidsgarantien trådte i kraft 1. september 2008. Helsedirektoratet er i ferd med å ferdigstille veileder for prioritering til psykisk helsevern for barn- og unge. Veilederen skal understøtte ventetidsgarantien.

Psykisk helsevern for voksne

Det har vært en positiv utvikling innenfor det psykiske helsevernet for voksne i løpet av opptappingsperioden, og mange av målene er nådd eller er i ferd med å nås. Tilbudet er betydelig styrket i tillegg til at det er gjennomført en omstrukturering av tjenestene gjennom utbygging av distriktpspsykiatriske sentre (DPS) og en gradvis økt spesialisering av sykehusavdelingene. Dette omstillingsarbeidet vil fortsette også etter at Opptappingsplanen er avsluttet.

Det var 16 705 årsverk i det psykiske helsevernet for voksne ved utgangen av 2007, dvs. en økning på 1 pst. fra 2006. Siden 1998 har det blitt 3051 flere årsverk i det psykisk helsevernet for voksne, dvs en økning på 22 pst. Målet i Opptappingsplanen om en økning på 2300 årsverk i løpet av opptappingsperioden er dermed nådd. Antall årsverk for psykiatere har økt 48 pst., psykologårsverk med 104 pst. og årsverk for høyskoleutdannet personell med 40 pst. Antall polikliniske årsverk økte med ca 8 pst. 2006 til 2007. 83 pst. av personellressursene i det psykiske helsevernet for voksne er imidlertid fortsatt knyttet opp til drift av døgnavdelinger.

Antall utskrivninger var omtrent uendret fra 2006 til 2007. Siden 1998 har antall utskrivninger økt med ca 18 500, dvs. en økning på 63 pst. Antall oppholdsdøgn er redusert 19 pst. i samme periode. Dette betyr at flere får døgnbehandling i dag enn ved starten av Opptappingsperioden, men at oppholdene er kortere.

Antall døgnplasser for voksne har blitt redusert i løpet av Opptappingsperioden. Ved utgangen av 2007 var det 4769 døgnplasser totalt, hvorav 1865 i DPS og 2712 i sykehus. Dette er et lavere plasstall enn det som lå inne i St.prp. nr 63 (1997–98) Om opptappingsplan for psykisk helse. Antall plasser vurderes imidlertid å være et mål av begrenset verdi, jf. utviklingen av alternative behandlingsformer og økt vekt på at mennesker med psykiske lidelser skal kunne leve et mest mulig normalt liv utenfor institusjon. Det vises særlig til den kraftige utviklingen av ambulante og polikliniske tjenester,

som ikke var forutsatt i opptrappingsplanen. Personellfaktoren i døgnavdelingene har økt 57 pst. i løpet av opptrappingsperioden. Døgnplasser i sykehjem er redusert 90 pst. siden 1998 og er nå på det nærmeste avviklet.

Det har skjedd en betydelig ressursøkning og kompetanseoppbygging i psykisk helsevern i løpet av Opptrappingsperioden. De nye årsverkene i psykisk helsevern for voksne er nesten utelukkende universitets- og høyskoleutdannet personell. Veksten har vært sterkere i DPSene enn i sykehusavdelingene. Det er fortsatt forskjeller i personelldekning mellom helseforetakene både i tjenestene for barn og unge og for voksne, og tilgangen på fagpersonell, særlig psykiatere og psykologspesialister, varierer. På tross av økt kompetanse viser flere undersøkelser at tilbudet fortsatt varierer mye også når det gjelder faglig innhold. Bruken av tvang ved innleggelse og i behandlingen varierer til dels betydelig mellom helseforetaksområdene. Undersøkelser viser også at brukererfaringer fortsatt er for lite integrert i behandlingen.

Utbygging av distriktpsikiatriske sentre (DPS)

Muusmann/Agenda har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging av organisering, ressurser og faglig innhold ved de distriktpsikiatriske sentrene (DPS). Kartleggingen viser at det per i dag er etablert 75 DPS og at alle landets kommuner nå tilhører et DPS-område.

I Opptrappingsplanen er det lagt til grunn at et DPS skal være en faglig selvstendig enhet med ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde. Senteret skal ha poliklinikk, dagtilbud, døgntilbud og ambulante tjenester under en felles faglig ledelse. Kartleggingen viser at DPSene med få unntak er utviklet i tråd med disse intensjonene, men at måten tilbudene er organisert på kan variere noe. Det er fortsatt betydelige forskjeller i bemanning mellom DPSene.

Kartleggingen viser at 62 av landets 75 DPSer oppgir å ha etablert ambulante tilbud, enten som egne team eller som en integrert del av virksomheten ved poliklinikken eller døgnavdelingen. 28 av landets 75 DPS oppgir å ha etablert egne akutt-/kriseteam. I tillegg har mange DPS etablert akuttberedskap i poliklinikken.

Der er per i dag totalt 50 døgneheter ved landets DPSer med til sammen 1607 dagplasser.

Anslagsvis 40 pst. av årsverkene i det psykiske helsevernet for voksne er knyttet til de distriktpsikiatriske sentrene.

DPSene og regionene har ikke kommet like langt når det gjelder å etablere brukermedvirkning

på systemnivå. Samlet sett oppgir 70 pst. av DPSene å ha etablert rutiner/faste ordninger for brukermedvirkning på systemnivå. Også når det gjelder pasient- og pårørendeopplæring er det til dels store variasjoner.

Kartleggingen tyder på at helseforetakene har arbeidet systematisk med å bedre samhandling og samhandlingsrutiner mellom DPSene og de sentraliserte sykehusavdelingene. Samarbeidet innad i psykisk helsevern ser dermed ut til å fungere bedre sett fra tjenesteyternes side. Unntaket er de private avtalespesialistene hvor under halvparten av DPSene oppgir å ha etablert et fast samarbeid med disse. Helse- og omsorgsdepartementet ba i Oppdragsdokumentet for 2008 de regionale helseforetakene om å sørge for at det er rutiner/systemer som innebærer at henvisninger til spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern blir koordinert, slik at pasienter slipper å henvende seg til flere tjenesteytere for å få hjelp. De regionale helseforetakene er i gang med å utarbeide slike systemer.

Når det gjelder samarbeid med kommunene oppgir flertallet av DPSene å ha etablert faste rutiner/retningslinjer for samarbeid med sine kommuner/bydeler.

Tvang i psykisk helsevern

Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370) har 4 hovedmålsetninger: økt frivillighet, kvalitetssikret bruk av tvang, økt kunnskap og bedre dokumentasjon av tvangsbruk.

I 2007 startet et arbeid med å etablere et nasjonalt nettverk for kunnskapsutvikling og forskning om bruk av tvang i psykisk helsevern. Nettverket skal blant annet oppsummere kunnskapsstatus på området og bidra til at det kan gjennomføres metodisk holdbar helseforskning om tvang i Norge. Universitetet i Tromsø har på oppdrag fra Helsedirektoratet påtatt seg driftsansvaret for nettverket. Det vil være en hovedoppgave for nettverket å utarbeide en helhetlig plan for forskning og kunnskapsutvikling om tvang i psykisk helsevern, i tråd med tiltaksplanen.

Sintef gjennomførte i november 2007 en ny pasientregistrering ved døgnavdelingene i det psykiske helsevernet for voksne. Registreringen viser at antall pasienter under tvang på registreringstidspunktet er blitt kontinuerlig redusert sammenliknet med de tilsvarende registreringene i 1989, 1994, 1999 og 2003. Tallene indikerer likevel at det har funnet sted en økning i antall tvangsinnleggelse, men at varigheten av disse innleggelsene har blitt redusert.

Helse- og omsorgskomiteen ba i sin innstilling til Odelstinget, jf. Innst. O. nr. 66 (2005–2006) om en

vurdering av behovet for behandlingskriteriet i psykisk helsevernloven. Helsedirektoratet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal vurdere behovet for nye tiltak i Tiltaksplanen, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008). Regjeringen vil komme tilbake med en status for dette arbeidet i statsbudsjettet for 2010.

Mål for psykisk helsevern 2009

I 2009 vil det være en hovedprioritet for Regjeringen å sørge for at det som er bygd opp gjennom Opptrappingsplanen blir opprettholdt og videreutviklet. I den videre utviklingen av det psykiske helsevernet skal det særlig legges vekt på følgende:

Desentralisering og spesialisering

- En videreføring av hovedstrategien i Opptrappingsplanen med vekt på desentralisering og spesialisering. Det er nødvendige forutsetninger for å oppnå økt tilgjengelighet og ressursutnyttelse at pasienter behandles på riktig sted og riktig nivå.

Ambulante tilbud

- Utvikling av mobile og fleksible tjenester i psykisk helsevern for barn, unge og voksne. Dette er nødvendig for å kunne gi nødvendig støtte og veiledning til de kommunale tjenestene og for å utvikle et mer smidig samarbeid på tvers av tjenestenivåer. Dette vil være særlig viktig når det gjelder akutt- og krisetjenester og i oppfølgingen av personer med en langvarig og sammensatt psykisk lidelse, herunder personer som ikke selv er i stand til å søke hjelp eller som aktivt motsetter seg dette.

Akutt- og krisetjenester

- Det må bygges opp en akutt- og kriseberedskap ved DPSene som så langt som mulig også innebærer at personell fra DPSet kan rykke ut og gi primærhelsetjenesten og eventuelle pårørende nødvendig bistand.
- At helseforetakene etablerer en akutt- og kriseberedskap for barn og unge, og at nødvendige akutttilbud er på plass.

Kompetansebygging

- Fortsatt vekt på kompetansebygging, videreutvikling av arbeidsmåter og behandlingsmetoder i psykisk helsevern. Det vises til omtale under post 70.
- Gjennom videreføring av etter- og videreutdanningstiltak skal det psykiske helsevernet sikres tilgang til relevante og gode tilbud, herunder opplæringstilbud i nye arbeidsmetoder som ambulant behandling. Det vises til omtale under post 70.

- Målrettet satsing på å øke dekningen av psykiater- og psykolog/psykologspesialister i de helseregionene som har lavest dekning. DPSene må sikres nødvendig tilgang til disse personellgruppene.

Brukermedvirkning

- Brukererfaringer må i større grad integreres som en naturlig del av behandlingen, og benyttes i kvalitetsforbedringen ved det enkelte tjenestested.

Redusert og kvalitetssikret bruk av tvang

- Arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i psykisk helsevern er et langsiktig utviklingsarbeid som involverer kommune- og spesialisthelsetjenesten i tillegg til brukere og pårørende. Bedre dokumentasjon, økt kunnskapsutvikling og forskning og utvikling av gode handlingsalternativer til tvang vil være viktige innsatsområder.

Tilbud til grupper med særskilte behov

- Å videreutvikle og styrke tilbudet i psykisk helsevern til grupper med særskilte behov. Tilbudet til psykisk utviklingshemmede med en psykisk lidelse, personer med en psykisk lidelse og samtidig rusmiddelavhengighet samt innvandrere, flyktninger og asylsøkere bør gis særskilt prioritet.
- Å ivareta behovet for sikkerhetspsykiatrisk kompetanse nasjonalt, regionalt og lokalt.

Tiltak rettet mot personer med særskilte behov

Sikkerhet i psykisk helsevern

Tall innhentet av Helsedirektoratet viser at antall døgnplasser innen sikkerhetspsykiatrien har gått ned siden 2005, både på lokalt og regionalt nivå. I 2005 var det 54 regionale døgnplasser innen sikkerhetspsykiatrien mot 42 i 2008. Totalt sett på regionalt og lokalt nivå oppgis antall plasser å være redusert fra 229 døgnplasser i 2005 til 191 i 2008. De regionale helseforetakene melder at det ikke er noen på venteliste per 1. september i noen helseregioner. Kapasiteten i Helse Sør-Øst RHF er imidlertid presset. Helse Sør-Øst RHF opplyser for øvrig at foretaket har en beredskapsplan som innebærer at pasienter som trenger innleggelse ved sikkerhetsavdeling skal gis et tilbud innen 24 timer. Departementet vil følge situasjonen på dette området nøye.

Helsedirektoratet utga i 2007 et rundskriv om vurderinger av risiko for voldelig atferd og bruk av kliniske verktøy. Helsedirektoratet utarbeider nå en nasjonal standard for å sikre lik praksis for iva-

retakelse av sikkerhetsaspektene innen det psykiske helsevernet for å forebygge alvorlige voldelige handlinger. Det er fortsatt behov for å styrke bevisstheten og kunnskapen innen psykisk helsevern om risikovurderinger og hvordan slik risiko kan håndteres. Kompetansesentrene innen sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri gir tilbud om opplæring i risikovurderinger. I samarbeid med fagpersonene i de regionale og lokale sikkerhetsavdelinger vil kompetansesentrene også gi undervisning og veiledning til aktuelle instanser om hvordan man håndterer risikosituasjoner. Den spesielle kompetansen som ligger i sikkerhetspsykiatrien innenfor risikovurdering/håndtering må ivaretas.

Det må sikres at det i alle helseregioner er tilstrekkelig kapasitet i sikkerhetspsykiatrien.

Brukere med omfattende tjenestebehov

Det skal etableres stimuleringsstøtte til samhandlingsmodeller for oppfølging av gruppen med langvarige og sammensatte tjenestebehov. En mulig modell er Assertive Community Treatment teams (ACT) som er etablert i Østfold. Modellen er godt utprøvd i andre land, eksempelvis England og Danmark, og kan vise til gode resultater når det gjelder behandling og oppfølging av denne gruppen. Det vises for øvrig til nærmere omtale under innledningen til dette kapitlet og post 62.

Nordisk samarbeid

Barn og unges ventetider innen psykisk helse har fått mye oppmerksomhet i de nordiske landene. Landene har inngått ett samarbeid om å bedre tilgjengeligheten og overføre kunnskap om systematisk organisering av hjelpen til barn og unge. Det er satt i gang en kartlegging av de nordiske lands innsats på området som forventes ferdig i 2009. Resultatene vil ligge til grunn for et eventuelt framtidig samarbeid.

Budsjettforslag 2009

For å bidra til utvikling av organisatorisk forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommuner og helseforetak foreslås det å avsette 30 mill. kroner over denne posten. Midlene skal benyttes til pasientaktivitet og bidra til å sikre mennesker med langvarig og sammensatte problemer, herunder

mennesker med alvorlig psykiske lidelser og tungt belastede rusmisbrukere, et helhetlig og sammenhengende behandlings-, oppfølgings- og bo tilbud. Midlene må sees i sammenheng med tilsvarende foreslåtte bevilgning på 20 mill. kroner over post 62, samt i sammenheng med øvrige tiltak for bedre samhandling, jf. kap. 732.

14,625 mill. kroner foreslås bevilget til oppfølging av handlingsplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern, samt prosjektmidler til kompetansesentrene i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

Det foreslås bevilget 44,6 mill. kroner over posten for 2009.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås å flytte

- 12,653 mill. kroner til kap. 732, post 78, Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, til Landsfunksjon for døve med psykiske lidelser.
- 2,151 mill. kroner kap. 732, post 78, Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, til Nasjonalt kompetansenettverk for ADHD. Helse Sør-Øst RHF, får i oppgave å drifte nettet. Nettverket skal bidra til fagutvikling, forskning, veiledning og undervisning – og nettverket skal dekke alle aldre.
- 13,25 mill. kroner til kap. 743, post 70, Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid. Bevilgningen gjelder prosjekter for å utvikle samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for mennesker med dobbeltdiagnoser rus/psykiatri. De fleste igangsatte prosjektene er planlagt avsluttet ved utgangen av 2009 og skal evalueres før det tas endelig stilling til etablering av permanente ordninger.
- 2,1 mill. kroner til kap. 743, post 70, Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, til oppdatering av veiledere, kontinuerlig evaluering av praksis og regelverk innenfor ADHD
- 0,8 mill. kroner til kap. 743, post 70, Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, som skal gå til videreutdanning av høyskoleutdannede i psykisk helse og utviklingshemming
- 1,8 mill. kroner til kap. 743, post 70, Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, til pasientrettede tiltak for mennesker med langvarige og sammensatte behov.

Kap. 744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
70	Fagenhet for tvungen omsorg	45 600	51 476	53 741
	Sum kap. 744	45 600	51 476	53 741

Post 70 Fagenhet for tvungen omsorg

Ved lov av 15. juni 2001 nr. 64 om endringer i straffeloven og i enkelte andre lover (endring og ikraftsetting av strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner samt endringer i straffeloven § 39 a), som trådte i kraft 1. januar 2002, ble det besluttet etablering av en egen fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede lovbrøyttere.

Ved gjennomføringen av dom på tvungen omsorg gjelder psykisk helsevernlovens kapittel 1, kapittel 4 med unntak og kapittel 6 om kontroll og etterprøving så langt den passer. Ved fagenheten er det opprettet en egen kontrollkomisjon med ansvar for alle psykisk utviklingshemmede som dømmes til tvungen omsorg.

Fra 1. januar 2002 til mai 2008 er til sammen 17 personer dømt til tvungen omsorg. I mai 2008 var 2 personer innlagt i fagenheten, med gjennomføring av pliktig varetektssurrogat etter straffeprosesslovens § 188. Gjennomsnittlig belegg har de siste

årene vært 2–3 personer. 9 personer befinner seg i kommunale tiltak under fagenhetens ansvar. For 8 personer er dom til tvungen omsorg opphørt.

I 2006 ble det nedsatt en utredningsgruppe for å evaluere reglene om strafferettslig utilregnelighet, forvaring og strafferettslige særreaksjoner, herunder særreaksjonene dom på overføring til tvungen omsorg og dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Utredningsgruppen la fram rapport fra arbeidet våren 2008. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp rapporten på egnet måte i samarbeid med Justis- og politidepartementet.

I forbindelse med etablering av ny og permanent fagenhet ved Østmarka i Trondheim vil investeringsutgiftene medføre en årlig kostnadsøkning som belastes driftsutgiftene bevilget på posten i tråd med de regnskapsprinsipper som gjelder for helseforetak. Helse Midt-Norge RHF via St. Olavs hospital HF har ansvaret for å etablere og eie nytt bygg, samt videre drift av fagenheten. Kostnadene dekkes over posten.

Programkategori 10.50 Legemidler

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
750	Statens legemiddelverk	157 215	155 203	189 809	22,3
751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak	57 305	59 905	62 541	4,4
Sum kategori 10.50		214 520	215 108	252 350	17,3

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
01-23	Statens egne driftsutgifter	164 050	162 636	197 581	21,5
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	2 426	3 858	4 016	4,1
70-89	Andre overføringer	48 044	48 614	50 753	4,4
Sum kategori 10.50		214 520	215 108	252 350	17,3

Programkategorien er knyttet til oppfyllelsen av følgende legemiddelpolitiske mål:

- Befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingssevne
- Legemidler skal brukes riktig medisinsk og økonomisk
- Det skal være lavest mulig pris på legemidler

Det vises også til de refusjonspolitiske mål, jf. Ot.prp. nr. 29 (1998–1999) og Innst. O. nr. 52 (1999–2000) samt St.meld. nr. 18 (2004–2005) og Innst. S. nr. 197 (2004–2005).

Kap. 750 Statens legemiddelverk

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
01	Driftsutgifter	154 789	151 345	185 793
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	2 426	3 858	4 016
Sum kap. 750		157 215	155 203	189 809

Statens legemiddelverk skal bidra til å sikre at de legemiddelpolitiske og refusjonspolitiske målene blir oppfylt.

Legemiddelverkets målgrupper er legemiddelindustri, legemiddelgrossister, apotek og forskrivere. I tillegg er pasienter og allmennheten en målgruppe for informasjon om legemidler.

Legemiddelverkets forvaltningsoppgaver er knyttet til klinisk utprøving av legemidler, utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt i forbindelse med godkjenning av legemidler (markedsføringstillatelse), maksimalprisfastsettelse, opptak av legemidler på forhåndsgodkjent refusjon, vedlikehold av markedsføringstillatelser for legemidler på markedet, bivirkningsovervåking, kvalitetskontroll, veiledning om riktig legemiddelbruk, forvaltning og tilsyn med legemiddelforsyningskjeden og forvaltning og overvåking av den legale omsetningen av narkotiske legemidler og virkestoff.

Søknader om markedsføringstillatelse for legemidler behandles i stor grad innenfor et europeisk samarbeid. Søknader kan være av forskjellige typer, og behandlingen i Legemiddelverket skjer på ulike nivå, fra fullstendige utredninger av all søknadsdokumentasjon, til å kommentere eller anerkjenne vurderinger gjort av andre EØS-land. Antall søknader har hatt en meget stor årlig vekst (fra 273 søknader i 2000 til 869 i 2007), og Legemiddelverket har problemer med å overholde forskriftsfestede krav til behandlingstid. Til tross for effektiviserings tiltak og en viss ressurstilførsel har det ikke vært mulig å holde tritt med veksten i antall søknader. Det er derfor behov for å øke bemanningen på dette området. Videre er det behov for en langsiktig satsing på elektroniske løsninger som på sikt skal sørge for at Legemiddelverket kan motta elektroniske søknader, og at saksbehandling og arkivering skal bli fullelektronisk. Det samme gjelder kommunikasjon med industrien underveis i søkeprosessen og når søknaden er ferdigbehandlet. Omlegging til en digital prosess planlegges gjennomført i løpet av fem år og omfatter digitalisering, system, infrastruktur og opplæring.

Legemiddelverket følger spesielt godt med på rapportering om gjennomføring av kliniske studier, herunder meldinger om bivirkninger eller andre uventede og alvorlige hendelser, for å sikre en tilfredsstillende oppfølging overfor studiedeltakere.

Legemidler til barn er et relativt nytt satsingsområde for EU, og er det også for Norge. Hensikten er å frambringe dokumentasjon som sikrer en riktigere bruk av legemidler hos barn enn i dag.

Overvåking av legemidler er viktig for å sikre trygg og riktig bruk. Spontanrapporteringssystemet

for bivirkninger er regionalisert gjennom legemiddelinformasjonsentra (Relis). De fem sentrene legger bivirkningsrapporter inn i en nasjonal bivirkningsdatabase og gir respons tilbake til melder. Dataene i den nasjonale basen legges videre inn i en sentral europeisk database og i WHO's bivirkningsdatabase. Dette samarbeidet er viktig for raskt å oppdage nye bivirkninger. I tillegg deltar Legemiddelverket i det europeiske samarbeidet på bivirkningsområdet. Samarbeidet fører til at både tiltak og informasjon blir harmonisert i hele EØS-området.

Legemiddelverkets kvalitetsovervåking viser at legemidlene på det norske markedet og i EØS i all hovedsak er av god kvalitet. Internasjonalt arbeides det med etablering av samarbeid og arbeidsdeling mellom EU-/EØS-landene. En koordinering av prøveuttak mellom nasjonale myndigheter med påfølgende resultatdeling fremmer en riktigere ressursbruk som bidrar til opprettholdelse av omfanget av kontroller på tross av den formidable økningen i antall godkjente legemidler.

Forfalskninger av legemidler, illegale legemidler og kosttilskudd med ulovlig tilsetning av legemidler får stadig større oppmerksomhet blant de europeiske kontrolllaboratoriene. Arbeidet på dette området forventes å øke framover.

I 2008 ble det etablert en ny informasjonsenhet ved Statens legemiddelverk, med medisinsk- og kommunikasjonsfaglig tyngde, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008). Enheten skal informere om trygg medisinsk og riktig økonomisk forskrivning, gjennom effektiv informasjon til leger og pasienter. Et viktig satsingsområde blir å videreutvikle det elektroniske forskrivnings- og ekspedisjonsstøttesystemet, i samsvar med e-resept. Å bringe oppdatert legemiddelinformasjon ut til legens arbeidsstasjon, er en effektiv metode for å bidra til riktigere legemiddelbruk.

Kontaktpunktet er et samarbeidsforum mellom Legemiddelverket, Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Målsetningen for arbeidet er å sikre at myndighetenes legemiddelinformasjon er godt koordinert. Forumet har regelmessige møter og arrangerer seminar blant annet for forskrivere.

Legemiddelverket skal bidra til å videreutvikle systemet for refusjon av legemidler på blåresept. Etaten har utarbeidet den nye blåreseptforskriften som trådte i kraft 3. mars 2008, jf. kap. 2751 post 70. I 2007 ble det behandlet 72 refusjonssøknader hvorav 65 fikk innvilget refusjon, 4 ble sendt departementet på grunn av bagatellgrensen og 3 ble avslått. Blåreseptnemnda, som skal hjelpe Legemiddelverket med å kvalitetssikre beslutningsgrunnlaget, avholdt regelmessige møter.

Legemiddelverket vil foreta en gjennomgang av ulike legemiddelgrupper for flere terapiområder innenfor blåreseptordningen i 2009, jf. kap. 2751, post 70.

Trinnprismodellen omfattet i september 2008 totalt 46 virkestoff. Legemiddelverket leder en referansegruppe med representanter fra legemiddelforsyningskjeden som løpende vurderer opptak av nye legemidler og endringer av systemet.

Legemiddelverkets ansvar for tilsyn med forsyningskjeden for legemidler omfatter importører, råvareprodusenter, legemiddeltilvirkere, grossister og apotek. Hensikten er å føre tilsyn med produksjon av legemidler og sikre at legemidlenes kvalitet ikke forringes på veien fra produsent til allmennheten.

Legemiddelverket inspiserte i 2007 om lag 8 pst. av virksomhetene i legemiddelforsyningskjeden. I tillegg ble det gjennomført to inspeksjoner innen området kliniske utprøvinger.

Legemiddelverket har evaluert ordningen med salg av legemidler utenom apotek. Rapporten konkluderer med at ordningen har fungert bra. Omsetning av legemidler utenom apotek har bidratt til økt tilgjengelighet av legemidler til befolkningen og har virket dempende på prisutviklingen. Det har vært et stabilt legemiddelforbruk av de mest omsatte legemidlene, og lite tyder på at liberaliseringen har medført redusert sikkerhet for befolkningen. Legemiddelverket har sendt på høring en utvidelse av ordningen med høringsfrist 30.

september 2008. Samarbeidet med Mattilsynet om inspeksjoner av utsalgsstedene fungerer godt. Mattilsynet har som mål å øke antall inspeksjoner i 2008 til om lag 900 inspeksjoner. Alvorlige avvik er sjeldne. Det er 6000 utsalgssteder i ordningen.

Internetthandel øker risikoen for tilgang til legemidler av dårlig kvalitet. En rapport om ulike problemstillinger knyttet til internetthandel med legemidler har vært på høring. Som oppfølging av denne høringsrunden ble det innført en forskriftsendring som innebærer 18-årsgrense for privatimport av legemidler ved forsendelse. Henvendelser fra allmennheten om privat import i forbindelse med reiser er økende, og internettomsetning av legemidler forårsaker også mange henvendelser. For å kunne gi god informasjon er det gjennomført en kartlegging av allmennhetens handlemønster og generelle holdninger til kjøp over internett og kjøp i utlandet. Legemiddelverkets bekymring for folkehelsen er uttrykt gjennom gjentatte advarsler i media og på Legemiddelverkets hjemmeside.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås å styrke budsjettet med 25,6 mill. kroner for å øke saksbehandlingskapasiteten mht. markedsføringstillatelser for legemidler samt utvikle et elektronisk saksbehandlings- og arkivsystem i etaten. Økningen foreslås dekket inn gjennom en økning av registreringsavgiften, jf kap. 3750 post 04.

Kap. 3750 Statens legemiddelverk

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
02	Diverse inntekter	6 537	1 835	1 916
04	Registreringsavgift	91 302	82 007	111 215
06	Refusjonsavgift	1 550	2 310	2 412
16	Refusjon av foreldrepenger	1 805		
18	Refusjon av sykepenger	1 463		
	Sum kap. 3750	102 657	86 152	115 543

Post 02 Diverse inntekter

Posten gjelder gebyrinntekter i forbindelse med godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg, gebyrer for behandling av søknader om apotekkonsesjoner, godtgjørelse og refusjoner fra Emea samt diverse inntekter (seminarer, laboratorietjenester, trykksaker mv.).

Post 04 Registreringsavgift

Registreringsavgiften er en avgift industrien betaler for å få behandlet søknader om markedsføringstillatelse eller vurdering av klinisk utprøving av et legemiddel. Bevilgningen foreslås satt opp 25,6 mill. kroner, jf omtale under kap. 750.

Post 06 Refusjonsavgift

Refusjonsavgiften er en avgift legemiddelfirmaene betaler for å få behandlet søknader om forhåndsgodkjent refusjon.

Kap. 751 Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	9 261	11 291	11 788
70	Tilskudd	48 044	48 614	50 753
	Sum kap. 751	57 305	59 905	62 541

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Departementet har i 2007 og 2008 brukt midler på posten til å følge opp St.meld. nr. 18 (2004–2005) om legemiddelpolitikken. Departementet vil videreføre denne prioriteringen i 2009. Departementet foreslår blant annet at midler benyttes til tiltak knyttet til riktig legemiddelbruk. I tillegg benyttes midler på posten til statlig fullfinansiering av Legemiddelhåndboken.

Det vises til anmodningsvedtak nr. 372, 30. mai 2005, jf. Innst. S. nr. 197 (2004–2005).

«Stortinget ber Regjeringen legge forholdene til rette for å heve norsk kompetanse på legemiddelbehandling til barn gjennom å etablere et nasjonalt tverrfaglig kompetansenettverk.»

Helsedirektoratet er gitt i oppgave å etablere et nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn som pilot fra høsten 2008. Pilotperioden er planlagt videreført i 2009 og finansieres over denne posten.

Post 70 Tilskudd

Apotekdekningen

Det ble opprettet 40 nye apotek i 2007. Departementets avtale med apotekkjedene om sikring av distriktsapotek ble fornyet fram til 1. juli 2009. Avtalene sikrer videre drift av apotek i kommuner som per 1. mars 2005 hadde minst ett privat apotek. Per 1. mai 2008 var det 619 apotek i Norge fordelt på 241 kommuner. Det er forventet at antall apotek fortsetter å øke da det er gitt 628 apotek-konsesjoner per 16. mai.

Tilskudd til apotek

Statens tilskudd er øremerket apotek i distriktene med liten omsetning og apotek som har særlige samfunnsoppgaver (vaktapotek). Videre gis støtte til Institutt for energiteknikk (IFE) i forbindelse med omsetning av radioaktive legemidler.

Tilskudd til fraktrerefusjon av legemidler

Fraktrerefusjonsordningen gjelder for pasienter som har uforholdsmessig lang vei til nærmeste apotek eller er for syke til å reise til 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.

Etterutdanning

Over denne posten gis støtte til etterutdanningstilbudet som gis ved Avdeling for videre- og etterutdanning (Vett) ved Universitetet i Oslo, samt til stipender til etterutdanning for farmasøyter. Tilbudet er av betydning for å opprettholde og videreutvikle kompetansen på farmasøytiske arbeidsplasser i Norge.

Tilskudd til regionale legemiddelsentra

Det er i dag fem regionale legemiddelinformasjonsentra, Relis. Relis er en del av helseforetakssystemet, og driften er lagt til universitetssykehuse. Legemiddelverket har en sentral rolle i styringen av sentrene. Relis er en viktig informasjonskilde for legemiddelforskrivning gjennom sin

spørsmål- og svartjeneste, som også omfatter spørsmål om legemiddelbruk tilpasset den enkelte pasient med spesielle behov.

De regionale legemiddelinformasjonssettene har også en viktig rolle i bivirkningsovervåkingen ved at de mottar bivirkningsmeldinger, vurderer årsakssammenhengen og gir tilbakemeldinger til legene. Sammen med bivirkningsrapportering fra EU-landene, gir dette grunnlag for oppdatert informasjon om legemidler.

Tilskudd til veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter, 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 spesielt viktig når det gjelder matvaresikkerhet og for å hindre antibiotikaresistens. Vetlis bidrar også med å utarbeide og evaluere statistikk over forbruket av antibakterielle midler i veterinærmedisinen.

Kap. 3751 Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
03	Tilbakebetaling av lån	230	164	171
	Sum kap. 3751	230	164	171

Under den tidligere apotekloven ga staten støtte i form av rentefritt lån ved etablering av nye apotek, overtakelse av apotek eller ved ombygging/oppgradering/flytting av apotekanlegg o.l.

Tilskudd ble gitt for en periode på inntil fem år og gjaldt for alle apotek. Ordningen med rentefritt lån har nå opphørt.

Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
70	Legemiddelomsetningsavgift	153 567	156 025	66 025
71	Vinmonopolavgift	31 585	36 100	51 100
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek		4 381	4 381
73	Legemiddelkontrollavgift		60 322	60 322
	Sum kap. 5572	185 152	256 828	181 828

Post 70 Legemiddelomsetningsavgift

I 2008 ble det budsjettert med 156 mill. kroner i avgift gjennom en avgiftssats på 1,3 pst. som ble lagt på all legemiddelomsetning ut fra grossist. For 2009 foreslås det at avgiften reduseres med 90 mill. kroner, og at avgiftssatsen settes til 0,55 pst. Dette er et ledd i en generell omlegging, hvor sektoravgifter skal reflektere kostnader ved spesifikke formål innenfor sektoren. Avgiften dekker blant annet utgiftene til tilskudd til fraktfusjon av legemidler,

Relis, etterutdanning 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

Vinmonopolavgiften utgjør i praksis det beløpet AS Vinmonopolet skulle ha betalt i kommuneskatt på bakgrunn av regnskapsåret 2007, og beregnes som 28 pst. av virksomhetens resultat. Avgiften skal

innbetales til staten i januar 2009 og vil utgjøre 51,1 mill. kroner.

Post 72 Avgift utsalgssteder utenom apotek

Det ble i 2004 innført konsesjonsgebyr og årlig avgift knyttet til omsetning av reseptfrie legemidler utenom apotek. Fra 1. januar 2007 er søknadsgebyr og årsavgift erstattet med en omsetningsbasert avgift for utsalgssteder som selger legemidler i henhold til forskrift om omsetning mv. av visse reseptfrie legemidler utenom apotek. Avgiften kre-

ves inn som en prosentvis avgift basert på grossistenes omsetning til utsalgssteder 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 blant annet finansiere kvalitetskontroll, bivirkningsovervåkning, informasjonsvirksomhet mv., jf. St.prp. nr. 1 (1991–1992).

Programkategori 10.60 Omsorgstjenester

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

		(i 1 000 kr)			
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
760	Utredningsvirksomhet mv.	13 009	14 588	25 230	73,0
761	Tilskudd forvaltet av Helsedirektoratet	1 224 698	1 318 734	1 960 523	48,7
Sum kategori 10.60		1 237 707	1 333 322	1 985 753	48,9

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

		(i 1 000 kr)			
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
01-23	Statens egne driftsutgifter	86 446	113 351	168 904	49,0
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	843 517	894 507	1 477 765	65,2
70-89	Andre overføringer	307 744	325 464	339 084	4,2
Sum kategori 10.60		1 237 707	1 333 322	1 985 753	48,9

Programkategori 10.60 omfatter bl.a.:

- Utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester
- Forsknings- og dokumentasjonsvirksomhet
- Internasjonalt samarbeid
- Forsøks-, opplysnings- og utredningsvirksomhet
- Rekrutterings- og kompetansetiltak
- Tilskudd til frivillig arbeid
- Drift av kompetansesentra

Kommunene har ansvaret for tjenestetilbudet til alle med behov for omsorgstjenester, uten hensyn til alder eller diagnose. I 2007 utgjorde disse tjenestene en tredjedel av de kommunale budsjettene. Det ble utført om lag 118 000 årsverk og om lag 202 000 personer mottok hjemmetjenester og institusjonstilbud. Omsorgstjenestene er av avgjørende betydning for mange menneskers mulighet til å mestre hverdagen med alvorlig sykdom eller nedsett funksjonsevne. Handlingsplan for eldreomsor-

gen, opptrappingsplanen for psykisk helse og Omsorgsplan 2015 har muliggjort en nødvendig utbygging og modernisering av omsorgstjenesten. Det gjelder både tjenester i sykehjem, omsorgsboliger og vanlige hjem. Omsorgstjenestene må organiseres slik at brukerne så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Tjenestetilbudet skal utformes i nært samråd med brukeren, slik lovgivningen forutsetter.

Kommunene har ansvaret for utbygging, utforming og organisering av et forsvarlig og godt tjenestetilbud til den enkelte som har behov for omsorgstjenester. Staten har ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom å utforme regelverk og sette økonomiske rammer, samt ved å sikre tilgang på nok personell og føre tilsyn og kontroll.

Statens styring av kommunesektoren må balanseres mellom hensynet til et likeverdig tjenestetilbud uavhengig av bostedskommune og kommunesektorens behov for å tilby tjenester i tråd med

brukernes ønsker og behov i den enkelte kommune.

Personellet er omsorgstjenestenes viktigste ressurs. Ifølge Statens helsetilsyn synes omsorgstjenestens sårbarhet særlig å være knyttet til kompetansesituasjonen. Det dreier seg om å sikre en stabil bemanning med bredere og tilstrekkelig kompetanse til å møte faglige utfordringer som er mer sammensatte og kompliserte enn tidligere. Målet om 10 000 nye årsverk i omsorgssektoren, Kompetanseløftet 2015 og Opptappingsplanene

for rusfeltet og psykisk helse er sentrale virkemidler for å møte disse utfordringene.

Tjenestemottakere

Om lag 42 000 personer mottar tjenester i institusjon, og om lag 160 000 personer mottar tjenestetilbud i eget hjem eller kommunale boliger, herunder 50 000 i boliger til pleie og omsorgsformål. I tillegg mottar 22 128 personer støttekontakt og 6828 avlastning.

Tabell 5.21 Mottakere av pleie- og omsorgstjenester 1997–2007¹

	1997	2001	2006	2007
Beboere i institusjon i alt	40 649	41 097	40 599	41 830
Mottakere av hjemmetjenester i alt	133 586	144 342	152 444	160 647
Beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål	39 598	47 597	47 231	49 452

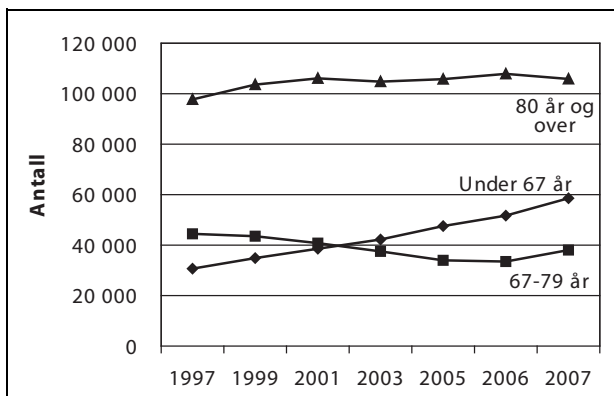
¹ Fra 2007 har Iplos-registeret tatt over som grunnlag for statistikk over mottakere av boligtilbud innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Sammenliknet med tidligere år gir dette et brudd i tidsseriene. For å oppnå en sammenhengende tidsserie har Statistisk sentralbyrå korrigert de nasjonale tallene tilbake til 1997 (SSB Notat 2008/42). Dette innebærer at tallene avviker fra tallene i fjorårets budsjettdokument. For kommuner med manglende eller ikke godkjent Iplos-innsending 2007 er kostraltall for 2006 brukt. For institusjonsbeboere er også barnebolig og avlastningsbolig inkludert. 2007-tallene er foreløpige per august 2008.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år har de siste ti årene økt med over 90 pst. Denne utviklingen gjenspeiler at kommunene gjennom flere reformer har tatt et større ansvar for mennesker med utviklingshemming og mennesker med psykiske problemer og rusmiddelproblemer. I tillegg yter kommunene et omfattende tjenestetilbud til pasienter som skrives ut fra sykehus, og som ofte har langvarige og sammensatte lidelser. Et godt utbygd kommunalt aktivitets- og omsorgstjenestetilbud kan bidra til å utsette eller forhindre sykehjem- og sykehusinnleggelse, samt bidra til at mange kan delta i utdanning, arbeidsliv og samfunnsaktiviteter. Utviklingen viser at antall mottakere av hjemmetjenester over 80 år har økt fra midten av nittitallet og fram til 2006, i tråd med den generelle veksten i tallet på eldre over 80 år. Befolkningsframskrivningene viser at tallet på eldre over 80 år vil flate ut de neste femten årene,

for deretter å øke kraftig fram mot 2030. Antallet tjenestemottakere i aldersgruppen 67–79 år er vesentlig redusert i perioden 1998–2006, mens antallet mottakere i denne aldersgruppen har økt det siste året og sannsynligvis vil ha en moderat økning de nærmeste årene. På bakgrunn av denne utviklingen er det viktig å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden de neste 15 årene til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet og forberede den raske veksten i antallet eldre over 80 år som forventes fra omkring år 2020.

I forhold til framtidig planlegging av omsorgstjenestene er det også grunn til å peke på at sykdomsbildet er i endring, og at morgendagens eldre trolig vil ha andre ressurser å møte alderdommen med, i form av bedre helse, bedre økonomi, bedre boforhold og bedre utdanning enn tidligere generasjoner.



Figur 5.4 Antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester etter alder 1997–2007¹

¹ Fra 2007 har Iplos-registeret tatt over som grunnlag for statistikk over mottakere av pleie- og omsorgstjenester. Sammenliknet med tidligere år gir dette et brudd i tidsseriene. For å oppnå en sammenhengende tidsserie har SSB korrigert de nasjonale tallene tilbake til 1997 (SSB Notat 2008/42). Dette innebærer at tallene avviker fra tallene i fjorårets budsjettokument. 2007-tallene er foreløpige per august 2008.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

De yngste brukerne, dvs. aldersgruppen 0-17 år, utgjør vel 5 pst. av mottakerne av alle typer omsorgstjenester i 2007. Samme aldersgruppe utgjør 75 pst. av alle som mottok avlastningstjenester.

Bistandsbehov og tjenestetilbud

Tall fra Iplos-registeret viser at kommunene yter flest ressurser til de som trenger det mest. Beboere på langtidsopphold i institusjon har gjennomgående et mer omfattende bistandsbehov enn mottakere av hjemmetjenester. 90 pst. av institusjonsbeboerne har et moderat til omfattende bistandsbehov mot bare 39 pst. av hjemmetjenestemottakerne. Av eldre over 80 år med omfattende bistandsbehov, bor de fleste i sykehjem.

Andelen som har omfattende tjenestebehov er klart større blant yngre brukere av hjemmetjenester enn blant eldre.

Yngre tjenestemottakere med omfattende bistandsbehov får sitt tilbud fra hjemmetjenestene på nesten samme nivå som i sykehjem, målt i time-tall. Mottakere under 17 år får i liten grad hjemmetjenester.

Brukere med størst behov får også tildelt mest omfattende tjenester. Tjenestemottakere med omfattende bistandsbehov mottar i gjennomsnitt tolv ganger så mye hjemmesykepleie og praktisk bistand som tjenestemottakere med lite bistandsbehov. Imidlertid synes det som de eldste eldre med et omfattende bistandsbehov mottar vesentlig mindre hjelp i hjemmet enn yngre tjenestemotta-

kere. Disse forholdene er det nødvendig å se nærmere på. Datagrunnlaget for 2006 hadde etter Helsedirektoratets vurdering ikke nødvendig omfang og kvalitet til å gjøre gode analyser av dette resultatet. På grunnlag av tallene for 2007, som nylig ble publisert, vil Helsedirektoratet se nærmere på årsakene til disse variasjonene og andre relevante spørsmål som de nye dataene fra Iplos reiser. Dette vil også være et sentralt tema i det varslede utredningsarbeidet om hjemmetjenestene og deres nye brukere. Det er sentralt å påse at kommunene gir et forsvarlig tjenestetilbud til de som trenger det mest.

Hjemmetjenesteomfanget påvirkes videre av om tjenestemottaker bor alene og av hvorvidt den enkelte har tilgang til privat hjelp. Tjenestemottakere som bor alene mottar noe mer hjelp enn de som bor sammen med andre. Dersom tjenestemottaker har tilgang til privat hjelp får de i gjennomsnitt tildelt færre timer hjemmetjenester per uke enn de som ikke har tilgang på privat hjelp. Dette slår særlig ut for brukere med omfattende tjenestebehov, der de som ikke har tilgang på privat hjelp får 34 timer per uke fra hjemmetjenesten, mens de som får privat hjelp mottar 17–19 timer per uke.

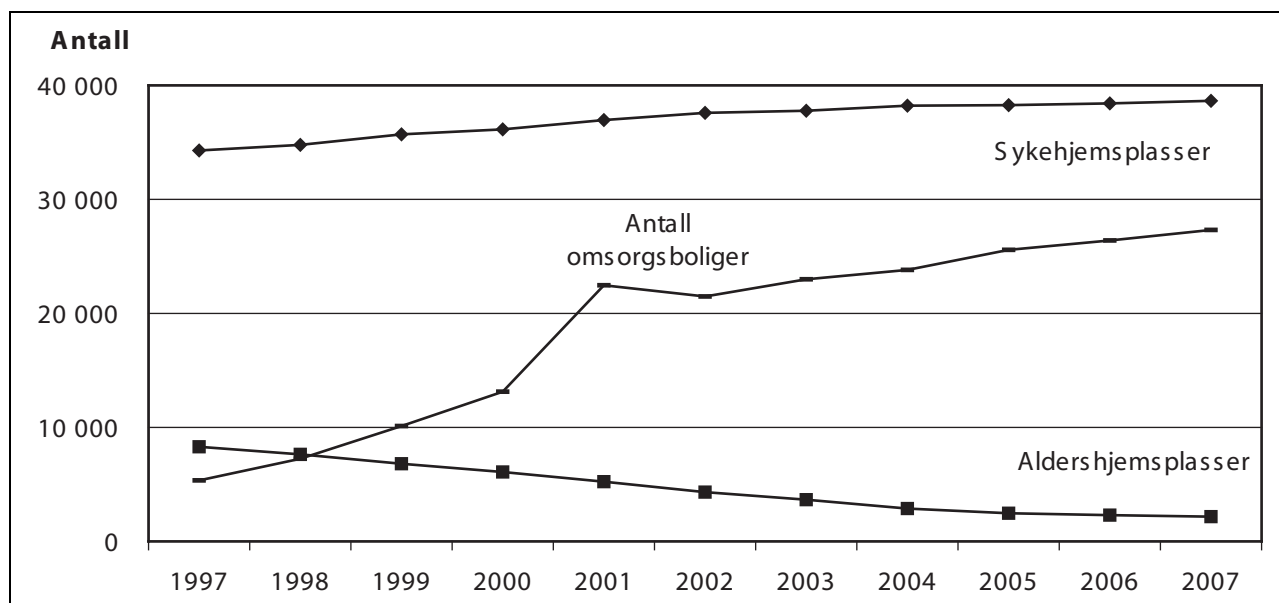
Handlingsplan for eldreomsorgen

Ved utgangen av 2007 var det utbetalt tilskudd til 38 617 enheter, fordelt på 19 650 omsorgsboliger og 18 967 sykehjemsplasser. Av dette utgjorde om lag 25 pst. rehabilitering av eksisterende bygningsmasse. For en nærmere redegjørelse vises det til omtale på Kommunaldepartementets budsjett kap 586.

Tallet på omsorgsboliger har økt med om lag 22 000 fra Handlingsplanen for eldreomsorg ble vedtatt i 1997 og fram til 2008. Veksten de siste årene har flatet noe ut. Sett i forhold til veksten i tallet på eldre, har dekningsgraden for omsorgsboliger økt fra 3 til 12,5 per 100 innbyggere på 80 år og over.

Det har også vært en forsiktig vekst med om lag 4300 sykehjemsplasser i perioden 1997 til 2008, mens antall aldershjemsplasser er betydelig redusert. Da veksten i antall innbyggere over 80 år har vært sterkere enn veksten i antall sykehjemsplasser, er sykehjemsdekningen noe redusert i perioden 1997–2008.

Mange kommuner yter også heldøgns omsorgstjenester i boliger til pleie- og omsorgsformål. Den samlede dekningen av heldøgnsboliger for personer over 80 år i 2007 er på 28 pst. Ifølge Statistisk sentralbyrå var det i 2007 om lag 20 000 personer som bodde i boliger til pleie- og omsorgsformål med personale tilgjengelig hele døgnet. Utviklingen i omsorgstjenesten må derfor vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem og omsorgsboliger.

Figur 5.5 Botilbud i institusjon og omsorgsboliger 1997–2007¹¹ 2007-tallene er foreløpige per august 2008.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.22 Hovedtall før og etter Handlingsplan for eldreomsorgen¹ per 31.12

	Utgangspunkt 1997	Resultat 2001	Resultat 2006	Status 2007
Befolkning 80 – 89 år ²	160 774	174 629	186 299	185 322
Befolkning 90 år og eldre ²	23 639	26 830	31 863	33 272
Sykehjemsplasser	34 291	36 958	38 417	38 648
Omsorgsboliger	5 350	22 467	26 395	27 318
Aldershjemsplasser	8 302	5 240	2 303	2 168
Samlet dekning per 100 innb. 80+	26,6	32,8	31,0	31,2
Samlet dekning heldøgns plasser per 100 innb. 80+			27,0	28,0
Eneromsdekning	83,1	87,8	95,3	96,0

¹ 2007-tallene er foreløpige per august 2008.² Statistikkperioden er per 1.1. etterfølgende år.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Personell

I følge tall fra Statistisk sentralbyrå har personelldekningen, både målt i forhold til antall eldre over 80 år og i forhold til antall mottakere av tjenester, vært relativt stabil de senere år. Tallene for 2005 viser en svak nedgang. I perioden 2006–2007 er personelldekningen betydelig styrket. Tallene fra Statistisk sentralbyrå viser at kommunene økte personellinnsatsen i omsorgstjenesten med om lag 10 pst. samlet for 2006 og 2007.

Statistisk sentralbyrå har foretatt endringer i produksjonsopplegget for å øke kvaliteten på årsverkstallene i kommunesektoren. Endringene skal blant annet avhjelpe utfordringene knyttet til det store innslaget av ekstravakter og små/kortvarige vikariater innenfor omsorgstjenestene. Endringene i produksjonsopplegget innebærer at årsverkstallene avviker fra tallene i fjorårets budsjett-dokument. Se nærmere omtale under Omsorgsplan 2015.

Tabell 5.23 Personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren 1998–2007 ¹

	1998	2004	2005	2006	2007
Antall årsverk	94 147	108 731	107 093	113 245	118 208
Årsverk per bruker	0,53	0,59	0,57	0,59	0,58
Årsverk per 100 innbygger 80 år og eldre	50,0	51,0	49,6	51,9	54,1

¹ På grunn av endringer i sitt produksjonsopplegg har Statistisk sentralbyrå sett det nødvendig å justere årsverkstallene for foregående år. Dette innebærer at årsverkstallene avviker fra tallene i fjorårets budsjettokument. Årsverkstallene fra 2004 er basert på registerdata, mens årsverkstallet for 1998 er estimert med bakgrunn i endringstallene for skjematdata.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Kommunale tjenester til personer med rusmiddelproblemer

Kommunene har ansvar for oppfølging og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer. Ansvaret følger av sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven, og innebærer at kommunene må ha et differensiert tilbud tilpasset den enkeltes behov. Kommunene har også ansvar for forebyggende virksomhet. Personer med omfattende rusmiddelproblemer har behov for tjenester fra flere sektorer, for eksempel bolig, arbeid og utdanning i tillegg til helse og sosialtjenester, og det er viktig at disse er koordinerte og sammenhengende. Fastlegene har fått et større ansvar for personer med rusmiddelproblemer som følge av rusreformen. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten både før og etter behandling i spesialisthelsetjenestens institusjoner er vesentlig for å sikre en helhetlig behandlingsskjede. Samarbeid mellom kommuner og frivillig sektor utgjør et vesentlig element i tjenester til rusmiddelmissbrukere.

Tjenester til personer med rusmiddelproblemer i kommunene finansieres som hovedregel av kommunenes frie inntekter. I tillegg gis statlig tilskudd til kompetanse- og kvalitetsarbeid, og til å stimulere til metodeutvikling av rusarbeid og økt innsats i kommunene. Evalueringen av rusreformen viser at det har vært en ressursvekst på området, men at det er betydelige kommunale forskjeller. Forebygging, tidlig intervensjon, lavterskeltiltak og god individuell oppfølging er sentrale stikkord for arbeidet med rusfeltet i kommunene. Gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet foreslås en styrking av tilskuddet til kommunalt rusarbeid med 60 mill. kroner, samt styrking av kompetansetiltak. Videre satsing på ordningen med koordinerende tillitsperson, oppfølging etter institusjons- eller fengselsopphold, kommunalt LAR-arbeid og lavterskel helsetiltak vil bli prioritert. Gjennom rusrådgiverne hos fylkesmannen vil arbeidet inn

mot kommunesektoren intensiveres, jf. omtale kap. 761 Opptrappingsplan for rusfeltet.

Til sammen 107 mill. kroner foreslås bevilget til den kommunerettede satsingen innenfor opptrappingsplanen for rusfeltet. Når det gjelder omtale av satsingen innenfor opptrappingsplanen for rusfeltet for øvrig, vises det til omtale under kap. 718, og kap. 761, post 21, 63, 70 og 77.

Omsorgsplan 2015

I St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening, la Helse- og omsorgsdepartementet fram fem langsiktige strategier og en egen omsorgsplan for å møte framtidens omsorgsutfordringer. Gjennom avtalen som er inngått mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre er Omsorgsplan 2015 utvidet og konkretisert. Avtalen viser at det er bred enighet om hovedlinjene i utviklingen av framtidens omsorgstjenester og sikrer en langsiktig oppfølging av hovedmålene i Omsorgsplan 2015. I avtalen er partene blant annet enige om å styrke kompetansen og den aktive omsorgen i tjenesten, sikre en god dimensjonering og utbygging av tjenestetilbudet og styrke kvaliteten i tjenestene. Avtalen legger opp til en årlig statusrapportering på Omsorgsplan 2015.

Omsorgsutfordringene berører mange samfunnssektorer og helse- og omsorgstjenestenes samspill med familie og lokalsamfunn. Det er derfor av stor betydning at planleggingen på dette området blir et viktig tema i det lokale kommune- og økonomiplanarbeidet og ikke begrenses til sektorplaner for omsorgstjenestene.

Omsorgsplanen omfatter en rekke tiltak og løfter fram fire store prosjekter:

- 10 000 nye årsverk i pleie- og omsorgssektoren
- 12 000 nye omsorgsplasser
- Demensplan 2015
- Kompetanseløftet 2015

Erfaringen viser at Omsorgsplan 2015 har bidratt til å sette framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunene og at kommunesektoren har prioritert å styrke kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i omsorgstjenestene de siste årene. I perioden 2005–2007 har det vært en historisk vekst i antallet årsverk. Samlet sett vurderer departementet at målet om 10 000 nye årsverk på det nærmeste er realisert allerede innen utgangen av 2007. Regjeringen anslår på usikkert grunnlag at det i perioden 2008–2015 er behov for ytterligere 12 000 årsverk i omsorgstjenesten, med større faglig bredde og stor grad av fagutdanning. Høy søknadsinngang til det nye investeringstilskuddet for sykehjem og omsorgsboliger vitner om stor interesse for å bygge ut og styrke kapasiteten i tjenestene. I tråd med Demensplan 2015, har en stor andel av landets kommuner satt i verk kompetansehevede tiltak for å styrke kvaliteten i demensomsorgen.

Med bakgrunn i avtalen som er inngått mellom KrF, Venstre og regjeringspartiene foreslår regjeringen en samlet styrking av Omsorgsplan 2015 på 159 mill. kroner fordelt på følgende formål:

Ny og forbedret finansiering av fagskoler

Det foreslås å etablere en egen tilskuddsordning til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag. Samtidig som det foreslås å bruke 25 mill. kroner fra Kompetanseløftet 2015 til formålet, styrkes ordningen med 25 mill. kroner med virkning fra annet halvår 2009. Satsingen medfører at helsefagskolene fullfinansieres. Fra 2010 vil tilskuddet utgjøre i alt 75 mill. kroner. Med dette tas et samlet grep for å styrke kapasiteten i helsefagskolene. Tilskuddet sikrer både at fagskoleutdanningene innenfor helse- og sosialfag får en stabil og forutsigbar finansiering, og at helse- og sosialpersonell med videregående opplæring får et videreutdanningstilbud. Tilskuddet bidrar til å nå målsettingene i Omsorgsplan 2015.

I Omsorgsplan 2015 er det slått fast at fagskoleutdanning i helse- og sosialfag er et viktig virkemiddel for å møte personellutfordringene innenfor den kommunale omsorgssektoren. Disse utdanningene bidrar til å heve kompetansen innenfor sentrale fagområder i sektoren og gir personell med videregående opplæring en alternativ karrierevei. Tilskuddet skal forvaltes av Helsedirektoratet, med fylkesmannen som en sentral aktør i oppstarten.

Nye omsorgsplasser

Tall fra Husbanken viser at det ved utgangen av august 2008 foreligger søknader fra 85 kommuner med til sammen om lag 2800 enheter. For å møte

behovet i kommunene foreslås det at det blir gitt tilsagn til ytterligere 1000 nye enheter i 2009. Til sammen foreslås en tilsagnsramme på 500 mill. kroner i 2009. Tilskuddet bevilges over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. Det vises til nærmere omtale under kap. 586, post 64 Investeringstilskudd.

Etisk kompetanseheving

Det er nødvendig å styrke det systematiske etikkarbeidet i omsorgstjenesten. Derfor har regjeringen satt i gang et treårig samarbeidsprosjekt med KS og yrkesorganisasjonene for å styrke den etiske kompetansen i 100 kommuner. For å sikre at flere norske kommuner etablerer møteplasser for etisk refleksjon og får mulighet til delta i program for etisk kompetanseheving foreslås det å styrke prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving med til sammen 3 mill. kroner i 2009.

Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo er tildelt ansvaret for nasjonal koordinering og fagutvikling for kliniske etikk-komiteer ved norske sykehus. Regjeringen ønsker å videreutvikle og styrke SMEs rolle i utviklingen av den etiske kompetansen også i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det foreslås derfor å styrke Senter for medisinsk etikk med til sammen 2 mill. kroner i 2009. Tilskuddet skal sikre en langsiktig forankring og systematisk oppfølging og evaluering av arbeidet med etisk kompetanseheving i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Kvalifisering av ufaglærte

Om lag 1/3 av personellet i den kommunale omsorgstjenesten står uten relevant fagutdanning. Det er viktig å utvikle kompetansetiltak til denne personellgruppen for å sikre omsorgssektoren kompetanse og gi personell uten relevant fagutdanning utdanning innenfor omsorgssektoren. Det foreslås å styrke tilskuddet til Kompetanseløftet 2015 med 5 mill. kroner for å utvikle og ta i bruk en kurspakke til personell uten relevant fagutdanning i omsorgssektoren. Kurspakken vil gi en praktisk opplæring innenfor sentrale tema i omsorgssektoren, som for eksempel demens. Kurspakken vil supplere eksisterende tiltak i Kompetanseløftet 2015 og bidra til en kompetansetrapp. Kurspakken vil supplere selvstudiene Eldreomsorgens ABC, Demensomsorgens ABC og Tvang, helst ikke...

Den kulturelle spaserstokken

Erfaringer viser at Den kulturelle spaserstokken har stimulert til et tverrfaglig samarbeid mellom kultur-

sektoren og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Tiltakene som er satt i verk, viser et omfattende engasjement og en stor bredde i kulturtilbudet for eldre. For å styrke Omsorgsplanens strategi om en omsorgstjeneste med mer aktiv profil foreslås det å øke bevilgning til Den kulturelle spaserstokken med ytterligere 5 mill. kroner. Til sammen foreslås det 20 mill. kroner til tiltaket i 2009.

Undervisningssykehjem og undervisningshjemmetjenester

Tjenester i hjemmet utgjør en stor andel av den kommunale omsorgstjenesten. Stadig flere brukere, og nye brukergrupper, har behov for hjemmebaserte tjenester. Mer enn 160 000 av til sammen 202 000 brukere i omsorgstjenesten mottar hjemmetjenester i kommunale boliger eller eget hjem. Antallet yngre brukere under 67 år er fordoblet på 10 år, og utgjør nå 1/3 av de som mottar hjemmetjenester. Dette krever ny kunnskap om organisering og bemanning, og styrket faglig kompetanse. Det foreslås derfor å utvikle undervisningshjemmetjenester etter modell av undervisningssykehjem og sikre nasjonal spredning av dette. Samtidig er det viktig å opprettholde aktiviteten i undervisningssykehjemmene og fortsatt sikre tilbudet om kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Det foreslås å styrke aktiviteten på disse områdene med 15 mill. kroner.

Lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav

Stortinget fattet 3. desember 2007 følgende anmodningsvedtak (nr. 189):

«Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenesten sikres.»

Kvalitetsforskriften er hjemlet i kommunehelse- og sosialtjenesteloven og sosialtjenesteloven. Det offentlige utvalget som skulle utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen (Bernt-utvalget), avga innstilling i oktober 2004, jf. NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten. Arbeidet med oppfølging av utvalgets forslag er i gang. Endring av kvalitetsforskriften vil bli fulgt opp i denne sammenhengen.

Rapportering Omsorgsplan 2015 – de fire hovedsakene

10 000 nye årsverk

Regjeringen har et mål om å øke bemanningen i de kommunale omsorgstjenestene med 10 000 nye

årsverk innen utgangen av 2009. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser en betydelig årsverksvekst i 2006 og 2007, til sammen om lag 11 100 nye årsverk. Fra 2004 -2007 har personellinnsatsen økt med om lag 9500 årsverk. Helsedirektoratet anslår at om lag 4000 av veksten i antall årsverk er knyttet til økte stillingsbrøker. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at om lag 12 000 flere arbeider i tilnærmet hele stillinger i denne perioden.

Årsverksveksten består i vesentlig grad av personell med helse- og sosialutdanning. Det legeomeldte sykefraværet har økt svakt i perioden og noe av personellveksten gir derfor ikke reell styrking av tjenestetilbudet.

Et stort innslag av små stillinger, mange vikarer og timearbeidere i omsorgstjenesten gjør det krevende for Statistisk sentralbyrå å benytte registertall. Statistisk sentralbyrå har nå endret sitt produktjonsopplegg og vurderer at datakvaliteten er styrket. KS har, basert på sitt personalsystem (Pai) anslått at veksten i perioden 2004–2007 er om lag 7 300 årsverk, altså 2 200 årsverk lavere enn tallene fra Statistisk sentralbyrå. Differansen mellom Statistisk sentralbyrå og KS sine tall kan i hovedsak forklares med ulike definisjoner. KS baserer sine oversikter på personalregistre som viser utført arbeid. Statistisk sentralbyrå rapporterer på avtalte årsverk, som omfatter fødselspermisjoner og legeomeldt sykefravær, mens overtid og ekstravakter ikke registreres. Denne definisjonen er den samme som brukes for andre deler av kommunal sektor.

Rapportering fra landets fylkesmenn til Helsedirektoratet viser at kommunene planlegger en vekst på om lag 2100 nye årsverk for 2008.

Departementet legger til grunn de gode resultatene for personellutviklingen slik Statistisk sentralbyrå har rapportert. Samtidig erkjenner man den usikkerhet som er knyttet til tallene. Samlet sett vurderer departementet at målet om 10 000 nye årsverk på det nærmeste er realisert allerede innen utgangen av 2007.

12 000 nye omsorgsplasser

Nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger ble innført fra 2008. Tilskuddet skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av plasser i sykehjem og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og sosialtjenester uavhengig av beboerens alder, diagnose eller funksjonshemming. Tilskuddet avløser de ekstraordinære tilskuddene som ble benyttet i arbeidet med handlingsplan for eldreomsorgen og opptrappingsplan for psykisk helse. Tilskuddet gir kommunene god forutsigbarhet og mulighet for langsiktig plan-

legging og utbygging av omsorgssektoren. Tilskuddet skal også kunne gis til bygging av palliative sykehjemsenheter, og det forutsettes at de nye omsorgsplassene er tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Det legges videre til grunn at utbyggingen ivaretar kvalitetsforskriftens krav om enerom til alle som ønsker det. Ordningen forvaltes av Husbanken. Det er i 2008 gitt forskrift, retningslinjer og veileder for tilskuddet.

Det er lagt til grunn en målsetning om at det kan gis tilskudd til 12 000 omsorgsplasser i perioden 2008–2015. I 2008 ble det gitt tilsagnsramme på 500 mill. kroner, tilsvarende 1000 enheter.

For å sikre en god fordeling og kontroll av ressursene er de i alt 12 000 enhetene fordelt med en ramme for hvert fylke, og de årlige bevilgningene er fordelt mellom Husbankens regioner. Fordelingen av tilsagn mellom fylker er gjort kjent gjennom egne brev fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Fylkesmennene er gitt en sentral rolle i arbeidet med tilskuddet og skal utarbeide en innstilling til Husbanken om søknader skal gis tilskudd innenfor det enkelte års tilsagnsramme, overføres til seinere budsjettår eller avslås. Det er etter departementets oppfatning større variasjoner i dekningsgrad for heldøgns omsorgsplasser i kommunene, enn det som kan forklares med ulikheter i lokale forhold og behov. Tilskuddet skal derfor ha en utjevne effekt i forhold til kommunale variasjoner, og kommuner som har høy samlet heldøgnsdekning i sykehjem og tilrettede omsorgsboliger bør i hovedsak kun få tilskudd til helt nødvendig standardheving. Det skal videre sikres en helhetlig prioritering av prosjekter der kommuner med de største behovene innvilges tilskudd først. Søknader utenfor formålet og søknader som ikke kan prioriteres innenfor den angitte totalrammen for fylket, skal avslås. Kommuner som setter i gang bygging før søknaden er behandlet, kan undergis samme prioritering og behandling som andre, men får ingen forhåndsgaranti. Det er samlet sett lagt opp til en streng forvaltning av tilskuddet.

Registrering av foreløpige søknader startet i mai 2008. Tall fra Husbanken ved utgangen av august viser at det foreligger søknader fra 85 kommuner med til sammen om lag 2800 omsorgsplasser. Disse fordeler seg med 42 pst. til omsorgsboliger og 58 pst. til sykehjemsplasser. Søknadene omfatter nybygg, renovering/ ombygging og fellesareal knyttet til eksisterende omsorgsboliger. Søknadene kommer fra samtlige fylker.

80 pst. av prosjektene knytter seg til personer over 67 år. Om lag en tredjedel av søknadene er planlagt i forhold til personer med demens. Det er

videre søknader som gjelder omsorgsplasser til yngre funksjonshemmede (15 pst.), til mennesker med psykiske lidelser (12 pst.) og til mennesker med rusproblematikk (2 pst.).

Søknadsinngangen vil bli fulgt nøye og regjeringen vil løpende gjøre en vurdering av rammen som er gitt for ordningen og innfasingen av denne.

Demensplan 2015

Demensplan 2015, Den gode dagen, bygger på kunnskap om at dagens omsorgstjeneste ikke i tilstrekkelig grad er bygget og tilrettelagt for mennesker med demens. Demensplan 2015 inneholder tre hovedsaker: økt dagaktivitetstilbud, flere tilpassede botilbud og økt kunnskap og kompetanse.

En kartlegging fra våren 2007 viser at kun 6,5 pst. av hjemmeboende med demens mottar et tilrettelagt dagaktivitetstilbud. Målet er at alle kommuner skal tilby tilrettede dagaktivitetstilbud til mennesker med demens senest innen 2015. Den foreslåtte veksten i kommunenes frie inntekter skal gi rom for at kommunene kan starte oppbygging av dagtilbud for demente fra 2009. Det ble i 2007 satt i verk et treårig program for å finne fram til gode modeller for etablering av dagtilbud til personer med demens.

Halvparten av alle personer med demens bor i institusjon eller tilrettelagt bofellesskap, og om lag 80 pst. av de som bor i sykehjem har en demenssykdom. Derfor skal alt som bygges og finansieres gjennom Husbankens nye tilskuddsordning til sykehjem og omsorgsboliger, tilpasses og tilrettelegges for mennesker med demens og kognitiv svikt. Søknadsinngangen til tilskuddet viser også at en stor andel av kommunenes søknader omhandler boliger til mennesker med demens.

For å øke kunnskapen og styrke kompetansen i demensomsorgen er det satt i verk en rekke tiltak knyttet til informasjon, opplæring, ny kompetanse og forskning. Demensforbundet i Nasjonalforeningen for Folkehelse har gjennom tildelte midler i 2008 utvidet tilbudet om veiledningsmateriell og økt støtten til sine lokale foreninger. Helsedirektoratet har satt i verk en fireårig informasjons- og opplysningskampanje om demens, der målsettingen er å sikre økt kunnskap og skape større åpenhet om demenssykdommene. Gjennom en styrking av Kompetanseløftet får kommunene tilskudd til videreutdanning av høgskole- og fagskoleutdannet personell innen geriatri og demens. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har utarbeidet opplæringstilbudet Demensomsorgens ABC, som er et selvstudium basert på internopplæring i kommunene. I løpet av 2008 vil det bli etablert en erfaringsbank om demens for helse- og sosialperso-

nell, der målet er å videreformidle gode tiltak og gi faglig veiledning. Forskningsinnsatsen på demens ble i 2008 styrket med 5 mill. kroner og Norges Forskningsråd har i 2008 innvilget midler til fem forskningsprosjekter om demens.

Det er satt i gang flere treårige utviklingsprogram på demensområdet, herunder program for utredning og diagnostisering, pårørendearbeid og dagtilbud. I 2008 ble til sammen 94 modellkommuner tilknyttet de tre programmene. Det er i 2008 satt i verk et treårig utviklingsprogram for miljøbehandling for personer med demens, der målet er å få økt kunnskap om miljøbehandling som metode for personer med demens, utarbeide opplæringsmateriell og finne fram til gode metoder i praksis. For å få økt kunnskap om belastning hos barn og ektefeller til yngre personer som utvikler demens, deltar Norge i et tre-årig nordisk utviklingsprogram rettet mot yngre personer med demens. De nordiske landene vil i 2008 også bli invitert til å delta i et tre-årig utviklingsprogram for personer med minoritetsetnisk bakgrunn som utvikler demens. Programmet skal bidra til økt kunnskap om bistandsbehov, diagnostisering og tilrettelegging av tjenestetilbud og informasjon for brukergruppene.

Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale omsorgstjenestene. Kompetanseløftet inneholder strategier og tiltak som skal bidra til å sikre tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning i omsorgstjenestene.

For de første årene har Kompetanseløftet følgende fem delmål:

10 000 nye årsverk med relevant fagutdanning

– Det vises til tidligere omtale.

Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene

Årsverksveksten de siste årene har i hovedsak bestått av personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Den største økningen har kommet i gruppen personell med høgskoleutdanning. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at andelen personell med høgskoleutdanning har økt med nærmere 2 prosentpoeng fra 2005 til 2007. Nærmere 200 personer gjennomførte desentralisert høgskoleutdanning i ulike helse- og sosialfag med tilskudd fra Kompetanseløftet 2015 i 2007, mens om lag 650 er under utdanning i 2008.

Sikre bruttotilgang på om lag 4500 helsefagarbeidere per år

Antallet læreplasser i helsearbeiderfaget ser ut til å nærme seg et tilstrekkelig nivå. 1100 personer har gjennomført kvalifiseringsløp som fører til fagbrev tilsvarende helsefagarbeider. Tall fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell viser at det i 2007 ble gitt autorisasjon til i overkant av 5000 hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Skape større faglig bredde

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at årsverksveksten innenfor den kommunale omsorgstjenesten de siste årene spesielt har medført en økning blant sosionomer, ergoterapeuter, barnevernspedagoger og leger/legespesialister. Antall fysioterapeuter i omsorgstjenesten viser på ny en vekst, etter nedgang i 2004 og 2005, jf. innledningen i kat. 10.20.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å lage en kunnskapsoversikt over forskning som belyser effekten av bruk av personell med særskilt kompetanse i funksjonstrening og aktivisering for brukere av kommunale hjemmetjenester.

Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning

1500 personer gjennomførte videre- og etterutdanning på fagskole- eller høyskolenivå i 2007, blant annet innenfor geriatri/eldreomsorg, kreftomsorg og lindrende pleie, psykisk helsearbeid, rehabilitering og rusarbeid.

Ledelses- og utviklingsprosjektet Flink med folk i første rekke ble satt i gang i løpet av 2007. I 2008 er det om lag 60 deltakende kommuner knyttet til ulike utviklingsprosjekter innenfor tverrfaglig ledelse på områdene psykisk helsearbeid og rus og strategisk kompetanseplanlegging - og utvikling i helse- og sosialsektoren.

Prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving skal bidra til å styrke den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ni ressurskommuner er våren 2008 i gang med å prøve ut ulike verktøy og metoder for systematisk etisk refleksjon. I alt 100 kommuner skal arbeide med etikk i løpet av prosjektperioden.

Målsettingen om å etablere undervisningssykehjem i alle landets fylker ble oppnådd i april 2008. I dag er det i alt seks hovedundervisningssykehjem og fjorten undervisningssykehjemssatelitter som mottar statlige tilskudd fra Helsedirektoratet. Undervisningssykehjemmene bidrar til økt kvalitet

i omsorgstjenestene ved å fokusere på forskning, fagutvikling og kompetanseheving i tjenesten.

Rapportering Omsorgsplan 2015 – andre saker

Avtalen med KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Målsettingene i avtalen er i 2007/2008 blant annet blitt fulgt opp gjennom den nye ledelsessatsingen Flink med folk i første rekke, rekrutteringssatsingen Aksjon helsefagarbeider og en satsing på etisk kompetanseheving i samarbeid med yrkesorganisasjonene. Lokal normering av legetjenesten i sykehjem, satsing på elektronisk samhandling i kommunene, effektiviseringsnettverk og videreutvikling av kvalitetsindikatorer er også en del av arbeidet med avtalen.

Kvalitetskommuneprogrammet

Høy kvalitet på de kommunale tjenestene og effektiv ressursbruk er avgjørende for sektorens omdømme og fortsatt oppslutning om velferdssamfunnet og fellesgodene. Det gjøres et omfattende arbeid fra mange instanser for å utvikle kvalitet i kommunesektoren. Regjeringen støtter opp om lokalt utviklingsarbeid gjennom flere tiltak og prosjekter. En hovedsatsing er Kvalitetskommuneprogrammet (kvalitetskommuner.no), som er forankret i en avtale fra oktober 2006 mellom staten, kommunesektoren og arbeidsgiverorganisasjonene om kvalitetsforbedring i kommunesektoren. I Kvalitetskommuneprogrammet står kvalitet i møtet med innbyggeren og reduksjon av sykefravær i sentrum. Per juni 2008 deltar 124 kommuner i programmet. Målet er 200 deltakerkommuner innen programmet avsluttes i 2009.

Omsorgsforskning

Gjennom Omsorgsplan 2015 prioriteres forskning om omsorg og eldres helse og levekår, med spesiell vekt på demens. Forskningsinnsatsen om demens er styrket med 5 mill. kroner i 2008, og er kanalisert gjennom Forskningsrådets program for helse- og omsorgstjenester. Beløpet er en del av regjeringens samlede opptrapping av midler til omsorgsforskning med til sammen 20 mill. kroner.

For å styrke praksisnær forskning og utvikling ble det i 2008 etablert fire nye regionale FoU-sentra knyttet til høyskoler som utdanner helse- og sosialpersonell. Disse er:

- Senter for omsorgsforskning – Vest: Høgskolen i Bergen
- Senter for omsorgsforskning – Sør: Universitetet i Agder/Høgskolen i Telemark

- Senter for omsorgsforskning – Midt-Norge: Høgskolen i Nord-Trøndelag
- Senter for omsorgsforskning – Nord: Høgskolen i Tromsø

Sentrene vil inngå i et nettverkssamarbeid som skal ledes og koordineres fra Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik.

Satsningen på forskning skjer i samarbeid med Norsk Pensjonistforbund. Det vises til omtale av Program for helse- og omsorgstjenesteforskning i kap. 701, post 50.

Nettbasert erfaringsbank- omsorgsportalen

Det er sentralt å styrke forvaltningskompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vil derfor i løpet av høsten 2008 bli etablert en nettbasert erfaringsbank – Omsorgsportalen – på Helse- og omsorgsdepartementets nettsider. Omsorgsportalen skal formidle forskning og utviklingstiltak, synliggjøre gode eksempler og gi bedre muligheter for å utveksle kommunale erfaringer og styrke forvaltningskompetansen i omsorgstjenesten. Målgruppen er den lokale helse- og sosialforvaltningen, personell, brukere og pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonal standard for legetjeneste i sykehjem

Kommunene har i løpet av 2007 fastsatt en lokal norm for legedekningen i sykehjem. Fylkesmenene har oppsummert kommunenes behov og avgitt sin rapport til Helsedirektoratet. Oppsummeringen fra Helsedirektoratet av kommunenes lokale normeringsprosess viser at det planlegges en vekst i legeårsverk i sykehjem på om lag 40 pst., tilsvarende 111 årsverk, fra og med 2006. I følge Statistisk sentralbyrå har antallet legeårsverk i sykehjem økt med til sammen 16 pst. fra 2005 til 2007. 11 prosentpoeng av denne økningen har funnet sted i perioden 2006 til 2007. Til sammen er veksten i legeårsverk og kommunenes behovsanslag i tråd med det foreløpige behovsanslaget fra regjeringen om å øke innsatsen av legeårsverk med 50 pst. fra 2005- 2010. Det nasjonale behovsanslaget er drøftet i konsultasjonene med KS høsten 2008 og vil bli fulgt opp gjennom videre kontakt mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er etablert et øremerket tilskudd til spredning av Noklus (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) til landets kommuner. Deltakelse i Noklus gir sikrere diagnostisering og prøvetaking, reduserer antall unødvendige henvisninger og konsultasjoner til spesialisthelsetjenesten og minsker risikoen for feilbe-

handling. I 2007 og 2008 har 335 sykehjem fått tilbud om gratis deltakelse i 2 år. Det er registrert en tydelig bedre kvalitet på prøvesvarene fra sykehjemmene som deltar i Noklus. I 2009 vil 380 nye sykehjem motta tilbud om gratis deltakelse i Noklus.

Den kulturelle spaserstokken

I 2008 ble det bevilget totalt 15 mill. kroner til Den kulturelle spaserstokken. Kultur- og kirkedepartementet har invitert alle landets kommuner til å søke om midler til gjennomføring av kulturtiltak for omsorgstjenestens brukere. Søknadene vil bli behandlet ut fra en helhetsvurdering, der det særlig vil bli lagt vekt på kunstnerisk/kulturfaglig kvalitet og profesjonalitet i utøvelse og formidling.

Mat og måltider

Som en oppfølging av St.meld. nr. 25 (2005–2006) og Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011), gjennomførte Høgskolen i Østfold i 2007/2008 en kartlegging av mat og måltider i sykehjem. Kartleggingen avdekket blant annet et ønske fra personellet om mer kompetanse om underernæring, og bedre rutiner for kartlegging av ernæringsstatus. Kartleggingen vil i 2009 bli fulgt opp med relevante tiltak.

Et utkast til Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring ble sendt ut på høring august 2008. Formålet med retningslinjene er å bidra til at underernærte og personer i ernæringsmessig risiko i sykehus, sykehjem og hjemmesykepleien følges opp på en bedre måte enn i dag. Retningslinjene omfatter generelle anbefalinger om individuelle og strukturelle tiltak for å ivareta personer i ernæringsmessig risiko, og de er ment å være til hjelp for de ulike institusjonene og tjenestene i å utforme lokalt tilpassede verktøy.

Habilitering og rehabilitering

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011 ble lagt fram i St.prp. nr 1 (2007–2008). Rehabiliteringsarbeidet skal bidra til å bedre og bevare funksjonsnivå, hjelp til å endre helseskadelig livsstil, bidra til at eldre kan klare seg lengst mulig selv, og bidra til at flest mulig kan være aktive deltakere i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsniv. Kommunene har en sentral rolle. Det legges opp til oppfølging av kommunenes lovpålagte oppgaver og samarbeidsmønstre som skal ivareta helheten i tjenesteytingen. For nærmere omtale vises det til kap. 726, post 21.

Frivillighet

Regjeringen la høsten 2007 fram St.meld. nr. 39 (2006–2007), Frivillighet for alle. I meldingen presenteres fire hovedstrategier for å støtte opp om og bidra til økt deltakelse i frivillig sektor: bedre rammebetingelser, mer lokal aktivitet og lavterskel aktivitet, styrke inkludering og integrering og styrke kunnskap og forskning. For å styrke deltakelse og tilhørighet i nærmiljøet, ble det opprettet 18 nye frivillighetssentraler i 2008, og det er nå totalt 318 frivillighetssentraler på landsbasis.

Ny kontakttelefon for eldre utsatt for vold

Departementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å etablere en kontakttelefon for eldre utsatt for vold. Kontakttelefonen etableres høsten 2008, og vil være i full drift fra 2009. Formålet med telefonen er at den som henvender seg skal få råd og veiledning om temaet. Både den som er utsatt for vold, pårørende og ansatte i tjenesten kan benytte tilbudet. I tillegg til å gi råd og veiledning i enkelt saker, vil kontakttelefonen bidra til å synliggjøre temaet. Det vil bli lagt vekt på å samle erfaringer om hvordan en slik telefon bør drives, og om denne type tilbud er et egnet tiltak for å ivareta dette problemområdet. Tiltaket finansieres over kap. 760, post 21.

Håndbok til pårørende

Helsedirektoratet vil høsten 2008 ferdigstille en håndbok om de kommunale helse- og sosialtjenestene. Håndboken skal fungere som oppslagsverk både for tjenestemottakere og familie/ pårørende. Boken orienterer om de viktigste tjenestetilbudene og gjør rede for rettigheter og plikter etter helse- og sosiallovgivningen. Den gir også praktiske anvisninger på hvordan brukere og pårørende kan forholde seg til kommunens forvaltning, for eksempel i forhold til søknader, vedtak og klagebehandling.

En nettbasert utgave av håndboken vil være tilgjengelig og holdes jevnlig oppdatert under den nye omsorgsportalen. Håndboken vil også bli utgitt på nynorsk og samisk, og oversatt til engelsk, urdu og eventuelt andre språk.

Fribeløp og egenandeler for kommunale pleie- og omsorgstjenester

Endringer i fribeløp og egenandeler med hjemmel i forskrift om vederlag for opphold i institusjon mv. ble sist fastsatt i 2001. For å sikre at fribeløpet før beregning av vederlag ved opphold i institusjon

oppdateres i samsvar med den alminnelige prisstigningen, foreslår departementet at dette fastsettes til 6200 kroner med virkning fra 2009. Samtidig endres maksimal egenandel per måned for hjemmetjenester i husholdninger med inntekt under 2 G fra kroner 150 til kroner 155. For henholdsvis korttidsopphold og dag- og nattopphold på institusjon endres egenandelen fra kroner 118 til kroner 121 per døgn, og fra kroner 59 til kroner 61 per dag/natt.

Justeringene medfører ubetydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Harmonisering av den kommunale sosial- og helselovgivningen (Bernt-utvalget)

Det offentlige utvalget som skulle utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen (Bernt-utvalget), avga innstilling i oktober 2004, jf. NOU 2004: 18. Utvalget har foreslått å erstatte dagens sosialtjenestelov og kommunehelsetjenestelov med en felles lov om sosial- og helsetjenester i kommunene.

Innstillingen fra utvalget har vært på høring, og departementet har mottatt om lag 180 høringsuttalelser. Høringsinstansenes syn på utvalgets forslag varierer både når det gjelder valg av modell for framtidig lovstruktur, regulering av kommunenes oppgaver, tilsyn og klagebehandling mv.

Departementet er i gang med oppfølgingen av utvalgets forslag. Flere problemstillinger utredes nærmere, særlig forholdet til annen helselovgivning og ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV), samt spørsmålet om samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Utvidet pasientombudsordning

Forslaget om å utvide pasientombudenes virkeområde til å gjelde kommunale helse- og omsorgstjenester er vedtatt av Stortinget, jf. Ot.prp. nr. 23 (2007–2008). Reglene trer i kraft 1. september 2009.

For nærmere omtale se kap. 729, post 01.

Brukerstyrt personlig assistanse

Saken om sterkere rettighetsfesting av ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA) har vært på en omfattende høring. Departementet har mottatt over 200 høringssvar. Svarene avdekker viktige prinsipielle og praktiske problemstillinger, som må løses før et lovforslag kan fremmes for Stortinget.

Videre vil spørsmålet om rettighetsfesting av BPA måtte ses i sammenheng med det pågående arbeidet med å utrede eventuell harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen.

Kap. 760 Utredningsvirksomhet mv.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	10 285	10 690	21 160
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	2 724	3 898	4 070
	Sum kap. 760	13 009	14 588	25 230

Bevilgningen dekker bl.a. utgifter til utredningsvirksomhet, informasjonsvirksomhet, utvalgsarbeider, ekspertgrupper, mv. knyttet til primærhelsetjenester, sosiale tjenester og pleie- og omsorgstjenester. For å få et klarere skille mellom tilskuddsmidler og midler til dekning av statlige driftsutgifter, er beløpet for 2009 delt mellom post 21 og post 70 Tilskudd. Det er gitt en samlet beskrivelse av formålene under post 21.

Midler fordelt 2007:

- Ny avtale mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgssektoren, herunder prosjektet Etisk kompetanseheving
- Omsorgsplan 2015 – St.meld. nr. 25 (2005–2006), Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer
- Satsing på kulturtiltak i omsorgssektoren: Den kulturelle spaserstokken
- Kontakttelefon for eldre utsatt for vold
- Kompetanse om kommunal planlegging
- Internasjonalt samarbeid:
 - a) Japan Norden – samarbeidsseminar i Oslo 2007. Dagens og fremtidens omsorgsutfordringer med særlig henblikk på økningen av den eldre befolkning
 - b) Helsesystemkonferanse i Tallinn 2008. Finansielt bidrag til WHO

- Forsknings- og utviklingsprosjekter innen helse- og sosialfagutdanning og pleie- og omsorgstjenester
- Diverse tilskudd til enkelttiltak innen pleie- og omsorgstjenester

Prioriterte saker 2008:

- Avtale mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgssektoren, herunder prosjektet Etisk kompetanseheving
- Satsing på kulturtiltak i omsorgssektoren: Den kulturelle spaserstokken
- Harmoniseringen av den kommunale sosial- og helselovgivningen (Bernt-utvalget)
- Kontakttelefon for eldre utsatt for vold
- Kompetanse om kommunal planlegging
- Forsknings- og utviklingsprosjekter innen helse- og sosialfagutdanning og pleie- og omsorgstjenester
- Diverse tilskudd til enkelttiltak innen pleie- og omsorgstjenester

Forslag 2009:

- Avtale mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgssektoren, herunder prosjektet Etisk kompetanseheving
- Tilskudd til Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo
- Satsing på kulturtiltak i omsorgssektoren: Den kulturelle spaserstokken
- Oppfølging av Bernt-utvalget: Harmoniseringen av den kommunale sosial- og helselovgivningen
- Handlingsplan: Bedre tilbudet om helsehjelp og sosiale tiltak til ofre for menneskehandel
- Kontakttelefon for eldre utsatt for vold
- Diverse tilskudd til enkelttiltak innen pleie- og omsorgstjenester

Avtale mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Avtalen ble inngått i september 2006 og er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS.

For 2008 er det bevilget 2 mill. kroner til tiltak i avtalen, herunder prosjektet Etisk kompetanseheving. Bevilgningen foreslås styrket med 3 mill. kroner i 2009.

Senter for medisinsk etikk

For å sikre en langsiktig forankring og systematisk oppfølging og evaluering av arbeidet med etisk kompetanseheving i de kommunale helse- og

omsorgstjenestene foreslås det å bevilge 2 mill. kroner til Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo i 2009. Midlene skal blant annet benyttes til veiledning og undervisning av kommuner i etikkarbeid, gi tilbud om kompetanseutvikling og yte bistand til pågående prosjekter.

Den kulturelle spaserstokken

I statsbudsjettet for 2008 er det bevilget til sammen 15 mill. kroner til Den kulturelle spaserstokken. Regjeringen foreslår å øke bevilgningen med 5 mill. kroner i 2009. Til sammen foreslås det 20 mill. kroner til tiltaket i 2009, fordelt med 10 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og 10 mill. kroner over Kultur- og kirkedepartementets budsjett. Det vises til omtale i Kultur- og kirkedepartementets budsjett.

Drift av kontakttelefon for eldre utsatt for vold

Kontakttelefonen etableres høsten 2008, og vil være i full drift fra 2009. Formålet med telefonen er at den som henvender seg skal få råd og veiledning om temaet. Både den som er utsatt for vold, pårørende og ansatte i tjenesten kan benytte tilbudet. I tillegg til å gi råd og veiledning i enkeltsaker, vil kontakttelefonen bidra til å synliggjøre temaet. Det vil bli lagt vekt på å samle erfaringer om hvordan en slik telefon bør drives, og om denne type tilbud er et egnet tiltak for å ivareta dette problemområdet

Tjenester til personer med demens

For å målrette og tilpasse det kommunale omsorgstjenestetilbudet bedre til personer med demens og sammensatte lidelser, har regjeringen i 2008 satt i gang et utredningsarbeid for å utvikle et sterkere kunnskapsgrunnlag knyttet til konkret utforming av bo- og institusjonstilbud og organisering av tjenestene slik at de styrker samspillet med familie og pårørende som står i langvarig og tyngende omsorgsoppgaver. Utredningsarbeidet videreføres i 2009.

Hjemmetjenestene og deres nye brukere

For å kunne lage sikrere prognoser i forhold til omsorgstjenestens framtidig hjelpebehov, kompetansebehov, bemanning, ressursfordeling og finansiering har regjeringen satt i gang et utredningsarbeid, der hensikten er å foreta en helhetlig kartlegging og analyse av utvikling og status for den kommunale hjemmetjenesten og alle dens ulike brukergrupper. Dette arbeidet vil også være viktig i arbeidet med samhandlingsreformen, da mange

av brukerne har behov for omfattende og langvarige tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utredningsarbeidet videreføres i 2009.

- 5 mill. kroner til etisk kompetanseheving. (3 mill. kroner til KS-prosjekt og 2 mill. kroner til senter for medisinsk etikk.)
- 5 mill. kroner til Den kulturelle spaserstokken

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Som ledd i arbeidet med Omsorgsplan 2015 er det foreslått å styrke bevilgningen med 10 mill. kroner:

Post 70 Tilskudd

Det vises til kapittelomtalen.

Kap. 761 Tilskudd forvaltet av Helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	76 161	102 661	147 744
60	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	120 024	126 038	161 584
61	Tilskudd til vertskommuner	484 776	481 033	941 098
63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	142 669	189 730	258 078
66	Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse	74 106	77 842	81 267
67	Tilskudd til særskilte utviklingstiltak	21 942	19 864	35 738
70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i>	119 666	119 774	129 044
71	Tilskudd til frivillig arbeid	15 619	16 291	16 208
72	Tilskudd til Landsbystiftelsen	57 063	59 517	61 636
73	Tilskudd til døvblinde og døve	10 854	11 321	11 819
75	Kompetansetiltak	3 768	3 554	3 710
76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	6 707	7 162	7 477
77	Kompetansesentra mv.	83 563	92 255	92 914
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	7 780	11 692	12 206
	Sum kap. 761	1 224 698	1 318 734	1 960 523

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen har hittil blant annet dekket utgifter til fylkesmennenes virksomhet, utredningsvirksomhet, informasjonsvirksomhet, mv. For å få et klarere skille mellom tilskuddsmidler og midler til statlige driftsutgifter, er bevilgningen delt mellom post 21 og post 79 Andre tilskudd. Det er gitt en samlet beskrivelse av formålene under post 21.

Drift og informasjonsmidler til fylkesmennene

Det ytes midler til dekning av utgifter til fylkesmennenes arbeid med kapittel 4A i sosialtjenesteloven, Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt

overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming.

Bevilgningen går også til fylkesmennenes videre oppfølging av Kompetanseløftet 2015, nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger og tiltak for bedre kvalitet og ordninger i pleie- og omsorgstjenestene. Fylkesmannen skal ha løpende oversikt over og følge den videre gjennomføringen av utbyggingen av sykehjem og omsorgsboliger og styrking av driftsnivået i pleie- og omsorgstjenesten. De skal følge opp kommunene med rådgivning og veiledning med fokus på eldreomsorg og utvikling av pleie- og omsorgstjenestene. De må også være forberedt på betydelige utviklingsoppgaver i forhold til langsiktig planlegging

og investeringer både i bygningsmasse, teknologi og personell med fokus på ledelse og kompetanseutvikling. Fylkesmannen skal følge opp arbeidet med kvalitetsutviklingen i pleie- og omsorgstjenesten i tråd med avtalen om kvalitetsutvikling som er inngått mellom staten og KS.

Utgifter til kurs og konferanser om faglige spørsmål som fylkesmennene holder på regionalt nivå innen pleie- og omsorgssektoren dekkes også over bevilgningen.

Bevilgningen foreslås satt opp 5 mill. kroner for 2009 til ytterligere styrking av fylkesmennenes rusrådgivere, jf. opptrappingsplanen for rusfeltet, kap.718.

FoU-prosjekter og informasjonsvirksomhet mv.

Midler over denne bevilgningen nyttes til utvikling av pleie- og omsorgstjenestene til syke, eldre, tjenestetilbudet til mennesker i livets slutfase, personer med nedsatt funksjonsevne, herunder barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier og til utvikling av sosiale tjenester til personer med rusmiddelproblemer og andre vanskeligstilte grupper. I tiden framover vil oppfølgingen av Omsorgsplan 2015 bli prioritert.

Viktige områder er kvalitet i tjenestetilbudet, ledelse og organisering, saksbehandling, rekruttering og kvalifisering av personell, bedre system for dokumentasjon, statistikk og rapportering. Viktige virkemidler er utredninger, planlegging, sammenstilling og initiativ til relevant forskning, forskning, utviklingsprosjekter, informasjon og opplæring.

Arbeidet med informasjon om rettigheter til brukere av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal videreføres og styrkes.

Tilskudd til konkrete tiltak som oppfølging av Omsorgsplan 2015

Det vises til helhetlig omtale av Omsorgsplan 2015 i innledningen til kat. 10.60.

Demensplan 2015

Demensplan 2015, Den gode dagen, inneholder langsiktige strategier og konkrete tiltak for en bedre demensomsorg. Helsedirektoratet har en sentral rolle i gjennomføring, monitorering og evaluering av planen. Tiltakene skal sees i sammenheng med eksisterende tiltak i Helsedirektoratet.

Det foreslås å bevilge til sammen 24,5 mill. kroner til Demensplan 2015. Det bevilges 15,6 mill. kroner på kap. 761, post 21 til følgende tiltak i 2009:

- Styrking av Demensforbundet i Nasjonalforeningen for Folkehelsen sitt lokale arbeid og veiledning til pårørende
- Informasjons- og opplysningskampanje
- Utvikling av opplæringspakke om demens for personell uten fagutdanning og frivillige og pårørende
- Etablering av en nettbasert erfaringsbank og emnebibliotek om demens
- Utvikling av gode samhandlingsmodeller for utredning og diagnostikk av demens
- Spredning av tilbudet om pårørendeskoler og samtalegrupper til alle landets kommuner
- Utvikling av gode modeller for dagtilbud til personer med demens
- Utvikle gode modeller for miljøbehandling og miljøterapi
- Nordisk utviklingsprogram om yngre personer med demens
- Nordisk utviklingsprogram om minoritetspråklige med demens

Over kap. 761, post 60, ble det i 2008 bevilget 3,5 mill. kroner til videreutdanning innen geriatri og demens. Over kap.701, post 50 ble det bevilget 5 mill. kroner til forskning på demens. Bevilgningen til tiltakene foreslås videreført i 2009.

Tilskudd til oppfølging av avtalen mellom regjeringen og KS

Tiltakene i avtalen knytter seg til utvikling av tjenestene, personell, kompetanse, arbeidsmiljø og ledelse, samt styring, planlegging og kvalitetssikring av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Kommunenes arbeid med rus og psykisk helse inngår også i avtalen. Helsedirektoratet har en sentral rolle i utvikling og oppfølging av tiltak i avtalen. Det vises for øvrig til omtale i innledningen til kat. 10.60 og under kap. 760, post 21.

Nasjonal standard for legetjenesten i sykehjem

For å bedre kvaliteten og sikkerheten på laboratorietjenestene i sykehjem, ble det i 2007 og 2008 bevilget et øremerket tilskudd til spredning av Noklus (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) til landets kommuner. Det ble bevilget 4 mill. kroner til formålet i 2008. Bevilgningen foreslås videreført i 2009.

Nettbasert erfaringsbank – Omsorgsportal

Helsedirektoratet skal i 2009 drifte og oppdatere en nettbasert erfaringsbank for den lokale helse-

og sosialforvaltningen, personell, brukere og pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

Rekrutteringskampanje

Tiltaket inngår i Kompetanseløftet 2015. Departementet foreslår å avsette inntil 6,3 mill. kroner til rekrutteringskampanje, utvikling av fagstruktur og arbeidsmiljø under Kompetanseløftet. I tillegg foreslår departementet å avsette inntil 3,7 mill. kroner til kompetanseutviklingstiltak under Demensplan 2015.

Kompetansemiljø på området psykisk utviklingshemning

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (Naku) ble etablert i 2006 ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. Naku har nasjonale fagutviklings- og formidlingsoppgaver.

Naku har utviklet en omfattende hjemmeside med informasjon om aktuelle tiltak innen bl.a. oppvekst, utdanning, arbeid, kultur, fritid, helse og omsorg. Naku utgir magasinet *Utvikling*. På oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet Naku rapporten *Helseoppfølging av personer med utviklingshemning i 2007*. Naku har fått en sentral rolle i Nasjonalt fagnettverk om utviklingshemning og psykisk lidelse. Naku blir stadig mer kjent i tjenesteapparatet og har mange samarbeidspartnere som bidrar til utvikling av mer kunnskap om utviklingshemning.

Bevilgningen over kap. 761, post 21, foreslås videreført. Det vises for øvrig til omtale av tilskudd til styrking av IKT-basert undervisning, veiledning mv. under kap. 761, post 75.

Fagutvikling og informasjon om helsespørsmål må videreutvikles. Det er behov for bedre statistikkgrunnlag når det gjelder levekår for utviklingshemmede. Helsedirektoratet vil foreta en helhetlig statusgjennomgang av Naku i 2009.

Barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier

TaKT-satsingen – tilrettelegging av det kommunale tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier startet i 2005 og har vært knyttet til det kommunale tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. TaKT har hatt fokus på det som fungerer i tjenesteapparatet og som oppleves som godt for familiene. Helsedirektoratet har i 2007 gjennomført opplæringsprogrammet rettet mot kommunale ledere, saksbehandlere og andre som arbeider med barna og familiene. Det har vært stor pågang fra kommunene om deltaking i opplæringsprogrammet.

Til hjelp for saksbehandlere ble det utarbeidet Anbefalinger til saksbehandlingsprosessen Lov om

sosiale tjenester § 4-2. Det er også utviklet et studiehefte – *Jakten på de gode løsningene* – med tilhørende DVD-film. Studieheftet er distribuert til alle landets kommuner, Fylkesmenn og interesseorganisasjonene.

Opplæringsprogrammet ble avsluttet til sommeren i 2008. TaKT-programmet avsluttes i løpet av 2008. Pilotprosjekt *Familieveiviser* vil bygge videre på arbeidet som er gjort i TaKT.

Pilotprosjekt Familieveiviser

Det treårige pilotprosjekt *Familieveiviser* ble etablert annet halvår 2007 og ledes av Helsedirektoratet. Prosjektet skal utvikle modeller for mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Modellene skal baseres på god samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten og brukere.

Fire delprosjekt i hovedstadsregionen er opprettet. Et av delprosjektene vil ha særlig fokus på minoritetsspråklige. Ytterligere tre delprosjekt er etablert i Sør-Varanger og Bodø. Pilotprosjektet er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet med en samlet budsjetttramme på 7,5 mill. kroner.

Støttekontakt, kultur og avlastning

Videreutvikle feltet Støttekontakt, kultur og fritidsdeltagelse, et utviklingsprosjekt over tre år, 2007–2010. Prosjektet er et samarbeid med Kristiansand kommune og Helsedirektoratet.

Det er etablert et nasjonalt nettsted www.fritidforalle.no og utarbeidet en brosjyre *Sammen med andre – Nye veier for støttekontakttjenesten*. Videre er det etablert nettverk med kommuner som ønsker å utvikle feltet Støttekontakt, kultur og fritidsdeltagelse. Nettverket har samlinger 2 ganger i året. Det er stor interesse for disse tiltakene.

Bevilgningen til videreutdanningstilbudet ved Høgskolen i Bergen foreslås videreført i 2009.

Opptappingsplan for rusfeltet

Det vises til kap. 718 for en nærmere omtale av en samlet status for oppfølgingen av Opptappingsplanen for rusfeltet.

Til sammen foreslås 39 mill. kroner bevilget til styrking av tiltak i Opptappingsplanen for rusfeltet over denne posten. Satsingen skal bidra til å gi personer med rusmiddelproblemer et bedre tilbud gjennom kompetanse- og utviklingsarbeid i kommunene og samarbeidende instanser. Tilskuddene til kompetanse- og kvalitetsutvikling ses i sammenheng med tiltak til kommunale rustiltak (kap. 761,

post 63), frivillig rusarbeid (kap. 761, post 70) og kompetansesentre mv. (kap. 761, post 77).

Fra 2008 er det etablert rusrådgivere hos Fylkesmannen, som skal følge opp tiltak i Opptappingsplanen overfor kommunene. Rusrådgiverne skal bidra til at flere kommuner kan dra nytte av ulike statlige tilskuddsordninger for å gi brukerne individuell oppfølging, et helhetlig hjelpetilbud, og øke andelen brukere som får individuell plan. I tillegg vil de også ha oppgaver knyttet til kvalitets- og kompetanseutvikling, statistikk og dokumentasjonsarbeid. De skal bidra til at kommunene i større grad tar i bruk brukermedvirkning og har tilbud til pårørende av personer med rusmiddelproblemer. Det er viktig med god oppfølging av kommuner med store utfordringer på rusfeltet. Rusrådgivernes arbeid må ses i sammenheng med fylkesmannens arbeid innen omsorgstjenesten og psykisk helse og Omsorgsplan 2015. Tilskuddet til rusrådgiverne foreslås styrket med 5 mill. kroner.

Arbeidet med å videreutvikle kommunal russtatistikk for å få bedre dokumentasjon og styringsdata om behov og ressursbruk videreføres. Bedre statistikk vil gi grunnlag for bedre planlegging og mer målrettet bruk av ressurser innen kommunale tjenester, og arbeidet foreslås styrket med 2 mill. kroner.

Tilbudet om tilskudd til videreutdanning i rusmiddelproblematikk for sosial- og helsepersonell, og ansatte i kriminalomsorgen foreslås styrket ytterligere. Det er nødvendig med en systematisk og bred styrking av medarbeidernes kompetanse for å styrke kommunenes helhetlige arbeid med personer med rusmiddelproblemer, i sosialtjenesten, i NAV, i pleie- og omsorgstjenesten og innen psykisk helsearbeid og rehabiliteringstiltak. Det foreslås 10 mill. kroner til dette formålet i 2009.

Det er satt i gang evaluering av de såkalte tvangsparagrafene i sosialtjenesteloven, §§ 6-2, 6-2a og 6-3 samt 6-1a. Evalueringsprosjektet startes opp i 2008, og skal fullføres i 2009 med en bred og helhetlig evaluering som belyser bruken av tilbakehold. Det foreslås 1 mill. kroner til formålet.

Det er satt i gang evaluering av tilskuddsordningen til frivillig rusarbeid over kap. 761, post 70 som skal ferdigstilles desember 2009. Det foreslås 1 mill. kroner til evalueringen over kap. 761, post 21 i 2009.

Fastlegene har en viktig funksjon i et helhetlig behandlingsforløp gjennom å bidra til at rusmiddelproblemer fanges opp så tidlig som mulig og at riktige tiltak settes inn. Gjennom rusreformen og innføring av LAR har fastlegene fått økt ansvar for oppfølging av rusmiddelavhengige. Det er dokumentert at allmennlegene har for liten kompetanse om rusmiddelproblematikk, herunder om forskrivning av

vanedannende medikamenter, og i identifisering av problemer og oppfølging. Det foreslås en tiltakspakke for systematisk styrking av legers kompetanse om rusproblematikk. Kurstilbudet ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) ved Universitetet i Oslo styrkes slik at flere leger og psykologer kan få tilpasset kompetanseheving. Det er behov for å utvikle faglige verktøy som kartleggingsskjemaer og bedre screeningsmetoder for fastlegene, slik at de fanger opp problemer tidlig. Det skal settes i gang et samarbeid med Seraf, tilsynsmyndighetene og Legeforeningen om tiltak for å øke kompetanse hos leger og annet helsepersonell om vanedannende medikamenter. Det foreslås 8 mill. kroner til formålet.

Samhandling er et satsingsområde for regjeringen. Evalueringen av rusreformen har vist at det er store mangler i å få til helhetlig pasientflyt, og at hjelpe- og behandlingsforløp er preget av brudd. Brukerorganisasjoner og fagmiljøene har meldt tilbake at arbeidet med individuell plan overfor rusmiddelavhengige må målrettes bedre. Det må sikres at private institusjoner deltar i arbeidet med individuell plan. Det er også behov for å se på tiltak for å få til bedre kapasitetsutnyttelse mellom offentlige og private virksomheter, herunder å redusere bruk av spotplasser. For å styrke samhandling skal det blant annet utformes et særskilt rapporteringssystem mellom helseforetak og kommuner som synliggjør igangsatte tiltak, gode eksempler og utfordringer. Prosjektet skal ledes av Helsedirektoratet, og private og frivillige organisasjoner skal trekkes inn. Det foreslås 5 mill. kroner til samhandlingstiltak på rusfeltet.

Frivillig sektor gjør en betydelig innsats, og det skal sikres at også frivillige organisasjoner tar del i kvalitetssatsingen på feltet. Helsedirektoratet skal koordinere kvalitetsutvikling av tilbudene til virksomheter drevet av frivillige organisasjoner og private virksomheter, og bidra til bedre samarbeid mellom frivillige og private virksomheter og kommuner og helseforetak. Det skal bl.a. sikres at også private virksomheter er forpliktet til å bruke individuell plan.

Opptappingsplanen skal bidra til styrket brukermedvirkning, slik at mestringsperspektivet styrkes og at tjenestene i større grad treffer brukernes behov. Helsedirektoratet skal utvikle maler for brukermedvirkning som kommuner og helseforetak og private og frivillige organisasjoner kan ta i bruk, og stimulere til flere møteplasser mellom tjenesteytere og brukere. Pårørendeperspektivet i rusfeltet skal styrkes. Helsedirektoratet har fått utført en kartlegging av tiltak og vurdering av løsninger. Arbeidet med å styrke pårørendes situasjon kan gjøres gjennom frivillige tiltak og i samarbeid med

tjenestene, for eksempel Lærings- og mestringssentrene. Det skal arrangeres en påførendekonferanse høsten 2008. Det foreslås 7 mill. kroner til formålet.

Hørselshjelpordningen

Helsedirektoratet la høsten 2007 fram en rapport Å høre og bli hørt – Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling. Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider med Arbeids- og inkluderingsdepartementet om å bedre forvaltningen på området. Dagens ordninger skal videreutvikles, og det vil bli satt i verk tiltak som skal sikre at regelverk og forvaltning fungerer mer effektivt og brukervennlig. Hørselshemmedes Landsforbunds hørselshjelpsordning vil bli videreført som et prosjekt ut 2009. Det vises til omtale under kap. 726, post 21.

Helsehjelp uten samtykke

Stortinget har vedtatt nytt kapittel 4A i pasientrettighetsloven om helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv., jf. Ot.prp. nr. 64 (2005–2006) og Innst. O. nr. 11 (2006–2007). Reglene trer i kraft 1. januar 2009.

Helsedirektoratet har startet opp arbeidet med implementeringen av de nye reglene. Utarbeidelse av veiledningsmateriell og opplæringstiltak gjennomføres i 2008 og 2009.

For 2008 ble det bevilget 9 mill. kroner på post 21 til kompetanseoppbyggende tiltak (5 mill. kroner) og til styrking av Helsetilsynene i fylkene (4 mill. kroner). Bevilgningen videreføres i 2009. I tillegg foreslås det bevilget 27 mill. kroner til dekning av kommunenes og Helsetilsynets utgifter til å gjennomføre lovendringen, fordelt med 24 mill. kroner til kommunene og 3 mill. kroner til Helsetilsynet.

Elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten

Omsorgsplan 2015 omtaler styrking av informasjonsteknologi i omsorgstjenestene som en sentral del av arbeidet med å heve kvaliteten og forbedre effektiviteten i tjenesten, og målet er at flere kommuner tar i bruk elektroniske samhandlingsløsninger og kobler seg til Norsk Helsenett.

IT-strategien S@mspill 2007 avsluttet i 2007 et treårig kommuneprogram, som hadde til hensikt å bidra til økt og bedret samspill mellom kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenestene og allmennlegene gjennom utvikling av nye løsninger som testes ut i pilotkommuner (kommunale fyrtårn). Fyrtårnsprosjektene har bidratt til å utvikle modeller, standarder og funksjonalitet i pasientjournalssystemene.

Kommunesatsingen har fra 2007 endret form fra å være et pilotprosjekt til en gradvis spredning av erfaringene fra både fyrtårnsprosjektene og KS/Sykepleierforbundets Elin-k-kommuner. Hensikten er å få flere kommuner til å ta i bruk elektronisk samhandling.

Det ble høsten 2007 gjennomført 11 regionale seminarer for erfaringsspredning, med svært god oppslutning. En Samspillkommunesatsing ble startet høsten 2007 med 20 Samspillkommuner, som i 2008 er utvidet til 50 kommuner. Det foreslås å videreføre denne satsingen i 2009.

Tiltaket inngår som en del av kommunesatsingen under nasjonal strategi for elektronisk samhandling 2008–2013, se omtale under kap. 720, post 21. I løpet av strategiperioden 2008–2013 skal alle kommuner ha kommet i gang med elektronisk samhandling internt, med fastlegene, med spesialisthelsetjenesten og med offentlige etater. Arbeidet med utvikling av helsefaglige og tekniske standarder for kommunikasjon mellom helse- og omsorgstjenestene, allmennlegene og sykehusene, videreføres i Elin-k-prosjektet i samarbeid med standardiseringsprogrammet på Kith.

Diakonstilling i Spania

Tilskuddet ble fra 2008 overført til Kultur- og kirke departementets kap. 340, post 71 Tilskudd til kirkelige formål.

Utvikling av system for dokumentasjon, statistikk og rapportering – Iplos

Iplos, individbasert omsorgsstatistikk, vil danne grunnlag for bedre statistikk for overvåkning, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring av tjenestene i pleie- og omsorgssektoren. Det skal gi lokale, regionale og sentrale myndigheter et bedre kunnskapsgrunnlag. Gjennom Iplos blir opplysninger om bistandsbehov og tjenester for alle søkere og mottakere av kommunale omsorgstjenester registrert. Iplos erstatter og dels supplerer Kostra-rapporteringen for sektoren.

Iplos-registeret er et pseudonymt register, registeret inneholder ikke identifiserbare opplysninger om enkeltpersoner. Det er hjemlet i helseregisterloven gjennom egen forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Forskriften trådte i kraft 1. mars 2006.

I 2007 har en arbeidsgruppe med representanter fra brukerorganisasjonene, Norsk pensjonistforbund, fagorganisasjoner, Fylkesmannen, KS og enkeltkommuner arbeidet sammen med Helsedirektoratet for å videreutvikle Iplos i tråd med endringer i brukernes behov og i de kommunale tjenestene.

Første obligatoriske innsending av Iplos- data for året 2006 til det sentrale registeret ble gjennomført i februar 2007. Etter justeringer og feilretting, ble det foretatt en ny innsending høsten 2007. Det første året var datakvaliteten vurdert som tilfredsstillende for 164 kommuner, og det ble publisert statistikk for disse kommunene i januar 2008.

Data for 2007 ble publisert gjennom Kostra faktaark 14. mars 2008. Data for 2007 vurderes å ha langt bedre kvalitet enn 2006-dataene. Erfaringene viser at det tar tid å innføre statistikkverktøy som Iplos, og at rutiner og innsending av data etter hvert blir bedre. Tilbakemeldingene fra kommunene gir indikasjoner på at Iplos bidrar til å styrke saksbehandlingskompetansen i kommunene og bedrer rettssikkerheten til de som søker og mottar omsorgstjenester.

Helsedirektoratet samarbeider med Statistisk sentralbyrå, brukerorganisasjonene og KS om hvordan statistikk om bistandsbehov og tjenester kan publiseres på en hensiktsmessig måte der data ikke kan publiseres gjennom Kostra. Dette gjelder når antall personer/brukere er for få til at tallene kan publiseres (færre enn fem personer).

Ny versjon av Iplos skal ferdigstilles i løpet av 2008, med nye kravspesifikasjoner, veiledere og opplæringsprogram. Det vil i 2009 bli lagt stor vekt på opplæring og kvalitetssikring av kommunene i samarbeid med Fylkesmennene samt videre samarbeid med brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner, kommunene og KS. Det vil her bli satt i verk tiltak overfor kommunene i form av opplysningsvirksomhet og konferanser for å sikre en forsvarlig håndtering av personsensitive opplysninger. I 2009 vil arbeid med videreutvikling av statistikk stå sentralt.

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 2008, 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 fra og med 2007 basert på tall fra Iplos- registeret. Det er foreløpig ikke tilfredsstillende kvalitet på tallene over antall beboere under 50 år i alders- og sykehjem for 2007. Helsedirektoratet rapporterer at fylkesmennene med bakgrunn i foreløpige tall for 2007, har fulgt opp 100 personer under 50 år som bor på alders- eller sykehjem. Fylkesmennenes gjennomgang viser at 8 personer ønsker et annet botilbud, for enkelte er utflyttingsprosessen satt i gang. En

kontaktgruppe med representanter fra Norges Handikapforbud, 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.

Praktisk bistand i hjemmet i forbindelse med fødsel

På bakgrunn av forslag i Dokument nr. 8:33 (2004–2005) har Helsedirektoratet i 2007 fått utført en kartlegging om kvinner som har bekkenløsningsplager får nødvendig hjelp i hjemmet. De fleste av kommunene som responderte, har organisert hjelp i hjemmet til fødende som en del av den helhetlige omsorgstjenesten. Det betyr at søknader om praktisk bistand blir behandlet individuelt etter sosialtjenestens regler. Undersøkelsen viser ikke hvor mange kvinner med bekkenløsning som har søkt. Departementet vil understreke at det er viktig at kommunene sørger for gode samhandlingsrutiner, slik at de som har behov, får nødvendig hjelp. Organisering og struktur av en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i primær- og spesialisthelsetjenesten, herunder følgetjenestene, vil bli nærmere omtalt i stortingsmeldingen om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Merknad til budsjettforslaget

Bevilgningen foreslås styrket med 39 mill. kroner til tiltak innen Opptrappingsplanen for rusfeltet.

I forbindelse med iverksetting av bestemmelsene i kap. 4A i pasientrettighetsloven – helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse, jf. Ot.prp. nr. 64 (2005–2006), foreslås bevilgningen styrket med 3 mill. kroner til Helsetilsynet. Videre foreslås det bevilget 24 mill. kroner over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett kap. 571, post 60.

I tillegg er bevilgningen over posten satt opp 1,566 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 743, post 75 settes ned tilsvarende. Det vises til omtale under kap. 743, post 75.

For øvrig foreslås posten satt ned 3 mill. kroner.

Post 60 Tilskudd til omsorgstjenester

Bevilgningen går til følgende formål:

- Tilskudd til fylkesmennene til utviklingsarbeid i omsorgssektoren og oppgaver knyttet til gjennomføring av Omsorgsplan 2015
- Tilskudd til kommunene og fylkesmennene til oppfølging av Kompetanseløftet 2015

- Tilskudd til fagskoleutdanning innen helse- og sosialfag

Midlene skal sees i sammenheng med midlene til fylkesmannsembetene over kap. 761, post 21.

Kompetanseløftet 2015

Tilskudd til Kompetanseløftet 2015 gis i 2009 over kap. 760, post 21, kap. 761, postene 21, 60, 67 og 77. Samlet foreslås det bevilget 160,7 mill. kroner til tiltakene i 2009.

Det vises til omtale av resultater 2007 og aktivitet 2008 i innledningen til programkategori 10.60 om Omsorgsplan 2015. Det foreslås å videreføre tiltakene i 2009.

Tilskudd til fagskoleutdanning innen helse- og sosialfag

Det vises til omtale av tilskudd til fagskoleutdanning innen helse- og sosialfag i innledningen til programkategori 10.60 om Omsorgsplan 2015. Samtidig som det foreslås å bruke 25 mill. kroner fra Kompetanseløftet 2015, styrkes ordningen med 25 mill. kroner med virkning fra annet halvår 2009. Satsingen medfører at helsefagskolene fullfinansieres. Fra 2010 vil tilskuddet utgjøre i alt 75 mill. kroner.

Betinget tilsagn om tilskudd

Departementet garanterer for eventuelt inntektsbortfall ved Det nasjonale aldershjem for sjømenn i Stavern med 1 mill. kroner for inntil tre beboere som ikke har hjemstedskommune i Norge (jf. forslag til romertallsvedtak IV).

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås å etablere en egen tilskuddsordning til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag. Samlet foreslås det bevilget 50 mill. kroner i 2009. Det foreslås å styrke tilskuddet til Kompetanseløftet 2015 med 5 mill. kroner for å utvikle en kurspakke innenfor sentrale tema til personell uten relevant fagutdanning i omsorgssektoren.

Post 61 Tilskudd til vertskommuner

Etter HVPU-reformen, 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.

I 2005 ble deler av vertskommunetilskuddet, tilsvarende den daværende verdien av kriteriet psykisk utviklingshemmede over 16 år, innlemmet i det generelle rammetilskuddet til kommunene. Den øvrige delen av tilskuddet forble øremerket. Det vises til nærmere omtale av innlemmingen i St.prp. nr. 61 (2005–2006), Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2007 (kommuneproposisjonen). Todelingen av tilskuddet til de 33 vertskommunene har imidlertid vist seg å være komplisert. Det foreslås derfor å føre den andelen av tilskuddet som nå omfattes av inntektssystemet, tilbake til det øremerkede tilskuddet. Det vises til omtale i St.prp. nr. 57 (2007–2008) Kommuneproposisjonen 2009. Som følge av dette overføres 463,2 mill. kroner fra kap. 571, post 60 Rammetilskudd til kommunene på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett til kap. 761, post 61.

I og med reversering av den delvise innlemmingen av vertskommunetilskuddet har kommunal- og forvaltningskomiteen i Innst. S. nr. 263 (2007–2008) bedt regjeringen vurdere å se på kriteriene for finansieringen kommunene imellom slik at dette blir mest mulig rettferdig. Eventuelle endringer vil bli presentert i kommuneproposisjonen for 2010.

Reduksjon i det øremerkede tilskuddet som følge av frafall av brukere

Det er fra 2004 innført årlige tellinger av antall psykisk utviklingshemmede som omfattes av vertskommunetilskuddet. Når en psykisk utviklingshemmet, som omfattes av vertskommunetilskuddet, faller fra skal det øremerkede tilskuddet til vertskommunene reduseres. Tilskudd per person varierer mellom vertskommunene. Som hovedregel vil tilskuddet reduseres med det gjennomsnittlige tilskuddet per person for den enkelte kommune. For kommuner som mottar tilskudd per person som ligger under dagens gjennomsnitt for vertskommunene samlet, skal det foretas 50 pst. reduksjon i tilskudd per bruker som faller fra. Samlet utgjør innlemmingen 24,3 mill. kroner for 2009 og gjelder frafall av 43 brukere i 2007.

For 2009 er det innført en ny overgangsordning for inntektssystemet for kommunene (Ingar). Reduksjon av øremerkede tilskudd som følge av frafall av brukere omfattes ikke av Ingar. For å kompensere for at den tidligere overgangsordningen for det øremerkede tilskuddet faller bort fra 2009, foreslås at tellinger av brukere som faller fra foretas hvert annet år.

Merknad til budsjettforslaget

Som følge av reversering av innlemmingen overføres kroner 463,2 mill. kroner fra kap. 571, post, 60 Rammetilskudd til kommunene på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett til kap. 761, post 61 Tilskudd til vertskommuner mv. Som følge av frafall av brukere reduseres vertskommunetilskuddet med 24,3 mill. kroner i 2009.

Post 63 Tilskudd til kommunale rustiltak

Bevilgningen går i hovedsak til følgende formål:

- forsøk og metodeutvikling i kommunalt arbeid for å styrke individuell oppfølging av personer med rusmiddelproblemer, herunder utprøving av modeller for en ordning med koordinerende tillitspersoner og LAR-tiltak
- lavterskel helsetiltak og tannhelsetiltak til rusmiddelavhengige

Tilskuddsordningen inngår i Opptappingsplanen for rusfeltet. Målgruppen er unge i risikozonen og personer med langvarig og omfattende rusmiddelavhengighet og sammensatte vansker. Formålet er å fremme metodeutvikling i kommunalt rusarbeid slik at kommunene blir bedre rustet til å gi individuell og tilpasset oppfølging og til at de kan utvikle tilgjengelige, helhetlige og lokale tjenester. Kommunene må ha et mangfoldig og differensiert tilbud fordi personer med rusmiddelproblemer kan ha svært ulike behov. Betydningen av samhandling og individuell oppfølging gjennom individuell plan må vektlegges i hele tiltakskjeden. Oppfølging etter institusjons- og fengselsopphold må planlegges i god tid, slik at brukeren opplever en sømløs tiltakskjede og faren for tilbakefall reduseres.

Godt kommunalt rusarbeid krever tverretattlig samarbeid og samarbeid med frivillig sektor. Å ha god helse, en god og stabil bosituasjon og mulighet for meningsfulle aktiviteter bidrar til sosial inkludering og fremmer den enkeltes mestring. Kommunene må se innsatsen på rusområdet i sammenheng med kvalifiseringsprogrammet i NAV, boligsosialt arbeid og psykisk helsearbeid.

Foreslått styrking 2009

Tilskudd til rusarbeid i kommunene foreslås styrket med 60 mill. kroner. Tilskuddsordningen er betydelig styrket de siste årene, og for 2009 vil den totalt være på om lag 250 mill. kroner.

Økningen skal bidra til at flere kommuner omfattes av tilskuddsordningen, slik at flere personer kan motta bedre hjelp. Arbeid med unge voksne skal prioriteres. Helsedirektoratet skal

samarbeide med fylkesmannsembetene om fordelingen av tilskudd, slik at det blir en større utjevning geografisk og ressursmessig mellom ulike kommuner. Sentralt i arbeidet står styrking av individuell oppfølging, med vekt på å utvikle helhetlige rehabiliteringsforløp for brukerne, hvor kommunene samhandler med andre instanser, som NAV, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen. Kommunene må komme tidligere inn i individuell plan-arbeidet for brukere som får behandling i spesialisthelsetjenesten eller som er under tiltak i regi av kriminalomsorgen. Det vises også til at tilskuddet til LAR er foreslått økt, se kap. 732, post 70. Dette betyr at flere får LAR-behandling og vil ha behov for kommunal oppfølging.

Tilskuddene til kommunale rustiltak må ses i sammenheng med tiltak for å styrke kompetanse- og kvalitetsutvikling, se kap. 761, post 21 og post 77 samt tilskudd til frivillig rusarbeid, se kap. 761, post 70. Ideelle virksomheter og brukerorganisasjoner gjør en betydelig innsats innenfor kommunenes ansvarsområde. Helsedirektoratet vil sette i verk tiltakene i samarbeid med rusrådgivere hos fylkesmannen, og vil også samarbeide med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelproblemer og KS om oppfølgingen.

Resultatrapportering 2007/2008

Et økende antall kommuner omfattes av tilskuddsordningen. I 2007 mottok om lag 130 kommuner/bydeler tilskudd fra denne posten, for 2008 145 kommuner/bydeler, hvorav 85 nye tiltak. For 2008 utgjør tilskuddet om lag 190 mill. kroner.

Koordinerende tillitsperson

Som del av Opptappingsplanen for rusfeltet ble det i 2008 innført en prøveordning med koordinerende tillitsperson, et forsøk med bruk av tillitspersoner for koordinering av psykososialt arbeid. 23 mill. kroner er satt av til ordningen i 2008. 26 kommuner deltar hittil i forsøket. Hensikten er å bidra til at personer med rusmiddelproblemer får nødvendig bistand i hjelpeapparatet og støtte til å klare livsmestring og sosial inkludering. Dette er pilotprosjekter som skal bidra til å utvikle modeller for mer individbasert og tettere oppfølging og til at flere får utarbeidet individuell plan. Ordningen med koordinerende tillitspersoner skal også innrettes mot oppsøkende arbeid, oppfølging av LAR-deltakere og personer som har gjennomført institusjons- og fengselsopphold. Oppgaver som kan inngå er bo-oppfølging, støtte til å delta i aktiviteter, arbeid og utdanning, nettverksarbeid, psykisk og somatisk helsehjelp og bistand ved akutte kriser

og tilbakefall. Behovet for tettere oppfølging i kommunene er forsterket som følge av innføring av kvalifiseringsprogrammet i NAV. Helsedirektoratet har utarbeidet retningslinjer for forsøket, og brukerorganisasjoner og andre aktører har medvirket i denne prosessen. Ordningen skal følgeevalueres og deltakende kommuner skal få delta i et oppfølgingsopplegg i forsøksperioden

Styrking av oppfølgingstjenester

Til styrking av oppfølgingstjenester i kommunene ble det i 2007 fordelt 39,9 mill. kroner til 112 tiltak i kommunal regi innrettet mot individuell og tett oppfølging og samhandling på tvers av etater. Det er store variasjoner i prosjektene som har utgangspunkt i lokale behov. Prosjektene er rettet mot unge voksne i risikozonen, og inn mot oppfølging etter institusjons- og fengselsopphold. Metodikken bygger på samarbeid mellom brukere og sosial- og helsetjenesten og legger vekt på nettverksarbeid og bruk av individuell plan. Flere kommuner ønsker å bli omfattet av tilskuddsordningen.

Kommunalt LAR-arbeid

Til LAR-arbeid i kommunene fordelte Helsedirektoratet i 2007 46,5 mill. kroner til 46 kommuner og bydeler, som omfatter om lag 2600 LAR-pasienter. Det gis tilskudd til kommuner med mange LAR-brukere for å øke kapasiteten og heve kvaliteten på rehabiliteringstilbudet, slik at dette blir mer samordnet og helhetlig for brukeren.

For at flere kommuner får del i ordningene, og for å sikre at utviklingsprosjekter blir forankret i kommunens ledelse og tjenestetilbud, er det for nye prosjekter innført krav om kommunal delfinansiering og avgrensning av prosjektfinansiering i inntil fire år. Helsedirektoratet har satt i gang en evaluering av tilskuddsordningen til styrking av oppfølgingstjenester og LAR-arbeid, som planlegges ferdigstilt i 2010. Forhold som skal belyses er blant annet om ordningen når kommuner med de største utfordringene, og hvordan kommunene styrker arbeidet med individuell oppfølging.

Lavterskel helsetiltak

Tilskuddsordningen til lavterskel helsetiltak er styrket de siste årene. For 2008 er det fordelt 53 mill. kroner, inkludert 5 mill. kroner til tannhelsetiltak, til tiltak i 42 kommuner og bydeler. Hovedformålet med tiltakene er skadereduserende tiltak som sprøyteutdeling, sårstell, vaksinerings, tannhelsetiltak, samtale/veiledning, ernæring og videreformidling til andre tjenester. Det er stor bredde

og variasjon i tiltakene, som feltsykepleie, oppsøkende virksomhet, særskilte tilbud overfor kvinner og væresteder. De fleste tiltakene har tilknyttet legetjeneste. Flere kommuner driver tiltakene i samarbeid med frivillige organisasjoner. SINTEF Helse har på oppdrag av Helsedirektoratet evaluert ordningen. Hovedfunnet er at tilskuddsordningen har nådd målgruppen, og at tiltakene har stor betydning når brukerne er i en tung periode. Mellom 85 og 90 pst. av brukerne har problemer med allmenntilstand, psykisk og fysisk helse samt tannhelse. 80 pst. rapporterer at lavterskel helsetiltakene har ført til bedre psykisk og fysisk helse hos dem. Erfaringene er at sprøyteutdeling og matservicing er viktig for hyppig oppmøte. Lavterskel helsetiltak organisert som væresteder har høyest andel stabile brukere. Evalueringen understreker for øvrig funn fra andre rapporter om at brukerne har store udekkede behov for rehabilitering og sosial- og helsetjenester. Tiltakenes lave terskel gjør også at de blir brukt av brukere som ikke inngår i målgruppen som unge voksne med rusmiddelproblemer og LAR-pasienter.

Evalueringen viser at tannhelsetilbudet er implementert i de fleste tiltakene, og nærmere 900 personer har benyttet tilbudet i perioden 2005–2007. Det er inngått samarbeid med fylkeskommunal tannhelse, og med offentlige og private tannleger og tannpleiere. Som oppfølging av St.meld. nr. 35 (2007–2008) vil Helse- og omsorgsdepartementet sørge for at det vil bli gjennomført en evaluering av ordningen med særskilte tiltak rettet mot tannbehandling til rusmiddelavhengige i løpet av 2009 (for nærmere omtale, se kategoriomtalen under kat. 10.20).

Ordningen med tilskudd til lavterskel helsetiltak har bidratt til at deltakende kommuner har fått etablert tilbud som det har vært behov for, og at tiltakene er godt forankret i den kommunale tiltakskjeden. Lavterskel helsetiltak bidrar til at kommunene får innsikt om brukernes helsetilstand og behov. Helsedirektoratet vil følge opp funn i evalueringen overfor deltakende kommuner for å videreutvikle tilbudet. Det legges også vekt på erfaringsspredning og nettverkssamlinger mellom deltakende kommuner.

Se også omtale av tilskudd til Frelsesarmeens Gatehospital under kap. 761, post 70.

Tilskudd til lavterskel helsetiltak og tannhelsetiltak foreslås videreført.

Prøveordning med sprøyterom

Lov om sprøyterom i kommunene er en midlertidig lov som gjelder fram til 17. desember 2009. Kun Oslo har opprettet et forsøk med sprøyterom,

som ble satt i gang i februar 2005. Loven ble forlenget med to år i 2007, for å kunne innlemme funn fra evalueringen fra forsøksprosjektet i vurdering av ordningen. Departementet vil i løpet av høsten 2008 sende ut på høring et forslag om videreføring av sprøyteromsordningen.

Merknad til budsjettforslaget

Posten foreslås styrket med 60 mill. kroner til kommunale rustiltak med vekt på individuell oppfølging og samhandling og slik at nye kommuner omfattes av tilskuddsordningen.

Post 66 Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse

Tilskuddet går til dekning av utgifter til opplæring av arbeidsleder og assistent, til utlysning og ansettelsesprosedyrer og oppfølging. Tilskuddet dekker ikke kommunenes utgifter til tjenestetilbudet, men skal stimulere til at nye brukere får tjenestetilbudet.

I 2008 er tilskuddet fordelt på kommuner i alle fylker for 1228 brukere i 271 kommuner. Det er 25 flere brukere i forhold til 2007.

Post 67 Tilskudd til særskilte utviklingstiltak

Kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Tilskudd til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt skal styrke tilbudet og bidra til kompetanseutvikling i landets kommuner. Tilskuddsordningen skal prioritere prosjekter som sikrer god fagutvikling, kompetanseheving og har nasjonal overføringsverdi. Aktiviteten skal ses i sammenheng med tiltak i undervisningssykehjemmene, i samhandling med regionale kompetansesentra for lindrende behandling i spesialisthelsetjenesten, og på bakgrunn av Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen

Tilskuddet skal i 2009 gå til ulike kompetansehevede tiltak på området og prosjektene vil i større grad enn tidligere knyttes til aktiviteter i undervisningssykehjemmene. Tiltaket inngår i kompetanse- og rekrutteringsplanen Kompetanseløftet 2015.

Undervisningssykehjem

Undervisningssykehjem er et tiltak under kompetanse- og rekrutteringsplanen Kompetanseløftet 2015.

Undervisningssykehjemmene skal bidra til økt kvalitet i omsorgstjenestene ved å fokusere på forskning, fagutvikling og kompetanseheving gjennom

prosjekter i eget sykehjem og/eller i samarbeid med sykehjem i andre kommuner. Erfaringene fra det enkelte undervisningssykehjem skal spres gjennom etablering av nettverk og prosjektene skal ha nasjonal overføringsverdi. Undervisningssykehjemmene skal etablere samarbeidsavtaler med kommune/ sykehjem, høgskole og universitet.

Evalueringen av undervisningssykehjemmene viser at tiltaket har vært vellykket når det gjelder å rekruttere og beholde personell. Det er etablert et samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for aldring og helse, FoU-senteret for omsorgsforskning på Gjøvik, samt andre forskningsmiljø i landet med kompetanse når det gjelder omsorgstjenesten. Nettsiden for landets undervisningssykehjem bidrar til kompetansespredning og vil videreutvikles i 2009.

Det er i dag seks hovedundervisningssykehjem og fjorten satellitter som mottar statlig tilskudd. Det ble etablert tre nye satellitter i 2008 og med det er målsettingen om undervisningssykehjem i alle fylker oppfylt.

Tre av hovedundervisningssykehjemmene er etablert som Demensfyrtårn, og har en viktig rolle i forhold til forskning og utviklingstiltak i Demensplanen.

For 2009 er det et mål at hovedundervisningssykehjemmet i Karasjøk blir et hovedundervisningssykehjem for den samiske befolkningen. Dette betinger ny satellitt i Finnmark fylke. Videre skal det legges vekt på økt samhandling, og videreutvikling av eksisterende nettverk i samarbeid med de palliative sentrene.

Antallet yngre brukere (under 67 år) av hjemmetjenesten er fordoblet på 10 år, og utgjør nå 1/3 av de som mottar hjemmetjenester. Dette krever ny kunnskap om organisering og bemanning, og styrket faglig kompetanse. Det foreslås derfor at det i 2009 etableres undervisningshjemmetjenester etter modell av undervisningssykehjem. Det vises til nærmere beskrivelse i innledningen til kategori 10.60.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås å styrke posten med til sammen 15 mill. kroner i 2009.

Post 70 Frivillig rusarbeid mv.

Bevilgningen går til følgende formål:

- oppfølging, omsorg og rehabilitering i regi av frivillige organisasjoner og private virksomheter med ideelt formål
- selvhjelps- og interessegrupper og pårørende-arbeid

- tiltak for prostituerte
- Gatehospitalet i Oslo

Bevilgningen støtter opp om innsatsen som utføres av frivillige og ideelle virksomheter overfor rusmiddelavhengige, som gjør en betydelig innsats overfor vanskeligstilte og utgjør et supplement til kommunale tjenester. Det ytes støtte til omsorgs- og døgnbaserte tjenester, individrettet bistand, møtesteder, gatenære tiltak, kvalifiserings- og nettverksarbeid. Det gis også støtte til brukerorganisasjoner og pårørendearbeid. I tråd med målene for opptrappingsplanen for rusfeltet skal brukermidvirkning styrkes og tiltakene skal i større grad fremme egen mestring og læring. Posten er betydelig styrket de siste årene. Regelverk for tilskuddsordningen skal sikre at mottakerne har et samarbeid med kommunen, har service-erklæring og system for brukermidvirkning. I tilskuddsforvaltningen legges det vekt på at virksomhetene har internkontrollsystem og økonomistyring i samsvar med regelverket. Det må sikres at også frivillige og ideelle virksomheter omfattes av arbeidet med å gi brukerne et helhetlig tjenestetilbud og individuell plan, hvor nærhet, kvalitet og samhandling inngår.

I 2007 og for 2008 er det fordelt om lag 120 mill. kroner til 83 forskjellige virksomheter.

Det er behov for å få systematisert dokumentasjon og kartlegging av den omfattende innsatsen som ytes av frivillige og ideelle virksomheter innen rusfeltet. Helsedirektoratet forestår en omfattende evaluering av tilskuddsordningen, som skal ferdigstilles på slutten av 2009. Evalueringen vil være en del av grunnlaget for å forbedre og målrette tilskuddsordningen, slik at innsatsen til frivillige og ideelle virksomheter inngår i arbeidet for å heve kvaliteten i rusfeltet og styrke samhandling slik at brukerne opplever et enhetlig hjelpeapparat. Det er satt av midler til evalueringen over kap. 761, post 21.

Gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet skal samarbeidet mellom frivillig og offentlig sektor styrkes og videreutvikles. Samarbeidet med frivillige og ideelle virksomheter og organisasjoner som representerer brukere og pårørende inngår i en rekke av tiltakene i Opptrappingsplanen. Det vises blant annet til forslag over kap. 761, post 21 for å styrke kompetanseheving, arbeidet med samhandling, samarbeid med frivillig sektor og pårørendeperspektivet.

Gatehospitalet

Det foreslås: videreføre og styrke tilbudet ved Frelsesarmeens Gatehospital etter prosjektperioden 2005–2008. Høsten 2008 utvides tilbudet med en

avdeling med tilbud til kvinner for å ivareta deres særskilte behov i en sårbar fase. Total kapasitet økes til 18 plasser. Tilskuddet til Gatehospitalet foreslås styrket med 8 mill. kroner for å utvide kapasiteten.

Post 71 Tilskudd til frivillig arbeid

Formålet med bevilgningen er å fremme visse organisasjoners særskilte informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid mv.

For 2007 ble det gitt tilskudd til følgende organisasjoner til informasjon og kontaktskapende arbeid:

- Telefonkontakt
- Kirkens SOS i Norge
- Frelsesarmeens telefon- og besøkstjeneste
- Frelsesarmeens ettersøkelserarbeid
- Norsk helse- og sosialforum
- Demenslinjen, Nasjonalforeningen for folkehelses kontakttelen for pårørende til demente
- Informasjonstelefonen for tinnitus og morbus meniere (T/M-linjen).
- Trastad samlinger.

Helsedirektoratet følger virksomhetene gjennom årsmeldinger og regnskap.

Merknad til budsjettforslaget

Tilskuddet på 0,8 mill. kroner til Trastad samlinger foreslås flyttet til Kultur- og kirke departementets kap. 328, post 70.

Post 72 Tilskudd til Landsbystiftelsen

Landsbystiftelsen eier og driver landsbyer (også kalt Camphill-landsbyer) som fram til 1986 var en del av helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Fra og med 1987 ble landsbyene administrativt forankret i regelverket knyttet til sykehus, og kom inn under tilskuddsordningen fra folketrygden sammen med andre spesielle helseinstitusjoner. Fra og med 2002 ble tilskuddet til Landsbystiftelsen gitt gjennom egen bevilgning på statsbudsjettet. Landsbystiftelsens institusjoner ble tidligere regulert i egen forskrift med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven. Forskriften ble opphevet med virkning fra 1. januar 2006. Landsbystiftelsen, som er inspirert av antroposofien, tilbyr et helhetlig bo- og arbeidsfellesskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov. Tilbudet omfatter personer med psykisk utviklingshemming og en del personer med rusmiddelproblemer.

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 Landsbystiftelsen som fordeler midlene til institusjonene. Helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap, og følger opp arbeidet med fastlegging av beleggskrav i forhold til antall og type plasser.

Post 73 Tilskudd til døvblinde og døve

Bevilgningen går som tilskudd til Stiftelsen Conrad Svendsen Senter (CSS), som er et bo-, omsorgs-, behandlings- og rehabiliteringstilbud der avansert tegnspråk og et sosialt utviklende miljø er grunnlaget. Brukerne er voksne døve og døvblinde med ulike tilleggsvansker av medisinsk og psykologisk kompleksitet og med en svært ulik språkforståelse.

De siste årene er det gitt tilskudd til drift av en spesialisert fagavdeling ved senteret. Avdelingen utreder og behandler brukerne, gir veiledning til det øvrige personalet og veiledning til personell og brukere fra andre deler av landet.

Post 75 Kompetansetiltak

Bevilgningen ble i 2008 nyttet til:

- Tiltak for mennesker med sjeldne medisinske tilstander som ikke har et kompetansesentertilbud, styrking av syndromdiagnostikk og utvikling av ny kunnskap om forekomst og levekår for gruppene.
- Tilskudd til Nasjonalt senter for telemedisin (NST) for IKT-basert undervisning, veiledning og faglig nettverksbygging rettet mot ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Bistand til nasjonale kompetansemiljøer med å utvikle og gjennomføre ulike nettbaserte utdanningstilbud.

Styrking av syndromdiagnostikk skjer bl.a. i samarbeid med internasjonale fagmiljøer. Det pågår utviklingsprosjekt for å få datagrunnlag for forekomst av enkelte sjeldne tilstander og gruppens levekår. Informasjon om diagnoser uten kompetansesentertilbud i Norge er økt bl.a. gjennom nordisk og europeisk samarbeid. Helsedirektoratets servicetelefon for sjeldne tilstander mottar henvendelser fra personer med sjeldne tilstander, pårørende og fagpersoner fra hele landet og bidrar med informasjon og henviser videre til aktuelle fagmiljøer. Det er startet et arbeid for å tilrettelegge

informasjon for minoritetspråklige. Det er mottatt henvendelser om vel 700 sjeldne medisinske tilstander som ikke har et kompetansesentertilbud i Norge. Flere av disse vil ha behov for et nasjonalt tilbud. Bevilgningen foreslås videreført i 2009 til tiltak for mennesker med sjeldne medisinske tilstander, styrking av syndromdiagnostikk, kompetanseutviklingsarbeid og informasjon.

NST har bistått nasjonale og regionale kompetansemiljøer samt enkeltkommuner med bruk av IKT-verktøy i undervisning og kompetanseutvikling. Tjenestene omfatter tilrettelegging av videokonferanseforelesninger og nettbaserte kurs/videoreutdanninger, samt etablering og drifting av virtuelle fagnettverk og hjemmesider.

Aktivitetene i 2007 har i hovedsak vært rettet mot ansatte i pleie- og omsorgstjenesten, men også i noen grad mot personell i spesialisthelsetjenesten.

Tilskuddet til NST trappes ned over en toårsperiode og tildeles nasjonale kompetansemiljø som har behov for styrking av IKT-basert undervisning, veiledning, samt faglig nettverksbygging rettet mot ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.

Tilbud til personer som er rammet av Huntingtons sykdom

Helsedirektoratet fikk i 2008 oppdrag å vurdere en hensiktsmessig organisering av et mer omfattende kompetansesentertilbud enn det som finnes ved Senter for sjeldne diagnoser, Rikshospitalet HF. Arbeidet er påbegynt men ikke slutført. Huntingtons sykdom (HS) er en familiesykdom og nytt senter må ha fokus på de ulike aspekter ved sykdommen for pasient, ektefelle/partner og barn/unge med risiko for å utvikle HS.

Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp utredningen i løpet av 2009 på egnet måte.

Post 76 Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserød alders- og sykehjem for adventister og Jødisk Bo- og Seniorsenter, og dermed 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

- midlene skal nyttes for plass til personer som ut fra kommunens egne behovsvurderinger har behov for tilbud i aldersinstitusjon
- 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 i forhold til medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved institusjonen. Dette kan være tilbud om dagplass, korttidsplass og hjemmebesøk mv.

Departementet viderefører samme prinsipp for forholdsmessig fordeling av midlene mellom de to institusjonene. Helsedirektoratet følger institusjonenes bruk av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap. For disse institusjonene gjelder for øvrig de finansieringsordninger som ellers gjelder for sykehjem.

Post 77 Kompetansesentra mv.

Bevilgningen går til:

- regionale kompetansesentre for rusmiddel-spørsmål
- ledelses-, kunnskaps- og organisasjonsutvikling, herunder tilskudd til modellutvikling, «Flink med folk i første rekke» og høgskole- og universitetssosialkontor
- tiltak innen fengsels, prostitusjon og menneskehandel

Regionale kompetansesentre for rusmiddelsspørsmål

De regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål har tre hovedoppgaver:

- stimulere til utvikling av forebyggende tiltak i kommunene
- kompetanseutvikling i kommunene og spesialisthelsetjenesten
- utvikle nasjonale spisskompetanseområder

De viktigste brukerne av sentrenes tjenester er ansatte i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Sentrene har en sentral rolle i arbeidet med samordning av lokale forebyggingstiltak. Arbeidet med å bistå kommunene i å lage helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner er prioritert. Det er etablert en interaktiv rådgivningstjeneste til støtte i arbeidet – www.kommunetorget.no som driftes av nordnorsk kompetansesenter-rus. Det er satt i gang en rekke forsøks- og utviklingsprosjekter knyttet til arbeidet med tidlig intervensjon og høyrisikogrupper, blant annet overfor gravide for å hindre alkoholskader hos fostre og barn.

Sentrene samarbeider med fylkesmannsembetene og de regionale helseforetak i arbeidet med kompetanseutvikling for medarbeidere i kommunene og i spesialisthelsetjenesten og somatisk helsetjeneste.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelsspørsmål har en viktig rolle som medspiller i opptrappingsplanen for rusfeltet, hvor satsing på kompetanse og kvalitet står sentralt. Sentrene skal ha fokus på de store behovene i kommunene og behovet for å styrke samhandlingen mellom de ulike tjenestenivåer og mellom ulike etater. Samarbeidet med høgskolene, høgskole- og universitetssosialkontor, Rusmiddelforskningssenteret ved Universitetet i Oslo og andre kompetansemiljøer skal styrkes. Videreutvikling av sentrene skjer innenfor den eksisterende struktur.

Ledelses- og organisasjonsutvikling innen kommunale rustjenester, herunder høgskole- og universitetssosialkontor

Som del av satsingen på kompetanse- og kvalitetsutvikling i Opptrappingsplanen for rusfeltet, videreføres tilskudd til samarbeid mellom Helsedirektoratet og KS til prosjekter for å prøve ut virkningsfulle modeller for organisering av tjenester, samt til ledelsesutviklingsprosjektet Flink med folk i første rekke. Prosjektene skal ses i sammenheng med behovet for å styrke samhandling innen og mellom tjenestene, og å fremme brukerperspektiv og brukermedvirkning innen tjenestene, jf. tiltak på kap. 761, post 21 og kap. 761, post 63.

På oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ble det i 2006 satt i gang et femårig forsøk med Høgskole- og universitetssosialkontor (Husk) for å utvikle samarbeidsformer mellom praksis, utdanning, forskning og brukere i sosialtjenesten. Hensikten er å styrke kunnskapsbasert praksis og praksisbasert forskning. Forsøket skal omfatte bredden i oppgavene i sosialkontortjenesten med vekt på forvaltning av økonomisk sosialhjelp, arbeidsrettede tiltak og rehabiliteringsoppgaver og veiledning overfor personer med helsemessige og sosiale problemer. Forsøket skal ses i sammenheng med nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, og satsingen på kompetansehevede tiltak ny arbeids- og velferdsforvaltning. Arbeids- og velferdsdirektoratet har ansvaret for gjennomføring av tiltaket.

Det er etablert fire prosjekter hvor høgskolen i Agder, Universitetet i Stavanger, Universitetet i Oslo og Høgskolen i Oslo og Diakonhjemmets sosialhøgskole samarbeider med 32 kommuner. Brukere er sentrale i alle delprosjektene. Det leg-

ges vekt på erfaringsformidling. Det er satt i gang evaluering av forsøket. Det vises for øvrig til omtale under kap. 621, post 63 i St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Tiltak innen fengsel, prostitusjon og menneskehandel

Fengsels- og prostitusjonsprosjektene mottok i 2008 et samlet tilskudd på 9 mill. kroner. Tilskuddsordningens formål er å følge opp brukere i fengsels- og prostitusjonstiltak herunder ofre / mulige ofre for menneskehandel.

Tilskudd til blant annet Bredtvedt fengsel og Stifinnerprosjektet, Tyrilistiftelsen til rehabiliteringsarbeid for innsatte med rusmiddelproblemer, videreføres, se også tilskudd til fengselstiltak på kap. 726, post 70.

Tilskudd til Oslo kommunes nasjonale kompetansesenter for prostitusjon, Pro-senteret videreføres. Tilskuddene må ses i sammenheng med regjeringens handlingsplan mot menneskehandel (2006–2009). Dette arbeidet må målrettes inn mot oppsøkende virksomhet i prostitusjonsmiljøene, økt innsats for å stimulere til selvhjelp og egen organisering, samt styrke tilbudet om helsehjelp samt sosiale tiltak.

Regjeringen utarbeidet i 2006 en ny handlingsplan mot menneskehandel (2006–2009) for å styrke innsatsen på området. Arbeidet koordineres av Justisdepartementet. Hovedmålgruppen er kvinner og mindreårige utnyttet i prostitusjon eller andre seksuelle formål. Det er etablert en koordineringsenhet mot menneskehandel (Kom) som består av representanter fra alle relevante statlige etater. Å ta vare på ofrene er en hovedmålsetting i handlingsplanen. Tilgang på helsetjenester er grunnleggende for en helhetlig oppfølging. Arbeidet med å styrke helsetjenestene til antatte ofre for menneskehandel er videreført og styrket gjennom handlingsplanen. Arbeidet vil framover blant annet

legge vekt på å gi ofrene for menneskehandel forutsigbare og trygge sosial- og helsetjenester.

Regjeringen la i april 2008 fram et lovforslag om å kriminalisere kjøp av seksuelle tjenester, jf. Ot.prp. nr. 48 (2007–2008). I lovproposisjonen er det understreket at forslaget om kriminalisering må ses i sammenheng med andre tiltak, særlig rettet mot menneskehandel. Videre at tiltakene i regjeringens handlingsplan mot menneskehandel (2006–2009) og hjelpetiltak rettet mot dem som allerede er i prostitusjon, vil bli særlig fulgt opp.

Erfaringer fra Oslo kommunenes nasjonale kompetansesenter for prostitusjon (Pro-senteret), Albertine, Kirkens bymisjon i Stavanger og Stavanger kommune, Bergen kommune, Kirkens bymisjon Nadheim og prostituertes interesseorganisasjon – Pion viser at satsing på lavterskel helsetilbud supplert av gode oppsøkende tjenester med bruk av kulturformidlere er viktig. Det har i 2007–2008 vært en økning i antallet ofre for menneskehandel (personer under ordningen med refleksjonsperiode). Erfaringer fra de overnevnte tiltakene viser at det har vært en økt bruk av helse-tilbudet i denne gruppen.

I 2008 ble det gitt om lag 6 mill. kroner til helse-rettete tiltak i forbindelse med prostitusjon og menneskehandel. Dette vil bli videreført i 2009. Tilskudd til oppfølging av handlingsplanen og prostitusjonsrelaterte tiltak finansieres også over kap. 719 post, 70 og post 71, kap. 743, post 73 og kap. 761, post 63.

Merknad til budsjettforslaget

Tilskuddet på 2,9 mill. kroner til Stifinnerprosjektet foreslås flyttet til kap. 726, post 70

For øvrig foreslås bevilgningen over posten satt ned 0,5 mill. kroner.

Post 79 Andre tilskudd

Det vises til omtale under post 21.

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. Folketrygdens ansvar omfatter i hovedsak stønad ved helsetjenester utenfor institusjon. Pleietjenester og forebyggende tjenester finansieres i utgangspunktet ikke av folketrygden.

Kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten og de regionale helseforetakene for spesialisthelsetjenesten. Fylkeskommunen har ansvar for tannhelsetjenesten. Foruten det ansvarlige forvaltningsnivåets egenfinansiering av tjenestene, bidrar folketrygden og pasientene til finansiering av en del tjenester gjennom refusjoner og egenandeler. Refusjonstakstene for lege-, fysioterapi- og psykologtjenester blir fastsatt i de årlige takstoppjørene. Fra 1. januar 2009 overtar Helse- og omsorgsdepartementet ansvaret for takstforhandlingene fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

I spesialisthelsetjenesten omfatter folketrygdens finansieringsansvar bl.a. private laboratorier og røntgeninstitut, praktiserende legespesialister og spesialister i klinisk psykologi. I kommunehelsetjenesten omfatter finansieringsansvaret bl.a. allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten.

Enkelte tjenester finansieres fullt ut av folketrygden og pasientene. Det gjelder bl.a. legemidler og sykepleieartikler på blå resept.

Folketrygden kan også gi bidrag til dekning av utgifter til visse helsetjenester når utgiftene ellers ikke dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Det gjelder bl.a. legemidler på hvit resept.

Egenandeler

For 2009 foreslås det at egenandeler, samt egenandelstak 1 og 2, justeres med om lag 2,5 pst. Forslaget innebærer at beløpsgrensen for frikort for egenandelstak 1 heves fra 1740 kroner til 1780 kroner fra 1.1.2009. Samtidig heves egenandelstak 2 fra 2500 kroner til 2560 kroner.

Forslaget innebærer at egenandel på legehjelp, poliklinikker, fysioterapi og psykologhjelp økes med om lag 5,0 pst. fra 1. juli 2009. Dette har sammenheng med at disse egenandelene endres i forbin-

delse med takstforhandlingene på våren. Økningen fra 1. juli 2009 tilsvarer om lag 2,5 pst. i helårseffekt.

For øvrige helsetjenester øker egenandelene med om lag 2,5 pst. fra 1. januar 2009. Dette omfatter blant annet egenandel på medisiner på blå resept og reiseutgifter for pasienter.

Økt kommunalt finansieringsansvar for fysioterapitjeneste

For å gi større samsvar mellom oppgaveansvar og finansieringsansvar for den avtalebaserte fysioterapitjenesten ønsker regjeringen å øke kommunenes finansieringsansvar. Dette vil si at de kommunale driftstilskuddene sin andel av fysioterapeutenes samlede omsetning bør økes til minst 40 pst. Dette medfører en nedjustering av refusjonstakstene. Det tas sikte på å overføre midler fra refusjonstakstene til rammetilskuddet til kommunene som varslet i kommuneproposisjonen for 2009. Endringen vil være tema i takstforhandlingene våren 2009, med iverksetting fra 1. juli 2009. Departementet vil nedsette en arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til endringer i honorartakster som en konsekvens av endringer i driftstilskudd.

Driftstilskudd til privatpraktiserende fysioterapeuter skal utbetales forholdsmessig etter fysioterapeutenes avtalte arbeidstid. I forhandlingene våren 2008 mellom Norsk Fysioterapiforbund, staten og KS ble det avtalt at den nedre grense for inngåelse av nye driftsavtaler med fysioterapeuter i privat praksis fra og med 1. juli 2008 settes opp, fra 1/5 til 2/5 av et fullt årsverk med mindre særlige forhold foreligger.

Legemidler

I henhold til de refusjonspolitiske mål, jf. Ot.prp. nr. 29 (1998–1999) og Innst. O. nr. 52 (1999–2000), skal staten refundere utgifter til legemidler som gir sikker helsegevinst for pasienten og der effekten står i et rimelig forhold til kostnadene. St.meld. nr. 18 (2004–2005), Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk, angir ulike tiltak som kan bidra til å oppnå en målrettet refusjonsordning. Kontroll av legenes forskrivning på blå resept, innføring av elektroniske resepter og tiltak som kan bidra til å effektiv-

sere arbeidet med søknader om individuell refusjon er noen av områdene Arbeids- og velferdsetaten (NAV) har arbeidet med, og dette er oppgaver Helsedirektoratet overtar fra 1. januar 2009.

Arbeids- og velferdsetaten har foretatt kontroller av legenes forskrivning i flere år, jf. omtale under kap. 2751, post 70. Dette er ett av flere tiltak som kan bedre legenes kunnskap om og etterlevelse av refusjonsvilkårene for blå resept.

Helsedirektoratet leder gjennomføringen av tiltaket med innføring av elektroniske resepter (e-resept). Hensikten er blant annet å oppnå effektiv og sikker overføring av reseptinformasjon fra lege til apotek, og å kvalitetssikre legens forskrivning ved å innføre forskrivningsstøtte. NAVs del av e-reseptløsningen omfatter et nytt system for kontroll og oppgjør med apotek og bandasjister for legemidler og andre artikler som refunderes på blå resept. Etaten vil motta krav om oppgjør elektronisk fra apotekene og bandasjistene, og de elektroniske reseptene vil være vedlagt refusjonskravene. Oppgjørene vil deretter bli kjørt gjennom en automatisert kontroll. I tillegg skal NAV utvikle bedre systemstøtte for kontroll av legers forskrivning på blå resept, og en løsning for å kunne motta individuelle søknader om refusjon i elektronisk form fra legen.

I 2008 ble det satt i gang et prosjekt for å utarbeide et forslag til nytt system for refusjon av utgifter til legemidler etter individuell søknad innenfor blåreseptordningen. Prosjektet skal ferdigstilles i 2009.

NAV behandler i dag søknader om individuell refusjon etter folketrygdloven § 5-14 (blåreseptordningen) og § 5-22 (bidragsordningen). Totalt antall søknader var både i 2006 og 2007 om lag 150 000.

Helserefusjonsreformen

Fra og med 1. januar 2009 flyttes forvaltningsansvaret for helserefusjoner fra NAV til Helsedirektoratet. Helserefusjoner omfatter bl.a. refusjon for legemidler og for utgifter til behandling i poliklinikk og hos lege, psykolog, tannlege, fysioterapeut, laboratorier og røntgeninstitutter. I tillegg kommer forvaltning av frikort for enkeltpersoner. Området skal gjennomgå både en forvaltningsreform og en digital reform som skal bidra til bedre og mer effektive offentlige tjenester for brukerne. En ny organisering av helserefusjoner har som mål å styrke både helseforvaltningen og arbeids- og velferdsforvaltningen. Arbeids- og velferdsetaten kan rette innsatsen mot å få flere i arbeid og aktivi-

tet. En egen helserefusjonsforvaltning kan sette fokus på forenkling av tjenestene for brukerne, samt å styrke kontroll- og styringssystemene. Tjenestene med refusjon skal etter noen år kunne utføres fullt ut elektronisk. Dette er i tråd med regjeringens mål for fornying av offentlig sektor. Se også omtale under kap. 720 Helsedirektoratet, post 01.

Elektronisk løsning behandleroppgjør

Trygdeetaten etablerte i 2005 en ny standardløsning som støtter elektronisk innsending, mottak, kontroll og saksbehandling av refusjonskrav fra behandlere gjennom prosjektet Elektronisk løsning behandleroppgjør. Den nye løsningen benytter PKI (Public Key Infrastructure), og refusjonskrav kan sendes til NAV via Norsk helsenett og internett. Standardløsningen ble innført for oppgjør med leger og helsestasjoner i 2005. I løpet av 2006 ble løsningen tilpasset for mottak av refusjonskrav fra poliklinikker, private laboratorier og røntgeninstitutt og fysioterapeuter. Refusjonskrav fra kiropraktorer og psykologer ble innfaset i 2007. I løpet av første halvår 2008 ble løsningen tilpasset for krav på tannhelseområdet. Apotek og bandasjister innfases i forbindelse med innføring av elektroniske resepter.

Det nye kontrollsystemet foretar logiske kontroller basert på regler og informasjon fra ulike elektroniske registre. Saksbehandlerens tid frigjøres til analytisk kontrollarbeid basert på risikoanalyser. I tillegg til automatisk avvisning av regninger vil den elektroniske kontrollen fange opp og melde fra om avvik som bør/må ses nærmere på av saksbehandler. Systemet gir også bedre grunnlag for å foreta datauttrekk som kan benyttes til analyser.

Prosjektet Elektronisk løsning behandleroppgjør er et ledd i en helhetlig IKT-strategi for helserefusjonsområdet. Løsningen vil bidra til at forvaltningen av helserefusjoner blir digitalisert i løpet av de nærmeste årene. Det arbeides også med å utvikle en elektronisk frikortløsning, som innebærer at enkeltpersoner ikke lenger trenger å sette fram krav om frikort overfor NAV. Frikortet vil sendes automatisk per post når egenandelstaket er nådd. Løsningen forutsetter innhenting og utveksling av egenandels- og frikortopplysninger mellom etaten og behandlere/tjenesteytere. Det er planlagt en forsøksordning i et geografisk avgrenset område i 2009. Det vises for øvrig til omtale under kap. 720, post 01.

Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
2711	Spesialisthelsetjenester mv.	2 563 831	2 665 500	3 135 100	17,6
	Sum kategori 30.10	2 563 831	2 665 500	3 135 100	17,6

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
70-89	Andre overføringer	2 563 831	2 665 500	3 135 100	17,6
	Sum kategori 30.10	2 563 831	2 665 500	3 135 100	17,6

Kap. 2711 Spesialisthelsetjenester mv.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
70	Refusjon spesialisthjelp	1 050 767	1 065 000	1 264 100
71	Refusjon psykologhjelp	159 201	167 000	182 000
72	Refusjon tannlegehjelp	854 497	1 035 000	1 320 000
76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	499 366	398 500	369 000
	Sum kap. 2711	2 563 831	2 665 500	3 135 100

Post 70 Refusjon spesialisthjelp

Folketrygden dekker utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende legespesialister som har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. 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.

De regionale helseforetakene har ansvar for å gi befolkningen i helseregionen tilbud om nødvendig undersøkelse og behandling hos legespesialist. Tjenestene finansieres ved driftstilskudd fra foretakene, stykkprisrefusjoner 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

- ved skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade
- ved behandling av barn under 12 år og ved psykoterapeutisk behandling av barn og ungdom under 18 år
- ved undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Det er et vilkår for refusjon fra trygden at legespesialisten har avtale om driftstilskudd med regionalt helseforetak. Enkelte unntak fra dette framgår 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.

Resultatrapport

Tabell 5.24 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende spesialister 2006 og 2007

	(i mill. kroner)		
	2006	2007	Endring i pst.
Spesialister med avtale	996,0	1 037,3	4,1
Spesialister uten avtale	14,6	13,5	-7,7
Sum kap. 2711, post 70	1 010,6	1 050,8	4,0

Tabell 5.25 Utgifter og aktivitetsvekst privatpraktiserende spesialister 2006–2009

	(i mill. kr)			
	Regnskap 2006	Regnskap 2007	Revidert budsjett 2008	Budsjett 2009
Sum kap. 2711, post 70	1 010,6	1 050,8	1 125,0	1 264,1
Volumvekst (anslag)		2 pst.	4–5 pst.	4 pst.

Utgiftsvekst kan skyldes flere faktorer: For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjoner og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres - for eksempel gjennom flere konsultasjoner. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres - som for eksempel ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumendring er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjoner og egenandeler.

De regnskapsførte utgiftene på post 70 økte nominelt fra 1011 mill. kroner i 2006 til 1051 mill. kroner i 2007. Utgiftsveksten i 2007 skyldes en antatt volumvekst på om lag 2 pst., samt økte refusjoner til privatpraktiserende spesialister som følge av de årlige takstforhandlingene om normaltariffen for leger.

Utgiftsveksten i 2008 skyldes en antatt volumvekst på om lag 4-5 pst. og virkningen av takstoppgjøret våren 2008. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 66 (2007-2008) ble posten økt med 60 mill. kroner. Dette tilsvarer halvårsvirkning av takstoppgjøret.

Basert på veksten i tidligere år, anslås det for 2009 en volumvekst på 4 pst. blant privatpraktise-

rende spesialister med driftsavtale. I tillegg er halvårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2008 innarbeidet.

Utfordringer og hovedprioriteringer

Sommeren 2008 avsluttet Helse- og omsorgsdepartementet høring om henvisningsadgang for optikere til øyelege. Departementet vil i løpet av høsten 2008 vurdere hvorvidt optiker skal få slik henvisningsadgang.

Når det gjelder psykologers og tannlegers henvisningsadgang, vil departementet komme tilbake til dette.

Budsjettforslag 2009

Trygderefusjoner på 0,9 mill. kroner til psykiatere ved studentsamskipnadene er overført til de regionale helseforetakenes basisrammer kap. 732, post 72–74.

Egenandelene for legehjelp foreslås økt med om lag 5 pst. fra 1. juli 2009. Økningen fra 1. juli 2009 tilsvarer om lag 2,5 pst. i helårseffekt.

Post 71 Refusjon psykologhjelp

Utgifter til psykologhjelp hos privatpraktiserende spesialist i klinisk psykologi dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven § 5-7. Med visse unntak er det et vilkår for refusjon at psykologen har driftsavtale med regionalt helseforetak. Det er også et vilkår at pasienten er henvist fra lege eller fra leder ved barnevernsadministrasjon. Dette gjel-

der 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.

Resultatrapport

Tabell 5.26 Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer i 2006 og 2007:

	(i mill. kroner)		
	2006	2007	Endring i pst.
Psykologer med avtale	148,9	150,8	1,3
Psykologer uten avtale	7,4	7,1	-4,2
Avsetning til fond	1,3	1,3	0,0
Sum kap. 2711, post 71	157,5	159,2	1,1

Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 66 (2007–2008) ble bevilgningen satt opp 10 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2008 som følge av takstoppgjøret for leger per 1. juli 2008.

Folketrygden gir full refusjon etter fastsatte takster ved behandling hos tannlege for yrkesskade som går inn under folketrygdloven kap. 13.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2009

Helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2008 er innarbeidet.

Trygderefusjoner på 2 mill. kroner til psykologer ved studentsamskipnadene er overført til de regionale helseforetakenes basisrammer kap 732, post 72–74.

Egenandelene for psykologhjelp foreslås økt med om lag 5 pst. fra 1. juli 2009. Økningen fra 1. juli 2009 tilsvarer om lag 2,5 pst. i helårseffekt.

Post 72 Refusjon tannlegehjelp

Utgifter til tannlegehjelp dekkes etter forskrift gitt i medhold av folketrygdloven § 5-6.

Folketrygden yter stønad til undersøkelse og behandling som utføres av tannlege ved angitte diagnoser. Dette gjelder blant annet sjeldne medisinske tilstander, sykdommer og anomalier i munn og kjeve, periodontitt, rehabilitering av tannsett i de tilfeller tenner er tapt som følge av periodontitt, bittanomalier og tannutviklingsforstyrrelser. Enkelte refusjonsberettigede behandlinger inngår i egenandelstak 2-ordningen, jf. kap. 2752 post 71. I familier med to eller flere søsken med behov for kjeveortopedi, økes den prosentvise refusjonen fra og med det andre barnet (søskenmoderasjon).

Resultatrapport

Utgiftene til tannlegehjelp var 854,5 mill. kroner i 2007, en økning på 15 pst. fra året før. Av dette utgjør kjeveortopedi 383,3 mill. kroner.

Utfordringer og hovedprioriteringer

Ordningen med bidrag til tannbehandling for visse pasientgrupper etter folketrygdloven § 5-22 ble erstattet av refusjon etter § 5-6 fra 1. januar 2008. I denne forbindelse ble 120 mill. kroner overført fra kap. 2790, post 70 Bidrag, lokalt. Utgiftsveksten har vært stor de siste årene, og ser ut til å ha økt ytterligere etter at nytt regelverk trådte i kraft 1. januar 2008. Ut fra regnskapsførte utgifter i første halvår 2008 anslås det at utgiftene på dette området vil komme opp i 190 mill. kroner i 2008.

Reglene for refusjon av utgifter til tannbehandling er endret i 2008. Endringene har bidratt til å forenkle systemet for refusjon av tannlegeutgifter. Som et bidrag til den videre utvikling av regelverket, er det foretatt en gjennomgang av stønadsordningen for rehabilitering ved tanntap som følge av marginal periodontitt og kjeveortopedi. Dessuten er virkningen av de gjennomførte endringene evaluert. Regelverk og takster vil bli ytterligere justert 1. januar 2009. Siktemålet med endringene er å

rette stønaden inn mot grupper med størst behov for behandling.

Som ledd i moderniseringen av forvaltningen av helserefusjonsområdet legger Arbeids- og velferdsdirektoratet opp til at alle yrkesutøvere som praktiserer med trygderefusjon, etablerer elektronisk direkteoppgjør. Per 1. april 2008 har 1907 tannleger inngått avtale om direkte oppgjør. Tannlegene får da refusjon direkte fra trygden, og pasientenes utlegg reduseres. Tidligere måtte pasientene legge ut hele behandlingskostnaden, som i mange tilfeller kunne være høy. Flere valgte å avstå fra behandling som følge av dette. Dette underforbruket reduseres nå og gir utslag i økte refusjonsutgifter.

NAV har tilrettelagt og implementert elektronisk løsning for innsending av oppgjør, kontroll og utbetaling. Systemet tas i bruk i annet halvår 2008, og vil også gi bedre muligheter for takstbrukstatistikk.

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 at det dreier seg om nødvendig undersøkelse eller behandling på grunn av sykdom eller mistanke om sykdom. Stønad til labora-

torier ytes etter fastsatte takster. Til røntgeninstitutt ytes refusjon etter fastsatte regler.

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 eventuelle volumbegrensninger som er nedfelt i avtalene mellom regionale helseforetak og det enkelte laboratorium og røntgeninstitutt. 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.

Resultatrapport

I St.meld. nr. 5 (2003–2004), Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, jf. Innst. S. nr. 82 (2003–2004), foreslo departementet å redusere takstene og øke basisbevilgningen til regionale helseforetak for å gi regionale helseforetak økt ansvar og bedre muligheter for å planlegge det totale offentlige og private tilbud av laboratorie- og røntgentjenester i sin region. Omleggingen ble påbegynt i 2005.

Departementet har lagt til grunn at aktivitetsbaserte tilskudd fra staten til regionale helseforetak skal utgjøre om lag 40 pst. av gjennomsnittskostnadene ved pasientbehandling og diagnostikk. Fra 1. januar 2008 ble basisbevilgningen til de regionale helseforetakene økt med 161,5 mill. kroner, og takstene til privat laboratorie- og røntgenvirksomhet ble redusert tilsvarende.

Tabell 5.27 Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2004–2007

Spesialitet/år	(i mill. kroner)			
	2004	2005	2006	2007
Laboratorium	277	281	182	191
Røntgen	425	417	260	308
Total	703	698	442	499

Basert på regnskapstall i perioden januar til juni er samlede utbetalinger i 2008 anslått til 363 mill. kroner. Dette er om lag 36 mill. kroner under saldert budsjett. Anslaget legger til grunn en aktivitetsvekst på 3 pst. for laboratorievirksomhet og 2 pst. for radiologisk virksomhet.

Budsjettforslag og nye tiltak for 2009

Egenandelene foreslås økt med om lag 5 pst. fra 1. juli 2009. Økningen fra 1. juli 2009 tilsvarende om lag 2,5 pst. i helårseffekt.

Egenandelsøkningen anslås å medføre en mindretgift på 6 mill. kroner på posten. Refusjonstakstene vil bli redusert tilsvarende.

Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
2751	Legemidler mv.	8 520 760	8 690 700	8 956 600	3,1
2752	Refusjon av egenbetaling	3 421 531	3 696 000	3 959 500	7,1
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	4 387 062	4 462 000	5 266 500	18,0
	Sum kategori 30.50	16 329 353	16 848 700	18 182 600	7,9

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	194 450	210 000	220 000	4,8
70-89	Andre overføringer	16 134 903	16 638 700	17 962 600	8,0
	Sum kategori 30.50	16 329 353	16 848 700	18 182 600	7,9

Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
70	Legemidler	7 359 601	7 470 700	7 660 600
71	Legeerklæringer			11 000
72	Sykepleieartikler	1 161 159	1 220 000	1 285 000
	Sum kap. 2751	8 520 760	8 690 700	8 956 600

Post 70 Legemidler

Refusjonsordningen for legemidler skal bidra til å nå refusjonspolitiske mål slik disse er skissert i Ot.prp. nr. 29 (1998–1999), Innst. O. nr. 52 (1999–2000), St.meld. nr. 18 (2004–2005) og Innst. S. nr. 197 (2004–2005).

Offentlige utgifter til legemidler dekkes hovedsaklig etter folketrygdloven § 5-14 med tilhørende forskrift (blåreseptforskriften). Regelverket skal

sikre refusjon av utgifter for pasienter med alvorlig og kronisk sykdom eller med høy risiko for sykdom, hvor det er nødvendig med langvarig medikamentell behandling.

En rekke legemidler er forhåndsgodkjent for forskrivning på blå resept. Disse framgår av blåreseptforskriften §§ 2 og 4, jf. legemiddelforskriften § 14-4. Refusjonskravet for legemidlene inntre straks legen skriver en blå resept. For andre lege-

midler må Arbeids- og velferdsetaten først ta stilling til refusjon gjennom en søknad fra pasientens lege før pasienten har rett til å få dekket legemiddelutgiftene over blåreseptordningen. For 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 som førstestans i saker hvor legemiddelindustrien 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.

Egenandel

Pasienten betaler en egenandel på 36 pst., men maksimalt 510 kroner per ekspedisjon for legemidler på blå resept i 2008. Barn under 12 år og minstepensjonister betaler ikke egenandel. Egenandel betales heller ikke for legemidler som brukes ved yrkesskade eller krigsskade, eller som er unntatt egenandelsbetaling i henhold til blåreseptforskriften § 8. Legemidler på blå resept omfattes av frikortordningen, jf. kap. 2752, post 70. Når egenandelene for legehjelp, psykologhjelp, legemidler og sykepleieartikler på blå resept og syketransport samlet overstiger 1740 kroner i 2008, får brukeren frikort, og ytterligere utgifter dekkes fullt ut av folketrygden.

Tabell 5.28 Folketrygdens utgifter til legemidler de siste fem årene

År	Utgifter i mill. kroner	Endring i mill. kroner	Endring i pst.
2003	7 274	137	1,9
2004	7 984	710	9,8
2005	7 994	10	0,1
2006	7 640	-354	-4,4
2007	7 360	-280	-3,7

Folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept har tradisjonelt økt sterkt, men denne trenden har de siste årene vært brutt. Dette faller sammen med at det er gjennomført en rekke tiltak for å dempe utgiftsveksten. Flere viktige legemidler har mistet sin patentbeskyttelse og har fått generisk konkurranse, og finansieringsansvaret for legemiddelgruppen TNF-hemmere er flyttet til regionale helseforetak. Fra 2006 til 2007 sank utgiftene med 3,7 pst., mot en gjennomsnittlig økning på 6,7 pst. per år i perioden 2001–2005.

Ny blåreseptforskrift

En ny blåreseptforskrift trådte i kraft 3. mars 2008, med en overgangsperiode på ett år. I den nye forskriften er regelverket forenklet og tydeliggjort. Vilårene knyttet til forskrivning av det enkelte legemiddel på blå resept er samlet i en refusjonsliste der refusjonsberettiget bruksområde er beskrevet. Endringene innebærer først og fremst at refusjonsvilkårene kommer klarere fram når legen forskriver på blå resept. Dette vil kunne øke etterlevelsen av blåreseptordningen og sikre likebehandling. Refusjonslisten er gjort tilgjengelig i

elektronisk form i legenes journalsystemer og på Legemiddelverkets hjemmeside.

Kontroll av legenes etterlevelse av blåreseptforskriften

Arbeids- og velferdsdirektoratet har foretatt kontroll av legenes forskrivning på blå resept i flere år, og i 2007 ble det kontrollert 3775 forskrivninger fra 3431 leger. Kontrollene har vist at etterlevelsen bør bedres. Gjennom ny blåreseptforskrift, innføring av elektronisk refusjonsliste og bedret informasjon vil refusjonsvilkårene være lettere tilgjengelig for legene. Det forventes at dette vil føre til en lavere andel regelverksbrudd i årene framover.

Revurdering av refusjonsstatus

Ordningen med foretrukket legemiddel innebærer at myndighetene, ut fra kunnskap om ulike legemidlers effekt, bivirkninger og kostnader, angir hvilket legemiddel som først skal prøves, jf. St.meld. nr. 18 (2004–2005). Det er et vilkår for refusjon at legen forskriver det foretrukne legemidlet, men legen kan gjøre unntak av medisinske årsaker innenfor ordningen. Ordningen med fore-

trukket legemiddel er innført for behandling av ukomplisert hypertensjon (høyt blodtrykk), høyt kolesterol, spiserørsbetennelse og migrene, samt for allergilegemidler fram til 1. august 2008.

Statens legemiddelverk er i ferd med å vurdere endringer i refusjonsvilkårene for legemiddelgruppene antipsykotika (mot schizofreni og andre psykiske lidelser), angiotensin II-hemmere (mot høyt blodtrykk) og glitazoner (ved diabetes). Ifølge planen vil det i løpet av 2009 settes i gang prosesser for revurdering av refusjonsstatus for legemidler mot kols og astma.

I St.prp. nr. 1 (2007–2008) ble det signalisert at refusjonsstatus for legemidler mot BPH (benign prostatahyperplasi) og inkontinens skulle revurderes i løpet av 2008. Disse gjennomgangene er utsatt inntil videre.

Det er meget arbeidskrevende å utrede beslutningsgrunnlaget for endret refusjonsstatus for legemidler. De nordiske landene skal derfor se nærmere på muligheten for et samarbeid om kunnskapsgrunnlaget for revurderinger av refusjonsstatus. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) skal koordinere arbeidet.

Statens legemiddelverk har gjennomført revurderingsprosessen for legemidler mot depresjon. Refusjonskontrakt med Eli Lilly om det antidepressive legemidlet Cymbalta (duloksetin) ble opphevet fra 1. april 2008, og legemiddelet har fra samme dato ikke lenger forhåndsgodkjent refusjon. Det er i tillegg gjort endringer i de generelle refusjonsvilkårene for antidepressiva.

I St.prp. nr. 1 (2007–2008) er det redegjort for planene om å fjerne de dyreste antihistaminene til behandling av allergi, ettersom ordningen med cetirizin og loratadin som foretrukket legemiddel ikke ble godt nok etterlevd. Statens legemiddelverk har, som varslet, foretatt en ny vurdering av refusjonsstatus for disse legemidlene. Det er i denne prosessen ikke framkommet nye opplysninger som endrer den faglige konklusjonen om at den behandlingsmessige verdien av de tre legemidlene ikke kan forsvare den høyere prisen. Det var mange pasienter som ikke hadde forsøkt de foretrukne legemidlene. Fra 1. august 2008 har derfor de to dyreste legemidlene (Aerius og Kestine) ikke lenger forhåndsgodkjent refusjon, mens produsenten av Telfast valgte å sette ned prisen slik at dette legemidlet fortsatt har forhåndsgodkjent refusjon.

Apotekavanse

Myndighetene fastsetter apotekenes maksimale innkjøpspriser og maksimal apotekavanse for reseptpliktige legemidler. Det foreslås å redusere apotekavansen tilsvarende en innsparing for folketrygden

på 10 mill. kroner i 2009. Inntjeningen i bransjen vurderes som tilfredsstillende. Det etableres fortsatt nye apotek, noe som indikerer at bransjen selv ser tilfredsstillende inntjeningsmuligheter framover.

Det foreslås videre å redusere legemiddelomsetningsavgiften med 90 mill. kroner som et ledd i å oppfylle målsetningen om at sektoravgifter skal reflektere kostnader ved spesifikke formål innenfor sektoren. Avgiftslettelsen kommer i all hovedsak apoteknæringen til gode, og det foreslås derfor et ytterligere avansekkutt, slik at endringen i legemiddelomsetningsavgiften ikke vesentlig endrer de økonomiske rammebetingelsene for næringen. Det er imidlertid behov for å avklare nærmere utformingen av avansekkuttet.

Som følge av denne reduksjonen i apotekavansen, er det anslått en innsparing under kap. 2751, post 70, på 36 mill. kroner.

Samlet anslås innsparing for trygden til 46 mill. kroner i 2009 som følge av tiltakene ovenfor.

Legemiddelpriser

På oppdrag fra departementet har Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) sammenliknet prisene på de 300 mest omsatte virkestoffene (legemidlene) i Norge med legemiddelprisene i ni utvalgte land i Vest-Europa. Dette er landene Statens legemiddelverk innhenter priser fra når de fastsetter maksimalpris på nye legemidler. SNF ferdigstilte sin rapport i mai 2008.

Hovedkonklusjonen i rapporten er at Norge har blant de laveste legemiddelprisene sammenliknet med disse ni landene. Det gjelder både legemidler som har patentbeskyttelse, hvor bare Nederland er billigere, og legemidler som har generisk konkurranse, hvor bare Danmark er like billig. Ytterligere trinnpriskutt innført 1. januar 2008 er foretatt etter at data ble hentet til undersøkelsen.

Flytting av legemidler fra bidragsordningen til ordningen med forhåndsgodkjent refusjon

Det vises til St.meld. nr. 18 (2004–2005) og Innst. S. nr. 197 (2004–2005) vedrørende fjerning av legemidler fra bidragsordningen (folketrygdloven § 5-22) og flytting av enkelte av disse til forhåndsgodkjent refusjon (folketrygdloven § 5-14). Det vises videre til St.prp. nr. 1 (2006–2007) der det ble redegjort for innholdet i en slik flytting. Fra 1. januar 2008 ble noen legemiddelgrupper unntatt fra dekning over bidragsordningen. Samtidig ble det etablert tre nye sykdomspunkter i blåreseptforskriften (kroniske sterke smerter med betydelig redusert livskvalitet, palliativ behandling i livets slutfase og godartet prostataforstørrelse).

Flytting av finansieringsansvar for Bondronat fra folketrygden til de regionale helseforetakene

Legemidlet Bondronat (ibandronat) er godkjent for behandling av skjelettforandringer hos kvinner med brystkreft og skjelettmetastaser, og gis i tablettform. Alternativ behandling er poliklinisk infusjonsbehandling på sykehus med legemidlet zolendronat. Det foreslås å flytte 2,4 mill. kroner til kap. 732, slik at finansieringsansvaret for legemidlene samles i helseforetakene. Det vises til nærmere omtale under kap. 732.

Merknad til budsjettforslaget

Det foreslås at egenandelene innenfor trygdens refusjonsordninger justeres med om lag 2,5 pst. Maksimal egenandel per reseptekspedisjon foreslås ut fra dette økt fra 510 kroner til 520 kroner fra 1. januar 2009. Dette anslås å gi en innsparing på 50 mill. kroner under denne posten.

Det vises for øvrig til gjennomgang foran med forslag til innsparinger som beløper seg til totalt 47 mill. kroner (apotekavansen og videreføring av RNB-kuttet på 1 mill. kroner knyttet til opphevelsen av refusjonskontrakten for legemiddelet Cymbalta). Videre vises til det forslaget om å flytte finansieringsansvaret for Bondronat fra folketrygden til kap. 732, regionale helseforetak.

Samlet foreslås det bevilget 7660,6 mill. kroner for 2009.

Post 71 Legeerklæringer

Som følge av at ansvaret for helserefusjoner flyttes fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet til Helse- og omsorgsdepartementet 1. januar 2009, flyttes midler til legeerklæringer knyttet til individuell refusjon av legemidler (L10) samt legeerklæringer utland (L180) til Helse- og omsorgsdepartementet.

Post 72 Sykepleieartikler

Bevilgningen omfatter utgifter til spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell som dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 1-14. Det kan ytes stønad til sykepleieartikler ved en rekke ulike sykdommer. De dominerende pasientgruppene er diabetikere, stomipasienter (framlagt tarm) og pasienter med urininkontinens (urinlekkasje). Sykepleieartikler forskrives av lege på blå resept på samme måte som legemidler. Pasientene betaler også egenandel etter samme regler som for legemidler, se omtale under post 70. Sykepleieartikler blir levert av apotek og bandasjister. Prisene fastsettes i stor grad gjennom prisforhandlinger.

Utgiftene til sykepleieartikler var 1161,2 mill. kroner i 2007, mot 1090,6 mill. kroner i 2006, dvs. en økning på 6,5 pst.

Maksimal egenandel per reseptekspedisjon foreslås økt fra 510 kroner til 520 kroner fra 1. januar 2009.

Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	3 269 502	3 486 000	3 762 500
71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	152 029	210 000	197 000
	Sum kap. 2752	3 421 531	3 696 000	3 959 500

Post 70 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler, egenandelstak 1, gjelder utgifter til legehjelp (inkludert laboratorieprøver og røntgen), psykologhjelp, viktige legemidler og sykepleieartikler og reiser i forbindelse med behandling. Når utgiftsta-

ket er nådd, får medlemmet et frikort som innebærer at folketrygden gir full dekning av disse utgiftene resten av kalenderåret. Betalte egenandeler for barn mellom 12 og 16 år inngår sammen med egenandeler for en forelder i grunnlaget for frikort. Når taket nås, mottar barna og forelderen hvert sitt frikort.

For 2008 er utgiftstaket 1740 kroner.

Tabell 5.29 Utgifter til dekning av egenandeler i 2006 og 2007

	(i mill. kr)		
	2006	2007	Endring, pst.
Legehjelp	1 575,1	1 586,7	0,7
Psykologhjelp	91,3	90,5	-0,8
Legemidler og sykepleieartikler	1 086,9	1 065,6	-2,0
Syketransport	430,9	526,6	22,2
I alt	3 184,1	3 269,5	2,7

Utgiftene til refusjon av egenandeler økte fra 3184 mill. kroner i 2006 til 3270 mill. kroner i 2007, eller med 2,7 pst. Av frikortbrukerne i 2007 var 49,5 pst. alders- og uførepensjonister. Om lag halvparten av frikortbrukerne er eldre enn 60 år.

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler ble innført i 1984 med sikte på å skjerme storbrukere av helsetjenester. Antall utstedte frikort de første årene – færre enn 140 000 per år – gjen-speilte dette. Sammenholdt med utviklingen i konsumprisindeksen, er utgiftstaket i dag reelt sett på om lag samme nivå som i 1984. Som følge av dette ble det utstedt 903 000 frikort i 2007.

Økninger i egenandelene kombinert med en forholdsvis begrenset heving av utgiftstaket, har ført til at refusjonsutgiftene samlet sett har nådd et høyt nivå. Utgiftene er mer enn firedoblet fra 1998 til 2006, fra 753 mill. kroner til 3184 mill. kroner. Fra 1999 til 2005 økte antall frikort fra 693 000 til 1 016 000. De tre siste årene har imidlertid utgiftsveksten vært svært begrenset, og antall utstedte frikort har gått ned til 919 000 i 2006 og 903 000 i 2007.

Egenandelstak 1 ble hevet fra 1660 kroner for 2007 til 1740 kroner for 2008. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2007–2008) ble bevilgningen satt ned med 94 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett, som følge av lavere utgiftsvekst enn forutsatt.

Egenandelstak 1 foreslås hevet med 40 kroner til 1780 kroner for 2009.

Post 71 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2

Ordningen med et eget utgiftstak, 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).

Personer som i løpet av året har betalt egenandeler for de aktuelle tjenestene opp til utgiftstaket, får utstedt frikort som gir rett til full refusjon av utgifter til disse tjenestene resten av kalenderåret.

Egenandelstak 2 var 4500 kroner i 2003 og 2004. For å oppnå en ytterligere skjerming av storbrukere av helsetjenester, ble taket senket til 3500 kroner for 2005 og til 2500 kroner fra 2006. Trygdeutgiftene i 2007 ble 152 mill. kroner, mot 127,5 mill. kroner i 2006. Uendret tak og økning i egenandelene for fysioterapi med 5 pst. fra 1. juli 2007 forklarer noe av veksten. I 2007 ble det utstedt 48 000 frikort, en økning på 500 frikort fra 2006 til 2007. Av frikortbrukerne var 32,3 pst. alders- og uførepensjonister. Statistikk fra folketrygdens naturalregister viser at om lag 65 pst. av dem som oppnådde frikort i tak 2-ordningen også oppnådde frikort under tak 1 i 2006. Dette omfattet om lag 30 000 personer.

Egenandelstak 2 foreslås hevet med 60 kroner fra 2500 kroner i 2008 til 2560 kroner i 2009.

Kap. 2755 Helsetjeneste i kommunene mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	194 450	210 000	220 000
70	Refusjon allmennlegehjelp	2 544 179	2 551 000	3 083 500
71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 460 536	1 493 000	1 768 000
72	Refusjon jordmorhjelp	37 250	40 000	39 000
73	Kiropraktorbehandling	81 168	84 000	80 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	69 479	84 000	76 000
	Sum kap. 2755	4 387 062	4 462 000	5 266 500

Kommunene skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-1. Kommunene skal bl.a. sørge for allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning og legevaktordning, fysioterapitjeneste og jordmorhjelp. Folketrygden yter stønad til disse tjenestene etter ulike takstsystem.

Post 62 Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter

Bevilgningen gjelder tilskudd til kommuner med fastlønte fysioterapeuter. Bevilgningen kan nyttes under post 71, og må sees i sammenheng med denne, jf. omtale under post 71. Fastlønnstilskudd gis i stedet for stykkprisrefusjoner. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-21.

Fastlønnstilskuddet til kommuner med fysioterapeutstillinger var 144 200 kroner i 2007. Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter var 194,5 mill. kroner i 2007, mot 190,6 mill. kroner i 2006.

I St.prp. nr. 66 (2007–2008) ble det foreslått å øke fastlønnstilskuddet til 151 500 kroner for 2008, som følge av taktstoppgjøret for fysioterapeuter våren 2008. Ved Stortingets behandling ble bevilgningen økt med 5 mill. i forhold til saldert budsjett (210 mill. kroner), til 215 mill. kroner.

Post 70 Refusjon allmennlegehjelp

Etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4 ytes

godtgjørelse for undersøkelse og behandling hos lege. Det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at allmennlegen har fastlegeavtale med kommunen eller deltar i kommunalt organisert legevakt. For fastleger med fast lønn 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.

Fastlegeordningen finansieres ved basistilskudd fra kommunen per innbygger på legens liste, stykkprisrefusjoner fra trygden og egenandeler fra pasientene. Tilsvarende finansieres legevakttjenesten normalt ved beredskapsgodtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler.

Refusjonstariffen følger det samme systemet som normaltariffen for leger, som fastsettes i forhandlinger mellom staten, de regionale helseforetakene, KS og Den norske legeforening.

I visse tilfeller skal det ikke betales egenandel ved behandling. Dette gjelder bl.a.:

- ved kontrollundersøkelser under svangerskap, ved fødsel og ved behandling for sykdom i forbindelse med svangerskap og fødsel
- ved skader eller sykdom som skyldes yrkesskade eller krigsskade
- ved behandling av barn under 12 år
- ved undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Bevilgningen omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger).

Tabell 5.30 Utgifter til allmennlegehjelp 2006 og 2007(regnskapstall):

	(i mill. kr)		
	2006	2007	Endring, pst.
Fastleger mv.	1 907,7	2 066,6	8,3
Legevakt	332,5	350,5	5,4
Avsetning til fond	129,2	127,1	-1,6
Sum kap. 2755, post 70	2 369,3	2 544,2	7,4

Tabell 5.31 Utgifter og aktivitetsvekst allmennlegehjelp 2006–2009:

	(i mill. kr)			
	Regnskap 2006	Regnskap 2007	Revidert budsjett 2008	Budsjett 2009
Sum kap. 2755, post 70	2 369,3	2 544,2	2 741,0	3 083,5
Volumvekst (anslag)		4 pst.	5 pst.	4 pst.

Utgiftsvekst kan skyldes flere faktorer: For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjoner og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres - for eksempel gjennom flere konsultasjoner. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres - som for eksempel ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumendring er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjoner og egenandeler.

Trygdens utgifter til allmennlegetjenesten økte nominelt fra 2 369 mill. kroner i 2006 til 2 544 mill. kroner i 2007. Utgiftsveksten i 2007 skyldes en antatt volumvekst på om lag 4 pst., samt en økning i refusjonene til allmennleger som følge av takstforhandlingene om normaltariffen for leger.

Utgiftsveksten i 2008 skyldes en antatt volumvekst på om lag 5 pst. I tillegg kommer virkningen av takstoppgjøret våren 2008. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 66 (2007-2008) ble posten økt med 190 mill. kroner. Dette tilsvarer halvårsvirkning av takstoppgjøret.

Basert på veksten i tidligere år, anslås det for 2009 en volumvekst i allmennlegetjenesten på 4 pst. I tillegg er helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2008 innarbeidet.

Egenandelene foreslås satt opp med om lag 5 pst. fra 1. juli 2009. Økningen fra 1. juli 2009 tilsvarer om lag 2,5 pst. i helårseffekt.

Post 71 Refusjon fysioterapi

Utgiftene dekkes etter folketrygdloven § 5-8 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Forskriften angir bl.a. 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.

Honorartariffen fastsettes gjennom årlige forhandlinger mellom staten, KS og Norsk Fysioterapeutforbund. Hovedregelen er at pasienten selv skal betale differansen (egenandel) mellom fysioterapeutens honorar og trygdens refusjonsbeløp.

Enkelte pasienter betaler ikke egenandeler. Det gis godtgjørelse etter honorartakst ved nærmere angitte diagnoser, 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 opp 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 på post 71, mot en økning på post 62. Bevilgningene kan derfor benyttes gjensidig under den andre posten.

Tabell 5.32 Utgifter til privatpraktiserende fysioterapeuter i 2006 og 2007

	(i mill. kr)		
	2006	2007	Endring, pst.
Fysioterapeuter med avtale	1 160,2	1 403,2	20,9
Fysioterapeuter uten avtale	6,7	33,6	402,8
Avsetning til fond	22,9	23,8	3,8
Sum kap. 2755, post 71	1 189,8	1 460,5	22,8

Tabell 5.33 Utgifter og aktivitetsvekst fysioterapi 2006–2009

	(i mill. kr)			
	Regnskap 2006	Regnskap 2007	Revidert budsjett 2008	Budsjett 2009
Sum kap. 2755, post 71	1 189,8	1 460,5	1 573,0	1 768,0
Volumvekst (anslag)		6 pst.	5 pst.	4–5 pst.

Utgiftsvekst kan skyldes flere faktorer: For det første påvirkes utgiftene av endringer i refusjoner og egenandeler. For det andre påvirkes utgiftene av at aktiviteten endres - for eksempel gjennom flere konsultasjoner. For det tredje endres utgiftene dersom takstbruken endres - som for eksempel ved overgang til lengre konsultasjoner eller andre typer konsultasjoner enn tidligere. Begrepet volumendring er brukt for utgiftsendringer som ikke følger av endring i refusjoner og egenandeler.

Basert på veksten i tidligere år, anslås det for 2009 en volumvekst på 4-5 pst. for privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale. I tillegg er helårsvirkningen av takstoppgjøret våren 2008 innarbeidet.

I 2007 nedsatte departementet en arbeidsgruppe som fikk i oppgave å foreslå tiltak som skulle gi kommunene økt finansieringsansvar og bedre styring av tjenesten. KS og Norsk Fysioterapeutforbund deltok i arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen la fram sin rapport 1. oktober 2007. Rapporten beskriver tiltak som kan gjennomføres på kort sikt.

For å gi større samsvar mellom oppgaveansvar og finansieringsansvar for den avtalebaserte fysioterapitjenesten ønsker regjeringen å øke kommunenes finansieringsansvar. Dette vil si at de kommunale driftstilskuddene sin andel av fysioterapeutenes samlede omsetning bør økes til minst 40 pst. Dette medfører en nedjustering av refusjonstakstene. Det tas sikte på å flytte midler fra refusjonstakstene til rammetilskuddet til kommunene som varslet i kommuneproposisjonen for 2009. Endringen vil være tema i takstforhandlingene våren 2009, med iverksetting fra 1. juli 2009. Departe-

mentet vil nedsette en arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til endringer i honorartakster som en konsekvens av endring i driftstilskudd.

Driftstilskudd til privatpraktiserende fysioterapeuter skal utbetales forholdsmessig etter fysioterapeutens avtalte arbeidstid. Den nedre grense for inngåelse av driftsavtale med fysioterapeuter i privat praksis er fra og med 1. juli 2008 satt opp fra 1/5 til 2/5 av et fullt årsverk med mindre særlige forhold foreligger.

Egenandelene for fysioterapi foreslås satt opp om lag 5 pst. fra 1. juli 2009.

Økningen fra 1. juli 2009 tilsvarer om lag 2,5 pst. i helårseffekt.

Post 72 Refusjon 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.

Nødvendige 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 til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon.

Utgiftene i 2007 var 37,3 mill. kroner, mot 33,3 mill. kroner i 2006. Beløpene inkluderer refusjoner for svangerskapskontroller utført av lege i helsestasjon.

Post 73 Kiropraktorbehandling

Utgifter til behandling hos kiropraktor dekkes etter folketrygdloven § 5-9 og forskrift om stønad til dekning av utgifter til behandling hos kiropraktor. Det gis stønad for inntil 14 behandlinger per kalenderår.

Utgiftene til kiropraktorbehandling var 81,2 mill. kroner i 2007 mot 73,6 mill. kroner i 2006.

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 samlede utgiftene økte fra 64,0 mill. kroner i 2006 til 69,5 mill. kroner i 2007. Av utgiftene i 2007 gjaldt 2,8 mill. kroner ortoptisk behandling.

De logopediske og audiopedagogiske tiltakene som dekkes etter folketrygdloven, faller inn under kommunenes og fylkeskommunenes ansvar etter opplæringsloven av 1998. Kommuner og fylkeskommuner har i henhold til opplæringsloven kapittel 4A og kapittel 5 ansvar for å gi spesialundervisning, herunder logopediske og audiopedagogiske tjenester. Det har i lang tid vært en ordning der privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger har hatt anledning til å få godtgjørelse fra folketrygden for undersøkelse og behandling av personer med språk- og talevansker. Dette tilbudet har ikke vært en del av det kommunale og fylkeskommunale tilbudet. Det inngås ikke avtaler med privatpraktiserende logopeder om omfang av tjenester eller hvilke tjenester som skal ytes. I 2007 utbetalte folketrygden 66,7 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger.

Helse- og omsorgsdepartementet vil sette i gang en kartlegging av logoped- og audiopedagogtjenesten i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, og i denne sammenhengen vurdere finansieringsordningen, jf. omtale under programkategori 10.20 Helsetjeneste.

Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
2790	Andre helsetiltak	616 941	320 000	285 000	-10,9
	Sum kategori 30.90	616 941	320 000	285 000	-10,9

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009	Pst. endr. 08/09
70-89	Andre overføringer	616 941	320 000	285 000	-10,9
	Sum kategori 30.90	616 941	320 000	285 000	-10,9

Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2007	Saldert budsjett 2008	Forslag 2009
70	Bidrag, lokalt	616 941	320 000	285 000
	Sum kap. 2790	616 941	320 000	285 000

Post 70 Bidrag, lokalt

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 Arbeids- og velferdsdirektoratet fullmakt til å fastsette retningslinjer for ytelse av bidrag. De viktigste bidragsformålene målt etter utgiftenes størrelse er legemidler. Det kan ytes bidrag dersom utgiftene til det aktuelle formålet i løpet av kalenderåret overstiger 1600 kroner. Bidrag ytes som hovedregel med 90 pst. av de overskytende utgifter. Mange formål dekkes imidlertid etter andre regler. Når det gis

bidrag til behandling, kan det også gis bidrag til eventuelle nødvendige reise- og oppholdsutgifter.

Utgiftene økte fra 551 mill. kroner i 2006 til 617 mill. kroner i 2007, eller med 12 pst.

Det ytes bidrag etter § 5-22 til opphold ved Montebello-Senteret, til opphold for krigspensjonister ved Bæreiasenteret og til opphold ved institusjoner for blinde og svaksynte.

Bæreiasenteret regner med å ha belegg av krigspensjonister/ektefeller/enker ut 2009.

I 2008 ble det foretatt endringer i bidragsordningen, ved at flere legemiddelgrupper og tannbehandling ble tatt ut av ordningen og flyttet til de ordinære refusjonsordningene. Dette medførte reduserte utgifter over bidragsordningen.

Del III
Omtale av særlige tema

6 Nasjonal helseplan

Nasjonal helseplan (2007–2010) ble lagt fram i statsbudsjettet for 2007. Nasjonal helseplan gir en helhetlig omtale av helsepolitikken enkelte innsatsområder, betoner viktigheten av at disse sees i sammenheng, peker på sentrale utfordringer og trekker opp strategier og tiltak for at utfordringene skal møtes på en helhetlig måte. Nedenfor orienteres om oppfølgingen av planen, med vekt på gjennomføring av de tiltak og strategier som er omtalt i planen. Rapporteringen knyttes til helseplanens seks bærebjelker, eller verdier, som skal kjenne-tegne helsetjenesten framover.

6.1 Helhet og samhandling

Et tilbakevendende tema i utredninger, evalueringer og i tilbakemeldinger fra pasienter og ansatte er at det er for dårlig samhandling og for lite helhetlige tjenester. Mangel på helhet og samordning er i Nasjonal helseplan framhevet som en av de største utfordringene helsetjenesten står overfor. Regjeringen vil utvikle en sterk helse- og omsorgstjeneste i kommunene, en desentralisert spesialisthelsetjeneste og samhandlingstiltak mellom nivåene for å sikre kvalitet og nærhet til tjenestene.

Samhandlingsreform

Brukerne er avhengig av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandling-kjede. Mange pasienter opplever brudd og svikt i overgangen mellom sykehus og kommunen. I tillegg opplever mange at de selv må styre samhandlingen mellom de ulike aktørene. Dette rammer særskilt syke eldre, kronisk syke, barn og unge, psykisk syke, rusmiddelavhengige og mennesker som trenger rehabilitering. Dette er mennesker som trenger tett oppfølging fra flere instanser, men som fort faller utenfor dagens helsesystem. Fram til 2050 vil antall personer over 67 år mer enn fordobles i tillegg til at vi også står overfor store endringer i befolkningens sykdomsbilde. Dette vil gi en økning av antall pasienter med behov for samordnede helsetjenester. Helse- og omsorgstjenestene må innrettes på å møte disse utfordringene.

Mange gode samhandlingstiltak er under utvikling mange steder i landet, men mye av samhand-

lingen skjer på tross av systemet. I løpet av de siste årene er det prøvd ut flere ulike modeller for samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik som distriktsmedisinske sentra (DMS), intermediaerenheter og ambulante/desentraliserte spesialisthelsetjenester. Det er imidlertid flere eksempler på at samhandlingsaktiviteter opphører pga. uklare ansvarsposisjoner, konflikter og manglende medfinansiering fra samarbeidende parter.

Regjeringen vil starte arbeidet med en samhandlingsreform i helsesektoren for å kunne gi pasientene et bedre og mer helhetlig helsetilbud.

Grep for å styrke helheten i helsetjenestene

Det er allerede satt i gang tiltak for å styrke helhetene i helsetjenesten og samhandlingen:

- Det ble i 2007 inngått en Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Det er etablert et system for oppfølging av avtalen. Denne ligger til grunn for lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak og pågående samhandlingsaktiviteter.
- Omsorgsplan 2015 inneholder fire hovedsaker og en rekke tiltak for å styrke kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i den kommunale omsorgstjenesten, herunder 10 000 nye årsverk, Kompetanseløftet 2015, Nytt investerings-tilskudd til sykehjem og omsorgsboliger og Demensplan 2015. Demensplan 2015 skal sikre bedre samhandling og helsefaglig oppfølging av personer med demens, blant annet når det gjelder utredning og diagnostisering. Planen har videre en rekke tiltak for å styrke et helhetlig tjenestetilbud for mennesker med demens og deres pårørende. (jf. omtale av Omsorgsplan 2015 under programkategori 10.60)
- Opptappingsplanen for rusfeltet er en bred satsing på flere samfunnssektorer og mange aktører: innsatsen i kommunale tjenester, blant fastlegene, og i spesialisthelsetjenesten skal styrkes. Forpliktende samhandling er en del av planen, og tiltak skal rettes mot både forebygging, behandling og rehabilitering.
- Departementet legger vekt på å utvikle desentraliserte spesialisthelsetjenester, bl.a. skal

lokalsykehusenes virksomhet rettes inn mot tjenester til store sykdomsgrupper, kronisk syke og syke eldre.

- ISF-ordningen vil fra 2009 endres slik at helsehjelp som utføres utenfor sykehus i større grad vil være omfattet.
- Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren (Samspill 2.0)
- I oppfølgingen etter opptrappingsplanen for psykisk helse og i gjennomføringen av nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering er en rekke tiltak satt i gang for å bedre samhandlingen både mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og innen de to nivåene.

6.2 Demokrati og legitimitet

En viktig betingelse for både legitimitet og tillit er åpenhet om beslutningsprosesser og resultat. Åpenhet er nødvendig for å legge grunnlaget for felles forståelse av status og utfordringer. Økonomisk styring er vesentlig for helsetjenestens legitimitet. For å kunne videreutvikle tjenestetilbudet og prioritere riktig er det nødvendig å bruke felleskapets midler på den mest effektive måten.

Åpenhet om kvalitet og resultater

Det er et mål å videreutvikle valgmulighetene knyttet til fritt sykehusvalg og fastlegeordningen slik at pasientene får informasjon de synes er relevant for å kunne velge. I august 2008 ble nettstedet Fritt sykehusvalg relansert. Det er nå mer brukervennlig og informativt.

Samarbeidsordning med ansattes organisasjoner

Det er inngått en samarbeidsavtale om utvikling av spesialisthelsetjenesten mellom Helse- og omsorgsdepartementet og arbeidstakerorganisasjonene i helseforetakene. Ansattes organisasjoner har valgt et kontaktorgan og avtalen etablerer et fast dialogmønster mellom departementet og organisasjonenes representanter.

Arbeidstakerorganisasjonene kan informere og spille inn forhold der det ønskes dialog med departementet. Avtalen skal bidra til å ivareta de ansattes behov for trygghet og forutsigbarhet i omstillingsarbeidet.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering

Helse- og omsorgsdepartementet har etablert et forum for oppfølging av strategien som ble lagt fram sammen med statsbudsjettet for 2008. I forumet deltar representanter for brukere, kommu-

nene og spesialisthelsetjenesten og andre aktuelle aktører. Møtene i forumet skal gi rom for dialog om status, utvikling og utfordringer for implementering av strategien. Møter i forumet har hatt samhandling og habilitering av barn og unge som tema.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å lage en handlingsplan for habilitering av barn og unge med utgangspunkt i Helse- og omsorgsdepartementets ansvar på området. Planen skal gjelde både kommunen og spesialisthelsetjenesten og inkludere egne tiltak for ungdom og overgang barn/voksen. Likeverdighet i tjenestetilbudet uavhengig av den enkeltes geografiske tilhørighet skal stå sentralt.

6.3 Nærhet og trygghet

Regjeringens målsetting er at hele befolkningen skal ha likeverdig tilgang på helsetjenester. Behandling og oppfølging skal fortsatt organiseres etter laveste effektive omsorgsnivå.

Lokalsykehus og desentraliserte spesialisthelsetjenester

Det er regjeringens politikk at lokalsykehusene i større grad må innrettes til å kunne ivareta de store sykdomsgruppene der nærhet til tilbudet er viktig, særlig for syke eldre, pasienter med kroniske lidelser, rusavhengige og psykisk syke, jf. Nasjonal helseplan.

Regjeringen har fulgt opp Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett om lokalsykehusenes akutfunksjoner (jf. rapporten Lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingkjede, samt Regjeringens forslag i revidert nasjonalbudsjett, St.prp. nr. 59 (2007–2008), Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2008). I henhold til dette skal kvaliteten ved sykehusenes akuttinntak bedres blant annet ved at det legges opp til veiledende faglige standarder for akutfunksjonene ved lokalsykehus. Det skilles her mellom såkalte lokalsykehus med akutfunksjoner (akuttisykehus) og lokalsykehus med tilpassede akutfunksjoner.

Når det gjelder desentralisering av spesialisthelsetjenester er det satt i verk en rekke tiltak lokalt. For eksempel kan ambulerende helsepersonell ved distriktsmedisinske sentre tilby polikliniske tjenester på mange fagområder, for eksempel dialyse, cellegiftbehandling, lysbehandling mv. Det etableres også i økende grad tilbud som intermedieæravdelinger, sykestuer mv. som et samarbeid mellom kommunens pleie- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Moderne tekno-

logi gir stadig nye muligheter til å gi pasientene et tilbud der de bor. For eksempel gir flere helseforetak tilbud om mobile røntgentjenester som kan brukes hjemme hos pasientene eller på sykehjem.

Utvikle robust beredskap og krisehåndteringsevne

Utvikling av gode rutiner for samhandling og koordinert innsats internt i sektoren og overfor andre sektorer er permanente utfordringer. Ved ulykker må akuttjenestene på skadested, ambulanse og akuttmottak på sykehus operere koordinert. For de som rammes vil opplevelsen av en sammenhengende tjenestekjede ha stor betydning – både i akuttfasen og i oppfølgingen der de bor, etter behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Økt fokus på terrorvirksomhet og på faren for utbrudd av smittsomme sykdommer bidrar til at oppmerksomheten på beredskapsarbeidet forsterkes.

I dette arbeidet vektlegges følgende tiltak:

- kompetansetiltak: øvelser, opplæring og tilsyn i tjenestene og i forvaltningen
- styrke informasjonsberedskapen overfor publikum, pårørende og media
- videreutvikle informasjonssystemer for ressursstyring og beslutningsstøtte
- Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn følger opp kommunenes beredskapsarbeid gjennom rådgivning og tilsyn. Direktoratet følger særlig opp flyplass- og havnekommuner med internasjonal trafikk og planlegging av mottak.

Sikre robuste forsyningssystemer

Helsetjenesten er en kompleks organisasjon som er avhengig av tilførsel av en lang rekke innsatsfaktorer. Utviklingen har gått i retning av stadig større krav til effektivitet og økt internasjonalisering i forsyningskjedene. Dette medfører at lagre av forsyninger bygges ned og at viktige innsatsfaktorer ikke uten videre finnes i landet. Å styrke robustheten i forsyningene i normale så vel som ekstraordinære situasjoner vil stå sentralt i det videre arbeidet. Av Årlig melding for 2007 kommer det fram at alle regionale helseforetak, etter en gjennomgang av status på eget ansvarsområde, har satt i verk og holder på med aktiviteter for å ivareta forsyningsikkerhet og god beredskap. Regionale helseforetak følger også opp tiltak for å innarbeide forsyningsberedskap i leverandøravtaler.

Departementet vil gjennom et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Statens legemiddelverk, Nasjonalt folkehelseinstitutt, regionale helseforetak, kommunesektoren og andre berørte, videreføre arbeidet med å gjennomgå den nasjonale forsy-

ningssikkerheten av legemidler og vurdere behov for nye tiltak for å sikre en robust forsyningsikkerhet.

Styrke deltakelsen i internasjonalt samarbeid på helseberedskapsområdet

En rekke helseberedskapsutfordringer er av internasjonal karakter. Faren for terror, utbrudd av smittsomme sykdommer og radioaktive eller kjemiske utslipp stopper ikke ved grensene. Nordmenn reiser mer til utlandet (arbeids- og fritidsreiser) og har forventninger til helsemyndighetenes krisehåndtering og at helsehjelp og sosiale tjenester raskt skal være tilgjengelig, uavhengig hvor krisen inntreffer. Det er derfor viktig med internasjonalt samarbeid og Norge samarbeider i økende grad med andre land og internasjonale organisasjoner for å styrke evnen til å håndtere større kriser.

Som et ledd i oppfølgingen av St.meld. nr. 37 (2004–2005) Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia arbeides det med en håndbok med prinsipper og prosedyrer for nordisk samarbeid ved kriser og katastrofer i utlandet (utsendelse av innsatsteam, hjemtransport og mottaksapparat).

Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften) trådte i kraft 1. januar 2008. IHR-forskriften gjennomfører deler av IHR (2005) i norsk rett. Helse- og omsorgsdepartementet har etter ikrafttreddelsen av IHR-forskriften satt i gang et arbeid med å implementere de øvrige delene av IHR (2005) i norsk rett, herunder varsling og oppfølging av alvorlige hendelser med kjemisk, nukleært eller radiologisk utspring.

6.4 Faglighet og kvalitet

Utviklingen innen medisin og teknologi de siste 10–15 årene, tilsier at vi må være omstillingsdyktige for å levere tjenester med stadig bedre kvalitet.

God kvalitet er når pasienten får riktig behandling på riktig sted til riktig tid. Det er å få god hjelp i kommunen og ved sykehus når det er nødvendig. God kvalitet er å bli møtt med gode holdninger og respekt i helsetjenesten – uansett bakgrunn. Det er når neste ledd i kjeden står klar til å overta – uten brudd og opphold. God kvalitet er å lære av feil slik at de ikke skjer igjen. Men god kvalitet er også at vi kan høste gevinstene av bedre pasientforløp, færre reinnleggelser og god samhandling mellom tjenester og personell. Nasjonal helseplan drøfter ulike virkemidler for å styrke faglighet og kvalitet i tjenestene.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ble etablert i 2007. Rådet er sammensatt av medlemmer fra virksomheter med ansvar for helsetjenester, fra forvaltningen, fra brukerorganisasjoner og fra universiteter og høyskoler. Rådet behandlet i alt 24 saker i 2007. I forhold til Rådets mandat er det saker om innføring av ny teknologi som har fått størst oppmerksomhet. Rådet har også hatt til behandling saker knyttet til de øvrige områdene i mandatet (samhandling, ulikhet i tjenestetilbudet, retningslinjer og generell prioritering). 52 pst. av sakene er knyttet til spesialisthelsetjenesten, 32 pst. til primærhelsetjenesten og 16 pst. til begge sektorene. Det er utviklet et eget nettsted for Rådet, med status for alle saker og deres forberedelser, generell informasjon om Rådet, og mer bakgrunnsstoff i tilknytning til Rådets mandat (www.kvalitetogprioritering.no).

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ble i 2007 etablert i tilknytning til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Senteret skal støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere og forebygge uønskede hendelser. Enheten skal samle og skape anvendbar kunnskap om pasientsikkerhet til helsetjenesten og dens brukere, samt drive med informasjonsarbeid, undervisning og nettverksarbeid som bidrar til god meldekultur og fremmer erfaringsoverføring. Enheten skal også initiere forsknings- og utviklingsaktiviteter, avdekke risikoområder innen pasientsikkerhet og evaluere iverksatte tiltak for bedre pasientsikkerhet.

Sentralt i enhetens arbeid er å få tilgang til informasjon om uønskede hendelser fra ulike meldesystem med sikte på å avdekke risikoområder og årsakene til disse. Helse- og omsorgsdepartementet vil med utgangspunkt i Nasjonal enhet for pasientsikkerhet sitt grunnlagsarbeid vurdere hvorvidt det skal gjennomføres en nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Internasjonale studier tyder på at rundt 10 pst. av alle innleggelses i sykehus resulterer i en uønsket hendelse. De langt fleste av hendelsene er forårsaket av svikt i systemet. Anslag tyder på at minst halvparten av denne typen svikt kunne vært forebygget.

Utvikling av kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre

Arbeidet med indikatorer inngår i flere av de seks bærebjelkene i Nasjonal helseplan. I helseplanperioden er det et mål å videreutvikle systemet slik at det gir et systematisk bilde av kvalitetssituasjonen i

norsk helsetjeneste, knyttet til de seks internasjonalt anerkjente kjennetegnene ved kvalitet (jf. Helseledelse og kvalitetsstrategi):

- virkningsfulle (fører til en helsegevinst)
- trygge og sikre (unngår utilsiktede hendelser)
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig

Det er et langsiktig mål at nasjonale kvalitetsindikatorer for hvert fagfelt skal belyse alle seks målene i kvalitetsstrategien. Foreløpig er det flest indikatorer innenfor spesialisthelsetjenesten (somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern), som viser kvalitetsaspekter knyttet til sykehusenes organisering og behandlingsprosesser. Ut fra de seks kjennetegnene ved kvalitet har vi indikatorer som belyser om tjenestene er trygge og sikre, er samordnet og preget av kontinuitet og om de utnytter ressursene på en god måte. I tillegg følges det nøye med på ventetidsutviklingen med sikte på å følge med på om helsetjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Foreløpig har vi ingen nasjonale kvalitetsindikatorer som viser i hvilken grad tjenestene har effekt og er virkningsfulle. Dette er indikatorer som etterlyses både av fagfelt og av brukere som ønsker å benytte seg av retten til å velge sykehus.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helseledelse og kvalitetsstrategi arbeider med et prosjekt der blant annet dødelighet for hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd skal brukes som kvalitetsindikatorer. Dette skal være i drift i løpet av 1. kvartal 2009. Stortingets vedtak om å etablere Norsk pasientregister (NPR) som et personidentifiserbart register, har gjort at dette registeret også kan bli et viktig verktøy for å få informasjon om kvalitet. Registeret kan – etter strenge kriterier – brukes til medisinsk og helsefaglig forskning, og det kan danne grunnlag for sykdoms- og kvalitetsregistre.

Det pågår et kontinuerlig arbeid for å etablere flere nasjonale medisinske kvalitetsregistre, og sikre bedre bruk av disse registrene, jf. kap. 732, post 70. Hovedformålene med medisinske kvalitetsregistre er kvalitetsforbedring og forskning, men data fra registrene kan også brukes til å utvikle kvalitetsindikatorer som viser resultat av pasientbehandling.

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten har gjennomgått hvilke indikatorer som brukes i Danmark og England, og i prosjekter i OECD, WHO og Nordisk Ministerråd. Denne informasjonen og mulighetene som ligger i Norsk Pasientregister og medisinske kvalitetsregistre skal brukes til å utvikle det norske systemet for kvalitetsindikatorer innenfor spesialisthelsetjenesten.

Allmennmedisinske forskningsenheter (AFE)

Kunnskapsgrunnlaget i den praktisk utøvende allmennmedisin har stor betydning for kvaliteten på allmennlegetjenestene til befolkningen. Endringer i sykdomsbildet i befolkningen de siste tiårene, og dermed i primærhelsetjenestens oppgaver, har medført behov for ny og forskningsbasert kunnskap. Fire allmennmedisinske forskningsenheter (AFE) med tilknytning til de medisinske fakultetene ble opprettet høsten 2006 gjennom ansettelse av forskningsledere. Departementet legger til grunn at basisdriften av enhetene finansieres over statsbudsjettet.

Tannhelse

Innen tannhelse skjer det en satsing på kvalitets- og kompetanseutvikling. Det skal etableres regionale odontologiske kompetansesentra i alle helse-regioner. De vil kunne ha stor betydning både for befolkningens tilgang til spesialisttannlegetjenester og for tannlegers mulighet til å gjennomføre desentralisert spesialistutdanning. Det gis i 2009 midler til etablering og drift til kompetansesentre i alle regioner, avhengig av hvor de er i utviklingsfasen.

Kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten er utarbeidet av Helsedirektoratet. Det publiseres fem indikatorer for statistikkåret 2008 som sier noe om resultatoppnåelse i forhold til sykdomsutvikling og tilgjengelighet til tjenester. Det arbeides videre med flere indikatorer som skal gi et mer utfyllende bilde av kvalitet i tjenesten.

Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens nye kompetanse- og rekrutteringsplan, som skal bidra til å sikre tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning i omsorgstjenesten. I tråd med avtalen som ble inngått på Stortinget mellom regjeringspartiene, Venstre og KrF om konkretisering av Omsorgsplan, skal det i 2009 etableres en egen tilskuddsordning til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag. Tilskuddet sikrer både at fagskoleutdanningene innenfor helse- og sosialfag får en stabil og forutsigbar finansiering, og at helse- og sosialpersonell med videregående opplæring får et videreutdanningstilbud. Fagskoleutdanning i helse- og sosialfag er et viktig virkemiddel for å møte personellutfordringene innenfor den kommunale omsorgssektoren (jf. omtale av Omsorgsplan 2015 under programkategori 10.60).

Ny og kostnadskrevende behandling

Det utvikles kontinuerlig nye behandlingsmetoder, avansert elektronisk utstyr og nye, dyre medikamenter. I Norge ønsker vi å tilby det beste av ny behandling, når effekten er dokumentert virkningsfull og står i et rimelig forhold til kostnadene. Mye av det pasientene ønsker å få tilgang til, kan fortsatt være utprøvende behandling som ennå ikke er dokumentert virkningsfull. Nye medisiner og nye metoder er ofte dyrere enn de etablerte, og de vil ofte være et supplement til eksisterende behandling. Kostnadene vil dermed øke totalt sett. Mange av medikamentene vil påvirke livskvalitet, men ikke nødvendigvis livslengde. Det er viktig i et prioriteringsperspektiv at det gjøres en helhetlig vurdering av effekter og kostnader. Det er internasjonalt stor oppmerksomhet rettet mot å fange opp nye behandlingsprosedyrer tidlig, slik at man kan ta i bruk kostnadseffektive behandlingsmetoder så raskt som mulig, samtidig som man ikke utsetter pasienter for en behandling uten effekt eller med skadelig resultat. Det er viktig å sikre at nye behandlingsmetoder som finner veien inn i norsk helsetjeneste gjennom forskningsstudier, ikke blir etablert praksis før metodens nytte, eventuelle skadelige effekter og kostnader er kartlagt. Med utgangspunkt i slik kunnskap, vil spørsmålene om å ta i bruk nye og kostbare behandlingsmetoder være en viktig del av de prioriteringsbeslutningene ledere i helsetjenesten skal fatte. Slike beslutninger må ta hensyn til målet om likeverdig tilbud både innad og mellom helseregioner.

Det er i dag ulik praksis mellom helseforetakene, mellom de regionale helseforetakene og mellom spesialisthelsetjenesten og øvrig helsetjeneste når det gjelder beslutningsprosesser for innføring av nye og kostbare metoder i helsetjenesten. I helseforetakene må den enkelte behandling håndteres og prioriteres innenfor de rammer som Stortinget vedtar for de regionale helseforetakene. Beslutninger om innføring av nye og kostnadskrevende metoder skal være basert på dokumentasjon av nytte, kostnader og overordnede prioriteringskriterier

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet sette ned en bredt sammensatt arbeidsgruppe som skal gjennomgå beslutningsprosesser for innføring av kostbare metoder i helsetjenesten. Med metoder menes både medikamenter, implantater, operasjonsmetoder, diagnostiske prosedyrer og medisinskteknisk utstyr. De regionale helseforetakene, Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten og Statens Legemiddelverk skal være representert i arbeidsgruppen. Frist for arbeidet er satt til 1. mai 2009.

Private avtalespesialister

I Nasjonal helseplan (2007–2010) varslet Helse- og omsorgsdepartementet at det ville sette i gang et arbeid med sikte på å endre rammebetingelsene for avtalespesialistene.

Departementet har utarbeidet en rapport som beskriver status på feltet og som foreslår alternative måter å organisere rammebetingelsene på. Arbeidet har foregått i kontakt med profesjonsforeningene, regionale helseforetak og Helsedirektoratet. Saken vil bli videre utredet i løpet av det neste året. Berørte aktører vil inviteres til å delta i arbeidet.

Fysioterapi i kommunene

For å gi større samsvar mellom oppgaveansvar og finansieringsansvar for den avtalebaserte fysioterapi-tjenesten i kommunene, ønsker regjeringen å øke kommunenes finansieringsansvar. Det tas sikte på at de kommunale driftstilskuddene sin andel av fysioterapeutenes samlede omsetning bør økes fra dagens om lag 25 pst. til minst 40 pst.

Forskning

Forskningssamarbeid

Nasjonale samarbeidsgrupper for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG) er etablert for å sikre dialog og samordning av forskning i et nasjonalt perspektiv. Fra 2008 er gruppens medlemmer utvidet med representanter for brukerne og høyskolene. Øvrige medlemmer er de regionale helseforetakene, universitetene, Norges forskningsråd, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og en representant fra allmennmedisin (ny i 2008) er observatører i gruppen. Det er etablert en modell for etablering og oppfølging av felles nasjonale forskningssatsinger gjennom formaliserte forskernettverk og ansvarsforankring i regionale samarbeidsorgan mellom de regionale helseforetakene og universitetene eller Norges forskningsråd.

Innovasjon

For å følge opp felles satsing mellom Nærings- og handelsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet på behovsdrivet innovasjon i helse-sektoren, er det etablert formaliserte samarbeidsavtaler mellom InnoMed, Innovasjon Norge, Norges forskningsråd og de regionale helseforetakene samt etablert møteplasser og konferanser. De regi-

onale helseforetakene utarbeider en felles regional handlingsplan for innovasjon og næringsutvikling som skal forankres i de regionale samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universitetene og høyskolene.

Stamcelleforskning

Det er under etablering et nasjonalt stamcelleforskningssenter i Helse Sør-Øst RHF og et eget Program for stamcelleforskning (2008–2012) i regi av Norges forskningsråd.

Ny helseforskningslov og styrking av regionale forskningsetiske komiteer

Regjeringen la fram forslag til ny helseforskningslov i juni 2007, som ble vedtatt av Stortinget juni 2008. Formålet med loven er å fremme god og etisk forsvarlig forskning. Den nye loven innebærer en opprydning og forenkling av regelverket for medisinsk og helsefaglig forskning samtidig som hensyn til forskningsdeltakere og personvern ivaretas. Loven stiller blant annet krav til forhåndsgodkjenning av forskningsprosjekter og forskningsdeltakers samtykke, samt krav til organisering av forskningen og til åpenhet om blant annet forskningsresultater og finansieringsforhold.

Særskilt kompetanseoppbygging

For å styrke praksisnær forskning og utvikling innen omsorgstjenesten ble det i 2008 etablert fire nye regionale FOU-sentra knyttet til høyskoler som utdanner helse- og sosialpersonell. Med dette er målet i omsorgsmeldingen om at det skal etableres til sammen fem sentre innen utgangen av 2010 oppnådd allerede ved utgangen av 2008. Nærmere omtale under programkategori 10.60.

Det femårige rusmiddelforskningsprogram i Forskningsrådet er godt i gang og fordeler midlene mellom det universitetstilknyttet rusmiddelforskningssenter ved Universitetet i Oslo og til forskningsprosjekt på feltet. De regionale helseforetakene har satt i verk tiltak for å sikre oppbygging av forskningskompetanse på forskningssvake områder, jf. omtale under kap. 732. Etableringen av allmennmedisinske forskningsenheter er godt i gang, og er omtalt under kap. 724.

Bedre beslutningsgrunnlag for dimensjonering av legenes spesialistutdanning

Helsedirektoratet har sammen med de regionale helseforetakene påbegynt et arbeid med å videreutvikle databasen i Nasjonalt råd for spesialistut-

danning av leger og legefording. Databasen benyttes blant annet som beslutningsgrunnlag for dimensjonering av utdanningsstillingene for legene. Videreutviklingen skal skje på en måte som ivaretar myndighetenes behov for kunnskap, samtidig som systemet skal fungere som styringsverktøy for helseforetakene. Det legges opp til at arbeidet skal være ferdig innen utgangen av 2009. Databasen skal sees i forhold til helseforetakenes lønns- og personalsystemer.

Innholdet i utdanningene skal samsvare med behovene

Utdanningsinstitusjonene har betydelige frihetsgrader for selv å definere det faglige innholdet i utdanningene. Med hjemmel i universitets- og høyskoleloven, kan det fortsatt fastsettes nasjonale rammeplaner for utdanningene. Behov for endret dimensjonering og innhold i utdanningene tas opp i møter med Kunnskapsdepartementet, i nært samarbeid med Helsedirektoratet. Det er etablert faste kontaktmøter mellom utdannings-, helse- og sosialmyndighetene. Påkrevde endringer i de nasjonalt fastsatte rammeplanene vurderes og fastsettes av Kunnskapsdepartementet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet.

Etisk rekruttering av helsepersonell

Regjeringen har slått fast at det ikke er aktuelt med en aktiv og systematisk rekruttering av helse- og sosialpersonell fra utviklingsland, men vil i stedet satse på tilstrekkelig innenlandsk utdanningskapasitet og egen rekruttering.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet utarbeidet en rapport der grunnlag og elementer for slik politikk blir foreslått. Departementet har i første omgang forelagt rapporten for berørte instanser og vil komme tilbake til videre oppfølging. Oppfølgingen av rapporten må blant annet ses i sammenheng med St.meld. nr. 18 (2007–2008), Arbeidsinnvandring, og pågående prosesser knyttet til utarbeidelse av retningslinjer for etisk rekruttering som foregår i WHO og WHO Europa.

Regjeringen har videre besluttet opprettelsen av to arbeidsgrupper i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og Utenriksdepartement som skal vurdere henholdsvis innenlandske tiltak og tiltak på bistandsområdet når det gjelder rekruttering av helsepersonell. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å bl.a. identifisere og analysere forhold som har betydning for innenlandsk tilgang på helse- og sosialpersonell og vurdere aktuelle tiltak for å sikre innenlandsk

rekruttering. Rapport fra Helsedirektoratet skal foreligge innen januar 2009.

Redusert bruk av deltid

Regjeringen har i Omsorgsplan 2015 et mål om å øke andelen som arbeider heltid i de kommunale omsorgstjenestene. Ett av tiltakene i planen er å prioritere støtte til kommuner der den ansatte tilbys hel stilling etter fullført kvalifisering. I tillegg har Regjeringen og KS i avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å legge til rette for å redusere bruken av deltidsstillinger i helse- og omsorgssektoren. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at i perioden 2004–2007 arbeidet om lag 12 000 flere sysselsatte i de kommunale omsorgstjenestene i tilnærmet hele stillinger. Anslag fra Helsedirektoratet tyder på at om lag 4000 årsverk av årsverksveksten i sektoren i samme periode var et resultat av økte stillinger.

Folkehelsearbeid

Helse- og omsorgsdepartementet er opptatt av å styrke helsetjenestens ansvar og rolle i det forebyggende arbeidet knyttet til livsstilssykdommer. Risikofaktorer som tobakk, rusmidler, usunt kosthold og fysisk inaktivitet ligger bak sykdommer og lidelser som overvekt/fedme, type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer, kols og en rekke kreftformer. Det er satt i gang et arbeid for å styrke helsetjenestens rolle i det forebyggende arbeidet rettet mot høyrisikogrupper, samt sikre at det forebyggende perspektivet integreres sterkere i det ordinære helsetjenestetilbudet og i den helhetlige behandlingsskjeden. Fragmenterte intervensjoner i helsetjenesten har vist seg ikke å ha ønsket effekt. Utfordringen ligger i å få til bedre og mer integrerte tjenester både på og mellom tjenestenivåene, og at det legges til rette for nødvendig tverrfaglighet i personellens tilnærminger. Videre ligger utfordringen i å sikre at lavterskeltilbud innen fysisk aktivitet, kosthold, røykeavvenning, mv. samordnes med den ordinære kommunale helsetjenesten slik at tilbudet framstår som helhetlig overfor pasienter og brukergrupper. Folkehelsearbeidet må forankres bredt og tverrsektorielt. Særlig vil frivillig sektor være en viktig samarbeidsarena.

Partnerskap for folkehelse

Helse- og omsorgsdepartementet har i høringen om Forvaltningsreformen fulgt opp kommunal- og forvaltningskomiteens flertallsmerknader, jf. Innst. S. nr. 166 (2006–2007), der flertallet ber om at det

blir utredet å la folkehelsearbeidet gå over fra en frivillig til ordinær oppgave for det regionale folkevalgte nivået. Høringsuttalelsene gir grunnlag for å gå videre med et utredningsarbeid om lovforankring av folkehelsearbeid som en ordinær oppgave og selvstendig ansvar for fylkeskommunene. Samtidig er det i høringen innvendinger mot å overføre oppgaver fra fylkesmannen til fylkeskommunen på dette feltet. Lovutredningsarbeidet ledes av Helse- og omsorgsdepartementet, og det tas sikte på å legge fram et høringsnotat i løpet av 2008.

Forebyggende arbeid i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 fastslår at opplæring av pasienter og pårørende er blant sykehusenes oppgaver. Departementet vil vurdere endring i spesialisthelsetjenesteloven for å styrke lovgrunnlaget for spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver innen forebygging, og dermed få forebygging som en lovpålagt oppgave på lik linje med pasientbehandling, utdanning, forskning og pasientopplæring. Evt. lovendring må inn i § 3-8 i spesialisthelsetjenesteloven og i § 2-2 i lov om helseforetakene.

Ernæringsarbeid

Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) innebærer tiltak på arenaer som bidrar til å redusere sosiale forskjeller i kosthold og er en viktig del av folkehelsearbeidet. Tiltak er videreført for å styrke ernæringsarbeidet innenfor barnehager, skoler, helsestasjoner, men også overfor forbrukere gjennom diverse tiltak og dialog med matvarebransjen. Det er besluttet å innføre en felles nordisk ordning for frivillig sunnhetsmerking av matvarer, dvs. merking med et nøkkelhull. Det arbeides kontinuerlig med enhetlig og tydelig budskap fra myndighetene om kostholdsinformasjon, der nøkkelhullsmerkingen og nye kostråd vil bidra til at dette synliggjøres.

Helsetjenesten skal forebygge mer, og ernæring er sentralt i dette. Det er satt fokus på betydning av ernæring i helsetjenesten blant annet gjennom kartlegging av mattilbud i sykehjem, gjennom arbeidet for å bedre tilbudet til eldre i spesialisthelsetjenesten og utprøvningsprosjekter med ernæringskompetanse i kommunene. Arbeidet med revidering av retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner er satt i gang og nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring er på høring høsten 2008. Retningslinjer for primærhelsetjenesten om forebygging, vurdering og behandling av overvekt og fedme er under utarbeidelse og vil bli et viktig verktøy for helsetjenesten. Helseforetakene ble i

oppdragsdokumentet for 2008 bedt om å vurdere kostholdsplanen opp mot ivaretagelsen av pålagte oppgaver på ernæringsområdet. Det er opprettet en dialogarena med frivillige organisasjoner og private aktører for bedre samhandling om lavterskeltilbud. Det vises for øvrig til omtale i programkategori 10.10 Folkehelse, kap. 719.

Smittevern

Regjeringen la i juni 2008 fram en ny nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens. Strategien viderefører og styrker innsatsen som er gjennomført gjennom to tidligere handlings-/tiltaksplaner. I strategiperioden 2008–2012 skal etablerte overvåkingssystemer for infeksjoner ervervet i helsetjenesten og antibiotikaresistens utvikles videre og utnyttes bedre i kvalitetssikring og forskning. Videre skal bl.a. smittevernet i helsetjenesten styrkes, og helseinstitusjonene skal sette mål for smittevernarbeidet og klarlegge personellbehovet.

Rus

Opptrappingsplanen for rusfeltet ble lagt fram i St.prp. nr. 1 (2007–2008). Denne satsingen skal bidra til at rusmiddelavhengige tilbys den hjelp, behandling og rehabilitering de har behov for og rett til. Samtidig skal det rusforebyggende arbeidet styrkes. For personer som har rusmiddelproblemer eller er pårørende til noen som sliter er det brukernes og pasientenes behov som må stå i sentrum. Nærhet, kvalitet og samhandling skal kjennetegne tjenestene, og pårørendeperspektivet skal styrkes i rusfeltet.

I Soria Moria-erklæringen har regjeringspartiene gitt løfte om oppfølging og hjelp til barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. Helse- og omsorgsdepartementet sendte våren 2008 på høring et forslag om å lovfeste at helsepersonell skal bidra til å ivareta barns behov når foreldre som følge av psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sykdom eller skade, ikke har evne eller mulighet til å yte barnet hjelp og nødvendig omsorg. Formålet med lovendringene er at barn av disse pasienter skal oppdages og ivaretas på en bedre og mer systematisk måte enn i dag.

Opptrappingsplanen for rusfeltet er nærmere omtalt under kap. 718.

Norsk pasientregister

Stortinget har vedtatt å gjøre Norsk pasientregister til et personidentifiserbart register på lik linje med de andre sentrale helseregistrene som følger

av helseregisterloven § 8 tredje ledd. Pasientregisterforskriften trer i kraft når de organisatoriske, fysiske og tekniske kravene til sikkerhet er implementert.

6.5 Sterkere brukerrolle

Et sentralt punkt i Nasjonal helseplan er å legge til rette for en sterkere brukerrolle. I dette ligger virkemidler som brukererfaringer, åpenhet i informasjon, valgmuligheter og videreutvikling av brukeres posisjon overfor kommuner og helseforetak. Det er viktig og ønskelig at brukerne skal ha kunnskap om tjenestene og at de aktivt skal medvirke og påvirke. Ved siden av at pasienten selv og deres pårørende aktivt deltar i beslutninger som omhandler egen helse, har brukerorganisasjonene en viktig rolle. Det skal legges vekt på å videreutvikle brukerorganisasjonenes rolle i utvikling av helsetjenesten.

Brukermedvirkning

Det har de senere årene vært en utvikling av brukermedvirkning på systemnivå. Som eksempel på dette har Helse- og omsorgsdepartementet opprettet et Kontaktforum for brukerne i spesialisthelsetjenesten representert ved medlemmer fra brukerorganisasjonene. Kontaktforumet skal bidra til å skape en bedre og mer helhetlig helsetjeneste for befolkningen gjennom gjensidig informasjonsutveksling, dialog med og innspill til Helse- og omsorgsdepartementet om forhold som berører brukerne av spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene er gjennom helseforetaksloven pålagt å sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter. Arbeidsforskningsinstituttet har i en rapport fra 2007, *For at ikke pasientperspektivet skal bli glemte? En kvalitativ analyse av betydningen av brukerutvalg i helseforetak*, gitt en evaluering av brukerinvolvering i helseforetakene gjennom brukerutvalg. Undersøkelsen har vist at både brukerinformanter og helseforetaksinformanter oppfatter at med brukerutvalg fikk helseforetakene tilført et alternativt perspektiv og en kunnskap helsetjenesten bare kan få tilgang til via brukerne. Brukerutvalgene har mange steder vært opptatt av sider ved helsetjenestens virksomhet som er særlig viktig for mennesker som har langvarig og hyppig kontakt med flere deler av helsetjenesten og helseapparatet. Brukerutvalgene har bidratt til at slike temaer og perspektiver er blitt satt på dagsorden i helseforetakene.

Det er i Oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2008 bedt om at det regionale helseforetaket sørger for at det er brukerutvalg i alle helseforetak, inkludert i det regionale helseforetaket.

Utvidelse av pasientombudsordningen

Forslaget om å utvide pasientombudenes virkeområde til å gjelde kommunale helse- og omsorgstjenester er vedtatt av Stortinget, jf. Ot.prp. nr. 23 (2007–2008), og settes i verk fra 1. september 2009.

Helsedirektoratet har startet opp arbeidet med implementeringen av de nye reglene. Utarbeidelse av veiledningsmateriell og opplæringstiltak gjennomføres i 2008 og 2009. For nærmere omtale jf. kap. 729, post 01.

Brukermedvirkning på individnivå

Den kommunale omsorgstjenesten har et lovpålagt ansvar for å utforme tjenestene i samarbeid med bruker og legge stor vekt på hva de mener. Kompetanseløftet skal bidra til økt kompetanse også på dette området. TaKT-programmet og det igangsatte Familieveiviserprosjektet har særlig fokus på å styrke brukersamhandling med funksjonshemmede barn og deres familier. I opptrappingsplanen for rusfeltet er styrket brukerperspektiv ett av hovedmålene. Prøveordningen med koordinerende tillitsperson til personer med rusproblem skal bl.a. bidra til at flere får utarbeidet individuell plan. Arbeidet med å styrke ordningen med brukerstyrt personlig assistanse videreføres innenfor rammen av departementets arbeid med ny helse- og omsorgslov og departementets samhandlingsprosjekt. Det vises til kap. 761, postene 21, 60, 63 og 66.

Lokalpolitisk forankring av kvalitetskrav til omsorgstjenesten

Stortinget har i anmodningsvedtak nr. 189 av 3. desember 2007, bedt regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenesten sikres. Kvalitetsforskriften er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Det offentlige utvalget som skulle utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen (Berntutvalget), avga innstilling i oktober 2004, jf. NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten*. Arbeidet med oppfølgingen av utvalgets forslag er i gang. Endring av kvalitetsforskriften vil bli fulgt opp denne sammenhengen.

Pårørendeskoler

I henhold til Demensplan 2015 er det satt i verk tiltak for å styrke spredningen av pårørendeskoler og samtalegruppe til landets kommuner. 25 modellkommuner deltar i et treårig utviklingsprogram, som skal sikre spredning og implementering av tilbud som gir støtte og veiledning til pårørende.

Individuell plan

Arbeidet for at individuell plan (IP) skal bli tatt mer i bruk fortsetter med full kraft. Helsedirektoratet arrangerer regionale konferanser om erfaringer med IP i hver helseregion. Konferansene gjennomføres sammen med fylkesmannen, brukerrepresentanter, KS og NAV.

6.6 Arbeid og helse

Helse- og omsorgstjenesten skal bidra til at brukere av tjenestene i størst mulig grad mestrer eget liv. Det er også viktig at enkelte ikke vil ha helse til å stå i arbeidslivet. I Nasjonal helseplan vektlegges forebygging og rehabilitering hvor arbeidslivet, og spesielt samarbeidet mellom arbeids- og velferdsetaten helsetjenesten og arbeidslivets parter står sentralt.

Raskere tilbake

På bakgrunn av Sykefraværsutvalgets rapport fra november 2006 ble det avsatt midler til Tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte fra 2007. Tilskuddordningen er kjent som Raskere tilbake. Formålet med ordningen er å bringe sykmeldte arbeidstakere, herunder langtidssykmeldte, raskere tilbake til arbeidslivet og dermed redusere sykefraværet.

Tilskuddordningen skal stimulere spesialisthelsetjenesten til å etablere nye tilbud rettet mot sykmeldte arbeidstakere samt legge til rette for at Arbeids- og velferdsetaten kan tilby tre nye tiltak: avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering.

Sykmeldende behandler og saksbehandler i NAV lokalt skal i dialog med den sykmeldte finne fram til hensiktsmessige løsninger som er tilpasset den enkelte. Tiltaket og oppfølgingen skal skje i nær dialog med arbeidsplassen, slik at tilbudet til den sykmeldte fra helsetjenesten eller fra arbeids- og velferdsetaten ses i en helhetlig sammenheng.

2007 var et oppstartsår for ordningen med til sammen 8540 henvisninger til spesialisthelsetjenesten. I 2008 har ordningen økt i omfang med fra 2000 henvisninger de første månedene økende til 3000 henvisninger i april måned. Det er per 1. tertiial 2008 henvist om lag 21 000 personer til ulike tjenester innenfor tilskuddsordningen: 18 260 til spesialisthelsetjenesten og 2750 til arbeids- og velferdsetaten. Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser utgjør de to største gruppene i det legemeldte sykefraværet.

Styrket kompetanse

Helsedirektoratet, Høgskolen i Akershus og Attføringsbedriftene har i fellesskap etablert et nytt studium i ernæring, levevaner og helse. Studiet er beregnet for veiledere i attføringsbedrifter, ansatte i NAV og andre med tilsvarende yrke og spesiell interesse for kosthold og levevaner. Kommunikasjonsmetoden endringsfokuseret veiledning står sentralt i studiet. Et viktig element i kurset er også at veilederen skal vite hvilke lokale ressurser de kan henvise brukeren til.

7 Sosiale helseforskjeller

St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller utgjør helse delen av regjeringens utjevningsspolitikk. Det er mange årsaker til helseforskjeller, fra grunnleggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som arbeids- og bomiljø, til mer umiddelbare påvirkningsfaktorer som helseatferd og bruk av helsetjenester. Arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller vil derfor kreve langsiktig og målrettet innsats på mange områder.

Sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller skal reduseres. Gode og trygge oppvekstvilkår for alle, rettferdig fordeling av inntekt og like muligheter til utdanning og arbeid er samfunnets beste investering for å redusere sosiale helseforskjeller.

I strategien legges det vekt på å hindre sosial utstøting av grupper som faller ut av utdanning og arbeid av helsemessige eller andre årsaker. Gode universelle ordninger er det viktigste virkemidlet for å redusere sosiale helseforskjeller, men mange grupper kan ha behov for målrettede tjenester. Universelle ordninger må derfor suppleres med individuelt tilpassede tjenester og tiltak som ivaretar dette. Brukerrettede og tilpassede offentlige tjenester er nødvendig for at alle, uansett bakgrunn og forutsetninger, skal få likeverdige tjenester. I strategien legges det vekt på betydningen av virkemidler for sosial inkludering i tilknytning til arbeidsmarkedet, helse- og sosialtjenesten, frivillige organisasjoner og utsatte geografiske områder.

7.1 Inntekt

Målet er å redusere økonomiske forskjeller.

Regjeringen legger vekt på at skattesystemet skal bidra til en mer rettferdig fordeling og har derfor styrket fordelingsprofilen i skatteopplegget i alle budsjettene den har lagt fram. Regjeringen har bl.a. gitt om lag 2 mrd. kroner i lettelsers gjennom økt minstefradrag. Mesteparten av disse lettelsene har kommet dem med lave lønns- og pensjonsinntekter til gode. Det er likevel begrenset hvor mye endringer i skattesystemet kan hjelpe grupper som har lav inntekt og ingen formue – grupper som dermed betaler lite skatt i dag. Skattelettelsers har derfor ikke vært vektlagt i Regjeringens budsjettfor-slag.

Derimot har Regjeringen økt skattene for personer med høye aksjeinntekter og formuer og gjort skattetilpasninger vanskeligere og mindre lønnsomme. Formuesskatten på aksjer er økt vesentlig ved bl.a. å fjerne aksjerabatten. Regjeringen vil i 2009 øke formuesskatten ytterligere for dem med høye aksjeinntekter og formuer og øke arveavgiften for dem som mottar store aksjeformuer.

Samtidig har økningen av samlede skatter og avgifter gitt rom for å styrke velferdsordningene og det offentlige tjenestetilbudet, i tråd med Regjeringens skatteløfte. Disse endringene har bidratt til å markere et skille i fordelingspolitikken mellom denne regjeringen og den forrige regjeringen.

Regjeringen har som mål å avskaffe fattigdom. Det ble utarbeidet en egen Handlingsplan mot fattigdom som vedlegg til budsjettet for 2007. Satsingen på tiltak er opprettholdt og forsterket på enkelte områder i 2008. Regjeringen vil bekjempe fattigdom og redusere sosiale og økonomiske forskjeller gjennom universelle velferdsordninger, sterke fellesskapsløsninger, og ved å gi alle anledning til å delta i arbeidslivet.

Arbeid er det viktigste virkemiddelet for å avskaffe fattigdom og redusere sosiale og økonomiske forskjeller. Se omtale av tiltak for et mer inkluderende arbeidsliv under 7.3. Regjeringen styrket i 2007 bl.a. innsatsen når det gjelder målrettede arbeidsmarkedstiltak innenfor handlingsplan mot fattigdom, kompetanse- og utviklingstiltak for å forebygge og redusere barnefattigdom, tiltak for barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre, barne- og ungdomstiltak i større bysamfunn, tiltak for ungdom i risikozonen og tiltak for å skaffe varig bolig for bostedsløse. De statlige veiledende satsene for økonomisk sosialhjelp ble i 2007 økt med 5 pst. utover konsumprisindeksen. Regjeringen foreslår for 2009 en ytterligere økning på 5 pst., utover den ordinære reguleringen.

7.2 Oppvekst

Målet er trygge oppvekstvilkår og like muligheter til utvikling uavhengig av foreldres økonomi, utdanning, etniske og geografiske tilhørighet.

Tilskuddsordningen til barne- og ungdomstiltak i større bysamfunn er et virkemiddel for å bedre oppvekst- og levekår i større bysamfunn.

Ordningen skal stimulere til kommunal og frivillig samordning i den forebyggende barne- og ungdomspolitikken. Den statlige grunnstøtten til frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner skal bidra til at like muligheter for deltakelse for alle står sentralt i støttepolitikken. Et nytt og forenklet regelverk for grunnstøtte vil gjelde fra tilskuddsåret 2008. Regelverket tar spesielle hensyn til minoritetsorganisasjoner og organisasjoner med begrenset rekrutteringsgrunnlag.

Som et ledd i innsatsen mot fattigdom er det bevilget midler til kompetanse- og utviklingstiltak i sosialtjenesten og barnevernet for å forebygge og redusere barnefattigdom, tiltak for barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre og tiltak for ungdom i risikozonen. Det ble i 2007 initiert et utviklingsarbeid i utvalgte kommuner, rettet mot ungdom i risikozonen, for å forhindre marginalisering av unge mellom 15 og 25 år som står utenfor videregående opplæring og arbeidsliv. Statistisk sentralbyrå utarbeidet i 2007 en rapport om målgruppens levekår. Den kommunale barneverntjenesten har ansvar for å sette i verk tiltak for å forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer. Barnevernet skal yte særlig hjelp til utsatte barn og unge. Målet er å sette i verk tiltak som medvirker til at de som mottar hjelpen kan leve et så godt liv som mulig i familien (eventuelt i fosterhjem eller på institusjon), på skolen, blant venner og senere i yrkeslivet.

Offisiell statistikk fra SSB viser at kommunale tjenester, som skole og barnehage, sjelden melder bekymring til barnevernet. Dette kan bidra til at barnevernet ikke kommer tidlig nok inn i en sak. Det ble derfor i 2007 etablert en arbeidsgruppe med representanter fra Barne- og likestillingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Fellesorganisasjonen og Utdanningsforbundet, som har foreslått tiltak for å bedre samarbeidet mellom barnehage og barnevern. Arbeidsgruppens rapport fra 2008 konkluderte med forslag til virkemidler for å få til et bedre samarbeid mellom barnehage og barnevern. Som en oppfølging av rapporten, vil Barne- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet i løpet av 2008 i fellesskap utarbeide en veileder til bruk for kommunene.

Det er etablert et kunnskaps- og kompetanseprogram (2007–2011) for det kommunale barnevernet i samarbeid med høyskoler og universiteter, KS og ansattes organisasjoner. Programmet er videreført og ytterligere styrket i 2008. Målsettingen er å bedre kommunenes forutsetninger for å løse et økende antall sammensatte og komplekse barnevernssaker.

Aldersgruppen 18 til 23 år som er i kontakt med barnevernet er et viktig satsingsområde for

det kommunale barnevernet. I tilknytning til fattigdomssatsingen videreføres et treårig utviklingsarbeid i åtte utvalgte kommuner knyttet til ettervern av unge 18 til 23 år.

Det er et mål å bedre oppfølgingen av barn og unge som utsettes for overgrep og vold i nære relasjoner. Justis- og politidepartementet har i samarbeid med berørte departementer utarbeidet Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008–2011 Vendepunkt, som inneholder tiltak rettet mot barn. Erfaringer fra prosjektet Barn som lever med vold i familien viser at det er et stort kunnskapsbehov i tjenester som møter barn som er utsatt for vold, overgrep og utnyttning. Det er videre stor usikkerhet og variasjon i kvalitet og tilnærming med hensyn til hvordan hjelpeapparatet arbeider med slike saker. Det er behov for å formidle kunnskap om metoder for å kartlegge og avdekke vold, sikkerhetsmessige konsekvenser av å avdekke vold, voldens konsekvenser, samtaleteknikk med barn i ulike aldre, takling av krisesituasjoner osv.

Regjeringen vil gjennom opprettelse av barnehus sikre et mer helhetlig og bedre samordnet tilbud til barn som har vært utsatt for overgrep. Barnehusene skal være sentrale knutepunkt mellom offentlige instanser som har oppgaver og ansvar ved behandling av saker som gjelder vold og overgrep mot barn. Regjeringen etablerte i 2007 to barnehus, ett i Bergen og ett i Hamar. I løpet av 2008 vil det bli etablert barnehus i Kristiansand, Trondheim og Tromsø. Det vil da være etablert minst ett barnehus i hver helseregion slik at tilbudet blir landsdekkende. På bakgrunn av erfaringene fra eksisterende barnehus og behov i Oslo-regionen vil det bli vurdert ytterligere utbygging. De regionale kompetansesentrene om vold, traumatisk stress og selvmordforebygging (RVTS) har et særlig ansvar for å bygge opp kompetanse på området og formidle kunnskap til tjenesteapparatet. Se omtale under kap. 743, post 73.

Barn med rusmisbrukende foreldre og/eller foreldre som er psykisk syke, er særlig utsatte og sårbare som gruppe. Mange av dem fanges ikke opp av hjelpeapparatet, og får ikke den hjelpen de trenger. Barne- og likestillingsdepartementet satte derfor i 2007, i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, i gang en større satsing for å identifisere og sette i verk tiltak for disse barna. I 2008 har Helse- og omsorgsdepartementet sendt ut et høringsnotat med forslag om å styrke rettighetene til barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk og psykisk syke foreldre. Barn av pasienter har i dag ingen særskilte rettigheter etter helselovgivningen. Høringsfristen var 22. august. Det tas sikte på å legge fram en proposisjon for Stortinget før påske 2009.

Det er store sosiale forskjeller i læringsutbytte, deltakelse og valg av utdanning, til tross for høy grad av formell likhet i utdanningssystemet. Mange elever og lærlinger fullfører ikke videregående opplæring. Bedre rådgivningstjeneste er et viktig virkemiddel for å redusere omvalg og avbrudd i videregående opplæring. Stortinget besluttet i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett 2007 å øke ressursene til rådgivning i videregående opplæring spesielt rettet mot ungdomstrinnet. Midlene er lagt inn i rammetilskuddet til fylkeskommunene. Det ble også bevilget midler til å etablere partnerskap for karriereveiledning i alle fylkene, jf. kap. 226, post 21 på Kunnskapsdepartementets budsjett. Fra høsten 2007 ble det satt i gang et forsøk, der elever som avslutter ungdomsskolen skal kunne få opplæring i et planlagt toårig løp, hvor hoveddelen av opplæringen vil være praksisrettet og foregå i bedrift. Etter endt opplæring skal kandidaten ha en formell og gjenkjennelig kompetanse som arbeidslivet kan etterspørre. Kompetansemålene skal hentes fra ordinære læreplaner, slik at praksisbrevet også skal kunne inngå i et fagbrev uten forsinkelse. Fra høsten 2008 ble forsøket utvidet fra dagens tre fylkeskommuner, slik at det er åpent for alle. Tiltaket skal bidra til at flere gjennomfører videregående opplæring og ender med en gjenkjennelig kompetanse.

Tiden før skolestart er en spesielt viktig periode for barns språkutvikling. Det er viktig med et tilbud som sørger for at alle barn, også de som ikke går i barnehage, får den stimuleringen og hjelpen de trenger. Kunnskapsdepartementet beskriver i St.meld. nr. 23 (2007–2008) behovet for at kommunene tilrettelegger en helhetlig tiltakskjede slik at alle barn med behov for det kan motta nødvendig språkstimulering. Det vil bli gitt en presisering av opplæringsloven § 5-7 (Spesialpedagogisk hjelp før opplæringspliktig alder) som hjemler rett til språkstimulering, herunder opplæring i norsk, hvis barnet har særskilte behov for dette.

I Soria Moria-erklæringen er det en målsetting å utvide timetallet på barnetrinnet (1.–7. trinn) til 21 timer i uken (det vil si 28 timer à 45 minutter). Regjeringen vedtok i budsjettet for 2008 å utvide timetallet på barnetrinnet med til sammen fem uketimer à 60 minutter på barnetrinnet. Økningen i timetallet skal gjelde fra høsten 2008. Det ble gjennomført forsøk med utvidet skoledag på barnetrinnet i 11 kommuner gjennom skoleåret 2007–2008. Formålet var å høste erfaringer med styrking av fellesfagene, leksehjelp, innføring av fysisk aktivitet og skolemat i en ordinær skoledag. Et hovedmål for forsøket var å styrke kvaliteten på opplæringen for alle elever. Utvidet skoledag vil særlig

være viktig for elever som i liten grad blir fulgt opp utenom skoletiden. En utvidet skoledag er et viktig virkemiddel for å utjevne forskjeller i både læringsutbytte og helse.

Det ble innført gratis frukt og grønt for alle elever på alle ungdomsskoler (8.-10. trinn) og skoler med alle trinn (1.-10. trinn) fra høsten 2007. Tilbudet er nå lovfestet i opplæringsloven med virkning fra skolestart 2008. I tillegg til den generelle gratisordningen har derfor også alle barneskolene i Drammen kommune, et utvalg av barneskolene i Oslo kommune og alle barneskolene i Finnmark fylke hatt et tidsbegrenset tilbud om gratis skolefrukt. Ordningen avsluttes ved utgangen av 2008.

For å stimulere til økt deltakelse blant grupper som er underrepresentert i kultur- og organisasjonslivet vil Regjeringen videreføre og styrke ordningen med den kulturelle skolesekken og videreføre tilskuddene til kulturkort for ungdom. I sammenheng med behandlingen av St.meld. nr. 8 (2007–2008), Kulturell skulesekk for framtida, ble det vedtatt å utvide ordningen til å omfatte videregående skole over en periode på to til tre år. Prøveordningen med tilskudd til kulturkort for ungdom gjelder i 2008 for fylkene Østfold, Rogaland, Aust-Agder, Vest-Agder, Buskerud, Hordaland Møre- og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Nordland. Kultur- og kirke departementet arbeider med en stortingsmelding om bibliotek som skal legges fram høsten 2008. Folkebibliotekene representerer et lavterskeltilbud på kulturmarkedet og skal nå alle grupper uavhengig av utdanning, inntekt og bolig. Ved hovedfordeling av spillemidler i 2008 ble det satt av egne midler til aktivitetsutvikling og sosial integrasjon i idrettsalg i utvalgte bydeler i de største byene. Ordningen vil bli videreført i 2009.

7.3 Arbeid og arbeidsmiljø

Målet er et mer inkluderende arbeidsliv og sunnere arbeidsmiljøer.

Regjeringen la fram St.meld. nr. 9 (2006–2007) Arbeid, velferd og inkludering for Stortinget høsten 2006. Her beskrives regjeringens politikk for å styrke sysselsettingen og inkludere personer som har falt ut av, eller står i fare for å falle ut av arbeidsmarkedet.

Ett av hovedforslagene i meldingen er å innføre en enklere og mer arbeidsrettet tidsbegrenset inntektssikring til erstatning for dagens rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbegrenset uførestønad. Omleggingen skal vri ressursbruken fra stønadsforvaltning til aktive tiltak og oppfølging. Virkemidlene skal gjøres mer fleksible, arbeidsrettede og bedre samordnet, slik at de skal kunne

benyttes ut fra den enkeltes behov for hjelp til å komme i arbeid. Dette skal bidra til å senke tersklene inn i arbeid og heve tersklene ut av arbeid.

Et inkluderende arbeidsliv innebærer at forholdene på arbeidsmarkedet legges til rette for de som helt eller delvis ikke kan utføre sine vanlige arbeidsoppgaver og for de som midlertidig eller varig har fått nedsatt funksjonsevne. Arbeidet med å skape et mer inkluderende arbeidsliv må forankres på den enkelte arbeidsplass. Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv av 14. desember 2005 og tillegg av 6. juni 2006 skal bidra til et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplassen og for samfunnet. Avtalen skal bidra til at sykefraværet og antall nye mottakere av uføreytelser reduseres. Det er videre et mål å øke rekrutteringen av personer som ikke har et arbeidsforhold til arbeidslivet.

I forbindelse med Ot.prp. nr. 6 (2006–2007) fremmet Regjeringen forslag til endringer i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven. Hensikten er å bidra til bedre tilrettelegging og oppfølging under sykdom. På bakgrunn av Sykefraværsutvalgets rapport av 6. november 2006 er det satt i verk en ordning med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester. Tilskuddet skal gå til kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte. Formålet med ordningen er å bringe personer som mottar sykepenger raskere tilbake til arbeidslivet og dermed redusere sykefraværet. Midlene er fordelt etter drøftinger med partene i arbeidslivet. Ordningen har en ramme på 742 mill. kroner i 2008.

IA-avtalen er et virkemiddel for å nå målet om å øke andelen av personer med nedsatt funksjonsevne som går fra en trygdeytelse over til arbeid. Regjeringen og partene i arbeidslivet undertegnet 15. mai 2007 et tillegg til IA-avtalen som konkretiserer indikatorene for oppnåelse av delmål 2 i IA-avtalen om å rekruttere personer med redusert funksjonsevne. Regjeringen legger opp til økt bruk av arbeidsrettede tiltak og tjenester. Utfordringene er bl.a. knyttet til å tilpasse tiltak for innvandrere og personer med nedsatt funksjonsevne. Et bidrag i arbeidet med delmål 2 er IA-plasser. Målgruppen er personer som Arbeids- og velferdsetaten har avklart har behov for å videreutvikle sin funksjonsevne og arbeidsevne. En IA-plass er utprøving i en IA-virksomhet og kommer som et supplement til eksisterende ordninger. Arbeidslivssentrene har en sentral rolle i implementeringen av ordningen med IA-plasser. Ordningen ble satt i verk i 2007.

Det ble i 2007 etablert et nytt kvalifiseringsprogram med en tilhørende standardisert kvalifiseringsstønad for personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntekstevne og med ingen eller svært begrensede ytelser til livsopphold i folketrygden.

Dette gjelder særlig personer som i dagens system vil kunne bli avhengige av sosialhjelp over lengre tid. Programmet skal inneholde arbeidsrettede tiltak og arbeidssøking og kan inneholde andre tiltak som støtter opp under og forbereder den enkeltes overgang til arbeid. Det kan også settes av tid til helsehjelp, opptrening, egenaktivitet mv og det kan legges inn pauser der dette er nødvendig ut i fra den enkeltes sosiale og helsemessige situasjon.

Det er store forskjeller i fysiske og psykososiale arbeidsmiljøbelastninger mellom de ulike yrkesgruppene i arbeidslivet. Viktige virkemidler for å redusere sosiale forskjeller i helse er å videreføre og styrke arbeidet for sunnere arbeidsmiljø i bransjer med store arbeidsmiljøbelastninger. Arbeidstilsynet har derfor satt i verk nye tilsynsattsing i bransjene renhold, detaljhandel, hotell- og restaurant, og undervisning. Tilsynet gjennomført et prosjekt i samarbeid med Arbeids- og velferdsetaten (NAV) og partene i arbeidslivet rettet mot uvalgte bransjer for å fremme inkludering og hindre sykefravær. Videre skal Arbeidstilsynet drive offensiv informasjon rettet mot unge arbeidstakere og gjennomføre tilsyn i lærlingbedrifter og bransjer med mange unge arbeidstakere. Regjeringen har siden tiltredelsen høsten 2005 arbeidet systematisk med å få på plass effektive tiltak mot sosial dumping. Arbeidstilsynet er styrket, det er etablert innsynsrett for tillitsvalgte og kommunenes og fylkeskommunenes ansvar er skjerpet. Så langt har hovedfokus vært rettet mot byggebransjen, men framover vil myndighetene se nærmere på utviklingen i andre bransjer, for eksempel hotell- og restaurant, renhold og landbruk.

7.4 Helseatferd

Målet er reduserte sosiale forskjeller i helseatferd.

Livsstilsfaktorer som kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, alkohol varierer langs sosiale skillelinjer og bidrar til sosiale forskjeller i helse. Virkemidler som påvirker pris og tilgjengelighet og spesielle lavterskeltiltak står sentralt i arbeidet for å redusere slike sosiale forskjeller i helseatferd.

I Oslo kommune ble det i 2007 satt i gang en områdebasert satsing på lavterskeltiltak i flere bydeler i Groruddalen. Satsingen ble videreført i 2008 og styrket gjennom en tilsvarende satsing i bydel Søndre Nordstrand. Satsingen er et ledd i Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen, og siktemålet er å styrke innvandrerbefolkningens helse gjennom tiltak som fremmer fysisk aktivitet, gode kostvaner og sunn livsstil, herunder god tannhelse. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å følge opp satsingen i samarbeid med Oslo kommune og bydelene. Satsingen omfat-

ter flere delprosjekter som bygger på kunnskap og erfaringer fra bl.a. MoRo-prosjektet i bydel Romsås og på initiativ fra samarbeidende bydeler. Tiltak rettes mot risikogrupper i innvandrerbefolkningen. Det vises til omtale under kap. 719, post 60. I tillegg ble det i 2008 fordelt 7 mill. kroner til 7 fylker til utvikling og tilrettelegging av lavterskeltiltak innen fysisk aktivitet og kosthold med sikte på sosial utjevning og inkludering av minoritetsgrupper, jf. kap 719, post 60.

Føringene for ernæringsarbeidet er lagt i Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) som ble lagt fram januar 2007. Det legges vekt på å redusere sosiale forskjeller i kosthold. Innføringen av en ordning med gratis frukt og grønt i skolen er et sentralt tiltak for å bidra til økt tilgjengelighet til sunn mat for barn og unge. Andre eksempler er tiltak for å sikre daglig fysisk aktivitet i skolen og gode rammer for måltider i skoler og barnehager. Videre har helsemyndighetene etablert en god dialog med matvarebransjen og det er satt i gang en egen satsing rettet mot kiosk, bensinstasjons- og serveringsmarkedet for å bedre tilbudet av sunne matvarer. Det er også besluttet å innføre en felles nordisk frivillig sunnhetsmerkeordning på mat, nøkkelhullet, som skal gjøre det enklere å velge sunt uavhengig av språkbakgrunn og bakgrunnskunnskaper om ernæring. Høgskolen i Akershus har i samarbeid med Helsedirektoratet og Attføringsbedriftene etablert et nytt studium i ernæring, levevaner og helse som er beregnet for veiledere i attføringsbedrifter, ansatte i NAV og andre med tilsvarende yrke og spesiell interesse for kosthold og levevaner. I 2007 ble avgiften på alkoholfrie drikkevarer lagt om slik at avgiftsplikten omfatter drikkevarer som er tilsatt sukker eller søtstoff, mens varer som naturlig inneholder sukker, f.eks. presset fruktjuice, avgiftslegges ikke. Drikkevarer uten tilsatt sukker/søtstoff, f.eks. farris, avgiftslegges heller ikke. Brus er en av de viktigste årsakene til overforbruk av sukker som igjen er en medvirkende årsak til overvekt og fedme. For å få til en større forskjell i pris mellom sukret/søtet drikke og ulike vanntyper, foreslår Regjeringen i budsjettet for 2009 å sette avgiften på alkoholfrie drikkevarer opp til nivået for øl klasse b (lettøl). Forslaget innebærer en avgiftsøkning på i overkant av 55 pst. ut over normal prisjustering.

Nasjonalt strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 har reduksjon av sosiale forskjeller i tobakksbruk som en sentral målsetting. Regjeringen vil i løpet av 2008 legge fram et lovforslag om forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer på utsalgssteder.

Ordnningen med tilskuddsmidler til lokale folkehelse tiltak er videreført i 2008. Midlene fordeles til

og kanaliseres via de regionale partnerskap for folkehelse. Målet er å stimulere til lokal implementering av nasjonale satsinger innen ernæring, fysisk aktivitet og tobakksforebygging, med særlig vekt på å utjevne sosiale helseforskjeller.

Det å redusere rusmiddelbruk er viktig for å bedre sosiale levekår og redusere sosiale helseforskjeller. Dette er også understreket i Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet. Rusmiddelproblemer fører til at mange faller ut av arbeidslivet og rusforebygging er derfor også viktig i et fattigdomsperspektiv. Å styrke rusforebyggingen i arbeidslivet er et viktig delmål i opptrappingsplanen. Arbeidsliv og rus er også et prioritert tema i programplanen for rusmiddelforskningsprogrammet i Norges forskningsråd. SIRUS vil i 2009 bli bedt om å legge vekt på forskning om sosiale forskjeller i rusatferd. Se nærmere omtale under kap. 718.

7.5 Helsetjenester

Målet er at helse- og omsorgstjenestene skal være likeverdige med hensyn til både tilgjengelighet, bruk og resultat.

Kunnskapen om sosiale skjevheter i helsetjenesten er mangelfull. For å få bedre oversikt over situasjonen, har Statistisk sentralbyrå fått i oppdrag å belyse om det er systematiske forskjeller i bruk av helsetjenester etter utdanning, yrke og/eller inntekt i den norske befolkning med utgangspunkt datamaterialet fra helse- og levekårsundersøkelsene. Videre har Arbeids- og velferdsdirektoratet fått i oppdrag å vurdere hvordan en kartlegging av eventuelle sosiale forskjeller knyttet til refusjon av legemidler kan gjennomføres.

Med utgangspunkt i Nasjonal helseplan 2007–2010 er det startet et arbeid med å fastsette nasjonale indikatorer som måler kvalitet, ytelse og effekt av helsetjenester ut fra et sett internasjonale kvalitetskriterier. Erfaringer med dagens nasjonale indikatorer viser at det er vanskelig å finne gode indikatorer som treffer alle formål og målgrupper. Det er derfor en målsetting at indikatorene skal si noe om tilgangen til helsetjenester og ulikheter på tvers av faktorer som bl.a. fagfelt, kjønn, alder og geografiske områder – målt med utgangspunkt i hele befolkningen.

Egenandeler på helse- og omsorgstjenester har også betydning for sosiale helseforskjeller. I statsbudsjettet for 2007 ga regjeringen en særskilt redegjørelse av utvikling, omfang og fordeling av egenandeler i helse- og omsorgstjenesten, jf. St.prp. nr. 1 (2006–2007), kapittel 10. I 2008 har det ikke vært økning i egenandeler på helsetjenester som kommer inn under de nasjonale egenbetalingsordningene – egenandelstak 1 og 2. Beløpsgrensen på

egenandelstak 1 er imidlertid hevet fra 1660 kroner i 2007 til 1740 kroner i 2008. Beløpsgrensen på egenandelstak 2 er ikke endret i 2008.

Opptrappingsplanen for rusfeltet ble lagt fram sammen med budsjettet for 2008, jf. kapittel 8. Opptrappingsplanen skal gjelde fram til og med 2010. Regjeringen vil styrke både kvaliteten og kapasiteten på tjenestene overfor rusmiddelavhengige både innen spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Også forebyggende strategier og tiltak på rusområdet skal styrkes. Regjeringen vil vurdere oppfølging av tiltak i planen i de årlige budsjettene.

De regionale helseforetakene satte høsten 2007 ned en strategigruppe for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Ett av gruppens mandater er å utvikle strategier og tiltak som kan bidra til at tjenestetilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling blir likeverdige nasjonalt med hensyn til tilgjengelighet, kompetanse og kvalitet. Arbeidsgruppen vil ha som utgangspunkt å arbeide ut 2009.

Regjeringen la i 2008 fram Handlingsplan for bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (2009–2012). Handlingsplanens overordnede mål er fjerne diskriminering. Planen er tverrsektoriell og inneholder tiltak som skal bidra til å styrke kunnskapen om lesbiske, homofile, bifile og transpersoner situasjon og bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester.

St.meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidens tannhelsetjenester ble behandlet i Stortinget 7. mars 2008. I denne meldingen legger regjeringen fram forslag til en helhetlig politikk for tannhelsetjenester til befolkningen. Det overordnede målet er utjevning av sosiale forskjeller i tannhelse. Likeverdighet i tjenester og bedre tilgjengelighet for dem som trenger det mest forutsetter at vi har god kunnskap om ulikheter og hvordan ulikhetene gir seg utslag for den enkelte. Videre forutsetter det tilstrekkelig med kvalifisert personell i hele landet. Offentlig finansiering i kombinasjon med lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet kan også være avgjørende for et likeverdig tilbud. Se programkategori 10.20 Helsetjeneste.

7.6 Sosial inkludering

Målet er å bedre levekårene for de vanskeligst stilte.

Økonomiske problemer og gjeldsproblemer er ofte en medvirkende årsak til en vanskelig livssituasjon. Alle kommuner skal ha tilfredsstillende tilbud om råd og veiledning til personer med økonomiske problemer. I de fleste kommuner er tilbu-

det om økonomisk rådgivning underlagt sosialtjenesten. Arbeids- og velferdsetaten følger opp arbeidet i kommunene og skal sørge for kompetansehevede tiltak for å sikre best mulig kvalitet i tilbudet.

Regjeringen foreslår å heve inntektsgrensene for fri rettshjelp i budsjettforslaget for 2009. Regjeringen la fram Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen sammen med statsbudsjettet for 2007. Satsingsområdene i planen er arbeid, oppvekst, utdanning og språk, og likestilling og deltakelse. I 2008 videreførte og styrket Regjeringen innsatsen for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen. Det ble satt inn ekstra ressurser til bl.a. styrking og forbedring av norskopplæringen, utvidelse av ordningen med gratis kjernetid og innsats mot tvangsekteskap. For å lykkes med integrering og inkludering er det behov for et helhetlig og langsiktig arbeid over flere år. Regjeringen vil derfor videreføre satsingen på integrering og inkludering i 2009. Målsettingen er å bidra til at innvandrere raskest mulig bidrar med sine ressurser i samfunnet, at det ikke utvikler seg et klassesdelt samfunn på etnisk grunnlag, og at innvandrere og deres etterkommere får samme muligheter som andre.

Et overordnet mål i boligpolitikken er at alle skal bo trygt og godt. Bolig utgjør sammen med arbeid, helse og utdanning sentrale elementer i velferdssamfunnet. I Soria Moria-erklæringen har regjeringspartiene varslet at bostedsløshet skal avskaffes. Den nasjonale kartleggingen av bostedsløshet i 2005 viste at om lag 5500 personer er bostedsløse i Norge. Det skal gjennomføres en ny kartlegging av bostedsløshet i november 2008. Denne vil sammen med evalueringen av strategien På vei til egen bolig (NIBR-rapport 2008:15), gi viktig kunnskap om det videre arbeidet. Selv om den nasjonale strategien mot bostedsløshet På vei til egen bolig er avsluttet, fortsetter satsingen for fullt. Husbankens viktigste oppgave er å bidra til å forebygge og bekjempe bostedsløshet. Tiltak som støtter dette målet har førsteprioritet innenfor alle låne- og tilskuddsordninger som Husbanken forvalter. I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2008 ble det åpnet for at Husbanken kan gi høyere utmåling av tilskudd til utleieboliger som er rettet mot svært vanskeligstilte, som bostedsløse, rusmisbrukere mv.

Det ble i 2007 satt i gang forsøk i de fire storbyene og enkelte andre kommuner med formål å utvikle metoder og rutiner for oppfølging av personer i midlertidige botilbud slik at disse kan gis tilbud om varig bolig. Forsøket videreføres i 2008. Kriminalomsorgens klientell utgjør den største enkeltgruppen blant bostedsløse. Å skaffe bolig er

et viktig tiltak for å bedre levekårene og forebygge tilbakefall til ny kriminalitet. I kriminalomsorgen legges det vekt på at ingen skal måtte tilbringe tid i midlertidige løsninger ved løslatelse fra fengselsopphold. Arbeidet med å skaffe bolig for flere innsatte har høy prioritet og kriminalomsorgen får kompetansetilskudd fra Husbanken til etablering av boligkonsulenter. Det arbeides med å etablere samarbeidsavtaler mellom region/fengsel og den enkelte kommune.

Justisdepartementet vil i løpet av 2008 ta initiativ til å etablere to prosjekter etter modell av et svensk samarbeidsprosjekt som tar sikte på å bistå tidligere innsatte med jobb eller utdanning (KrAmi). Erfaringen fra samarbeidsprosjektene vil bli trukket inn i arbeidet med tilbakeføringsgarantien og det vil være behov for nært samarbeid mellom kriminalomsorgen og andre tjenester. I 2006 og 2007 ble det gjennomført 11 prosjekter i regi av kriminalomsorgen for å bedre samordningen av kriminalomsorgens framtidsplan med andre etaters individuelle planer. Dette arbeidet er spesielt viktig i sammenheng med planlegging av løslatelse og tilbakeføring til samfunnet. Utdanning er at av de mest effektive tiltakene for å forebygge tilbakefall til kriminalitet. Undervisningstilbudet i fengslene er derfor blitt betydelig styrket de siste årene. I løpet av 2008 vil det være etablert et skoletilbud i alle norske fengsler.

Kriminalomsorgen har nylig utarbeidet en helhetlig strategi for å motvirke rusmiddelmissbruk i fengslene for perioden 2008–2011 som skal sikre bedre rehabilitering og behandling av innsatte og domfelte rusmisbrukere. I 2007 ble det etablert rusmestringsenheter i Bodø, Stavanger og Ravnberget fengsler. Hensikten er blant annet å gjøre helsetjenestene mer tilgjengelige for innsatte rusmiddelavhengige med behov for rehabilitering. Helsetjenestetilbud til innsatte er styrket i tråd med økningen i antall nye fengselsplasser. Det legges opp til å etablere flere rusmestringsenheter i 2009. Samtidig legges det opp til økt bruk av overføring til fortsatt straffegjennomføring utenfor fengsel etter straffegjennomføringsloven § 12 (behandlings- eller omsorgsinstitusjon). Videre skal det etableres et tilbud om behandling til kvinnelige innsatte med rusproblemer og voldserfaringer ved Bredtveit fengsel etter modell fra Stifinern ved Oslo fengsel. Promilleprogrammet skal utvides til å omfatte andre rusmidler enn alkohol. Den treårige prøveordningen med straffereaksjonen Narkotikaprogram med domstolskontroll vil bli forlenget til 2011. Etter oppdrag fra daværende Helsedepartementet og i samarbeid med Oslo kommune etablerte Frelsesarmeen i 2005 Gatehospitalet som et treårig prosjekt. Regjeringen

viderefører tilskuddet til Gatehospitalet i 2009, og bidrar til at tilbudet utvides med en egen avdeling for kvinner. Erfaringene fra Gatehospitalet skal bidra til å utvikle pleie- og omsorgstjenestene slik at de i større grad når rusmiddelavhengige.

Ordningen med lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige er opprettet for å gi et helsetilbud til rusmiddelavhengige med store helseproblemer, og som ikke klarer å bruke det ordinære helsetilbudet. Tiltakene skal, gjennom å tilby helsetjenester og tannhelsetiltak, sprøyteutdeling, matsservering, væresteder og oppsøkende virksomhet, bedre livssituasjonen og redusere faren for overdoser. Tiltakene skal også være bindeledd og bidra til at ordinære tjenester benyttes i større grad. Det gis tilskudd til kommuner der mange har omfattende rus- og helseproblemer og der forekomsten av overdoser er høy. Det er etablert tiltak i 34 kommuner. Sintef Helse har evaluert ordningen med lavterskel helsetiltak Rapporten viser at tiltakene når målgruppen, og bidrar til bedre helse og skadereduksjon samt kontakt med hjelpeapparatet. Sprøyteutdeling og matsservering er tiltak som gjør at mange benytter tiltakene ofte, og om lag 70 pst. av registrerte brukere benytter tiltaket 1–2 ganger i uken eller hyppigere. Som del av utviklingsarbeidet skal erfaringene med lavterskel helsetiltak og lavterskelmetoden spres til andre kommuner. Det er også nødvendig å opprettholde satsingen på smittevern og forebygging av sykdommer som hepatitt og hiv blant injiserende rusmiddelavhengige.

For å styrke deltakelse og tilhørighet i nærmiljøet, ble det opprettet 18 nye frivillighetssentraler i 2008 og det tas sikte på å opprette 13 nye i 2008. Frifond ble i 2008 styrket med 4,4 mill. kroner for å stimulere til aktivitet og deltakelse for barn og unge i frivillig lokalt basert arbeid. Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner og Frivillighet Norge har i 2008 fått tilskudd til prosjektlederstillinger for å bidra til økt etnisk mangfold i de frivillige organisasjonene.

7.7 Rapportering

Regjeringen vil følge utviklingen på innsatsområdene i stortingsmeldingen gjennom etablering av et rapporteringssystem som skal gi systematisk og oppdatert oversikt over utviklingen av arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller. Det er etablert et interdepartementalt samarbeid om utvikling av systemet. Helsedirektoratet er tillagt ansvaret for utviklingsarbeidet i nært samarbeid med aktuelle fagdirektorater og fagmiljøer. Direktoratet skal gi ut en årlig rapport basert på rapporteringssystemet. Den første rapporten skal foreligge i første halvdel av 2009.

7.8 Sektorovergripende verktøy

Kommunehelseprofiler skal gjøre data om faktorer som påvirker helsen, data om helsetilstand og data om helsetjenester mer tilgjengelig for kommunene. Dette vil gi et bedre og mer faktabasert grunnlag for kommunens planlegging, styring og evaluering av arbeidet for å styrke folkehelsen og helsetjenestetilbudet. En slik oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er nødvendig for å ivareta folkehelse i kommunale plan- og beslutningsprosesser. Arbeidet utføres av Helsedirektoratet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Nettportalen for kommunehelseprofiler åpnet i august 2006. I 2008 skal det utvikles flere indikatorer med vekt på forhold som påvirker helsen.

Basert på utredningene fra planlovutvalget og høringen av disse, utarbeidet Miljøverndepartementet et forslag til ny plandel i plan- og bygningsloven som ble vedtatt av Stortinget 5. juni 2008. I tillegg til miljø, samfunnsikkerhet og barn og unges oppvekstmiljø er helse blant de hensynene som har fått sterkere fokus. I lovens kapittel 3 går det fram at planleggingen skal ivareta hensynet til befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. De nye planbestemmelsene understøtter den sektorovergripende planleggingen i fylker og kommuner. Loven legger opp til et samarbeid mellom de ulike kommunale sektorene i planprosessen som vil kunne bidra til at lokalsamfunn mv. utformes eventuelt forbedres slik at sosiale helseforskjeller kan forebygges. Planbestemmelsene vil også bli et viktig verktøy for planlegging av kommunale helse- og sosialtjenester.

7.9 Kunnskapsutvikling

Regjeringen etablerte fra 2007 en ny og helhetlig satsing på forskning om sykefravær og utstøting gjennom Program for forskning om årsaker til sykefravær, uførhet og utstøting (2007–2016) i regi av Norges forskningsråd. Forskningsprogrammet skal bidra til bedre kunnskap om årsakene til sykefravær, uførhet og utstøting fra arbeidslivet.

Folkehelseprogrammet i Norges forskningsråd skal bidra til å øke kunnskapen om helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Prioriterte områder er fysisk aktivitet, kosthold, psykisk helse og sosial ulikhet i helse. Forskningsrådet skal legge spesiell vekt på prosjekter som inkluderer problemstillinger knyttet til sosial ulikhet i helse og oppfølging av Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007–2011. Program for helse- og omsorgstjenester i Norges forskningsråd skal stimulere til utvikling av relevant ny kunnskap om helse- og omsorgstjenesten. Forskningsrådet skal legge vekt på prosjekter som inkluderer problemstillinger knyttet til sosial ulikhet i tilgjengelighet, bruk og resultat av helse- og omsorgstjenesten.

Ved Nasjonalt folkehelseinstitutt er forskning og helseovervåkning en vesentlig del av virksomheten. Analyse- og rådgivningskapasiteten rettet mot å forebygge sosiale helseforskjeller ble i 2008 styrket ytterligere. Målet er å utvikle god og helhetlig statistikk slik at myndighetene får et godt grunnlag for å sette inn tiltak som kan redusere sosiale helseforskjeller.

8 Andre særlige tema

8.1 Sektorovergrepene miljøvernpolitikk

Helse- og omsorgssektorens målsetning er å oppnå tryggere og mer helsefremmende miljøer. Viktige tiltak her er å tydeliggjøre miljøfaktorene i folkehelsearbeidet, støtte kommunenes miljørettede helsevern, herunder god regelverksforvaltning, bidra til å forebygge skader og ulykker, forebygge forgiftninger, forebygge astma, allergi og inneklimatekninger, og bedre barns miljø og helse. Det er startet en gjennomgang av området miljørettet helsevern med formål å styrke tjenesten og gi et bedre grunnlag for prioriteringer i tråd med betydningen av de ulike miljøfaktorer. Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til grunn at helseforetakene, med sitt betydelige forbruk, må ta et miljøansvar. Foretakene har gjennom sine omfattende anskaffelser også en innkjøpsmakt som kan bidra til å påvirke både produsent og leverandørsiden på en positiv måte. Med en bygningsmasse på om lag 4 mill. kvm bidrar helseforetakene til betydelige klimagassutslipp både gjennom egen drift og gjennom anskaffelser. Innkjøp av utstyr, forbruksmaterieell og tjenester utgjør mer enn 16 mrd. kroner hvert år. I tillegg er sektoren en stor byggherre med mange store utbyggingsprosjekter.

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøter i januar 2008 bedt regionale helseforetak om å følge opp regjeringens Handlingsplan 2007–2010, Miljø- og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser. Departementet har lagt til grunn at foretakene innhenter kompetanse og bidrar til å utvikle ny kompetanse ved anskaffelser, for å identifisere og velge løsninger som har lav negativ påvirkning på miljøet. Departementet har bedt om at regionale helseforetak i fellesskap gjennomfører et nasjonalt arbeid, ledet av Helse Vest RHF, for å kartlegge etablerte miljøtiltak i sektoren med overføringsverdi, og å utrede mulige nye klimatiltak innenfor spesialisthelsetjenesten. I denne forbindelse er de også bedt om å vurdere følgende:

- Hvordan helseforetakenes felles innkjøpsmakt kan bidra til en god nasjonal klimapolitikk innenfor regelverket for offentlige anskaffelser, herunder bidra til innovasjon og produktutvikling gjennom krav, dialog og samarbeid med

aktuelle leverandører. I denne sammenheng er det naturlig å vurdere både produkter, produksjon, emballering og transport.

- Hvordan helseforetakene gjennom å sette krav til leverandører om sertifisering og eventuell miljømerking, kan bidra til bedre ivaretagelse av miljøvern.
- Hvilken strategi helseforetakene bør velge i forhold til videre innføring av miljøledelsessystemer i helseforetakene, og herunder også vurdere eventuell bruk av tredjeparts sertifiseringer i helseforetakene.

Rapport fra arbeidet, inkludert økonomiske og administrative konsekvenser skal foreligge 1. oktober 2008.

Statens strålevern overvåker geografisk spredning og endringer av radioaktivitet i miljøet. Overvåkingen skjer ved målinger i luft, vann og av utvalgte indikatororganismer, samt i matvarer og husdyr. Strålevernet har et målenettverk og et varslings- og prognoseverktøy som muliggjør reduksjon for risiko for solskader. Forskrift om strålevern og bruk av stråling inneholder bl.a. bestemmelser om utslipp av radioaktive stoffer til miljø. Virksomheter, som behandler, lagrer og forvalter radioaktivt avfall, skal godkjennes. Høsten 2006 ble Strålevernet gjort til direktorat under Miljøverndepartementet i saker knyttet til radioaktiv forurensning i det ytre miljø, jf. kgl. res. 10. november 2006 om fordeling av myndighet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Miljøverndepartementet etter lov om stråling og bruk av stråling og strålevernforskriften

Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, samt Statens helsetilsyn, helsetilsynene i fylkene og fylkesmennene, er rådgivere for sentrale og lokale helsemyndigheter, og de utreder og deltar i overvåking av miljøforurensning. Både forskrift om miljørettet helsevern og kommunehelsetjenesteloven påpeker kommunenes ansvar for oversikt, rådgivning og medvirkning som ledd i arbeidet med å fremme folkehelse og bidra til gode miljømessige forhold. Kommunene skal også gjennom sin planlegging sikre befolkningen mot skadelige faktorer i miljøet, bl.a. biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale, som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Norge deltar i European Environment and Health Committee (EEHC), under WHO- Europa-kontoret for å bidra til implementering av felles strategiplan for barns helse og miljø i Europa (Children's Environment and Health Action Plan for Europe, Cehape).

Nasjonal strategi for barns miljø og helse, Barnas framtid, for planperioden 2006–2016, ble lagt fram i Wien juni 2007. Helse- og omsorgsdepartementet skal høsten 2008 starte arbeidet med utvikling av et nasjonalt barnebarometer som oppfølging av strategien.

8.2 Fornyning, organisasjons- og strukturrendring i statsforvaltningen

Helserefusjonsområdet

Fra og med 1. januar 2009 vil ansvaret for helserefusjonsområdet flyttes fra Arbeids- og velferdsetaten til Helsedirektoratet. Helsetjenesteforvaltningen (HTF) vil være en egen organisatorisk og administrativ enhet i Helsedirektoratet. HTF skal være en leverandør av tjenester til befolkningen, med ansvar for saksbehandling og utbetaling av refusjon. HTF skal møte brukerne gjennom internett, post og telefon. I en overgangsfase vil de lokale NAV-kontorene også være hjelpelige med å rettlede pasienter/brukere. Det vil bli inngått tjenesteavtaler mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet om leveranser til helsetjenesteforvaltningen. Et sentralt område er drift av eksisterende data- og driftssystemer. Overføringene gjennomføres i nært samarbeid med tjenestemannsorganisasjonene.

Det utvikles en elektronisk frikortmodul som sender frikort automatisk i posten til brukeren når egenandelstak 1 er nådd. Løsningen forutsetter innhenting og utveksling av egenandels- og frikortopplysninger mellom etaten og behandlere/tjenesteyttere. Denne digitaliseringen innebærer en betydelig forenkling for både brukerne og forvaltningen. Helsedirektoratet overtar ansvaret for prosjektet fra 1. januar 2009, i forbindelse med overføringen av helserefusjonsområdet. Det planlegges en forsøksordning med den elektroniske frikortmodulen i et avgrenset geografisk område i løpet av 2009 i samarbeid med Arbeids- og velferdsetaten.

For nærmere omtale vises det til programområde 30 og kap. 720.

Overføring av sosialområdet

Med virkning fra 10. mars 2008 overtok Arbeids- og velferdsdirektoratet ansvaret for de oppgaver

som tidligere Sosial- og helsedirektoratet utførte for Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Dette omfatter blant annet direktoratsfunksjonen for levekårsområdet og deler av sosialtjenesteområdet. Sosial- og helsedirektoratet endret 1. april navn til Helsedirektoratet.

8.3 Kjønn- og likestillingsperspektivet

Hovedutfordringene på likestillingsområdet innenfor helse- og omsorgssektoren er:

- Øke kunnskap om kjønnsforskjeller i helse, sykdommer og helsetjenester.
- Ta hensyn til kjønnsforskjeller ved utforming av tiltak i forebygging og behandling.
- Styrke svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorgen i Norge.

Generelt skal kjønnsperspektivet ivaretas innenfor det ordinære arbeidet for å forebygge og behandle helseproblemer, framfor å lage egne tilbud for henholdsvis kvinner og menn. I St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, understrekes det at helseinformasjon må være tilpasset behovene til begge kjønn. Det er et mål å redusere sosiale forskjeller i helseatferd. Kjønnsperspektivet er med i følgende stortingsmeldinger, strategier og handlingsplaner:

- St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge
- St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening, Framtidas omsorgsutfordringer
- St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
- Strategiplan for kvinners helse 2003–2013
- Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009
- Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006–2010
- Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeid 2006–2010
- Nasjonal strategi for KOLS-området 2006–2011
- Nasjonal strategi for barns miljø og helse 2007–2016 Barnas framtid
- Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004–2008
- Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005–2009
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007–2011
- Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008–2011 Vendepunkt

Departementets mål er konsentrert om to akser. Den ene er å inkludere kjønnsperspektiv i all virksomhet hvor dette er relevant. Den andre er å fokusere spesielt på lidelser som utelukkende kvinner eller menn har, eller sykdommer hvor det ene kjønn er i flertall eller har spesielle vansker. Det

legges for eksempel opp til at Helsedirektoratet skal publisere retningslinjer for diagnostisering og behandling av prostatakreft i løpet av 2008. Departementet har bedt de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet om å vektlegge at helsetjenestene utvikles i et kjønnsperspektiv. Spesielle utfordringer knyttet til kvinners og menns helse skal møtes med tilstrekkelige kunnskaper og ressurser.

Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin er gitt et særskilt ansvar for å forvalte retningslinjer for inklusjon av kvinner i medisinsk forskning. Norges forskningsråd utarbeidet i 2005 en statusrapport for rådets forskning på kvinners helse. Forskningsrådets budsjett er styrket hvert år siden 2004 med øremerkede midler til en strategisk satsing på kvinnehelseforskning. Departementet har i det årlige oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene informert om at ivaretagelse av kjønnsperspektivet må sikres i den kliniske forskningen (kjønnsforskjeller i sykdom og behandling), herunder at det må sikres at det gjennomføres analyser av forskningsresultater etter kjønn der dette er relevant. Det ble i 2006 opprettet et nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse ved Rikshospitalet HF. Senteret har særskilte oppgaver innen forskning, kompetanseoppbygging, rådgivning og formidling av kunnskap om kvinnehelse.

Regjeringen har lagt fram en opptrappingsplan for rusfeltet (2006–2010) med en helhetlig satsing for å styrke feltet. Et hovedmål er å gi brukerne et mer individuelt utformet tjenestetilbud, herunder tilbud som er tilpasset kvinners særskilte behov. Frelsesarmeens gatehospital ble åpnet i 2005, og gir et tilbud til rusmiddelavhengige som trenger døgnbasert pleie- og omsorgstilbud og medisinsk oppfølging, men som ikke trenger sykehusinnleggelse eller som skrives ut fra sykehus, men fortsatt har behov for døgnbasert oppfølging og skjerming. Erfaringene fra Gatehospitalet er at kvinner har behov for et skjermet og tilpasset tilbud i denne fasen, og Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet å styrke tilskuddet slik at tilbudet kan utvides med en egen kvinneavdeling. Denne er planlagt åpnet høsten 2008.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble opprettet i 2004 og er en tverrdepartemental satsning for å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet. Det er videre etablert regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Sentrene skal bidra til bedre og mer helhetlige tjenester gjennom å arbeide for økt kompetanse og bedre tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i regionen. Sentrene skal bistå det utøvende tjenesteapparatet (barnevern, helsetjenester, fami-

lievern, politi mv.) med informasjon, veiledning og kompetansebygging. De skal bidra til å etablere nettverk mellom relevante samarbeidspartnere i regionen. Sentrene har i 2007 fått nye oppgaver og ressurser knyttet til arbeidet mot kjønnslemlestelse og tvangsekteskap. Det er etablert overgrepsmottak i alle fylker. Overgrepsmottakene er lavterskeltilbud forankret i kommunale/interkommunale legevakter for personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner og/eller seksuelle overgrep. Høsten 2007 ble det utarbeidet en ny Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008-2011), Vendepunkt. Tiltakene har som mål å bidra til at politiet, utdanningsinstitusjonene og hjelpeapparatet blir bedre skolert, mer samordnet og dyktigere til å avdekke, forebygge og ivareta de sammensatte problemstillingene vold i nære relasjoner reiser. Med bakgrunn i Soria Moria-erklæringen ble det nedsatt en interdepartemental arbeidsgruppe som skulle utarbeide et forslag til lovfesting av krisesentertilbudet. Det vil bli arbeidet videre med denne saken høsten 2008. Barne- og likestillingsdepartementet koordinerer arbeidet.

Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (Nakmi) skal drive kunnskapsformidling, forsknings- og utviklingsarbeid og informasjonsutveksling nasjonalt og internasjonalt om somatisk og psykisk helse og omsorg for mennesker med minoritetsbakgrunn. Målet for arbeidet er likeverdige helsetjenester for hele befolkningen. Handlingsplan mot tvangsekteskap varer fra 2008 til 2011, tiltakene omfatter lovverk, forebygging, kompetanse og samarbeid, gode og tilgjengelige hjelpetiltak, kunnskap og forskning, internasjonal innsats og samarbeid og aktørenes ansvar og roller.

Nasjonalt strategi for barns miljø og helse 2007–2016, Barnas framtid, er utviklet gjennom et samarbeid mellom åtte departementer. Den følger opp forpliktelser fra den fjerde ministerkonferansen om miljø og helse til Verdens helseorganisasjon i 2004, som satte søkelyset på barn og unges spesielle helseutfordringer knyttet til ulike miljøpåvirkninger. Formålet er å synliggjøre de miljø- og helseutfordringene som betyr mest for barn og unge i Norge. Målgruppen er barn og unge opp til 20 år – uavhengig av kjønn, etnisk- og sosial gruppe – samt vordende foreldre. Blant satsingsområdene i strategien er bedre overvåking av miljøfaktorer som påvirker barn og unges helse. Utvikling av et nasjonalt barnebarometer skal styrke kunnskapsgrunnlaget om barns helse og miljø gjennom bl.a. samordnet statistikk, og gjøre kunnskap tilgjengelig for myndigheter, forskere og befolkningen generelt. Kunnskap om mulige kjønnsforskjeller i eksponering for miljøpåvirkninger, vil bli fulgt opp gjennom dette utviklingsarbeidet.

Likestillingsrapport

Helse- og omsorgsdepartementet har i alt 223 ansatte, hvorav 33 pst. er menn og 67 pst. er kvinner. Inkludert her er seks ansatte i fødselspermisjon, hvorav fire kvinner og to menn. Departementet har 56 embetsstillinger, hvorav 63 pst. innehas av kvinner og 37 pst. av menn. Heltidsansatte utgjør 87 pst. av antall ansatte, hvorav 36 pst. er menn. Departementet har videre 23 ansatte som arbeider deltid eller har redusert stilling, hvorav fire er menn. Videre har departementet seks ansatte i ulønnet permisjon. Av disse er en mann og fem kvinner. Departementet har likestilling som integrert del av sin overordnede og daglige lønns- og personalpolitikk.

Helsedirektoratet hadde i 2007 69 pst. kvinnelig andel. Det er det samme som i 2006. Det er ikke lønnsforskjeller mellom kvinner og menn til og med rådgivertrinnet, men lønnsforskjellene øker fra gruppen seniorrådgiver og oppover. For seniorrådgivere/spesialister økte lønnsforskjellene mellom kvinner og menn i 2007. For avdelingsdirektørene er forskjellene i ferd med å utjevnes. Sykefraværet for kvinner er økende i Helsedirektoratet. Etaten vil analysere dette nærmere for å se på mulige tiltak.

Ved Nasjonalt folkehelseinstituttet er det om lag 850 ansatte, hvorav 69 pst. kvinner. I lederstillinger fra og med avdelingsnivå er kvinneandelen 45 pst., en bedring på 4 prosentpoeng fra forrige år. Gjennom faglig tilrettelegging skjer det en økning i kvinneandelen i vitenskapelige seniorstillinger. Videre har instituttet lyktes i å få til en mer kjønnsbalansert rekruttering til sine stipendiatstillinger. Det er ikke lønnsforskjeller i noen grupper som kan forklares ved kjønn. En analyse av gjennomsnittlig lønn i senior fagstillinger og blant avdelingsdirektører viser at kvinner har høyere gjennomsnittslønn i de fleste grupper.

Statens institutt for rusmiddelforskning har 51 ansatte og en kvinneandel på om lag 70 pst., og forholdet går igjen på alle nivåer i virksomheten. Det er ikke uttalte lønnsforskjeller som følge av kjønn. Den lokale tilpasningsavtalen inneholder ulike likestillingstiltak som kjønnsnøytrale kriterier for lønn, og at kvinner skal gis samme mulighet som menn til å arbeide med kvalifiserende arbeidsoppgaver og til å ivareta prosjektlederfunksjoner og andre lederfunksjoner.

Norsk pasientskadeerstatning har følgende kvinneandel blant de ansatte: 69 pst. i arbeidsstoken totalt og 50 pst. blant virksomhetens ledere. Kvinneandelen var stabil fra 2006 til 2007. Det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i NPE. For å øke andelen menn i stillings-

grupper hvor disse er underrepresentert, har virksomheten tatt inn en oppfordring om mannlige kandidater i stillingsannonser fra høsten 2005. NPEs styre har en kvinnerepresentasjon på 40 pst.

Statens helsetilsyn hadde i 2007 en kvinneandel på 62,8 pst. Gjennomsnittslønn var 461 000 kroner for kvinner og 484 000 kroner for menn. Dette gir omtrent samme forhold mellom kjønnene som for de to siste årene. Det er en viss variasjon på lønnsnivå mellom kjønnene i mellomledersjiktet. Kvinner har en gjennomsnittlig lønn på om lag 548 000 kroner mens menn har om lag 500 000 kroner. Dette forklares hovedsakelig ved at flere kvinner enn menn leder enheter og grupper med stort kontrollspenn og har personalansvar for et større antall medarbeidere. For seniorrådgivere og prosjektledere fordelt på utdanningsgrupper er det små lønnsforskjeller mellom kjønnene. Fastsetting av lønn på dette nivået er basert på krav til kompetanse, ansvar og bredde i arbeidsoppgavene og eventuelt andre særlige forhold som det er tatt hensyn til. I de lokale forhandlingene i 2007 ble lønnsmidlene fordelt med henholdsvis 55,6 pst. til kvinner og 44,4 pst. til menn.

Statens legemiddelverk har totalt 209 ansatte, med en fordeling på 152 kvinner og 57 menn. Det er 21 medarbeidere som arbeider deltid, av disse er 18 kvinner og 3 menn. Legemiddelverket er en etat med høy kvinneandel, og man søker i forbindelse med nyrekruttering å være bevisst på at en jevnere kjønnsfordeling vil virke positivt for arbeidsmiljø og faglig utvikling. Ledergruppen består av ni personer, hvorav fem kvinner og fire menn. Mellomledergruppen består av 15 personer, hvor sju er kvinner og åtte er menn. Legemiddelverket arbeider også bevisst med sin lokale lønnspolitikk for å unngå skjevheter mellom kjønnene i organisasjonen.

I 2007 var det 103 tilsatte i Statens strålevern, hvorav 54 kvinner. I lederstillingen er 6 av 13 kvinner. I gruppen forskere og ingeniører er om lag to tredeler menn, mens blant saksbehandlerne er motsatt. Av totalt fem forskere med høyest kompetanse (forsker 1183) er ingen kvinner. Det er om lag like mange menn og kvinner i deltidsstilling hvor begrunnelsen er omsorg for barn. Beregninger foretatt i 2006 viser at det ikke er uttalte lønnsforskjeller som følge av kjønn. Det arbeides med å få en jevnere fordeling mellom kvinner og menn i stillinger hvor det er skjevheter. Videre vil forholdene legges til rette for at forskere – og da særlig kvinner, kan kvalifisere for høyere forskerstillinger.

Styret i Helse Sør-Øst RHF hadde i 2007 totalt 16 medlemmer. Av de elleve Eieroppnevnte medlemmene var seks kvinner og fem menn. De ansattvalgte styremedlemmene fordelte seg med to kvin-

ner og tre menn. Blant de ansatte i Helse Sør-Øst RHF er det en tilnærmet lik fordeling mellom antall kvinner og menn. De enkelte helseforetakene redegjør for lokale likestillingsspørsmål i sine årsberetninger. Ledergruppen i Helse Sør-Øst RHF består av fire kvinner og fire menn. Helseforetakene i Helse Sør-Øst er ledet av styrer med god likevekt mellom kjønnene. To av syv styreledere er kvinner. Helse Sør-Øst RHF er opptatt av å styrke kvinneandelen blant helseforetakslederne. Fire av seks helseforetak ledes av kvinner. Utviklingen har vært positiv siden etableringen av helseforetakene i 2002, da var bare ett helseforetak ledet av en kvinne.

Styret i Helse Vest RHF besto i 2007 av 11 medlemmer. Blant de åtte eieroppnevnte medlemmene var det fire kvinner og fire menn. De ansattvalgte styremedlemmene fordelte seg med to kvinner og en mann. Kvinneandelen blant ansatte i Helse Vest RHF er på 62,7 pst., mens det i ledergruppa er henholdsvis to kvinner og fire menn. Vedrørende fordeling av styrelederposisjoner i underliggende helseforetak er det henholdsvis tre kvinner og to menn. Administrerende direktører i underliggende helseforetak var i 2007 fem menn (100 pst.). I tillegg er det etablert et AS (Helse Vest IKT) hvor det er mannlig styreleder og mannlig administrerende direktør.

Styret i Helse Midt-Norge RHF besto i 2007 av tretten medlemmer. Blant de eieroppnevnte medlemmene var det fire menn og fem kvinner, mens det var tre kvinner og en mann blant de ansattvalgte. Ledelsen i foretaksgruppen består av fjorten menn og en kvinne. Kvinneandelen blant de ansatte i Helse Midt-Norge RHF var 44 pst, ledergruppa besto av åtte menn og en kvinne. Kvinneandelen i styrene i foretaksgruppen er på 48 pst. og 44 pst. av lederne i helseforetakene er kvinner. Av medlemmene i foretaksgruppens brukerutvalg er 46 pst. kvinner.

Styret i Helse Nord RHF besto i 2007 av elleve medlemmer. Blant de eieroppnevnte medlemmene var det fire menn og fire kvinner, mens det var to kvinner og en mann blant de ansattvalgte. Ledergruppen har i 2007 bestått av seks menn og to kvinner. Kvinneandelen av ansatte i Helse Nord RHF er 48 pst. Og kvinneandelen i Helse Nord IKT er på 25 pst. Av alle ansatte i helseforetaksgruppen er 27,1 pst. menn. I forhold til andel av alle ansatte er kvinner fortsatt klart underrepresentert i lederstillinger på mellom- og toppnivå i helseforetakene.

Likestilling er en del av personalpolitikken i Vinmonopolet. Det tilstrebes en mest mulig jevn fordeling mellom kvinner og menn i alle typer stillinger. Ved utgangen av 2007 er andelen kvinnelige ledere i selskapet 48 pst. Det er noe ulik andel mellom de ulike ledernivåene. Kvinnene dominerer i

gruppen deltidsstillinger i butikk, og kunngjøring om ledige stillinger er endret for å oppnå jevnere kjønnsbalanse. Alle stillinger i butikkene lønnes etter regulativ som er kjønnsuavhengige. Foreldre- og omsorgspermisjon gir lønnsansiennitet.

8.4 Omtale av tilsettsvilkårene til ledere i heleide statlige virksomheter

Tidligere administrerende direktør i Helse Sør RHF fratradte stillingen som administrerende direktør da Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble slått sammen til Helse Sør-Øst RHF 1. juni 2007, mens tidligere administrerende direktør i Helse Øst RHF trådte inn i stillingen som administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF. Tidligere administrerende direktør i Helse Sør RHF har i regnskapsperioden 2007 fra januar til og med mai mottatt lønn på 631 880 kroner, pensjonsutgifter til tidligere administrerende direktør utgjorde 81 000 kroner. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF har i regnskapsperioden 2007 (januar–desember) mottatt lønn på 1 693 111 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 27 936 kroner. Pensjonsutgifter til administrerende direktør utgjorde 244 000 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsbetingelser via KLP og har ingen avtale om pensjon utover kollektiv ordning. Under gitte forutsetninger har ledergruppen rett på etterlønn i 12 måneder fra fratredelsesdatoen. Etterlønn vil bli redusert med lønn fra ny arbeidsgiver. Det er ikke gitt lån/sikkerhetsstillelse til administrerende direktør.

Administrerende direktør i Helse Vest RHF har i regnskapsperioden 2007 mottatt lønn på 1 684 682 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 39 204 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 683 622 kroner. I dette beløpet inngår også kostnader knyttet til pensjon utover kollektiv pensjonsordning. Det er ikke inngått avtale om sluttvederlag e.l. for administrerende direktør i Helse Vest RHF. Det er ikke gitt lån/sikkerhetsstillelse til administrerende direktør.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF har i regnskapsperioden 2007 mottatt lønn på 1 445 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 9 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 189 000 kroner. I tillegg til lønn opptjener administrerende direktør halvannen måneds studie- og oppdateringspermisjon for hvert hele år i funksjon som administrerende direktør. Dersom administrerende direktør må fra tre, eller selv velger å slutte i sin stilling, plikter Helse Nord RHF å betale lønn i 6 måneder ut over vanlig oppsigelsestid.

Tidligere administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF fratrådte stillingen som administrerende direktør og gikk etter eget ønske over til en annen stilling 15. januar 2007. Han gikk samtidig over til 80 pst. stilling. Tidligere administrerende direktør har i regnskapsperioden 2007 mottatt lønn på 1 219 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 13 000 kroner. I totale pensjonskostnader på 701 000 kroner er 481 000 kroner knyttet til pensjonsavtale ut over kollektiv pensjonsordning. I pensjonsavtalen med tidligere administrerende direktør er pensjonsnivået satt til 66 pst. av startlønn november 2001 på 1 100 000 kroner årlig oppjustert med konsumprisindeksen. Pensjonsforpliktelsen skal samordnes med ytelser fra Folketrygden og alle andre pensjonsytelser som er opparbeidet gjennom tidligere ansettelsesforhold. Helse Midt-Norges RHF pensjonsforpliktelse knyttet til denne avtalen er beregnet til 2 659 000 kroner inkludert arbeidsgiveravgift per 31. desember 2007. Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF har i regnskapsperioden 2007 mottatt lønn på 1 458 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 128 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 215 000 kroner. Pensjon er i sin helhet knyttet til kollektiv pensjonsordning i KLP. Dersom styret finner at forutsetningene for arbeidsavtalen med administrerende direktør anses brutt eller at administrerende direktør

tør ikke lenger har styrets fulle tillit, plikter administrerende direktør å forlate stillingen umiddelbart. I en slik situasjon er oppsigelsestiden 6 måneder. Administrerende direktør oppebærer full lønn i oppsigelsestiden og disponerer oppsigelsestiden etter eget ønske. Dersom en slik en slik situasjon skulle oppstå, vil det for administrerende direktør bli opprettet avtale om 100 pst. driftstilskudd, klasse 3, innenfor generell kirurgi. Dersom det skulle oppstå en situasjon som gir grunnlag for suspensjon utbetales det full lønn i suspensjonstiden. Ved fratredelse etter anmodning fra styret har administrerende direktør krav på lønn i seks måneder. Til fradrag i sluttvederlaget kommer andre inntekter administrerende direktør har oppebåret som ansatt, konsulent og/eller selvstendig næringsdrivende. Tilsvarende gjelder for de øvrige direktørene i konsernledelsen, samt tidligere administrerende direktør.

Administrerende direktør i AS Vinmonopolet har per 31. desember 2007 en årslønn på 1 525 400 kroner. I tillegg til lønnen har administrerende direktør fast bilgodtgjørelse på 132 000 kroner per år. Vinmonopolet har tidligere hatt en topp-pensjon gjennom kollektiv livrenteforsikring. Ordningen er nå opphørt. Vinmonopolet har i 2007 implementert en lederpensjonsordning som finansieres over drift. Total pensjonskostnad for administrerende direktør er 258 000.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

1. I St.prp. nr. 1 om statsbudsjettet for år 2009 føres opp de summene som er nevnt i et framlagt forslag:

a. Sum utgifter under kap. 700–761 og 2711–2790	kr	131 391 624 000
b. Sum inntekter under kap. 3700–3751, 5572 og 5631	kr	3 175 510 000

Forslag til vedtak om bevilgning for budsjettåret 2009, kapitlene 700–761 og 2711–2790, 3700–3751, 5572 og 5631

I Utgifter:

Kap.	Post	Kr	Kr
Helse- og omsorgsdepartementet mv.			
700	Helse- og omsorgsdepartementet		
	01 Driftsutgifter	143 921 000	
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 615 000	148 536 000
701	Forskning		
	50 Norges forskningsråd mv.	224 122 000	224 122 000
702	Helse- og sosialberedskap		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	68 716 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 416 000	72 132 000
703	Internasjonalt samarbeid		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	41 105 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 60</i>	18 270 000	59 375 000
	Sum Helse- og omsorgsdepartementet mv.		504 165 000
Folkehelse			
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	01 Driftsutgifter	460 889 000	
	21 Spesielle driftsutgifter	472 064 000	
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	16 766 000	949 719 000
712	Bioteknologinemnda		
	01 Driftsutgifter	8 021 000	8 021 000
715	Statens strålevern		
	01 Driftsutgifter	66 825 000	
	21 Oppdragsutgifter	39 902 000	106 727 000
716	Statens institutt for rusmiddelforskning		
	01 Driftsutgifter	36 514 000	36 514 000
718	Alkohol og narkotika		
	21 Spesielle driftsutgifter	39 699 000	
	63 Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	41 956 000	

Kap.	Post	Kr	Kr	
	70	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres</i>	94 350 000	176 005 000
719		Folkehelse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	62 199 000	
	60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	54 898 000	
	70	Hivforebygging, smittevern mv., <i>kan overføres</i>	30 551 000	
	71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	25 128 000	
	72	Stiftelsen Amatheia	14 985 000	
	73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	19 136 000	
	74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	16 753 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	15 950 000	239 600 000
		Sum Folkehelse		1 516 586 000
Helsetjeneste				
720		Helsedirektoratet		
	01	Driftsutgifter	692 067 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	43 511 000	
	22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	55 010 000	790 588 000
721		Statens helsetilsyn		
	01	Driftsutgifter	75 467 000	75 467 000
722		Norsk pasientskadeerstatning		
	01	Driftsutgifter	89 453 000	
	70	Dekning av advokatutgifter	29 037 000	
	71	Særskilte tilskudd	2 000 000	120 490 000
723		Pasientskadenemnda		
	01	Driftsutgifter	30 479 000	30 479 000
724		Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak		
	01	Driftsutgifter	30 267 000	
	21	Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	16 572 000	
	61	Tilskudd til turnustjenesten	146 354 000	
	70	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	43 367 000	
	71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	15 451 000	252 011 000
725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	01	Driftsutgifter	100 340 000	100 340 000
726		Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige		

Kap.	Post	Kr	Kr	
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	21 239 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	74 724 000	
	71	Kjøp av opptrening og helsetjenester, <i>kan overføres</i>	42 884 000	138 847 000
727		Tannhelsetjenesten		
	21	Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	9 500 000	
	70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	56 378 000	65 878 000
728		Forsøk og utvikling mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter	52 208 000	
	70	Tilskudd	22 357 000	74 565 000
729		Annen helsetjeneste		
	01	Driftsutgifter	42 128 000	
	60	Helsetjeneste til innsatte i fengsel	113 959 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	100 236 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening mv.	5 837 000	262 160 000
		Sum Helsetjeneste		1 910 825 000
Regionale helseforetak				
732		Regionale helseforetak		
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i>	8 095 000	
	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	619 218 000	
	72	Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	38 579 780 000	
	73	Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	13 168 191 000	
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	10 044 640 000	
	75	Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	9 012 408 000	
	76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	18 721 282 000	
	77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>	2 042 346 000	
	78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	832 312 000	
	79	Helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte, <i>kan overføres</i>	478 048 000	
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	652 543 000	
	82	Investeringslån	1 075 812 000	
	83	Opptreksrenter for lån fom. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	120 000 000	
	86	Driftskreditter	7 300 000 000	
	91	Opptreksrenter for lån tom. 2007, <i>overslagsbevilgning</i>	90 000 000	102 744 675 000

Kap.	Post		Kr	Kr
737		Kreftregisteret		
	70	Tilskudd	87 496 000	87 496 000
		Sum Regionale helseforetak		102 832 171 000
Psykisk helse				
742		Kontrollkomisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern		
	01	Driftsutgifter	35 610 000	
	70	Tilskudd	2 055 000	37 665 000
743		Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	23 015 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	94 900 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	418 162 000	
	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	114 966 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	44 625 000	695 668 000
744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg	53 741 000	53 741 000
		Sum Psykisk helse		787 074 000
Legemidler				
750		Statens legemiddelverk		
	01	Driftsutgifter	185 793 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 016 000	189 809 000
751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	11 788 000	
	70	Tilskudd	50 753 000	62 541 000
		Sum Legemidler		252 350 000
Omsorgstjenester				
760		Utredningsvirksomhet mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	21 160 000	
	70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	4 070 000	25 230 000
761		Tilskudd forvaltet av Helsedirektoratet		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	147 744 000	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	161 584 000	

Kap.	Post	Kr	Kr	
	61	Tilskudd til vertskommuner	941 098 000	
	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	258 078 000	
	66	Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse	81 267 000	
	67	Tilskudd til særskilte utviklingstiltak	35 738 000	
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i>	129 044 000	
	71	Tilskudd til frivillig arbeid	16 208 000	
	72	Tilskudd til Landsbystiftelsen	61 636 000	
	73	Tilskudd til døvblinde og døve	11 819 000	
	75	Kompetansetiltak	3 710 000	
	76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	7 477 000	
	77	Kompetansesentra mv.	92 914 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	12 206 000	1 960 523 000
		Sum Omsorgstjenester		1 985 753 000
Stønad ved helsetjenester				
2711		Spesialisthelsetjenester mv.		
	70	Refusjon spesialisthjelp	1 264 100 000	
	71	Refusjon psykologhjelp	182 000 000	
	72	Refusjon tannlegehjelp	1 320 000 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitut	369 000 000	3 135 100 000
2751		Legemidler mv.		
	70	Legemidler	7 660 600 000	
	71	Legeerklæringer	11 000 000	
	72	Sykepleieartikler	1 285 000 000	8 956 600 000
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	3 762 500 000	
	71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	197 000 000	3 959 500 000
2755		Helsetjeneste i kommunene mv.		
	62	Tilskudd til fastlønsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	220 000 000	
	70	Refusjon allmennlegehjelp	3 083 500 000	
	71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 768 000 000	
	72	Refusjon jordmorhjelp	39 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	80 000 000	

Kap.	Post		Kr	Kr
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	76 000 000	5 266 500 000
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag, lokalt	285 000 000	285 000 000
		Sum Stønad ved helsetjenester		21 602 700 000
		Sum departementets utgifter		131 391 624 000

Inntekter:

Kap.	Post		Kr	Kr
		Diverse inntekter		
3703		Internasjonalt samarbeid		
	03	Refusjon fra Utenriksdepartementet	18 270 000	18 270 000
3710		Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	02	Diverse inntekter	146 586 000	
	03	Vaksinesalg	105 300 000	251 886 000
3715		Statens strålevern		
	02	Salgs- og leieinntekter	1 818 000	
	05	Oppdragsinntekter	40 117 000	41 935 000
3716		Statens institutt for rusmiddelforskning		
	02	Oppdragsinntekter	2 112 000	2 112 000
3720		Helsedirektoratet		
	02	Salgs- og leieinntekter	2 332 000	
	04	Gebyrinntekter	1 457 000	3 789 000
3722		Norsk pasientskadeerstatning		
	02	Diverse inntekter	1 131 000	
	50	Premie fra private	3 500 000	4 631 000
3723		Pasientskadenemnda		
	50	Premie fra private	500 000	500 000
3724		Statens autorisasjonskontor for helsepersonell		
	02	Gebyrinntekter	17 923 000	17 923 000
3725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	03	Oppdragsinntekter	120 000	120 000
3732		Regionale helseforetak		
	80	Renter på investeringslån	540 000 000	
	85	Avdrag på investeringslån fom. 2008	25 000 000	
	86	Driftskreditter	1 300 000 000	
	90	Avdrag på investeringslån tom. 2007	615 000 000	2 480 000 000
3750		Statens legemiddelverk		

Kap.	Post	Kr	Kr	
	02	Diverse inntekter	1 916 000	
	04	Registreringsavgift	111 215 000	
	06	Refusjonsavgift	2 412 000	115 543 000
3751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak		
	03	Tilbakebetaling av lån	171 000	171 000
		Sum Diverse inntekter		2 936 880 000
Skatter og avgifter				
5572		Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		
	70	Legemiddelomsetningsavgift	66 025 000	
	71	Vinmonopolavgift	51 100 000	
	72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	4 381 000	
	73	Legemiddelkontrollavgift	60 322 000	181 828 000
		Sum Skatter og avgifter		181 828 000
Renter og utbytte mv.				
5631		Aksjer i AS Vinmonopolet		
	85	Statens overskuddsandel	56 800 000	
	86	Utbytte	2 000	56 802 000
		Sum Renter og utbytte mv.		56 802 000
			Sum departementets inntekter	3 175 510 000

Fullmakter til å overskride gitte bevilgninger

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2009 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 700 post 01	kap. 3700 post 02
kap. 703 postene 21, 60 og 70	kap. 3703 post 03
kap. 710 post 01	kap. 3710 post 02
kap. 710 post 21	kap. 3710 postene 02 og 03
kap. 715 postene 01 og 21	kap. 3715 postene 02 og 05
kap. 716 post 01	kap. 3716 post 02
kap. 720 postene 01 og 21	kap. 3720 postene 02 og 04
kap. 721 post 01	kap. 3721 postene 02 og 04
kap. 722 post 01	kap. 3722 post 02 og 50
kap. 723 post 01	kap. 3723 post 50
kap. 724 post 01	kap. 3724 post 02
kap. 725 post 01	kap. 3725 post 03
kap. 729 post 01	kap. 3729 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 2009 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 2009 kan gi tilsagn utover gitte bevilg-

ninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
761		Tilskudd forvaltet av Helsedirektoratet	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester	1 mill. kroner

Andre fullmakter

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. Helse- og omsorgsdepartementet i 2009 kan gi de regionale helseforetakene inntil 7,3 mrd. kroner i driftskreditt, men slik at utestående lån ved utgangen av 2009 ikke skal overstige 6 mrd. kroner.
2. det av avgiftspliktig omsetning for legemiddelgrossister i 2009 skal betales avgift tilsvarende 0,55 pst.
3. statens andel i 2009 av driftsoverskuddet til AS Vinmonopolet fastsettes til 50 pst. av resultatet i 2008 før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgiften.
4. Helse- og omsorgsdepartementet gis fullmakt til å oppheve den klausul som er knyttet til begrensninger i avståelse og bruk av eiendommen Eg sykehus, gnr. 150, bnr. 1768 i Kristiansand kommune.
5. investeringslån og driftskredittrammen til regionale helseforetak aktiveres i statens kapitalregnskap.

