



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# St.prp. nr. 1

(2007–2008)

---

**FOR BUDSJETTÅRET 2008**

Utgiftskapitler: 700–761 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3751, 5572 og 5631



# Innhold

## Del I

Innledende del .....	9
<b>1 Helse- og omsorgspolitikken ....</b>	<b>11</b>
<b>2 Profilen i budsjettforslaget .....</b>	<b>15</b>
<b>3 Budsjett- og strukturtiltak .....</b>	<b>20</b>
<b>4 Oversikter .....</b>	<b>21</b>

## Del II

Budsjettforslaget .....	27
-------------------------	----

<b>Programområde 10 Helse og omsorg .....</b>	<b>29</b>
---	-----------

<i>Programkategori 10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv. ....</i>	<i>29</i>
--	-----------

Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet .....	29
Kap. 701 Forskning .....	31
Kap. 702 Helse- og sosialberedskap .....	37
Kap. 703 Internasjonalt samarbeid .....	39
Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid .....	44

<i>Programkategori 10.10 Folkehelse .....</i>	<i>45</i>
---	-----------

Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt .....	46
Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt .....	49
Kap. 712 Bioteknologinemnda .....	50
Kap. 715 Statens strålevern .....	50
Kap. 3715 Statens strålevern .....	52
Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning .....	52
Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning .....	53
Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet .....	53
Kap. 718 Alkohol og narkotika .....	57
Kap. 719 Folkehelse .....	62

<i>Programkategori 10.20 Helsetjeneste .....</i>	<i>76</i>
--	-----------

Kap. 720 Sosial- og helsedirektoratet .....	81
Kap. 3720 Sosial- og helsedirektoratet .....	84
Kap. 721 Statens helsetilsyn .....	84
Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning .....	89
Kap. 3722 Norsk Pasientskadeerstatning .....	90
Kap. 723 Pasientskadenemnda .....	91
Kap. 3723 Pasientskadenemnda .....	92

Kap. 724 Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak .....	92
Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell .....	97
Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten .....	98
Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten .....	100
Kap. 726 Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige .....	100
Kap. 727 Tannhelsetjenesten .....	107
Kap. 728 Forsøk og utvikling mv. ....	109
Kap. 729 Annen helsetjeneste .....	113

### *Programkategori 10.30*

<i>Regionale helseforetak .....</i>	<i>117</i>
Kap. 732 Regionale helseforetak .....	118
Kap. 3732 Regionale helseforetak .....	159
Kap. 737 Kreftregisteret .....	160

### *Programkategori 10.40 Psykisk helse .....*

Kap. 742 Kontrollkomisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern ...	163
Kap. 743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse .....	164
Kap. 744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede .....	183

### *Programkategori 10.50 Legemidler .....*

Kap. 750 Statens legemiddelverk .....	185
Kap. 3750 Statens legemiddelverk .....	187
Kap. 751 Apotekvesenet og legemiddel-faglige tiltak .....	188
Kap. 3751 Apotekvesenet og legemiddel-faglige tiltak .....	190
Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet .....	190

### *Programkategori 10.60 Omsorgstjenester .....*

Kap. 760 Utredningsvirksomhet m.v. ....	211
Kap. 761 Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet .....	213

## **Programområde 30**

<b>Stønad ved helsetjenester .....</b>	<b>230</b>
--	------------

### *Programkategori 30.10*

<i>Spesialisthelsetjenester mv. ....</i>	<i>233</i>
--	------------

Kap. 2711 Spesialisthelsetjenester mv. ....	233	7.9	Kunnskapsutvikling .....	268
<i>Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv. ....</i>	<i>237</i>	<b>8</b>	<b>Opptappingsplan for rusfeltet .....</b>	<b>269</b>
Kap. 2751 Legemidler mv. ....	237	<b>9</b>	<b>Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011 .....</b>	<b>304</b>
Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling .....	242	9.1	Introduksjon og sammendrag .....	304
Kap. 2755 Helsetjeneste i kommunene mv. ...	243	9.2	Innledning .....	306
<i>Programkategori 30.90 Andre helsetiltak .....</i>	<i>247</i>	9.3	Utviklingsstrekk .....	310
Kap. 2790 Andre helsetiltak .....	247	9.4	Habilitering og rehabilitering i helse- og sosialtjenesten .....	311
<b>Del III</b>		9.5	Mål for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene .....	318
Omtale av særlige tema .....	249	9.6	Tiltak .....	318
<b>6</b>	<b>Oppfølging av Nasjonal helseplan (2007–2010) .....</b>	9.7	Vedlegg .....	335
6.1	Helhet og samhandling .....	<b>10</b>	<b>Andre særlige tema .....</b>	<b>337</b>
6.2	Demokrati og legitimitet .....	10.1	Sektorovergripende miljøvernpolitikk .....	337
6.3	Nærhet og trygghet .....	10.2	Fornyning, organisasjons- og strukturendring i statsforvaltningen .....	337
6.4	Sterkere brukerrolle .....	10.3	Kjønns- og likestillingsperspektivet .....	339
6.5	Faglighet og kvalitet .....	10.4	Omtale av tilsetningsvilkårene til ledere i heleide statlige virksomheter .....	343
6.6	Arbeid og helse .....		<b>Forslag til vedtak om bevilgning for budsjettåret 2008, kapitlene 700–761 og 2711–2790, 3700–3751, 5572 og 5631 .....</b>	<b>345</b>
<b>7</b>	<b>Oppfølging av nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller .....</b>			
7.1	Inntekt .....			
7.2	Oppvekst .....			
7.3	Arbeid og arbeidsmiljø .....			
7.4	Helseatferd .....			
7.5	Helsetjenester .....			
7.6	Sosial inkludering .....			
7.7	Rapportering .....			
7.8	Sektorovergripende verktøy .....			

## Figuroversikt

Figur 2.1	Fordeling av budsjettforslaget på programkategorier .....	16	Figur 5.3	Mottakere av pleie- og omsorgstjenester etter alder 1995–2006 .....	193
Figur 5.1	Årlig omsetning av alkohol i Norge per innbygger 15 år og eldre, 1980–2006, målt i liter ren alkohol per person totalt og på ulike drikkesorter. ....	58	Figur 5.4	Antall mottakere av avlastning i ulike aldersgrupper 1996-2006 .....	194
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 1986–2006. ....	59	Figur 5.5	Botilbud i institusjon og omsorgsboliger 1997–2006 .....	194
			Figur 8.1	Antall pasienter i legemiddel-assistert rehabilitering, antall nye hvert år og antall på venteliste 1998–2006. ....	272
			Figur 8.2	Årlige registrerte narkotika-relaterte dødsfall 1998–2006. ....	273

## Oversikt over bokser

Boks 2.1	Regjeringens viktigste satsinger på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2007 .....	16	Boks 5.1	Diagnoserelaterte grupper (DRG) .....	148
			Boks 9.1	Begrepsbruk i strategien .....	308





DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# St.prp. nr. 1

(2007–2008)

---

## FOR BUDSJETTÅRET 2008

Utgiftskapitler: 700–761 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3751, 5572 og 5631

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 14. september 2007,  
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 og gi godt tilbud til alle, uavhengig av diagnose, bosted, alder, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon. 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 omsorgstjenesten skal tilbys i nærmiljøet, og skal gi alle mulighet for et selvstendig liv, der hver enkelt kan delta i samfunnet ut fra sine egne forutsetninger.

Målet med den forebyggende innsatsen og utviklingen av tjenesten er å løfte hele befolkningen opp på det samme nivået som de med best helse. God folkehelse krever en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen. Regjeringens mål er å prioritere de pasientgruppene som trenger det mest både i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten. Den kommunale omsorgstjenesten skal utvikles videre slik at alle brukergrupper sikres gode muligheter for livskvalitet og utfoldelse. 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 samordnes og forsterkes. Forebygging, behandling og oppfølging av rusmiddelavhengige i kommunene, i tannhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten skal ses i sammenheng. Også innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet skal innsatsen styrkes og samhandling og koordinering bedres. Helse- og

omsorgstjenesten skal utformes i samarbeid med brukere og pårørende.

Arbeidet med å etablere en kultur for kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten skal fortsette. Optimal oppgavefordeling og gode rammevilkår skal sikre kvaliteten. Det skal satses videre på forskning og fagutvikling. Tjenesten og forvaltningen skal være godt forberedt på å håndtere kresituasjoner i inn- og utland på en samordnet måte. Økt vekt på brukermedvirkning og individuelle løsninger skal bidra til god kvalitet i den kommunale omsorgstjenesten. Kommunene skal tilpasse omsorgstjenesten til lokale forhold og behov.

Bio- og genteknologi er viktig for nye medisinske framskritt. Moderne bio- og genteknologi skal utvikles innen forsvarlige rammer for etikk, sikkerhet og miljø.

## 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. Andelen som vurderer egen helse som god, har også økt i denne perioden. Siden 1950-årene har forventet levealder i Norge økt med ti år, til 79 år for kvinner og menn, sett under ett. Likevel har Norge hatt en mindre gunstig utvikling i forventet levealder enn 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 og trolig økende i Norge. For eksempel er dødsrisikoen i aldersgruppen 45–59 år 2,5 gang 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.

Livsstilsfaktorer som kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, alkohol og ulike miljøfaktorer påvirker helsetilstanden og antall leveår i befolkningen. Flere av disse faktorene varierer langs sosiale skillelinjer.

Om lag 24 pst. av den norske befolkningen var dagligrøykere i 2006. Blant dem med høy utdanning er det nå 13 pst. som røyker daglig mot 30 pst. i 1976. I gruppen med lav utdanning har det ikke vært noen nedgang. Det er fortsatt 40 pst. dagligrøykere i denne gruppen. Rundt 16 pst. av alle dødsfall skyldes røyking. Blant kvinner er røyking skyld i 26 pst. av dødsfallene i aldersgruppen 40 til 70 år, mens tilsvarende tall for menn er 40 pst.

Alkohol er den tredje største risikofaktoren for helseskade i vår del av verden, etter tobakk og høyt blodtrykk. Verdens helseorganisasjon har slått fast at det er sammenheng mellom alkoholforbruk og over 60 ulike sykdoms- og skadetyper. I tillegg kommer skader som alkoholpåvirkede påfører andre. I 2004 ble det rapportert 441 dødsfall pga. alkohol. Dette antas å være en betydelig underrapportering. Narkotikaproblemer medfører økt sykkelighet og dødelighet. I 2006 var det 195 personer som døde av overdose. Dette er en stor nedgang siden 2001, da det var 338 slike dødsfall.

Hjerte- og karsykdommer er den sykdomsgruppen som er årsak til flest for tidlige dødsfall. Siden 1970 er forekomst av hjerteinfarkt og hjertekrampe blant menn fra 40 til 74 år redusert med 70 pst. Hjertesykdom hos kvinner har inntil nylig vært et lite utforsket felt. I dag vet vi at den typiske hjertepasienten ikke er en middelaldrende mann, men 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 jamt. I dag er mer enn 50 pst. av alle kreftpasienter i live fem år etter at kreftsykdommen ble diagnostisert. Utviklingen av bedre behandlingsmetoder har bidratt til økt overlevelse og betydelig bedre livskvalitet for kreftpasienter.

Sykdommen diabetes er på frammarsj i Norge. Rundt 111 000 mennesker blir behandlet med legemidler for diabetes. Det betyr at 2,6 pst. av mennene i Norge og 2,2 pst. av kvinnene er under behandling for diabetes. Målt i doser er salget av legemidler til behandling av diabetes fordoblet de siste ti år.

Om lag 200 000 nordmenn har trolig kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). Mer enn halvparten har sykdommen uten å vite det. Forekomsten er økende, særlig blant kvinner. Hovedårsaken er røyking, men arbeidsmiljø og arvelige egenskaper spiller også en rolle.

Astma forekommer nå hos om lag 10 pst. av barn og unge i Norge, og om lag 8 pst. av de voksne. Forekomsten har økt jamt de siste 40

årene, og forskning knytter dette til faktorer i utesa vel som innemiljøet.

Internasjonale studier viser at om lag 50 pst. av befolkningen får en psykisk lidelse i løpet av livet, og vi må regne med at mange sliter med psykiske lidelser også her i landet. Det har vært en positiv utvikling i retning av større oppmerksomhet og åpenhet omkring psykiske lidelser i samfunnet.

Nesten 70 000 mennesker er rammet av en demenslidelse. Antallet stiger med den økende levealderen 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 nærmeste 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 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 evner å få nødvendig hjelp.

Mer enn 200 000 personer mottar kommunal omsorgstjeneste. Om lag 40 000 av disse bor i sykehjem og 160 000 mottar hjemmetjeneste. Av disse bor nærmere 50 000 i boliger til pleie- og omsorgsformål. Om lag 16 000 bor i omsorgsboliger der det er personale tilgjengelig hele døgnet. Flertallet av de som mottar pleie- og omsorgstjeneste er over 80 år, men den sterkeste veksten i tjenestemottakere har vi 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 brukere under 67 år. Nye tall viser at to tredeler av ressursene i hjemmetjenesten brukes på denne gruppen. Den største gruppen tjenestemottakere er mennesker med langvarige somatiske lidelser som multippel sklerose, parkinsons sykdom, hjerneslag og skader. Denne utviklingen er også en direkte følge av reformen for utviklingshemmede og opptrappingsplan for psykisk helse, der det er et uttrykt mål at disse gruppene skal ha kommunale tilbud i egne hjem.

### Ressursbruk

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det i 2006 ble brukt i overkant av 186 mrd. kroner på helse, og at helseutgiftene er nesten doblet på under 10 år. Det betyr at vi brukte nesten 40 000 kroner per innbygger. Sammenliknet med andre OECD-land er det kun USA, Luxemburg og Sveits som bruker mer

penger på helse per innbygger. Helsetjenesten betales hovedsaklig av staten (inkludert folketrygden), fylkeskommunene og kommunene. Offentlige midler dekket om lag 84 pst. av de samlede helseutgiftene i 2006. Denne andelen har vært stabil de siste seks årene.

I 2006 var samlet ressursbruk i spesialisthelsetjenesten vel 81 mrd. kroner. Sammenliknet med 2005 er dette en økning på om lag 5,5 mrd. kroner eller 7,8 pst. Dette er den største veksten siden sykehusreformen i 2002. Økningen har bl.a. sammenheng med at helseforetakene har fått ansvar for nye tiltak. Oppføringsinstitusjoner, pasienttransport, pasientskadeerstatning og finansiering av nye, ofte dyre medisiner er noen av de punktene som krever økt innsats. Hovedårsaken til økningen i kostnadene er likevel utviklingen i tjenestetilbudet og økningen i aktivitet ved sykehusene.

Antall årsverk i spesialisthelsetjenesten var i 2006 nær 95 000. Det er 2200 flere enn i 2005, som tilsvarer en vekst på 2,4 pst. Den største veksten kom innenfor personellgruppen psykologer, som har økt med 7,5 pst. fra året før. Veksten har imidlertid kommet innenfor alle personellgrupper unnatt hjelpepleiere. Fra 2002 til 2006 er det ved sykehusene blitt 1550 flere leger og 3200 flere sykepleiere.

Det har vært en positiv utvikling i legedekningen i landet. Da fastlegeordningen ble innført i juni 2001, var det 277 ledige fastlegehemler. Ved utgangen av april 2007 var det bare 87 ledige hjemler for fastleger. Antall legeårsverk til allmenntilleggs offentlig legearbeid har økt i beskjeden grad. Flest nye stillinger er opprettet ved institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Fra 2002 til 2006 er det kommet 80 nye fastleger. Departementet leder et utvalg med blant annet KS og Legeforeningen, der utviklingen i fastlegeordningen følges nøye.

Ulike mål for aktivitetsendringer viser høyere prosentvis vekst i psykisk helsevern enn i somatisk spesialisthelsetjeneste fra 2005 til 2006. Det samme kan sees i utviklingen i kostnader i samme tidsrom. For somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern økte ressursbruken med henholdsvis 3,1 og 5,2 pst. Tilsvarende tall for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere var 7,8 pst. Dette betyr at utviklingen er i tråd med kravene om at økning av innsatsen innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være større enn innen somatisk virksomhet. Samtidig synes aktivitetsveksten å være høyere enn veksten i ressursbruk innen både rus og psykiatri. Dette tyder på bedre ressursutnyttelse innenfor disse områdene.

Kommunenes netto driftsutgifter til helse- og sosialtjenesten var i 2006 om lag 64 mrd. kroner,

og tjenesten utgjorde om lag 45 pst. av kommunenes netto driftsutgifter. Innenfor helse- og sosialtjenesten veier omsorgstjenesten tyngst, og denne sto for om lag 35 pst. av kommunenes netto driftsutgifter i 2006. Målt i årsverk er kommunenes pleie- og omsorgstjeneste større enn spesialisthelsetjenesten. Om lag 200 000 ansatte i den kommunale helse- og sosialtjenesten utfører vel 145 000 årsverk. Pleie- og omsorgstjenesten utførte i 2006 over 116 000 årsverk.

Fylkeskommunenes netto driftsutgifter til tannhelsetjenesten utgjorde i 2006 om lag 1,5 mrd. kroner. Tannhelsetjenesten utgjorde om lag 5 pst. av fylkeskommunenes netto driftsutgifter i 2006.

I 2006 ble det samlet solgt legemidler for 16,4 mrd. kroner, som innebærer en nominell økning på i underkant av 2 pst. fra året før. En vesentlig del av omsetningen av legemidler betales av folketrygden gjennom blåreseptordningen. Utgiftene var 7,6 mrd. kroner i 2006. Utgiftene til legehjelp var i underkant av 3,4 mrd. kroner i 2006, som er 4 pst. mer enn i 2005.

#### Tilgjengelighet og ventetider

Den sterke veksten i ressursinnsatsen innen psykisk helsevern for barn og unge har bidratt til at mer enn dobbelt så mange barn fikk behandling i 2006 som i 1998. Vel 47 000 barn og unge under 18 år, dvs. 4,3 pst. av gruppen, fikk et behandlingstilbud fra det psykiske helsevernet i 2006. Antall polikliniske tiltak er mer enn tredoblet i perioden 1998 til 2006, og veksten har vært sterkest de siste tre årene.

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 2006 gjennomført nær 931 000 polikliniske konsultasjoner. Dette er en økning på vel 7 pst. fra året før. Siden 1998 har antall polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern økt med over 80 pst. Antall utskrivninger fra institusjoner har økt med nær 50 pst. fra 1998 til 2006. Tendensen er økt vekt på aktiv behandling i institusjon og at langtidsomsorg skjer i kommunene.

I 2006 var det 1,4 mill. opphold (innleggelser, dagkirurgi og dagbehandling) ved sykehusene. Dette er en økning på 58 000 opphold, hvilket tilsvarer en vekst på 4,3 pst. fra 2005. I tillegg var det over 3,5 mill. polikliniske konsultasjoner i 2006. Det tilsvarer en økning på 93 000 konsultasjoner eller 2,7 pst. sammenliknet med 2005.

Det har vært en svak økning i ventetidene det siste året. Første tertial 2007 er gjennomsnittlig ventetid 69 dager mot 67 dager samme tertial 2006.

Etter at staten overtok sykehusene er ventetiden redusert med gjennomsnittlig 18 dager. Ventetidene for de som har påbegynt behandlingen har det siste året økt med to dager innenfor somatikken og psykisk helsevern for barn og unge. Det er imidlertid en nedgang i ventetiden innen psykisk helsevern for voksne med 9 dager fra første tertial 2006 til første tertial 2007.

Det er en markant forskjell i ventetid for personer med og uten rett til nødvendig helsehjelp. Nå får de pasienter som trenger det mest raskere hjelp enn de som ikke har så alvorlige helseproblemer. Det er betydelige variasjoner i ventetider og tildeling av rett til nødvendig helsehjelp mellom regioner, mellom helseforetak, mellom aldersgrupper og mellom kjønn.

Alle kommuner har en fastlegeordning, og 99,5 pst. av befolkningen deltar i ordningen. Evaluering av ordningen viser at tilgjengeligheten til tjenesten er blitt bedre i de fleste kommuner, men at det er rom for forbedringer. Telefongjengelighet, ventetid på time og tilgjengelighet til øyeblikkelig hjelp oppleves fortsatt som for dårlig i deler av landet.

Om lag 200 000 brukere mottok hjelp fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten ved utgangen i 2006. Av disse bodde 41 000 personer i institusjon. Det betyr at fire av fem nå mottar omsorgstjenesten hjemme.

### 1.3 Sentrale utfordringer

I Norge har vi store 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 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 som viser at det fortsatt er mye som kan bli bedre. 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 uakseptable ventetider innen noen fagområder. Likeverdig helse- og omsorgstjeneste krever god kommunikasjon med pasient, bruker og pårørende. Flerkulturell forståelse og språk er nødvendig overfor den samiske befolkningen og den økende innvandrerbefolkningen.

Mange pasienter og pårørende opplever helse-tjenesten som oppstykket og lite samordnet. Manglende helhet og for dårlig samhandling mellom nivåer, aktører, sektorer og institusjoner er et tilba-

kevendende tema i utredninger og evalueringer og fra brukerorganisasjonene. Mange brukere opplever at de må styre samhandlingen mellom aktørene selv. Samordnede tiltak for personer som trenger habilitering og rehabilitering, og personer som har både rusmiddelproblem og psykisk sykdom, er en særskilt utfordring. Manglende helhetstenking kan føre til at aktører avgrenser sitt ansvarsområde i stedet for å samarbeide om gode løsninger som tjener pasientene. Samhandling må derfor få større oppmerksomhet på alle nivåer i tjenesten og forvaltningen.

Kvaliteten i helsetjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser må bli bedre. Dette kommer bl.a. til uttrykk ved mangelfull kompetanse i deler av tjenesten, for dårlig tilgjengelighet, for svak samordning av tilbudet mv. Det kommunale tilbudet er preget av store variasjoner fra kommune til kommune.

Det er en klar sammenheng mellom totalforbruket av alkohol og omfanget av sykdom, skader og ulykker. Rusmiddelavhengige er den gruppen som har høyest sykkelighet og dødelighet. De sosiale og samfunnsøkonomiske konsekvensene av rusmiddelbruk er omfattende. Mange barn lider under foreldrenes rusmiddelmissbruk. Store kostnader er knyttet til helse- og sosialhjelp, tapt arbeidsinnsats, velferdstap og rusrelatert kriminalitet.

Hovedutfordringen i tannhelsetjenesten er knyttet til behovet for offentlig finansiering av tilbudet til dem som trenger det mest, og til likeverdig tilgjengelighet til tjenesten, uavhengig av hvor folk bor i landet.

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

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

Det er nødvendig med en innsats fra flere sektorer for å jevne ut helseforskjeller mellom sosiale grupper, mellom etniske grupper og mellom kjønn. Livsstilsfaktorer som kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, alkohol og ulike miljøfaktorer påvirker helsetilstanden og antall leveår i befolkningen, og flere av disse faktorene varierer langs sosiale skillelinjer. Det er også dokumentert forskjeller i helsetjenestebruk mellom ulike sosiale grupper i befolkningen.

## 2 Profilen i budsjettforslaget

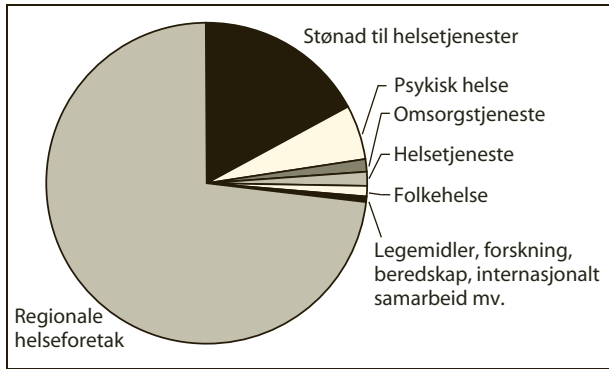
Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag for 2008 er på om lag 115,6 mrd. kroner. Dette fordeler seg med 95,7 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og 19,8 mrd. kroner på programområde 30 Stønad ved helsetjenester, jf. tabellen og figur 2.1.

Budsjettforslaget innebærer en økning i løpende priser på 4,6 pst., eller om lag 5,1 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2007. Regnet i faste priser, sett bort fra flyttinger mellom departementer, tekniske endringer mv, tilsvarer dette en vekst på om lag 2 ½ mrd. kroner. Bl.a. overføres ordningen med tilskudd til ressurskrevende tjenester, som i saldert budsjett 2007

utgjorde 1833 mill. kroner, til Kommunal- og regionaldepartementet.

Nedgangen i utgiftene under folketrygdens programområde 30 må ses i sammenheng med at utgiftsanslagene er satt ned om lag 500 mill. kroner etter saldert budsjett 2007, og at anslagene for 2008 tar utgangspunkt i dette reduserte utgiftsnivået. Videre foreslås det endret finansieringsansvar mellom folketrygden og de regionale helseforetakene på om lag 450 mill. kroner, som innebærer at utgiftene under folketrygden reduseres tilsvarende i 2008. Bl.a. foreslås ansvaret for finansiering av legemidler for behandling av multippel sklerose flyttet til regionale helseforetak.

Betegnelse	mill. kr		
	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
<i>Programområde 10 Helse- og omsorg</i>			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet mv.	381,2	443,2	16,3
10.10 Folkehelse	1 221,1	1 357,6	11,2
10.20 Helsetjeneste	1 438,6	1 526,3	6,1
10.30 Regionale helseforetak	75 057,1	84 084,2	12,0
10.40 Psykisk helse	5 398,9	6 472,3	19,9
10.50 Legemidler	223,3	215,1	-3,7
10.60 Omsorgstjenester	3 080,4	1 316,3	-57,3
<i>Sum før lånetransaksjoner</i>	<i>86 800,6</i>	<i>95 414,9</i>	<i>9,9</i>
<i>Lånetransaksjoner</i>	<i>3 700,0</i>	<i>330,0</i>	<i>-91,1</i>
Sum Helse- og omsorg	90 500,6	95 744,9	5,8
<i>Programområde 30 Stønad ved helsetjenester</i>			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	2 509,0	2 651,7	5,7
30.50 Legehjelp, legemidler m.v.	17 069,0	16 848,7	-1,3
30.90 Andre helsetiltak	371,0	320,0	-13,7
Sum før lånetransaksjoner	19 949,0	19 820,4	-0,6
Lånetransaksjoner	0,0	0,0	0
Sum Stønad ved helsetjenester	19 949,0	19 820,4	-0,6
Sum Helse- og omsorgsdepartementet	110 449,6	115 565,3	4,6



Figur 2.1 Fordeling av budsjettforslaget på programkategorier

Programområde 10 er påvirket av omlegging av føringsmåten for investeringslån til regionale helseforetak og samtidig økning av basisbevilgningen med 1670 mill. kroner til å gjenanskaffe bygg og utstyr. Fra og med 2008 vil lån til investeringer ikke lenger bli ført som lånetransaksjon, men i stedet som tilskudd under programkategori 10.30. Tilskuddet gis som lån til helseforetakene som helseforetakene skal nedbetale og betale renter for, som under gjeldende system. Dette innebærer at utgiftene og inntektene knyttet til investeringslån budsjetteres og synliggjøres som for andre virksomheter på statsbudsjettet. For begrunnelse og nærmere omtale av omleggingen, vises det til kap. 9 i St.prp. nr. 1 (2007–2008) Statsbudsjettet. Holdes lånetransaksjoner og lånetilskudd utenfor, innebærer budsjettforslaget en reell styrking på om lag 4 ¼ mrd. kroner. Det vises til boks 2.1 for oversikt over de viktigste styrkingene i budsjettforslaget for 2008. I kapittel 3 redegjøres det for innsparingstiltak. Det vises til nærmere omtale under de enkelte kapitler og poster i del II Budsjettforslaget.

Helse- og omsorgssektoren omfatter folkehelsearbeidet, den kommunale helse- og sosialtjenesten, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten finansieres i hovedsak over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten finansieres i all hovedsak av kommunenes frie inntekter (skatteinntekter og rammetilskudd), og i liten grad fra øremerkete tilskudd. Den generelle kommuneøkonomien utgjør derfor en viktig rammebetingelse for kommunal tjenesteproduksjon. Regjeringen legger opp til en reell vekst i kommunesektorens samlede inntekter på 6,2 mrd. kroner i 2008, eller 2,4 pst. Veksten er regnet fra det inntektsnivået i 2007 som ble lagt til grunn i revidert nasjonalbudsjett (2007). 1,5 mrd. kroner av veksten i de samlede inntektene er frie inntekter fra skatteinntekter og rammetilskudd. Veksten er for-

delt med 1 mrd. kroner på kommunene og 0,5 mrd. kroner på fylkeskommunene. De viktigste satsingsområdene som har øremerket finansiering er barnehagesektoren og opptrappingsplanen for psykisk helse. Det økonomiske opplegget for kommunesektoren i 2008 er nærmere omtalt i St.meld. nr. 1 (2007–2008), Nasjonalbudsjettet 2008, og i St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Kommunal- og regionaldepartementet.

Regjeringen vil legge til rette for at den kommunale omsorgstjenesten kan styrkes med 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009, sammenliknet med nivået i 2004. Måloppnåelse drøftes jevnlig som del av konsultasjonsordningen mellom KS og regjeringen. Det er tidligere lagt til grunn en vekst på om lag 1900 årsverk i 2005. For 2006 har Statistisk sentralbyrå per juni 2007 rapportert 5900 nye årsverk i omsorgstjenesten. På grunn av stort innslag av små stillinger og mange vikarer og timearbeidere, er det knyttet usikkerhet til registertallene fra byrået, og den reelle veksten kan ligge noe lavere enn 5900 årsverk i 2006. Det økonomiske opplegget for kommunesektoren for 2007 og 2008 legger imidlertid til rette for en videre vekst i antall årsverk, og det ligger an til at målsettingen om 10 000 nye årsverk kan nås før 2009.

Boks 2.1 viser de viktigste styrkingene innenfor programområde 10.

#### Boks 2.1 Regjeringens viktigste satsinger på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2007

Styrket sykehusøkonomi . . .	1 790 mill. kroner
Fornyng av sykehusbygg og utstyr til sykehus . . . . .	1 670 mill. kroner
Opptrappingsplanen for psykisk helse . . . . .	940 mill. kroner
Omsorgsplan 2015. . . . .	136 mill. kroner
Opptrappingsplan for rusfeltet. . . . .	100 mill. kroner
Forskning . . . . .	16 mill. kroner
Legemiddelinformasjon . . . . .	10 mill. kroner
Kompetanse i tannhelsetjenesten. . . . .	6 mill. kroner

### 2.1 Styrket sykehusøkonomi

Ut over generell pris- og lønnsjustering av tilskudd, foreslår regjeringen å styrke sykehusenes økonomi med 3,46 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2007. Midlene foreslås fordelt med 1,79 mrd. kroner til drift og 1,67 mrd. kroner i økt basisbevilgning til å gjenanskaffe bygg og utstyr.



I Soria Moria-erklæringen sier Regjeringen at den vil styrke sykehusenes økonomi slik at flere pasienter får behandling og ventetidene holdes lave. Behovet for økt behandlingsskapasitet skyldes dels demografiske endringer, at forekomsten av enkelte sykdommer øker og at den medisinske teknologiske utviklingen gir nye muligheter.

Økt bevilgning til drift med 1790 mill. kroner legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med 1 ½ pst. på nasjonalt nivå fra 2007 til 2008 (900 mill. kroner), beregnet på hele inntektsgrunnlaget til helseforetakene. Det er lagt til grunn en marginalkostnad på gjennomsnittlig 80 pst. for den økte aktiviteten. Denne veksten vil gjelde 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). Økte tilskudd gjennom opptrappingsplan for rusfeltet (46 mill. kroner) og opptrappingsplanen for psykisk helse (392 mill. kroner) kommer i tillegg til dette. Bevilgningsforslaget innebærer videre at den tilleggsbevilgningen som ble vedtatt i 2007 jf. St.prp. nr. 44 (2006–2007), videreføres til 2008 med 700 mill. kroner og samme regionvise fordeling. I tillegg foreslås det satt av 190 mill. kroner for å dekke opp for antatt høyere aktivitet i 2007 knyttet til innsattsstyrt finansiering og poliklinisk behandling, slik at dette høyere aktivitetsnivået kan videreføres og økes i 2008 som omtalt. Dette er en prognose basert på aktivitet og regnskapstall for første tertial og mai 2007, og det er dette nivået som skal videreføres og økes med 1 ½ pst.

Selv om alle regionale helseforetak styrer mot balanse i 2007, ligger det an til et samlet underskudd på om lag 1 mrd. kroner inneværende år. Regionale helseforetak må omstille og effektivisere driften slik at de oppnår økonomisk balanse. For at de økte bevilgningene skal få den tilskattede effekt på pasienttilbudet, må det fortsatt være betydelig trykk på omstillingsprosesser i helseforetakene.

## 2.2 Fornying av sykehusbygg og utstyr til sykehus

Etter sykehusreformen har bevilgningene til de regionale helseforetakene ikke tatt tilstrekkelig høyde for kostnadene ved gjenanskaffelse og vedlikehold av bygninger og utstyr. For å opprettholde verdien på sykehusbygninger og medisinsk utstyr må de årlige investe-

ringene over tid tilsvare de årlige avskrivningene. Ved inngangen til sykehusreformen ble de årlige kostnadene til gjenanskaffelse og vedlikehold beregnet til om lag 5 mrd. kroner. Bevilgningene til regionale helseforetak gjorde dem bare i stand til å gjenanskaffe og vedlikeholde om lag 60 pst. av de samlede verdiene.

Regjeringen har understreket betydningen av at helseforetakene blir i stand til å opprettholde bygningsmassen og gjenskaffe og vedlikeholde nødvendig medisinsk-teknisk utstyr. I St.prp. nr. 1 (2006–2007) ble det derfor varslet et betydelig løft ved å trappe opp bevilgningene til sykehusene med til sammen 1 mrd. 2007-kroner over årene 2008 til 2010. I budsjettforslaget for 2008 foreslås å øke dette beløpet til 1,67 mrd. kroner og å bevilge hele beløpet fra 2008. Dette er et betydelig inntektsløft som vil bidra til å sikre fornying av sykehusbygg og utstyr, en desentralisert sykehusstruktur, og forhindre etterslep på vedlikeholdsinvesteringer. Samlet vil det med regjeringens forslag for 2008 bli tilført i underkant av 5,3 mrd. kroner til dette gjennom basisbevilgningen.

En sentral forutsetning for sykehusreformen har vært at helseforetakene skal ha et helhetlig ansvar for alle innsatsfaktorer knyttet til å yte god helsetjeneste til befolkningen. Dette omfatter også investeringer og kostnader knyttet til disse. Med det inntektsløftet som nå foreslås, har regjeringen fått på plass en viktig premiss for sykehusreformen. Den foreslåtte bevilgningsøkningen vil føre til at lånebehovene til regionale helseforetak blir mindre, noe som vil gi lavere rentekostnader og dermed mer penger til pasientbehandling.

Som følge av tidligere års investeringsbeslutninger er det planlagt et høyt investeringsnivå i de regionale helseforetakene i 2008. For å sikre forutsigbarhet og fortsatt framdrift i byggeprosjekter under utbygging vil det derfor blir stilt 1,72 mrd. kroner i lånemidler til disposisjon også i 2008. I forslaget er det lagt til rette for å sette i gang planlagt utbygging og modernisering av Nordlandssykehuset i Bodø i 2008. Samtidig er det en klar forutsetning at de økte bevilgningsrammene i 2008 må brukes til å finansiere de store pågående prosjektene.

For framtidige investeringsprosjekter gjelder at de regionale helseforetakene må planlegge framdriften av disse innenfor den likviditetsmessige rammen som ligger i basisbevilgningen. Selv med økte inntektsrammer til de regionale helseforetakene, som muliggjør større grad av gjenanskaffelse av bygg og utstyr, kan ikke alle investeringsplaner gjøres parallelt. De regionale helseforetakene får dermed et særlig ansvar for å fordele den

likviditetsmessige rammen til prioriterte prosjekter i regionen.

### 2.3 Opptappingsplanen for psykisk helse

Opptappingsplanen for psykisk helse vil i 2008 være inne i sitt tiende og siste år. Det skal investeres for om lag 6,3 mrd. kroner i løpet av planperioden. Dette svarer til 8,8 mrd. 2008-kroner. Driftsutgiftene skal økes gradvis til et nivå som ligger reelt 4,6 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998, som svarer til 6,6 mrd. 2008-kroner. Det foreslås en styrking på 940 mill. kroner til gjennomføring av opptappingsplanen sammenliknet med saldert budsjett 2007. Av dette foreslås 10 mill. kroner til å styrke voldsmottakene ved kommunale legevakter og for å bidra til finansiering av Barnas hus, som opprettes regionalt for å hjelpe voldsutsatte barn. For 2008 foreslås det i tillegg en generell vekst innenfor spesialisthelsetjenesten, herunder psykisk helse på 1 ½ pst. Opptappingsplanen kommer i tillegg til denne økningen.

Gjennom de årlige budsjettframlegg er det redegjort for måloppnåelsen i henhold til St.prp. nr. 63 (1997–1998), Om opptappingsplanen for psykisk helse. Resultatrapporteringen viser at sentrale kvantitative resultatmål i det vesentlige er nådd eller blir realisert i løpet av opptappingsperioden. Veksten i kostnader, årsverk og aktivitet fra 2005 til 2006 var større for psykisk helsevern enn for somatisk spesialisthelsetjeneste (justert for nye oppgaver). For det siste året av opptappingsperioden er det nødvendig å legge sterk vekt på det kvalitative innholdet i tjenesten, og gjennom dette sikre at tjenesten har tillit og legitimitet. Til tross for kraftig kapasitetsøkning i alle deler av tjenesten, har ventetidene ikke gått merkbart ned. Dette skyldes at antall henvisninger har økt tilsvarende kraftig. Det er fortsatt behov for intensivt satsing i den kommunale tjenesten, i de distriktspsykiatriske sentrene og i det akuttpsykiatriske tilbudet. Det vil bli lagt vekt på mer effektiv bruk av ressursene slik at flere kan få behandling.

Det er nødvendig med en sterk satsing på forebyggende psykososialt arbeid for voksne, barn og unge, for tidlig å avdekke behov for tiltak. For barn og unge skal kortere ventetid til behandling fortsatt være høyt prioritert. Det er også nødvendig å øke kompetansen om psykiske lidelser, spesielt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og kompetansen om rusavhengighet i det psykiske helsevernet, både for voksne, barn og

unge. Innenfor rammen av opptappingsplanen vil satsingen på informasjon og holdninger i skole, arbeidsliv og overfor brukere og ansatte bli intensivert. Det samme gjelder arbeid og psykisk helse.

### 2.4 Omsorgsplan 2015

Regjeringen har lagt fram Omsorgsplan 2015 med en egen kompetanse- og rekrutteringsplan, mål om 10 000 nye årsverk, avtale med KS om kvalitetsutvikling i kommunene og satsing på omsorgsforskning. Regjeringen foreslår et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns omsorgstjeneste fra 2008. Det legges til grunn en målsetting om at det skal gis investeringstilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden 2008–2015, med en samlet øvre ramme over statsbudsjettet på 6 mrd. kroner fram til 2015. Det gis maksimalt 600 000 kroner i tilskudd per sykehjemsplass og 400 000 kroner i tilskudd per omsorgsbolig. For 2008 vil det bli gitt tilsagn til om lag 1000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger, tilsvarende en tilsagnsramme på 500 mill. kroner. Målgruppen for ordningen er personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjeneste uavhengig av alder og diagnose. I tillegg til eldre inngår bl.a. personer med psykisk sykdom, utviklingshemming og rusproblemer.

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 en stor grad av fagutdanning. En styrking av omsorgstjenesten forutsetter en fortsatt vekst i kommunens frie inntekter. For 2008 legger de frie inntektene til rette for 2000 nye årsverk i omsorgstjenesten.

I budsjettframlegget for 2008 foreslås en styrking iht. Omsorgsplanen på 136 mill. kroner. Demensplanen er en av delplanene under Omsorgsplan 2015. Tiltakene for å bedre demensomsorgen må ses i sammenheng med regjeringens satsing på 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten. Demensplanen vil ta i bruk virkemidlene fra Kompetanseløftet 2015, og gjenspeile seg i utformingen av det nye investeringstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger. Forskningsinnsatsen på demens foreslås styrket med 5 mill. kroner i 2008, som i hovedsak vil bli kanalisert gjennom program for helse- og omsorgstjeneste under Forskningsrådet. Beløpet er en del av regjeringens samlede forslag til opptapping av omsorgsforskning med til sammen 15 mill. kroner.

## 2.5 Opptrappingsplan for rusfeltet

---

Bevilgningen til rusfeltet foreslås styrket med 100 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2007. Dette kommer i tillegg til en generell vekst innenfor spesialisthelsetjenesten, herunder rusfeltet, på 1½ pst. Opptrappingsplanen omhandler hele rusfeltet, herunder forebygging, behandling, oppfølging, forskning mv. Regjeringens politikk på rusfeltet har som mål å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet. Det satses betydelig på rusfeltet i Norge, og det gjøres svært mye godt arbeid både i kommuner, helseforetak og frivillige organisasjoner. På enkelte områder innen forebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging er det fortsatt utfordringer.

For 2008 foreslås 7 mill. kroner til styrking av arbeidet med mer effektiv og samordnet forebygging lokalt, og for å bidra til å sikre at tjenesten griper tidligere inn overfor risikoutsatte barn og unge. For å øke behandlingsskapasiteten i spesialisthelsetjenesten foreslås 10 mill. kroner til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og 36 mill. kroner til akuttbehandling, avrusning og ambulante team. Det foreslås videre 10 mill. kroner til å etablere rusrådgivere hos fylkesmennene og 23 mill. kroner til et forsøk med koordinatorene for rusmiddelavhengige i enkelte kommuner. Tannhelsetjenester til personer som er under LAR, foreslås styrket med 7 mill. kroner. Det er opprettet et eget rusmiddelforskningsprogram som foreslås styrket med 3 mill. kroner, og kompetanse- og utviklings tiltak foreslås styrket med 4 mill. kroner.

## 2.6 Forskning

---

For 2008 foreslås medisinsk og helse- og sosialfaglig forskning styrket med 15,6 mill. kroner. I tillegg foreslås 3 mill. kroner til rusforskningsprogrammet som ble etablert av Forskningsrådet i 2007, jf. omtale av opptrappingsplan for rusfeltet ovenfor, og 15 mill. kroner til omsorgstjenesteforskning, jf. omtalen av Omsorgsplan 2015 ovenfor. Dette gir en samlet styrking av forskningen på 33,6 mill. kroner.

Det foreslås en styrking på 3 mill. kroner gjennom en strategisk satsing på kvinnehelse i regi av Forskningsrådet. Etableringen av Nasjonalt medisinsk kompetansesenter for kvinnehelse (kvinnehelsesenteret) i 2006 er et sentralt tiltak. Forskning, kompetansebygging og formidling av kunnskap om kvinnehelse er viktige oppgaver for kvinnehelsesenteret. Sentrale forskningsområder vil være reproduktiv helse, hjerte- og karlidelser

hos kvinner og en framtidsrettet svangerskaps- og fødselsomsorg.

Forskning på stamceller, herunder etablering av et nasjonalt stamcelleforskningscenter, foreslås styrket med 5,6 mill. kroner. Det foreslås en styrking på 4 mill. kroner til etablering og drift av fire allmennmedisinske forskningsenheter ved universitetene. Bevilgningen til Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Hunt 3) foreslås styrket med 2 mill. kroner. Det foreslås 1 mill. kroner til satsingen på innovasjon i helsesektoren i Innomed.

Det foreslås å videreføre satsingen på kreftforskning i tråd med føringene i Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009), herunder en forskningsbasert evaluering av mammografiprogrammet.

For 2008 er det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene på vel 426 mill. kroner. De regionale helseforetakene har valgt å prioritere forskning ut over den statlige øremerkede finansieringen.

## 2.7 Legemiddelinformasjon

---

Legemiddelindustrien stopper som regel markedsføringen av legemidler som har fått konkurranse når patentperioden går ut. Uten tiltak vil bruken av disse legemidlene gå ned, og nye, dyre legemidler får unødvendig stor markedsandel – uten at helsegevinsten står i rimelig forhold til kostnadene. Det er innført en rekke tiltak på legemiddelområdet de senere årene som svar på dette, jf. ordningen med foretrukket legemiddel og trinnprissystemet. For å få bedre gjennomslag for denne type tiltak foreslås det 10 mill. kroner til etablering av en ny informasjonshet i Statens legemiddelverk. Målsettingen for enheten skal være å sikre en trygg medisinsk og en riktig økonomisk forskriving av legemidler gjennom effektiv informasjon til leger og pasienter. På denne måten understøttes de nye pris- og konkurransemekanismene slik at behandlingen blir like god eller bedre, samtidig som prisen blir lavere for pasientene og trygden.

## 2.8 Kompetanse i tannhelsetjenesten

---

Ett av satsingsområdene i St.meld. nr. 35 (2006–2007) om framtidens tannhelsetjeneste er økt kompetanse i tannhelsetjenesten. Det foreslås å øke bevilgningen til kompetansesentre og spesialistutdanning med 6 mill. kroner. Midlene skal benyttes til prosjektering og etablering av nye kompetansesentre, desentralisert spesialistutdanning og til å øke antall tannleger med dobbelkompetanse (forsker og spesialist).

## 3 Budsjett- og strukturtiltak

### 3.1 Egenbetaling

---

Egenandelstak 1 omfatter egenandeler for legehjelp, psykologhjelp, legemidler mv. på blå resept og pasienttransport. Egenandelstak 2 omfatter egenandeler for blant annet fysioterapi, visse former for tannbehandling, behandlingsreiser til utlandet (klimareiser) og rehabiliteringsopphold.

Prisjustering av alle satsene (dvs. både den enkelte egenandel og nivået på egenandelstakene) ville medført til sammen om lag 150 mill. kroner i økt egenbetaling. I samband med behandlingen av St.prp. nr. 1 (2006–2007) vedtok Stortinget å øke egenandelene for legehjelp mv. fra 1. juli 2007. Denne økningen medfører at samlet egenbetaling øker med om lag 80 mill. kroner fra 2007 til 2008. I budsjettframlegget for 2008 foreslås ingen endring i selve egenandelene som dekkes av tak 1- og tak 2-ordningen, og det foreslås heller ikke å heve årsbeløpet for egenandelstak 2. Derimot foreslås det å heve egenandelstak 1 fra 1660 kroner til 1740 kroner, som svarer til 70 mill. kroner i økt egenbetaling. Sammen med egenandelsøkningen i 2007 gir dette 150 mill. kroner i økt egenbetaling fra 2007 til 2008, tilsvarende en generell prisjustering av alle satsene. Egenbetalingen opprettholdes dermed på samme reelle nivå som i 2007. Tiltak på legemiddelområdet medfører på den annen side at pasientenes egenbetaling reduseres med 33 mill. kroner i 2008, jf. neste omtale.

### 3.2 Strukturtiltak på legemiddelområdet

---

Ny blåreseptforskrift er vedtatt og vil tre i kraft 1. mars 2008. Rettighetene for pasientene er ikke for-

andret, men refusjonsvilkårene er vesentlig presisert, og en refusjonsliste vil bli tilgjengelig for legene i elektronisk form. Målet er bedre etterlevelse av regelverket. Det er anslått at dette vil gi en innsparing på 15 mill. kroner.

Foretrukket legemiddel innebærer at myndighetene, ut fra kunnskap om legemidlenes effekt, bivirkninger og kostnad, angir det legemiddelet som skal være førstevalg ved en gitt behandling. Ordningen med foretrukket legemiddel er allerede innført for flere sykdomsområder. For behandling av spiserørsbetennelse ble ordningen innført fra februar 2007, og dette antas å gi en innsparing på folketrygden på 20 mill. kroner i 2008. På allergiområdet er det fortsatt mange pasienter som ikke har byttet til de legemidlene som er foretrukket. Statens legemiddelverk har derfor startet en prosess med henblikk på oppdatering og omgjøring av refusjonsstatus for disse legemidlene. Det er anslått at slik omgjøring vil kunne gi en innsparing for folketrygden på 16 mill. kroner i 2008.

Trinnprissystemet gir prisreduksjoner for legemidler som har såkalt generisk konkurranse, dvs. konkurranse etter at patenttiden er ute. Forslag til justeringer av trinnprismodellen har vært på høring. Det vil gjennomføres endringer i trinnprissystemet fra og med 2008, som gir en beregnet innsparing for folketrygden på 80 mill. kroner. I tillegg vil pasientenes egenbetaling reduseres med 33 mill. kroner.

### 3.3 Effektiviseringskrav

---

Helse- og omsorgsforvaltningen er pålagt et effektiviseringskrav på til sammen 19 mill. kroner.

## 4 Oversikter

### 4.1 Utgifter fordelt på kapitler

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
<b>Helse- og omsorgsdepartementet mv.</b>					
700	Helse- og omsorgsdepartementet	141 219	138 619	140 976	1,7
701	Forskning	156 964	174 215	208 306	19,6
702	Helse- og sosialberedskap	32 203	39 555	40 356	2,0
703	Internasjonalt samarbeid	40 730	28 817	53 556	85,8
	<i>Sum kategori 10.00</i>	<i>371 116</i>	<i>381 206</i>	<i>443 194</i>	<i>16,3</i>
<b>Folkehelse</b>					
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	803 688	713 451	850 957	19,3
712	Bioteknologinemnda	7 180	6 995	7 659	9,5
715	Statens strålevern	95 125	108 659	101 825	-6,3
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	36 934	33 057	34 982	5,8
718	Alkohol og narkotika	126 314	134 320	145 484	8,3
719	Folkehelse	194 184	224 628	216 650	-3,6
	<i>Sum kategori 10.10</i>	<i>1 263 425</i>	<i>1 221 110</i>	<i>1 357 557</i>	<i>11,2</i>
<b>Helsetjeneste</b>					
720	Sosial- og helsedirektoratet	449 353	439 342	455 951	3,8
721	Statens helsetilsyn	69 960	70 750	71 644	1,3
722	Norsk pasientskadeerstatning	95 889	99 786	109 621	9,9
723	Pasientskadenemnda	23 835	22 572	26 696	18,3
724	Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak	226 540	248 858	233 831	-6,0
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	99 977	64 993	95 762	47,3
726	Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige	94 762	148 038	158 904	7,3
727	Tannhelsetjenesten	51 971	55 706	63 102	13,3
728	Forsøk og utvikling mv.	99 458	56 661	66 497	17,4
729	Annen helsetjeneste	219 402	231 896	244 267	5,3
	<i>Sum kategori 10.20</i>	<i>1 431 147</i>	<i>1 438 602</i>	<i>1 526 275</i>	<i>6,1</i>

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
	<b>Regionale helseforetak</b>				
732	Regionale helseforetak	73 398 014	78 676 739	84 330 344	7,2
737	Kreftregisteret	77 485	80 353	83 808	4,3
	<i>Sum kategori 10.30</i>	<i>73 475 499</i>	<i>78 757 092</i>	<i>84 414 152</i>	<i>7,2</i>
	<b>Psykisk helse</b>				
742	Kontrollkomisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern	37 245	34 710	35 496	2,3
743	Statlige stimuleringsiltak for psykisk helse	4 539 165	5 319 648	6 385 338	20,0
744	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	49 750	44 560	51 476	15,5
	<i>Sum kategori 10.40</i>	<i>4 626 160</i>	<i>5 398 918</i>	<i>6 472 310</i>	<i>19,9</i>
	<b>Legemidler</b>				
750	Statens legemiddelverk	160 331	151 790	155 203	2,2
751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak	65 004	71 477	59 905	-16,2
	<i>Sum kategori 10.50</i>	<i>225 335</i>	<i>223 267</i>	<i>215 108</i>	<i>-3,7</i>
	<b>Omsorgstjenester</b>				
760	Utredningsvirksomhet mv.	6 867	13 986	14 588	4,3
761	Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet	2 860 281	3 066 369	1 301 734	-57,5
	<i>Sum kategori 10.60</i>	<i>2 867 148</i>	<i>3 080 355</i>	<i>1 316 322</i>	<i>-57,3</i>
	<i>Sum programområde 10</i>	<i>84 259 830</i>	<i>90 500 550</i>	<i>95 744 918</i>	<i>5,8</i>
	<b>Spesialisthelsetjenester mv.</b>				
2711	Spesialisthelsetjenester mv.	2 420 583	2 509 000	2 651 700	5,7
	<i>Sum kategori 30.10</i>	<i>2 420 583</i>	<i>2 509 000</i>	<i>2 651 700</i>	<i>5,7</i>
	<b>Legehjelp, legemidler mv.</b>				
2751	Legemidler mv.	8 730 474	8 985 000	8 690 700	-3,3
2752	Refusjon av egenbetaling	3 311 601	3 686 000	3 696 000	0,3
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	3 920 711	4 398 000	4 462 000	1,5
	<i>Sum kategori 30.50</i>	<i>15 962 786</i>	<i>17 069 000</i>	<i>16 848 700</i>	<i>-1,3</i>
	<b>Andre helsetiltak</b>				
2790	Andre helsetiltak	550 993	371 000	320 000	-13,7
	<i>Sum kategori 30.90</i>	<i>550 993</i>	<i>371 000</i>	<i>320 000</i>	<i>-13,7</i>
	<i>Sum programområde 30</i>	<i>18 934 362</i>	<i>19 949 000</i>	<i>19 820 400</i>	<i>-0,6</i>
	<i>Sum utgifter</i>	<i>103 194 192</i>	<i>110 449 550</i>	<i>115 565 318</i>	<i>4,6</i>

## 4.2 Inntekter fordelt på kapitler

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
<b>Helse- og omsorgsdepartementet mv.</b>					
3700	Helse- og omsorgsdepartementet	2 545			
3703	Internasjonalt samarbeid	25 644		17 500	
	<i>Sum kategori 10.00</i>	<i>28 189</i>		<i>17 500</i>	
<b>Folkehelse</b>					
3710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	256 885	124 042	245 708	98,1
3712	Bioteknologinemnda	152			
3715	Statens strålevern	30 548	38 511	40 167	4,3
3716	Statens institutt for rusmiddelforskning	5 002	540	2 023	274,6
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet		37 002	46 802	26,5
	<i>Sum kategori 10.10</i>	<i>292 587</i>	<i>200 095</i>	<i>334 700</i>	<i>67,3</i>
<b>Helsetjeneste</b>					
3720	Sosial- og helsedirektoratet	50 074	3 480	3 630	4,3
3721	Statens helsetilsyn	3 155			
3722	Norsk Pasientskadeerstatning	11 931	1 038	1 083	4,3
3723	Pasientskadenemnda	255			
3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	13 442	13 584	17 168	26,4
3725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	59 375	110	115	4,5
	<i>Sum kategori 10.20</i>	<i>138 232</i>	<i>18 212</i>	<i>21 996</i>	<i>20,8</i>
<b>Regionale helseforetak</b>					
3732	Regionale helseforetak	1 703 855	565 000	750 000	32,7
	<i>Sum kategori 10.30</i>	<i>1 703 855</i>	<i>565 000</i>	<i>750 000</i>	<i>32,7</i>
<b>Psykisk helse</b>					
3743	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helse	114			
	<i>Sum kategori 10.40</i>	<i>114</i>			
<b>Legemidler</b>					
3750	Statens legemiddelverk	23 690	144 635	86 152	-40,4
3751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak	232	157	164	4,5
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		187 625	256 828	36,9
	<i>Sum kategori 10.50</i>	<i>23 922</i>	<i>332 417</i>	<i>343 144</i>	<i>3,2</i>
	<i>Sum programområde 10</i>	<i>2 186 899</i>	<i>1 115 724</i>	<i>1 467 340</i>	<i>31,5</i>
	<i>Sum inntekter</i>	<i>2 186 899</i>	<i>1 115 724</i>	<i>1 467 340</i>	<i>31,5</i>

### 4.3 Stillinger og årsverk

Årsverk i henhold til Statens sentrale tjenestemannsregister og oppgaver fra virksomhetene selv.

Kap.	Virksomhet	Årsverk per 1. mars 2006	Årsverk per 1. mars 2007
700	Helse- og omsorgsdepartementet	216	206,2
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	658	557,6
715	Statens strålevern	98,9	83,20
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	36,5	39,80
720	Sosial- og helsedirektoratet	442	483,60
	herunder: Pasientombudene	39	42,55
721	Statens helsetilsyn	88	86,05
722	Norsk pasientskadeerstatning	86	80,50
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	26	28,92
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	92,3	96,5
750	Statens legemiddelverk	194	185,05
	Nemndssekretariater mv.	42	45,73

Merknader:

For Helse- og omsorgsdepartementet kommer 7 årsverk som var utlyst for ansettelse i tillegg, slik at totalen blir 213,2. For Nasjonalt folkehelseinstitutt er eksternt finansierte årsverk ikke tatt med fom. 2007. Sosial- og helsedirektoratet har fått overført 29,5 årsverk fra Sintef Helse (avdelingene Norsk pasientregister og Pasientklassifisering og finansiering) 1. januar 2007. Nemndssekretariater mv. omfatter sekretariatene for Bioteknologinemnda, Dispensasjons- og klagenemnd for behandling i utlandet, Helsepersonellnemnda, Pasientskadenemnda og Vitenskapskomiteen for mattrygghet.

### 4.4 Garantifullmakter

	(i mill. kr)				
	Utbetalt i 2006	Garantiansvar per 31.12.2006	Fullmakt nye garantitilsagn 2007	Forslag nye garantitilsagn 2008	Ramme garantiansvar 2008
Garanti for lån til opprettelse og ombygging av apotek, kap. 751.70	0	13,7	0	0	400,0



#### 4.5 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	Forslag 2008
702	21	Spesielle driftsutgifter	37 084
702	70	Tilskudd	3 272
703	21	Spesielle driftsutgifter	36 056
703	70	Tilskudd	17 500
718	63	Rusmiddeltiltak	17 199
718	70	Frivillig arbeid mv.	90 374
719	21	Spesielle driftsutgifter	53 704
719	60	Kommunetilskudd	42 584
719	70	Hivforebygging, smittervern mv.	29 263
719	71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort	24 069
719	73	Fysisk aktivitet	18 287
719	74	Skolefrukt	16 047
719	79	Andre tilskudd	15 948
720	22	Elektroniske resepter	52 692
726	71	Kjøp av opptrening og helsetjenester	81 498
732	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren	2 486
732	70	Tilskudd til helseforetakene	3 367 506
732	72	Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF	32 006 880
732	73	Tilskudd til Helse Vest RHF	10 812 463
732	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF	8 000 253
732	75	Tilskudd til Helse Nord RHF	6 938 039
732	78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre	783 054
732	79	Helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte	457 900
732	81	Tilskudd til store byggeprosjekter	1 059 092
743	21	Spesielle driftsutgifter	22 524
743	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner	3 512 791
743	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid	403 295
743	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress	120 146
743	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern	2 326 582
751	21	Spesielle driftsutgifter	11 291
761	60	Tilskudd til omsorgstjenester	126 038
761	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak	172 730
761	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv.	119 774

#### 4.6 Anmodningsvedtak

Anmodningsvedtak fra stortingssesjonen 2004–2005 er omtalt følgende steder i proposisjonen:

Vedtak nr.	Dato	Omtale
342	10. mai 2005	Kap. 701
372	30. mai 2005	Kap. 751
374	30. mai 2005	Kap. 751

Anmodningsvedtak fra stortingssesjonen 2006–2007 er omtalt følgende steder i proposisjonen:

Vedtak nr.	Dato	Omtale
364	6. mars 2007	Kap. 732
381	26. mars 2007	Kap. 701 og kat. 10.60
383	26. mars 2007	Kat. 10.60

*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 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
700	Helse- og omsorgsdepartementet	141 219	138 619	140 976	1,7
701	Forskning	156 964	174 215	208 306	19,6
702	Helse- og sosialberedskap	32 203	39 555	40 356	2,0
703	Internasjonalt samarbeid	40 730	28 817	53 556	85,8
	Sum kategori 10.00	371 116	381 206	443 194	16,3

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
01-23	Statens egne driftsutgifter	180 775	199 241	209 683	5,2
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	5 246	4 325	4 433	2,5
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	156 964	174 215	208 306	19,6
70-89	Andre overføringer	28 131	3 425	20 772	506,5
	Sum kategori 10.00	371 116	381 206	443 194	16,3

#### Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	
01	Driftsutgifter	135 973	134 294	136 543	
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	5 246	4 325	4 433	
	Sum kap. 700	141 219	138 619	140 976	

Overført fra 2006 til 2007:  
Post 01: 3 461 000 kroner og  
Post 45: 526 000 kroner

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

misbrukere og å fremme folkehelsearbeidet. Bevilgningen dekker departementets administrasjonsutgifter til lønn, drift, større utstyrsanskaffelser og vedlikehold. Helse- og omsorgsdepartementet er organisert i følgende sju avdelinger:

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

Departementet har ansvar innen for 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
- Sosial- og 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 2006–2007 er det lagt fram følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:

- St.prp. nr. 15 (2006–2007) Om endringer under enkelte kapitler på statsbudsjettet medregnet folketrygden for 2006 under Helse- og omsorgsdepartementet
- St.prp. nr. 44 (2006–2007) Om endringer i statsbudsjettet for 2007 under Helse- og omsorgsdepartementet
- St.prp. nr. 80 (2006–2007) Om endringer i statsbudsjettet for 2007 som følge av takstoppgjera for legar, psykologar og fysioterapeutar
- Ot.prp. nr. 26 (2006–2007) Om lov om endringer i bioteknologiloven (preimplantasjonsdiagnostikk og forskning på overtallige befruktede egg)
- Ot.prp. nr. 36 (2006–2007) Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika
- Ot.prp. nr. 45 (2006–2007) Om lov om endring av lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (unntak fra helsepersonells taushetsplikt)
- Ot.prp. nr. 52 (2006–2007) Om lov om endringer i helseregisterloven (nasjonal database for elektroniske resepter)
- Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)
- Ot.prp. nr. 54 (2006–2007) Om lov om endring i lov 9. februar 1973 nr. 6 om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik mv. (forlengelse av midlertidig forbud mot xenotransplantasjon)
- Ot.prp. nr. 74 (2006–2007) Om lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)
- St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
- St.meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester

Bevilgningen foreslås satt ned 1,2 mill. kroner som krav til effektivisering. Det vises for øvrig til omtale under kap. 724 vedrørende flytting av lønnsmidler fra kap. 724 til kap. 700.

**Kap. 701 Forskning**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
50	Norges forskningsråd mv.	156 964	174 215	208 306
	Sum kap. 701	156 964	174 215	208 306

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 som en integrert del av virksomhetene til underliggende etater.

For 2008 foreslås medisinsk og helse- og sosialfaglig forskning styrket med 15,6 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2007. Dette gjelder 5,6 mill. kroner til forskning på stamceller, 3 mill. kroner til forskning på kvinnehelse, 1 mill. kroner til innovasjon i helsesektoren og 2 mill. kroner til Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT3) og 4 mill. kroner til etablering og drift av allmennmedisinske forskningsenheter. I tillegg foreslås 3 mill. kroner til rusforskningsprogrammet som ble etablert i Forskningsrådet i 2007 og 15 mill. kroner til omsorgstjenesteforskningen gjennom Omsorgsplanen 2015. Satsingen på forskning på ADHD foreslås videreført i 2008.

For 2008 er det øremerkede tilskuddet til kap. 732, Regionale helseforetak, post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, på 426,2 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.

**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. I tillegg til

listen kommer en rekke forskningsprosjekter mv i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens institutt for rusmiddelforskning og Statens strålevern under henholdsvis kap. 710, kap. 716 og kap. 715.

- Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt, post 01. Posten foreslås styrket med 2,1 mill. kroner til diagnosebaserte befolkningsundersøkelser på psykiske lidelser. Systemet skal være etablert innen utgangen av 2008.
- Kap. 719 Folkehelse, post 79. Befolkningsundersøkelsen HUNT3 foreslås styrket med 2 mill. kroner i forhold til saldert budsjett for 2007.
- Kap. 724 Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak, post 21. Det foreslås 4 mill. kroner til etablering og drift av fire organisatoriske enheter for allmennmedisinsk forskning. Gjennom kapitlet gis også støtte til forskning og drift ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin i Bergen og støtte til drift og vitenskaplig 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 Karasjok.
- Kap. 726 Habilitering og rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige post 70. Over posten tildeles blant annet midler til Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitetet i Oslo til formålet undervisning, kunnskapsutvikling og forskning på kliniske rusmiddelproblemer, særlig medikamentell behandling
- Kap. 727 Tannhelsetjenesten, post 21/70. Støtte til drift og forskning ved Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (Bergen), til forskning ved Nordisk institutt for odontologiske materiale (NIOM), og forskning ved det regionale odontologiske kompetansesentre i Tromsø.
- Kap. 728 Forsøk og utvikling mv., post 21. Det foreslås å styrke InnoMed med 1 mill. kroner for å understøtte den 5-årige satsingen i regi av

Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet for å styrke behovs-drevet innovasjon i helsesektoren.

- Kap. 728 Forsøk og utvikling mv., post 70. Sintef Helse får tilskudd til basisfinansiering av forskningsvirksomheten knyttet til spesialisthelsetjenesten. Tilskuddet dekker blant annet bidrag til infrastruktur og drift, og til nødvendig kompetanseoppbygging.
- Forslag til ny lov om medisinsk og helsefaglig forskning er lagt fram våren 2007, jf. Ot.prp. nr. 74 (2006–2007). Loven vil ha som formål å fremme god og etisk forsvarlig helseforskning. Lovforslaget skal bidra til å effektivisere forvaltningen og redusere forskningsadministrasjonen ved at de regionale forskningsetiske komiteene blir koordinerende ledd og får nye, selvstendige forvaltningsoppgaver. For 2008 foreslås bevilget 5 mill. kroner til de regionale forskningsetiske komiteene til å forberede og sette i verk helseforskningsloven. Fra 2009 legges det til grunn en årlig utgift på 15 mill. kroner, inkludert oppgaver som i dag utføres av Sosial- og helsedirektoratet. Utgiften for 2008 fordeles likt med 2,5 mill. kroner innenfor budsjettammene til henholdsvis Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Kunnskapsdepartementet. På bakgrunn av dette foreslås å flytte 2,5 mill. kroner fra basistilskuddet for regionale helseforetak til kap. 271, Universiteter, post 50, Basisfinansiering statlige universiteter, fordelt med 1,379 mill. kroner fra kap. 732, post 72, 0,468 mill. kroner fra kap. 732, post 73, 0,350 mill. kroner fra kap. 732, post 74 og 0,303 mill. kroner fra kap. 732, post 75.
- Kap. 737 Krefregisteret. 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 Regionssenter 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 Sosial- og helsedirektoratet, post 60. Dette 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 de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

### 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 InnoMed og felles femårig strategisk satsing på behovsrevet innovasjon i helsesektoren mellom Nærings- og handelsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet er det lagt til rette for behovsrevet innovasjon i helseforetakene. Det foreslås å styrke InnoMed med 1 mill. kroner for å understøtte satsingen i 2008 jfr. omtale under kap. 728, post 21.

### Forskning og utredningsarbeid i underliggende etater

I Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statens strålevern er forskning og utviklingsarbeid en integrert del av virksomheten. For nærmere omtale vises til henholdsvis kap. 710 og kap. 715.

Statens institutt for rusmiddelforskning har som formål å drive forskning innen rusmidler, tobakk og andre avhengighetsskapende stoffer, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. For en nærmere omtale vises til 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 vises det til kap. 743, post 73.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er administrativt underlagt Sosial- og helsedirektoratet. Senterets 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. Se kap. 725 for nærmere omtale.

### Post 50 Norges forskningsråd mv.

Medisinsk, helse- og sosialfaglig forskning i regi av Forskningsrådet og forskningsinstitusjonene gir



kunnskapsgrunnlag for nasjonale forvaltningsopp-gaver, beslutninger i politikkkutforming og utvikling av prioriterte fagfelt spesielt og innenfor sektoren generelt. Bevilgningen for 2008 skal dekke forskningsprogrammer, herunder pågående prosjekter 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. Sosial- og helsedirektoratet representerer Helse- og omsorgsdepartementet i de etablerte programstyrene.

Ved utarbeidingen av programmene er det et mål å samle prosjektene i større programområder. I tillegg har det vært en viktig målsetting å klargjøre de ulike aktørenes finansieringsansvar slik at finansieringen blir samordnet. Dette er i tråd med føringene i St.meld. nr. 20 (2004–2005), Vilje til forskning. Regionale helseforetak, universiteter og høyskoler har i første rekke ansvar for å finansiere mindre forskningsprosjekter utført av egne ansatte innenfor alle fagområder. Norges forskningsråd skal som hovedregel konsentrere sine tildelinger om større prosjekter.

For 2008 foreslås bevilgningen til Forskningsrådet økt med 26,6 mill. kroner til totalt 208,3 mill. kroner.

### Folkehelseprogrammet

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. Også andre områder som alternativ behandling, spilleavhengighet og smittevern prioriteres. Den tidligere strategiske satsingen på legemiddelepidemiologisk forskning videreføres innenfor Folkehelseprogrammet.

Forskning på de store folkesykdommene som hjerte-/karlidelser, kreft og diabetes og forskning på økende folkehelseproblemer som alvorlig fedme er viktige satsingsområder. 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), Nasjonale 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.

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. Programmet skal fremme forskning som utnytter data fra helseregistre og befolkningsundersøkelser.

### Program for helse- og omsorgstjenester

Hovedsatsingsområdene i programmet er styring, ledelse og prioritering, organisering og samhandling, pasienter og brukere i helsetjenesten og komparative helsesystemforskning.

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. Det vises til nærmere omtale av omsorgstjenesteforskning under omtalen av Omsorgsplan 2015 i innledningen til kategori 10.60. Programmet foreslås styrket med 15 mill. kroner gjennom Omsorgsplanen 2015. Av dette foreslås 5 mill. kroner til forskning knyttet til Demensplan 2015.

Det finnes lite nasjonal forskning om styring, ledelse og prioritering i norsk helsetjeneste, og det er stort behov for mer kunnskap, både om tjenestens innhold og situasjonen for de som har behov for og mottar slike tjenester. Spesielt er det behov for mer kunnskap om tjenestetilbudet til personer med langvarige og sammensatte lidelser og stort hjelpebehov, der spesialisthelsetjenestens oppfølging av den kommunale omsorgstjenesten er av spesielt stor betydning. Dette er i tråd med St.meld. nr. 20 (2004–2005), Vilje til forskning, der det går fram at det er behov for å styrke forskning for politikkkutforming og organisering av offentlig sektor. 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. Videre omfatter programmet hvordan ulike organiserings- og finansieringsmodeller påvirker situasjonen for brukeren. 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. I programmet er betydningen av IKT 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**

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. Legemiddelindustriavhengige studier vil bli prioritert for å sikre forskning på pasientgrupper og problemstillinger som ikke prioriteres av legemiddelindustrien. Programmet skal også styrke forskningskompetanse der det er nasjonale behov for kompetanseoppbygging, som for eksempel innenfor allmenntilleggsmedisin, odontologi og alternativ behandling. Forskning på rygg- og nakkelidelser ivaretas gjennom programmet.

### **Program for gen, miljø og helse**

Programmet skal skaffe fram ny kunnskap om miljøfaktorerens 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 inneklimate. Sentrale temaer er helseskadelige kjemikalier, hormonliknende stoffer, støv og partikler, ulike strålekilder, tobakksrøyk, fukt i bygninger og støy. I tillegg er det store utfordringer på mattrykksområdet, blant annet knyttet til helseeffekter av nye matprodukter, som for eksempel genmodifiserte produkter. 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**

Det er behov for ny kunnskap om barn og unges psykiske lidelser, og om psykisk helse og rusproblemer. Forskning om sosiale og kulturelle faktorer innen feltet psykisk helse vil også være sentralt i programmet. 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. Innenfor de prioriterte områdene skal man fremme tverrfaglig forskning, nasjonalt og internasjonalt samarbeid, forskning på translasjonsperspektiv og forskning om psykiske aspekter ved somatisk sykdom.

### **Program for global helse- og vaksinasjonsforskning**

Fra norsk hold er det 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 og Helse- og omsorgsdepartementet. Programmet ble styrket i 2007 over Kunnskapsdepartementets kap. 286, Fondet for forskning og nyskaping, post 50.

### **Velferdsprogrammet – aldersforskning**

Aldersforskningssatsingen (2002–2012) er en langsiktig strategisk 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, psykolo-

giske, kulturelle og sosiale aldringsprosessen er i endring, vil være viktige tema. Kunnskap om nye eldregenerasjoners holdninger, verdier og preferanser, deres levekår og utdanningsmessige, økonomiske og helsemessige ressurser for å møte alderdommen, vil stå sentralt. Tematisk spenner aktuelle forskningsprosjekter 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

Det er opprettet et rusmiddelforskningsprogram i Norges forskningsråd.

Forskning på rusmiddelfeltet (NOU 2003:4) påpekte betydelige mangler i rusmiddelforskningen i Norge og har lagt viktige premisser for prioriteringer på rusmiddelforskningsfeltet. Programmet 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 ivaretatt.

I forbindelse med programmet skal det etableres et nytt rusmiddelforskningscenter tilknyttet Universitetet i Oslo. Senteret skal ha hovedvekt på klinikknær rusmiddelforskning, og skal i tillegg tilby undervisning og veiledning. Etter rusreformen er helsetjenestenes ansvar for forebygging og behandling innenfor rusfeltet blitt større. Dette har skapt et økt behov for forskningsbasert undervisning i helseprofesjonsutdanningene.

Programmet og forskningscenteret 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 bevilgninger gjennom øvrige programmer i Norges forskningsråd. Forskning om rusmiddelbruk, avhengighet og psykisk helse er også et særskilt tema i programmet psykisk helse. Programmet foreslås styrket med 3 mill. kroner i 2008.

### Strategiske satsinger

Fra og med 2006 ble flere av tidligere års strategiske satsinger i Norges forskningsråd innarbeidet i programmene innenfor medisin og helse. Dette gjelder næringsrettet bio- og genteknologi, mat og

helse, drikkevannsforskning samt antibiotikaresistens/forebygging av sykehusinfeksjoner og legemiddelforskning.

### Forskning på stamceller

#### *Etablering av nasjonalt stamcelleforskningscenter*

Regjeringen la i Ot.prp. nr. 26 (2006–2007) fram forlag til lov om endringer i bioteknologiloven (preimplantasjonsdiagnostikk og forskning på overtallige befruktede egg). I Innst. O nr. 62 (2006–2007) uttaler flertallet:

«Flertallet vil be Regjeringen i forbindelse med statsbudsjettet for 2008 vurdere å etablere et eget stamcelleforskningscenter i tilknytning til Rikshospitalet/Radiumhospitalet i Oslo».

Videre vises det 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».

Regjeringen har besluttet å etablere et nasjonalt stamcelleforskningscenter i Helse Sør-Øst RHF, med utgangspunkt i nettverket Nasjonalt senter for stamcelleforskning lokalisert ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, jf. Innst. O. nr. 62 (2006–2007). Dette senteret samler de forskergrupper som forsker på stamceller i Norge i dag gjennom et eget nettverk, og er ett av 14 sentre for forskningsdrevet innovasjon som mottar særskilt støtte gjennom Norges forskningsråd. Midlene til det nasjonale forskningscenteret foreslås tildelt til Norges forskningsråd som gis i oppdrag å etablere et slikt senter. Stamcellebasert forskning og behandling sees internasjonalt på som et viktig område for fremtidens medisin. Hensikten med stamcelleforskning er å gi grunnlag for at norske pasienter i fremtiden kan tilbys helsehjelp/behandling i Norge som er på høyde med det som tilbys i utlandet. Forskning på stamceller fra fødte mennesker har vært et prioritert område siden 2002. Gjennom endring i bioteknologiloven er det åpnet for forskning på overtallige befruktede egg, herunder forskning på embryonale stamceller. Lovendringene trer i kraft 1. januar 2008.

Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med Norges forskningsråd, gis i oppdrag å vurdere om det skal opprettes en felles nasjonal forskningsbio-

bank med stamceller fra ulike kilder, herunder stamceller fra navlestrengsblod.

Forskning på stamceller foreslås styrket med 5,6 mill. kroner i 2008.

### **Kvinnehelse**

Regjeringen mener det er behov for å stimulere til intensiv og samlet forskningsinnsats på kjønnsforskjeller innenfor temaene sykdomsrisiko, diagnostikk, medisinsk behandling, legemiddelbruk, helsetjeneste og forebygging. 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 i Norges forskningsråd. I 2006 var denne på 3 mill. kroner og i 2007 ble området styrket med ytterligere 2 mill. kroner. Prosjekter med særlig relevans for kvinners helse inngår i mange av programmene i Norges forskningsråd som skal påse at kjønn og kjønnsforskjeller blir drøftet og analysert i alle relevante forskningsprosjekter. I Norges forskningsråds programmer er det lagt tydelige føringer for å ivareta kjønnsperspektivet i forskningen og forskning på kvinners helse. I Folkehelseprogrammet er hjerte-/ karlidelser, kreft, diabetes viktige satsingsområder med relevans for kvinners helse, og under programmet klinisk forskning er forskning på muskel-/ skjelletlidelser styrket de senere år.

I 2006 var forskning på anoreksi, osteoporose, brystkreft og sosial ulikhet i kvinners helse spesielt relevant. En rapport om forskning om kvinners helse utarbeidet at Norges forskningsråd viser behovet for økt forskning på relevante temaer innenfor kvinnehelse. Fibromyalgi, minoritetskvinner og helse og kjønnsperspektivet ved psykiske lidelser fremheves særlig.

Forskning på kvinnehelse foreslås styrket med 3 mill. kroner i 2008.

### **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 Norges forskningsråd. Fra 2002 er det bevilget om

lag 20 mill. kroner årlig gjennom Norges forskningsråd til prosjektet innenfor kreftforskning.

Det er behov for en strategisk satsing på kreftforskning i tråd med føringene i Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009).

Det foreslås derfor en videreføring av satsingen på kreftforskning fram til 2010. 2,8 mill. kroner foreslås videreført til en forskningsbasert evaluering av mammografiprogrammet. I tillegg videreføres tidligere bevilgede midler på 0,7 mill. kroner til evalueringen (Det vises til nærmere omtale under evaluering av mammografiprogrammet).

### **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 forskningsaktiviteter 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

### **Evalueringer**

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 iverksettes 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. 2,8 mill. kroner foreslås videreført til en forskningsbasert evaluering av mammografiprogrammet. I tillegg videreføres tidligere bevilgede midler på 0,7 mill. kroner til evalueringen som administreres av Norges forskningsråd, og planlegges gjennomført i perioden 2007–2010.

**Kap. 702 Helse- og sosialberedskap**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	29 063	36 130	37 084
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 140	3 425	3 272
	Sum kap. 702	32 203	39 555	40 356

Overført fra 2006 til 2007:

Post 21: 12 339 000 kroner

Post 70: 530 000 kroner

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 stående beredskapsorganisasjon, som er beskrevet i Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan.

Hovedprioriterte områder i 2008 er:

- å styrke krisehåndteringen i helse- og sosialtjenesten
- å styrke atomberedskapen og beredskap mot biologiske og kjemiske hendelser
- 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, 720, 732 og 750. Denne bevilgningen omfatter særskilte beredskapstiltak og delfinansiering av tiltak sammen med driftsbudsjettene. For å gi en helhetlig framstilling 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.

Sosial- og helsedirektoratet forvalter lov om helsemessig og sosial beredskap og deler av smittevernloven, mens Statens helsetilsyn fører tilsyn

med at lovene etterleves. Alle regionale helseforetak og helseforetak har overfor Statens helsetilsyn bekreftet å ha planer etter lov om helsemessig og sosial beredskap. 425 av landets 431 kommuner har per august 2007 opplyst å ha slike planer. Seks kommuner har ikke stadfestet sitt planverk selv om pålegg er gitt, men etter de opplysninger Helsetilsynet har, er det grunn til å tro at disse vil fullføre arbeidet i løpet av 2007. Alle regionale helseforetak og alle kommuner, med ett unntak, har beredskapsplaner iht. smittevernloven.

Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet har gjennom reelle hendelser og tilsynsarbeid registrert behov for at kvaliteten på eksisterende planverk bedres, bl.a. risiko- og sårbarhetsanalyser, prosedyrer for ressursdisponering og samhandling, planer for forsyningssikkerhet av legemidler og materiell, øvelse av planverk og planer for kommunenes sosialtjenester.

Statens strålevern forvalter strålevernloven. Sosial- og helsedirektoratet, Helsetilsynet, Strålevernet og fylkesmennene følger opp kommuner og helseforetak for å medvirke til at de har lovpålagte beredskapsplaner.

Mattilsynet fører tilsyn med beredskapsplaner knyttet til mattrygghet og drikkevann etter lov om helsemessig og sosial beredskap og matloven. Av svar fra 1582 vannverk oppga 67 pst. å ha beredskapsplan per desember 2005. Mattilsynet utarbeidet i 2006 en veileder i beredskapsplanlegging for vannverkene og holdt flere kurs i bruken av veilederen for vannverkene. Mattilsynet gjennomfører i 2007 en tilsynskampanje for drikkevann som bl.a. legger vekt på beredskapsøvelser. Mattilsynet legger også frem en handlingsplan som innebærer at det skal være ført tilsyn med alle godkjenningsspliktige vannverk og et representativt utvalg av de øvrige vannverkene i løpet av 2008, herunder med at de har beredskapsplaner.

Sektoren utvikler planene på basis av risiko- og sårbarhetsanalyser, øvelser, organisasjonsendringer og erfaringer fra virkelige hendelser. Myndighetenes oppfølging etter E.coli O:103-utbruddet vinteren 2006 er omtalt under kap. 710 og kap. 719.

Det er bl.a. etablert en Matsmittekomité for etterforskning av matbårne utbrudd av smittsomme sykdommer med deltakelse fra berørte fagmiljøer.

Departementet viderefører oppfølgingen av St.meld. nr. 37 (2004–2005) Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering og har i 2007 fastsatt Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan for å legge til rette for å utvikle samhandlingen mellom aktørene i sektoren. Sosial- og helsedirektoratet leder Helseberedskapsrådet, som arbeider for å styrke det sivilmilitære helse-samarbeidet på flere felter.

Sektoren har deltatt i flere øvelser i 2006, bl.a. Øvelse Oslo. På oppdrag fra departementet arrangerer Sosial- og helsedirektoratet en samhandlingsøvelse for sektoren høsten 2007, hvor scenariet er utbrudd av pandemisk influensa.

Mål for 2008 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. Mattilsynet vil trappe opp sitt tilsyn med vannverk slik at disse får på plass lovpålagte beredskapsplaner i løpet av 2008.

### **Styrket abc-beredskap**

Helsemyndighetene har siden 2001 utviklet abc-beredskapen, bl.a. overvåknings-, måle- og analysekapasiteter, kompetanse, innsatsteam og legemiddellagre. Departementet har godkjent landsfunksjon for behandling av abc-skader ved Ullevål universitetssykehus HF, som omfatter pasientbehandling, forskning og rådgivning i behandling av pasienter med abc-skader. Departementet vil i 2007 fastsette en nasjonal beredskapsplan ved utbrudd av kopper. Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt vurderer i den forbindelse behov for oppgradering av beredskapslaget av koppevaksine.

Kriseutvalget for atomberedskap er kommet langt i å koordinere planer, jf. kgl.res. av 17. februar 2006. Departementet har startet gjennomgang av sektorens beredskap mot biologiske og kjemiske hendelser.

Helsemyndighetene har gjennomført flere tiltak mot utbrudd av pandemisk influensa. Forberedelsene er i tråd med anbefalingene fra Verdens helseorganisasjon og EU. Tredje versjon av Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa er fastsatt. Planen gir rammer for alle departementenes beredskapsplanlegging, med hovedvekt på helse- og sosialsektoren. Det pågår arbeid med å gjennomføre planen i hele sektoren. Helsemyndig-

hetene har kjøpt inn og holder et lager av antivirale legemidler og har inngått en leveranseavtale for kjøp av influensavaksine jf. St.prp. nr. 1 (2005–2006). Sosial og helsedirektoratet forvalter det nasjonale lageret av antivirale legemidler. Nasjonalt folkehelseinstitutt forvalter Vaksineleveranseavtalen. Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt sørger sammen med berørte parter for logistikk og kompetansetiltak knyttet til distribusjon av antiviralia og vaksiner. Leveringsavtalen for kjøp av influensavaksine utgår 1. juli 2008. Det er iverksatt et arbeid med å forberede et anbud om en ny leveringsavtale. Det pågår også en prosess med å vurdere et eventuelt nordisk samarbeid om produksjon av influensavaksine.

Mål for 2008 er å videreutvikle tiltak mot pandemisk influensa. Landsfunksjon for abc-skader ved Ullevål universitetssykehus HF skal videreutvikles. Departementet vil ferdigstille en gjennomgang av sektorens beredskap ved biologiske og kjemiske hendelser.

### **Robust forsyningsikkerhet av legemidler, materiell og utstyr**

Kommuner, regionale helseforetak og helseforetak har ansvar for egen forsyningsikkerhet. 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. Lov om helsemessig og sosial beredskap inneholder også hjemmel for at departementet kan gi forskrift om at apotek, grossister og tilvirkere av legemidler skal ha plikt til å utarbeide beredskapsplan. Forskriftshjemmelen er så langt ikke tatt i bruk.

Etter oppdrag fra departementet arbeider samtlige regionale helseforetak med å innarbeide beredskapshensyn i logistikksystemer og leveranseavtaler. Arbeidet videreføres i 2008.

Legemiddeloven og apotekloven regulerer virksomheten til apotek, grossister og legemiddelprodusenter og forvaltes av Statens legemiddelverk. Apotekene har etter apotekloven leveringsplikt for forhandlingspliktige varer. Grossistforskriften gir Legemiddelverket hjemmel til å pålegge grossister å holde beredskapslager av nødvendige legemidler. Slike pålegg er hittil ikke gitt. Grossistforskriften fastslår også 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. Ny EU-lovgivning pålegger legemiddelfirmaer med markedsføringstillatelse meldeplikt om midlertidig eller permanent avbrudd i legemiddel-

forsyningen til myndighetene. Når EU-lovgivningen tas inn i EØS-avtalen vil ny legemiddelforskrift, som bl.a. innfører meldeplikten i Norge, fastsettes.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for nasjonal vaksineforsyning og holder et beredskapslager av vaksiner, immunglobuliner og sera.

Sosial- og helsedirektoratet forvalter lov om helsemessig og sosial beredskap og koordinerer forsynings sikkerheten på legemiddelområdet i samarbeid med Statens legemiddelverk, Nasjonalt folkehelseinstitutt og de regionale helseforetakene. Direktoratet vil i 2007 utgi nasjonale retningslinjer for sektorens forsynings sikkerhet av legemidler og de foretar kontinuerlig vurdering 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. I følge direktoratet har grossister og apotek i gjennomsnitt en lagerbeholdning på to til tre ukers forbruk hver. Som et supplement til tjenestenes og næringens beredskap forvalter Sosial- og helsedirektoratet nasjonale lagre av medisinsk forbruksmateriell og legemidler, bl.a. avtale med en grossist som holder beredskapslager av legemidler.

I 2008 vil Sosial- og helsedirektoratet sammen med Statens legemiddelverk, Nasjonalt folkehelseinstitutt, regionale helseforetak, kommunesektoren og andre berørte aktører, videreføre arbeidet med å utvikle en sammenhengende forsynings sikkerhet i sektoren i tråd med Nasjonal helseplan 2007–2010.

### Internasjonalt samarbeid

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.

En prioritert oppgave i 2007 har vært å implementere det nye internasjonale helsereglementet til WHO, som omfatter tiltak for å møte alvorlige hendelser som kan true folkehelsen i flere land. Det pågår også prosesser med å utrede mulighetene for et tettere nordisk samarbeid ved kriser og katastrofer i utlandet og et mulig nordisk samarbeid om produksjon av influensavaksine.

Mål for 2008 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 helsereglement samt bidra til å utvikle samarbeidet innenfor og mellom WHO, EU, IAEA og NATO.

### Merknader til budsjettforslaget

Bevilgningens post 21 foreslås satt ned 0,5 mill. kroner som krav til effektivisering. Bevilgningens post 21 foreslås satt ned 0,3 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 725, post 01, settes opp tilsvarende. Det vises til omtale av helsebiblioteket i merknader til budsjettforslaget under kap. 725.

## Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	15 739	28 817	36 056
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 60</i>	24 991		17 500
	Sum kap. 703	40 730	28 817	53 556

Overført fra 2006 til 2007:

Post 21: 868 000 kroner

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 nærrområder 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 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.

Hovedprioriteringer for 2008:

- følge utviklingen i EU på helse- og mattrygghetsområdet og prioriteringene som nedfelt i Helse- og omsorgsdepartementets europastrategi samt følge opp tiltak i St.meld. nr. 23 (2005–2006) Om gjennomføring av europapolitikken
- ivareta sentrale helse- og utviklingspolitiske målsettinger gjennom arbeidet i WHO og støtte WHO's 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
- bidra til å styrke internasjonale samarbeidsorganisasjoners arbeid med rusmiddelproblemer

## 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 folkehelseprogram 2003–2008 gjennom representasjon i programkomiteén 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. Kommisjonen har lagt fram forslag til å videreføre et revidert folkehelseprogram for perioden 2007–2013. Norges videre deltakelse vil bli foreslått i en egen stortingsproposisjon.

Norge følger opp EUs regelverksutvikling på mattrygghetsområdet ved å gjennomføre 50–100 rettsakter i norsk rett årlig på HODs område. Norge deltar i den faste komiteén for næringsmiddelkjeden og dyrehelse, og flere arbeids- og ekspertgrupper 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). Norge har siden opprettelsen av EFSA deltatt i organets rådgivende utvalg. Gjennomføring av forordningen vil sikre formell norsk deltakelse i EFSA. Det vil bli lagt fram en stortingsproposisjon om norsk deltakelse i EFSA. Det arbeides med gjennomføring av EUs regelverk om hygiene og kontroll ved produksjon og omsetning av mat og gjennomføring av EUs regelverk for ny mat, genmodifiserte næringsmidler og fôrvarer. Det vil bli lagt fram to stortingsproposisjoner om disse rettsaktene når sakene er avklart gjennom beslutning i EØS-komiteen. Norge deltar aktivt i EUs gjennomgang av regelverket for merking av matvarer. Norge vil delta aktivt i oppfølging av EUs hvitbok om kosthold og fysisk aktivitet.

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 legemiddelområdet finansieres over dette kapitlet.

EU-kommisjonen kom i september 2006 med en høringsmeddelelse om helsetjenester i EU, inkludert pasientmobilitet, som Norge har gitt innspill til. Kommisjonen ønsker å klargjøre hvordan reglene, om fri bevegelse i det indre marked, skal virke i helsesektoren og å styrke samarbeidet mellom helsesystemene i medlemsstatene. Det er ventet at Kommisjonen vil fremme en rettsakt vedrørende helsetjenester høsten 2007. En rettsakt kan berøre flere sider av norsk helselovgivning og finansierungsordninger for helsetjenester avhengig av hvor omfattende rettsakten blir.

Norge deltar i EUs High Level Committee on Public Health og er observatør i EUs High Level Group on Health Services and Medical Care. Under sistnevnte gruppe deltar Norge i en arbeidsgruppe som arbeider med spørsmål og utfordringer knyttet til å søke eller motta helsehjelp i utlandet.

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

Norge er medlem i EUs narkotikaovervåkingssenter 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 sammenlignbarheten av data på tvers av grenser og formidler og distribuerer infor-



masjon. Bevilgningen dekker kontingenten for deltagelse 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 er invitert til å delta i EUs narkotikaprogram Drug Prevention and Information 2007–2013. Deltakelse vil gi Norge en bedre anledning til å følge med i og påvirke EUs narkotikasamarbeid. Programmet skal støtte prosjekter som kan bidra til å forebygge og redusere avhengighet og skadevirkninger ved bruk av narkotiske stoffer. Det vil bli lagt frem en egen stortingsproposisjon om deltakelse i narkotikaprogrammet når saken er avklart gjennom beslutning i EØS-komiteén.

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. HSCs arbeid er under omorganisering og det vil bli opprettet tre nye arbeidsgrupper, til erstatning for eksisterende grupper, som skal arbeide 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 smittevernovervåking, 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.

### **Verdens helseorganisasjon (WHO)**

FN står sentralt i Norges internasjonale engasjement, og Verdens helseorganisasjon (WHO) øker i betydning. Helse- og omsorgsministeren representerer Norge i WHOs styrende organer.

Departementet arbeider med å gjennomføre det nye internasjonale helsereglementet (IHR 2005) i norsk rett. Reglementet gir retningslinjer

for håndtering av utbrudd av smittsomme sykdommer og forplikter landene til samarbeid om rapportering og kontroll av smittsomme sykdommer. Reglementet inneholder oversikt over tiltak og virkemidler for sykdomsbekjempelse.

Sammen med de øvrige nordiske landene bidro Norge i 2005 til å sette problemer knyttet til alkohol og folkehelse på WHOs dagsorden. Norge var det første landet til å ratifisere rammekonvensjonen om kontroll av tobakkbruk i 2003. Det er avholdt to partsmøter, ett i 2006 og ett i 2007.

WHO har vært pådriver for en prosess om miljørettede helseproblemer i Europa. Det er avholdt fire ministerkonferanser om miljø og helse med fem års mellomrom, og Norge har fulgt disse prosessene aktivt. Norge deltar i European Environment and Health Committee (EEHC) under WHO-Europakontoret for å bidra til implementering av felles strategiplan for barns helse og miljø i Europa, Childrens Environment and Health Action Plan for Europe (CEHAPE). Norge har lagt fram sin nasjonale strategi for barns miljø og helse for komiteén. Videre deltar Norge i oppfølgingen av The Pan European Programme on Transport, Environment and Health.

Norge har deltatt aktivt i utviklingen av WHOs globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse og i forberedelsene og gjennomføringen av ministerkonferansen om overvekt i 2006. På møte i helseforsamlingen i mai 2007 ble det vedtatt en resolusjon med anbefalinger om ansvarlig markedsføring av mat og ikke alkoholholdig drikke til barn og unge. Formålet er å utarbeide retningslinjer mot reklame for usunn mat rettet mot barn og unge. Norge samarbeider med WHO om gjennomføring av WHO/FN-protokollen om vann og helse. Departementet deltar også i arbeidet i Codex Alimentarius Commission, WHOs og FAOs felles organ for internasjonale matvarestandarder. Departementet har et spesielt ansvar for å følge opp Mattilsynets arbeid på dette området. Ved siden av WHO er FNs narkotikakommisjon sentral i FNs narkotikaarbeid. Norge er medlem av kommisjonen (2004–2007). En ny gjennomgang av det internasjonale narkotikasamarbeidet vil bli foretatt i 2008. Norge deltar aktivt for realiserbare politiske retningslinjer med konkrete anbefalinger for medlemslandenes narkotikapolitikk og for videreføringen av det internasjonale samarbeidet, som skal legges fram for FNs organer i 2009.

Det pågår et arbeid i WHOs europaregion med sikte på å skape enighet om å unngå aktiv rekruttering av helsepersonell fra fattige land som selv har et underskudd på helsepersonell.

Norge deltok høsten 2006 i første internasjonale forhandlingsrunde i prosessen for å følge opp

anbefalingene fra kommisjonen om folkehelse, inn- og utvandring og immaterielle rettigheter, der målsettingen er å øke tilgang til samt å redusere prisene på legemidler mot sykdommer som særlig rammer fattige land. Norge vil også delta i den andre forhandlingsrunden i november 2007. Forslaget til handlingsplan skal etter planen endelig behandles under Verdens helseforsamling i 2008.

Mål for 2008 er å bidra til et målrettet og samlet norsk engasjement i WHO, med vekt på oppfølging og implementering av rammekonvensjonen for tobakkskontroll, den globale strategien for kosthold, fysisk aktivitet og helse, helsesystemutvikling, oppfølging av den europeiske ministerkonferansen om overvekt, det nye internasjonale helsereglementet, handlingsplanen for barns miljø og helse, samt arbeidet med alkohol og folkehelse. Det legges vekt på implementering av prosjekter under protokollen for vann og helse der Norge i inneværende periode sitter i byrået for protokollen. Et annet mål for 2008 er å følge opp et nordisk initiativ om et faglig basert handlingsdokument for å styrke det internasjonale arbeidet mot alkoholskader.

### **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.

Det er i dag seks nordiske institusjoner og tre samarbeidsorganer innenfor det sosial- og helsepolitiske området; Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer, Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap, Nordiska utbildningsprogrammet for utvekkling av social service, Nordiska Center för Alkohol- och Drogforskning, Nordiska samarbeidsorganet for handikappfrågor, Nordisk Utbildningscenter för personal för dövblinda, Nordisk Socialstatistisk Komité, Nordisk Medicinalstatistisk Komité og Social- och hälsovårdsnytt. Institusjonenes framtidige arbeid og organisering har vært gjenstand for diskusjon. Nordisk Ministerråd vedtok på møte i juni 2007 å utrede konkrete forslag til fornyet institusjonsstruktur, som skal godkjennes før Nordisk Råds sesjon i Oslo i månedsskiftet oktober-november 2007.

Nordisk helseberedskapsavtale knytter helseberedskapssamarbeidet til det nordiske samarbeidet under Nordisk Ministerråd. Det pågår prosesser med å vurdere eventuelt nordisk samarbeid om

produksjon av influensavaksine og nordisk samarbeid ved kriser og katastrofer i utlandet. Det vises for øvrig til kap. 702 Helse- og sosialberedskap.

De nordiske landene har et uformelt samarbeid om narkotikasporsmål – Nordisk narkotikaforum. Forumet møter en gang i året på initiativ fra formannskapslandet i Nordisk Ministerråd.

Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk har i 2007 prioritert oppfølgingen av den nordiske handlingsplanen for bedre helse og livskvalitet gjennom mat og fysisk aktivitet. Ministerrådet har bl.a. vedtatt en deklarasjon om å utarbeide en felles nordisk frivillig, etisk kode for markedsføring av mat til barn og unge.

Mål for 2008 er å følge opp viktige saker i det nordiske helsesamarbeidet. Dette gjelder bl.a. prosjekter fra Norges formannskapsperiode, for eksempel en utvidelse av legemiddelsamarbeidet, institusjonsgjennomgangen, nordisk vaksineproduksjon, samt styrking av den nordiske plattformen i EU og WHO, herunder sosial- og helseministrenes erklæring fra 2004 om nordisk samarbeid for å sette alkohol på dagsorden i internasjonale fora.

### **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 nestledervervet i 2006–2007. Norge leder Partnerskapets arbeid med helse i fengsler. Samarbeidet under Barentsrådets helse- og sosialprogram er en del av Partnerskapet og ledes i 2006–2007 av Norge og Murmansk fylke. 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.

Mål for 2008 er å sikre videre utvikling av Partnerskapet og samarbeidet med sosial- og helsesporsmål under Barentsrådet i tråd med 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 fra 1999 til 2004. Det er innledet dialog med Russland med sikte på å inngå en ny bilateral avtale med Russlands føderale myndigheter. Helse- og omsorgsdepartementet er sammen med Justisdepartementet part i en avtale som skal inngås høsten 2007 med Russlands justisdepartement om utviklingen i fengselssektoren, herunder helse i fengsler.

Norge har et bilateralt helsesamarbeid med Kina. Som del av samarbeidet med Kina ble det høsten 2006 signert en ny handlingsplan for perioden 2006–2009, med vekt på folkehelse og forebygging, primærhelse, mor og barn-helse, helsesystemer og forebygging av infeksjoner.

Norge fornyet sin helsesamarbeidsavtale med Frankrike i 2006, som gjelder til 2008. Avtalen skal bidra til utveksling av informasjon og kunnskap og etablering av partnerskap på departements-, etats- og helseforetaksnivå.

Norge har gjennom Norden–Japan-samarbeidet et samarbeid med Japan som ble startet i 1997. Samarbeidet omfatter gjensidig kunnskapsutveksling om felles utfordringer i forhold til en aldrende befolkning. Norge arrangerte i 2007 samarbeidsseminar med temaene demens, etikk og teknologi.

Gjennom Stabilitetspakten for Sørøst-Europa deltar Norge i et prosjekt som skal bidra til å redusere barnedødeligheten i området. Bakgrunnen for prosjektet er at svært mange spedbarn og kvinner dør som følge av komplikasjoner under svangerskap eller ved fødsel. Prosjektet ledes av Moldova. Norge deltar også aktivt i et samarbeid som skal bidra til å redusere befolkningens tobakkforbruk gjennom forebyggende tiltak. Nær halvparten av landene i regionen har ratifisert WHO's konvensjon for tobakkskontroll som gir grunnlag for nasjonal lovgivning.

Mål for 2008 er å gå videre i dialogen med Russland med sikte på å inngå en ny bilateral avtale med Russlands føderale myndigheter.

### Europarådet

Helse- og omsorgsdepartementet deltar i to styringskomitéer under Europarådet: bioetikkkomiteén, Steering Committee on Bioethics (CDBI) og helsekomitéen, European Health Committee

(CDSP). Hver komité har to plenumsmøter i året. I 2007 ble arbeidet innenfor blodsjikkerhet og organtransplantasjon overført fra helsekomitéen til delavtalen Den Europeiske farmakopeen (EDQM).

Norge deltar i Pompidougruppen, som er Europarådets tverrfaglige samarbeidsgruppe for narkotikaspørsmål på ministernivå. Kontingenten til Pompidougruppen bevilges over dette kapitlet.

### 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 EO's 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 2008 er økt bruk av kunnskap og erfaringer fra EO i Norge og i forbindelse med norsk deltakelse i helsesamarbeid i nærområdene.

### Merknader til budsjettforslaget

Kap. 703 post 21 dekker bl.a. årlige kontingenter til programmer i EU hvor Norge er forpliktet til å delta. Kontingentenes størrelse fastsettes av EU og varierer fra år til år. Det foreslås derfor å føye til stikkordet «kan overføres». Bevilgningen foreslås satt opp 6,5 mill. kroner for å dekke Norges kontingent til det europeisk legemiddelbyrået EMEA mot at bevilgningen over kap. 750 post 01 settes ned tilsvarende. Bevilgningen foreslås videre satt ned 0,5 mill. kroner som krav til effektivisering.

For å få samsvar mellom budsjett og regnskap, foreslås kap. 703 post 70 satt opp 17,5 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 3703 post 03 settes opp tilsvarende. Bevilgningen omfatter tilskudd, der årlig forbruk og tidspunkt for utbetaling kan variere. Det kan også fra tid til annen være aktuelt å yte tilskudd til kommuner og fylkeskommuner. Det foreslås derfor å føye til stikkordet «kan overføres», samt «kan nyttes under post 60».

**Kap. 3703 Internasjonalt samarbeid**

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
03	Refusjon fra Utenriksdepartementet	25 644		17 500
	Sum kap. 3703	25 644		17 500

Kapittel 3703 post 03 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 2007 på 17,5 mill. kroner. Kapitlet forslås satt opp med 17,5 mill kroner.

## Programkategori 10.10 Folkehelse

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	803 688	713 451	850 957	19,3
712	Bioteknologinemnda	7 180	6 995	7 659	9,5
715	Statens strålevern	95 125	108 659	101 825	-6,3
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	36 934	33 057	34 982	5,8
718	Alkohol og narkotika	126 314	134 320	145 484	8,3
719	Folkehelse	194 184	224 628	216 650	-3,6
Sum kategori 10.10		1 263 425	1 221 110	1 357 557	11,2

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert bud- sjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
01-23	Statens egne driftsutgifter	1 002 120	938 808	1 070 932	14,1
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	15 071	20 013	16 106	-19,5
60-69	Overføringer til kommune- forvaltningen	41 066	47 296	59 783	26,4
70-89	Andre overføringer	205 168	214 993	210 736	-2,0
Sum kategori 10.10		1 263 425	1 221 110	1 357 557	11,2

Folkehelsearbeidet er samfunnets samlede innsats for å styrke faktorer som fremmer helsen og svekke faktorer som medfører helserisiko, samt innsats for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker befolkningens helsetilstand. 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 og medvirkning for den enkelte. 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, tobakks- og rusavhengig-

het er blant de største helsetruslene. Samtidig må vi opprettholde tiltak og beredskap mot helsetrusler som følger av internasjonalisering. 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. Kategorien omfatter

spesielle driftsutgifter til folkehelsearbeidet, herunder bl.a. miljø og helse, tobakksskadeforebygging, ernæringsarbeid og forebyggende rusmiddelarbeid som forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet. Kategorien dekker videre tilskudd til fysisk aktivitet, smittevern, herunder hiv/aidsforebygging, forebygging av uønskede svangerskap, aborttrådgivning, helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Livsstilsfaktorer som 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. I vår 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 skal etableres et interdepartementalt samarbeid om utvikling av indikatorer. Sosial- og helsedirektoratet skal ha ansvaret for å koordinere arbeidet 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.

Regjeringen vil styrke innsatsen for innvandrerbefolkningens helse. Forebygging av livsstilssykdommer blant personer med innvandrerbakgrunn – lavterskeltilbud i Groruddalen og Søndre Nordstrand er styrket med 2,5 mill. kroner, jf. omtale under kap. 719 post 60.

Opptrappingsplan for rusfeltet legges fram som en del av budsjettforslaget, se del III, kapittel 8. Opptrappingsplanen viser regjeringens satsingsområder på rusfeltet. Hele rusfeltet ses i sammenheng, samtidig som det forankres i regjeringens helhetlige politikk. Regjeringens politikk på rusfeltet har som overordnet mål å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkelt personer og for samfunnet.

Det overordnede målet deles opp i fem hovedmål:

- Mål 1: Tydelig folkehelseperspektiv
- Mål 2: Bedre kvalitet og økt kompetanse
- Mål 3: Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering
- Mål 4: Forpliktende samhandling
- Mål 5: Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

For 2008 foreslås en styrking på 100 mill. kroner. Se nærmere omtale under kapitlene 572, 701, 718, 726, 732 og 761.

## Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
01	Driftsutgifter	533 235	413 738	434 598
21	Spesielle driftsutgifter	255 382	284 000	400 253
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	15 071	15 713	16 106
	Sum kap. 710	803 688	713 451	850 957

Overført fra 2006 til 2007:

Post 01: 4 116 000 kroner

Post 21: 123 000 kroner

Post 45: 8 074 000 kroner

Nasjonalt folkehelseinstitutt (heretter instituttet) er landets fagmyndighet på områdene smittevern, miljømedisin, epidemiologi og rettsstoksikologi. Instituttet forvalter kunnskap om helsetilstanden i befolkningen og om forhold som påvirker helsen. Instituttet skal bidra til å fremme folkehelsen gjen-

nom å framskaffe kunnskap, gi råd og yte tjenester som gjør det mulig å forebygge sykdom og helse-skade. Instituttet retter oppmerksomheten mot de helseskadelige miljøfaktorene, folkesykdommene og utfordringene som betyr mest, og der det er størst mulighet til å oppnå helsegevinst. Instituttet skal være oppdatert om forskning på området og være i stand til å omsette kunnskapen til nytte for beslutningstakere, helse- og omsorgstjenestene og offentligheten.

Instituttet har i 2006 intensivert forskningen på helseeffektene av kjente risikofaktorer som tobakk, rusmidler, usunt kosthold og inaktivitet. Det er gjennomført utredninger om de økonomiske konsekvensene av inaktivitet og hvordan befolkningsgrupper som eldre, ungdom, gravide og innvandrere kan oppnå helsemessige gevinster gjennom fysisk aktivitet. Som en del av Mor og barn-undersøkelsen gjennomføres en løpende kostholdsregistrering.

Rekrutteringen av deltakere til Mor og barn-undersøkelsen vil etter planen bli fullført i løpet av 2008. Da vil biobanken og den tilhørende databasen være verdens største i sitt slag. Den vil inneholde helseopplysninger og arvemateriale fra 100 000 barn, 100 000 mødre og mellom 50 000 og 100 000 fedre. Mor og barn-undersøkelsen vil bli en av instituttets viktigste kilder til forskning og helseovervåking i årene fremover. Den har allerede vakt stor internasjonal interesse og vil bli brukt i en rekke store internasjonale forskningsprosjekter. Målet for Mor og barnstudien er å gi kunnskap som kan brukes i kampen mot de store folkesykdommene.

Forskning og overvåking knyttet til tobakk, rusmiddelbruk, kosthold og fysisk aktivitet vil i 2008 bli styrket i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet. Målet er å utvikle nye overvåkingssystemer og intensivere forskningen ytterligere.

Instituttet har de siste årene arbeidet for å styrke helseovervåkingen og effektivisere innsamlingen av helseregisterdata. Registrene skal bli raskere oppdatert og kvaliteten på de innsamlede dataene skal bedres.

Det er etablert systemer som kan ta imot, kvalitetssikre og lagre elektroniske fødselsmeldinger og data om svangerskapsavbrudd.

Arbeidet med å etablere et system for regelmessige diagnosebaserte undersøkelser (RDB) er videreført og styrket i 2007. Som ledd i arbeidet med å etablere RDB, er det etablert en rekke nye faggrupper på ulike psykiske forstyrrelser og det er under etablering en faggruppe på rusmiddelmissbruk og dobbeltdiagnoser. Systemet skal være på plass i løpet av 2008 og skal bidra til at vi får en bedre oversikt over status og utvikling i den psykiske helsen i befolkningen og et bedre datagrunnlag for forskning på årsaker til psykiske lidelser.

Forskningen på psykisk helse er styrket, og divisjon for psykisk helse er blitt landets største fagmiljø på sitt område. Instituttet har utarbeidet en rapport om familierelasjoner i ekteskap og omfang og medisinske konsekvenser av inngifte (Inngifterapporten). Som oppfølging av St.meld. nr. 49 (2003–2004) Mangfold gjennom inkludering

og deltakelse, er det utarbeidet en rapport om dødelighet og fødeland.

Analyse- og rådgivningskapasiteten rettet mot å forebygge sosiale helseforskjeller skal i 2008 styrkes 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.

Det er innført nye overvåkingssystemer for klamydia og hiv-resistens. Det er også etablert et nytt register for sykehusinfeksjoner, Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehus (NOIS).

Instituttet vil bl.a. utvikle og teste ut en pilotversjon av et nytt overvåkingssystem for smittsomme sykdommer – Diagnosebasert signalsystem for smittsomme sykdommer (Diss) – som skal gjøre det mulig å oppdage utbrudd av smittsomme sykdommer langt raskere enn før.

Målet om 90 pst. vaksinasjonsdekning i barnevaksinasjonsprogrammet ble nådd i 2006. Oppfriskningsdose av kikhoste for 7-åringer er innført permanent i programmet. Målet om 50 pst. vaksinasjonsdekning for influensa i utsatte risikogrupper er også nådd. Nytt elektronisk system for vaksinasjonsregistrering (SYSVAK) forventes å bli ferdig i 2008. Arbeidet for å unngå økning i antibiotikaresistens er styrket gjennom bl.a. utsendelse av kvalitetskontroller til allmennleger for bedre diagnostikk og bedret overvåking. Arbeidet for å redusere sykehusinfeksjoner er videreført, og de fleste av instituttets oppgaver i Handlingsplanen mot sykehusinfeksjoner er nå gjennomført. Det utarbeides en ny handlingsplan mot infeksjoner i helseinstitusjoner og antibiotikaresistente mikrober. Satsingen på bekjempelse av den stadige trusselen fra globale infeksjonssykdommer vil bli videreført i 2008.

Det er gjennomført en kartlegging knyttet til å utvikle et system for tidlig varsling av sykdomsutbrudd ved hjelp av data fra primærhelsetjenesten. Informasjonsoppgaver knyttet til hiv og aids og seksuelt overførbare sykdommer er videreført. Gjennom deltakelse i internasjonale fora utredes muligheter for bedre overvåking av hepatitt C. Instituttet bidrar i implementeringen av det internasjonale helsereglementet (IHR) og skal ivareta oppgaven som nasjonalt IHR kontaktpunkt. Internasjonalt samarbeid om helseutfordringer i utviklingsland og nye EU-land skal styrkes i 2008. Engasjementet i Norges nærområder i nord og i de baltiske landene vil bli videreført.

Instituttet har videreført sine oppgaver knyttet til smittevernberedskap gjennom deltakelse i internasjonale laboratorieøvelser og overvåkingnettverk, utvikling av mikrobiologisk beredskaps-

laboratorium og opprettelsen av nasjonal mikrobiologisk beredskapskomite. Muligheten for framstilling av vaksiner er opprettholdt gjennom fortsatt oppbygging av kommersiell biofarmasøytisk produksjon. Det er i 2007 inngått kontraktsforhandlinger med franske helsemyndigheter om å produsere vaksine mot meningokokk-B bakterier for om lag 20 mill. kroner.

Utvalget som er nedsatt for å foreta en uavhengig gjennomgang av ulike forhold knyttet til forsøksprosjekter og salg av meningokokk B-vaksine, avga i juli 2007 en delrapport som vurderer instituttets bidrag til salget av vaksine til bruk på spedbarn i New Zealand. Utvalget finner ikke grunnlag for å kritisere instituttet for ikke å overholde informasjonsansvaret som underleverandør overfor vaksineprodusenten Chiron, som har hatt ansvaret for produksjonen og salget av vaksinen til New Zealand. Utvalgets hovedrapport som vil omhandle gjennomgangen av forsøksprosjektene med meningokokk B-vaksine blant ungdomsskoleelever og militære rekrutter i perioden 1988-1994, forventes å foreligge i midten av oktober.

Instituttet har også inngått en vaksineleveransegarantiavtale som sikrer at befolkningen får tilgang på influensavaksine i en krisesituasjon fram til 1. juli 2008. Det forberedes anbudsforhandlinger om en fornyet avtale. Instituttet vil i 2008 videreføre arbeidet med å styrke nasjonens beredskap mot smittsomme sykdommer.

I sitt arbeid for mattrygghet har instituttet videreført sin bistand til Mattilsynet. Instituttet har bistått Vitenskapskomiteen for mattrygghet i utarbeidelse av risikovurderinger knyttet til matbåren smitte og skadelige fremmedstoffer i mat, utviklet nye og bedre metoder for overvåking og oppsporing av matbåren smitte, og bidratt til oppklaring av en rekke utbrudd. Instituttet hadde vinteren 2006 en sentral rolle i forbindelse med sykdomsutbruddet forårsaket av bakterien *E. coli* av typen O:103 i spekepølse, og leder Matsmittekomiteen som er opprettet som en del av oppfølgingen av denne saken.

Drikkevannskvaliteten er fortsatt ikke god nok. Det er bl.a. kartlagt over 100 utlekkingsstoffer i drikkevannsledninger. Det arbeides for å kartlegge hvordan disse stoffene påvirker bakterievekst i ledningene og deres eventuelle gentoksiske effekter.

Målrettet informasjon om mattrygghet har blitt presentert på Matportalen og instituttets nettsted fhi.no til bruk for sentrale myndigheter, kommuner og helseforetak. Instituttet vil i 2008 videreutvikle sin rolle som kompetanseorgan for trygg mat. Instituttet skal ivareta referansefunksjoner, faglig beredskap og yte annen kunnskapsstøtte til

Mattilsynet med grunnlag i instituttets basisbevilgning.

Instituttet har i 2006 fortsatt kompetanseoppbyggingen og kompetanseoverføringen på det miljømedisinske området. I samarbeid med Statens forurensingstilsyn og europeiske samarbeidspartnere utarbeides en rapport om hvordan svevestøv i uteluft kan føre til hjerte-kar sykdommer. Et nasjonalt meldesystem for bivirkninger av kosmetikk, utviklet i samarbeid med Mattilsynet, er klart til bruk. En biobank der det skal samles inn biologiske prøver for å gi oss verdifull informasjon om hvilke kjemiske påvirkninger befolkningen utsettes for, skal etableres.

Instituttet utførte om lag 40 000 rettsstoksikologiske analyser i 2006. Instituttet arbeider i 2007 for å effektivisere de rettsstoksikologiske tjenestene gjennom utvikling av nye metoder, bedre instrumentering og utdanning av leger. Det er et mål å styrke forskningen på det biomedisinske området i 2008, herunder sammenhengen mellom rus og ulykker og rus og psykiske lidelser. Forebygging og behandling av rusavhengighet vil være av avgjørende betydning for forekomst av trafikkulykker og psykiske lidelser.

I samarbeid med Krefregisteret og departementet legges det planer for overflytting av materialet i forskningsbiobanken Janusbanken og finansiering av dette. Det legges til rette for lagring av materialet gjennom planene for nybygg til biobank og forsøksdyrvirksomheten.

Instituttet har innledet et samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og Helsetilsynet om opprettelse av utdanningsstillinger i samfunnsmedisin.

Det er et mål å styrke forskningsinnsatsen ved å oppnå økt finansiering fra forskningsfinansieringskilder som bl.a. Norges forskningsråd. Kvalitetssikring, kunnskapsformidling, IT og biobanker vil fortsatt være viktige satsingsområder.

### **Vitenskapskomiteen for mattrygghet**

Vitenskapskomiteen 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 på oppdrag fra Direktoratet for naturforvaltning. Sekretariatet er lokalisert ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og har 13 ansatte som bistår komiteen faglig og praktisk og sørger for at komiteens arbeid er åpent og offentlig tilgjengelig.



I 2006 publiserte komiteen 54 vitenskapelige risikovurderinger/uttalelser.

I forkant av nyoppnevning av Vitenskapskomiteen i 2007 foretok Statskonsult en organisasjonsgjennomgang. De anbefalte blant annet deling av faggruppen for plantehelse, plantevernmidler og rester av plantevernmidler og endring av mandatet for faggruppen for fôr. Helse- og omsorgsdepartementet utnevnte i april 2007 ny komite for perioden 2007–2010. Den nye komiteen har en hovedkomite og ni faggrupper, til sammen 86 medlemmer.

I 2008 skal planlegging av aktiviteten i komiteen bedres i samarbeid med Mattilsynet, og det er et mål å oppnå bedre dialog med kunnskapsinstitusjonene på mattrygghetsområdet. Et system for kvalitetssikring av risikovurderingene skal etableres. Komiteen vil i 2008 også etablere og videreutvikle et nasjonalt nettverk for utveksling av data og annen informasjon til og fra EFSA (den europeiske myndighet for næringsmiddeltrygghet) og andre internasjonale risikovurderingsorganer. Direktøren for Vitenskapskomiteens sekretariat deltar i EFSA's Advisory Forum.

### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen foreslås

- satt ned 3,7 mill. kroner som krav til effektivisering.
- satt opp 2,1 mill. kroner flyttet fra kap. 743, post 70, til arbeidet med å etablere et system for diagnosebaserte befolkningsundersøkelser.

- satt opp 5 mill. kroner flyttet fra kap. 743, post 21, til drift av diagnosebaserte befolkningsundersøkelser.
- satt opp 1,5 mill. kroner fra kap 719, post 70, til permanent drift av Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten, NOIS.
- satt opp 2 mill kroner fra kap 719, post 71, til permanent drift av elektronisk meldesystem for svangerskapsavbrudd, herunder drift av data-systemene, kvalitetssikring, opplæring i mellderutinene for personell på sykehusene mv., samt utarbeiding av årlige offentlige abortstatistikker.
- satt opp 0,5 mill. kroner fra kap. 751, post 21 til finansiering av et professorat II i medisin/rettetoksikologi.
- satt opp 4,1 mill kroner, flyttet fra kap. 1115 Mattilsynet. Beløpet skal bidra til å dekke instituttets faglige støtte til Mattilsynets arbeid.

17,6 mill. kroner av bevilgningen foreslås øremerket Vitenskapskomiteen for mattrygghet.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen foreslås satt ned 2,4 mill. kroner som krav til effektivisering.

For å få bedre samsvar mellom regnskap og budsjett, foreslås bevilgningen satt opp 120 mill. kroner mot at bevilgningen over kap 3710, post 02, settes opp 100 mill. kroner og bevilgningen over kap. 3710, post 03 settes opp 20 mill. kroner.

## Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
02	Diverse inntekter	151 972	38 742	140 408
03	Vaksinesalg	95 042	85 300	105 300
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	33		
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	4 533		
17	Refusjon lærlinger	290		
18	Refusjon sykepenger	5 015		
	Sum kap. 3710	256 885	124 042	245 708

### Merknader til budsjettforslaget

- Bevilgningen over post 02 foreslås satt opp 100 mill. kroner, jf. omtale under kap. 710, post 21.
- Bevilgningen over post 03 foreslås satt opp 20 mill. kroner, jf. omtale under kap. 710, post 21.

**Kap. 712 Bioteknologinemnda**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
01	Driftsutgifter	7 180	6 995	7 659
	Sum kap. 712	7 180	6 995	7 659

Overført fra 2006 til 2007:  
Post 01: 54 000 000 kroner

Bioteknologinemnda er et frittstående og rådgivende organ, oppnevnt med grunnlag i bioteknologiloven og genteknologiloven. Nemnda skal drøfte etiske og samfunnsmessige spørsmål knyttet til bioteknologisk og genteknologisk virksomhet, informere publikum, bidra til samfunnsmessig bevisstgjøring og gi råd om bio- og genteknologi til norske myndigheter. Nemnda har i 2006 hatt 21 medlemmer, hvorav 13 personlig oppnevnte og åtte organisasjonsoppnevnte. Nemnda har fått ett medlem til i 2007. I nemnda møter også observatører fra syv departementer.

Sekretariatet har i 2006 hatt fem faste stillinger, to vikariater, et engasjement og en sivilarbeider. Nemnda har avholdt åtte nemndsmøter, tre åpne møter, avgitt 23 høringsuttalelser samt arrangert fire fagseminarer. Nemnda har drevet utstrakt informasjonsvirksomhet og har en omfattende kontaktflate mot fagmiljøer og allmennheten. I 2006 mottok Bioteknologinemnda 1100 henvendelser vedrørende utsendelse av publikasjoner.

Mange av henvendelsene kommer fra skoleelever og lærere. Nemndas informasjonsblad Genialt distribueres til abonnenter i inn- og utland og hadde ved utgangen av året om lag 7500 abonnenter. Nettsiden, [www.bion.no](http://www.bion.no) presenterer de viktigste temaene innen bioteknologi, og har egne sider for lærere som arbeider med bioteknologi.

Det er et økt behov for informasjon til allmennheten om bioteknologi. Bioteknologinemnda har spesiell stor etterspørsel fra skolene om informasjonsmateriell, foredrag og kurs for lærere som ønsker faglig oppdatering. Det vises til merknad i Innst. O nr. 62 (2006–2007):

«Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil be om at Regjeringen sørger for at det utarbeides objektivt informasjonsmateriell som beskriver PGD og PGD/HLA for befolkningen, der også de etiske sidene beskrives.»

Det foreslås å styrke Bioteknologinemndas driftsbudsjett med 0,5 mill. kroner til dette.

**Kap. 715 Statens strålevern**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
01	Driftsutgifter	72 058	66 468	63 605
21	Oppdragsutgifter	23 067	37 891	38 220
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>		4 300	
	Sum kap. 715	95 125	108 659	101 825

Overført fra 2006 til 2007:  
Post 01: 769 000 kroner  
Post 21: 856 000 kroner

Statens strålevern forvalter atomenergiloven og strålevernloven. Til støtte for denne forvaltningen driver Strålevernet forsknings-, utviklings- og

utredningsarbeider som danner basis for rådgivning, informasjon og formidling til departementer og andre myndigheter.

Evalueringen av det store radonprosjektet under Nasjonal kreftplan (1999–2003) er avsluttet og konklusjonen er at den balanserte tilnærmingen med kartlegging, informasjon og tiltak hadde

god effekt. Strålevernet deltar også i WHO's radonprosjekt som vil komme opp med vurderinger av helsegevinst ved ulike tiltak. Høsten 2007 starter en tverrdepartemental gjennomgang av radonfeltet som vil danne grunnlag for hvor tiltak skal settes inn i årene som kommer for å begrense stråledosen fra radon.

Det iverksettes hvert år mottiltak for å få ned nivåene av radioaktivt cesium i storfe, småfe og rein. Tiltak i reindriften er fortsatt nødvendig. I forbindelse med de kommende endringene i næringsmiddelregelverket om hygiene og kontroll vil det være nødvendig med fornyet faglig vurdering knyttet til tiltaksgrensene for radioaktivitet i tamrein, vilt og viltlevende innlandsfisk.

I samarbeid med Meteorologisk institutt ble det sommeren 2006 åpnet en ny tjeneste for varsling av nivå av UV-stråling til publikum. Strålevernet har styrket informasjonsvirksomheten vedrørende elektromagnetiske felt og helse.

Når det gjelder medisinsk strålebruk har godkjenning av foretakene i Helse Sør og Vest vært prioritert. Ved godkjenning av strålebruken i helseforetakene i Midt- og Nord-Norge vil dermed alle foretakene være godkjent etter strålevernlovgivningen. På avfall/utslippssiden har fokus også vært rettet mot sykehusene, og utslippstillatelser er gitt til nær alle de aktuelle helseforetakene.

Etter at implementering av ny strålevernlovgivning i helsevesen og industri er avsluttet, vil nytt regime for tilsyn med strålebruken etableres, i nært samarbeid med de øvrige HMS-etatene.

Et nytt register skal sikre bedret oversikt over strålekilder i Norge.

Kriseutvalget for atomberedskap har blitt innkalt ved to anledninger i 2006 for å håndtere hendelser hhv. med russisk ubåt og ved Institutt for energiteknikk's anlegg ved Kjeller. Det er gjennomført regionale kurs for Fylkesmannen i seks fylker. Et nytt automatisk nettverk av målestasjoner for varsling av radioaktivt nedfall er etablert (Radnett). De nordiske myndighetene med atomberedskapsansvar har tegnet en ny avtale som skal sikre gjensidig varsling og informasjonsutveksling ved hendelser. Strålevernet fortsetter sitt ledelsesansvar for den internasjonale innsatsen for beredskaps-samarbeid i nær dialog med det internasjonale atomenergibyrådet IAEA.

Beredskapen skal videreutvikles på basis av nye konsekvensvurderinger av relevante atomuhell til sjøs og i kjernekraftverk. Kriseutvalgets langtidspan skal følges opp med implementering av nye tiltak. I gjennomføringen av langtidspanen vil en ny trusselvurdering danne grunnlag for vurdering av nye tiltak. Det internasjonale samarbeidet om beredskap skal prioriteres videre i nært

samarbeid med det internasjonale atomenergibyrådet IAEA. Som ledd i arbeidet med den generelle atomberedskapen tas det også sikte på en gjennomgang av tiltaket med jodtabletter.

Strålevernet har understøttet Utenriksdepartementet i gjennomføringen av det bilaterale atom-sikkerhet-samarbeidet og har videreutviklet et nært samarbeid med russiske atomsikkerhets- og strålevernmyndigheter. I samarbeid med IAEA og Utenriksdepartementet arrangerte Strålevernet et seminar om redusert bruk av høyanriket uran i sivil sektor, med bred internasjonal deltagelse.

Strålevernets innsats for forvaltning av utslipp og overvåking av det ytre miljø gjennomføres i dialog med Miljøverndepartementet, mens bilateralt samarbeid med Russland og multilateralt arbeid i det internasjonale atomenergibyrådet utvikles i samarbeid med Utenriksdepartementet.

Norsk-russisk miljøovervåking og oppfølging av forvaltningsplaner for havområdene, skal prioriteres i dialog med Miljøverndepartementet. Samarbeidet med Utenriksdepartementet vil vektlegge det bilaterale Russlands-samarbeidet og internasjonalt samarbeid om ikke-spredning.

Strålevernet skal i løpet av våren 2008 avslutte behandlingen og avgi innstilling i spørsmålet om fornyet konsesjon for Institutt for energiteknikk's atomanlegg på Kjeller, i Halden og i Himdalen.

### Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen over posten foreslås

- satt ned med 0,7 mill. kroner som krav til effektivisering.
- satt ned med 5,1 mill. kroner som følge av at renovering og påbygging av Grini Næringspark 13 er avsluttet.
- satt opp med 1 mill. kroner fra post 21 til informasjons- og kompetansetiltak om radon.
- satt opp med 0,4 mill. kroner fra kap. 719, post 21, til informasjonsvirksomhet i samband med elektromagnetiske felt og helse.

### Post 21 Oppdragsutgifter

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

Bevilgningen over posten foreslås satt ned med 1 mill. kroner til post 01, jf. omtale under post 01.

### Post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, kan overføres

Bevilgningen over posten foreslås satt ned med 4,4 mill. kroner som følge av at anskaffelse av gammastrålemaskin er gjennomført.

**Kap. 3715 Statens strålevern**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
02	Salgs- og leieinntekter	5 152	1 669	1 741
05	Oppdragsinntekter	23 853	36 842	38 426
16	Refusjon fødselspenger	657		
18	Refusjon sykepenger	886		
	Sum kap. 3715	30 548	38 511	40 167

**Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
01	Driftsutgifter	36 934	33 057	34 982
	Sum kap. 716	36 934	33 057	34 982

Overført fra 2006 til 2007:

Post 01: 908 000 kroner

Statens institutt for rusmiddelforskning har som formål å utføre forskning som kan bidra til økt kunnskap omkring 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 driver i noen grad forskning på pengespillproblemer.

Instituttet skal ha forskning som sin primæraktivitet. For å sikre kunnskapsspredning og tilgjengelighet til forskningsresultater, statistikk og fagmateriale for viktige målgrupper, herunder de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, er dokumentasjon, formidling og faktainformasjon også viktige oppgaver for instituttet. Det informasjonsstrategiske arbeidet skal styrkes ytterligere.

Instituttet er nasjonalt kontaktpunkt for Norges deltagelse 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). Rapporten om narkotikasituasjonen i Norge, som er en årlig rapport til EMCDDA, ble i 2006 utgitt for sjettede gang.

I 2008 skal instituttet ha et hovedansvar for å videreutvikle et nettverkssamarbeid, særlig med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og med forskningsinstitusjoner i inn- og utland. Instituttet skal også samarbeide med relevante universitets- og høyskolemiljøer, og andre fagmiljøer. Instituttet skal tidlig etablere et godt samarbeid med det nye rusmiddelforskningssenteret som etableres ved Universitetet i Oslo i forbindelse med rusmiddelforskningssenteret i Norges forskningsråd, jf. kap. 701, post 50.

Instituttet skal i 2008 videreutvikle arbeidet med å holde oversikt over og framskaffe kunnskap om forbruk, tilgjengelighet, økonomi, skadevirkninger og kriminalitet knyttet til alkohol-, narkotika- og tobakksbruk.

Statistikkdatabasen RusStat, som ble etablert i 2005, gir tilgang til aktuell rusmiddelstatistikk og mulighet for å søke etter og bearbeide data. I 2008 skal instituttet fortsette arbeidet med å utvikle alkoholstatistikken, herunder indikatorsystemet for å vise utviklingen i det uregistrerte alkoholforbruket.

Evalueringsprosjektet, et større lokalbasert forebyggingsprosjekt igangsatt av Sosial- og helsedirektoratet, samt evaluering av prøveordningen med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyterom) ble sluttført i 2007. Prosjektet knyttet til effekten av statlige tobakkspreventive tiltak skal fortsette i 2008.

I 2008 skal instituttet prioritere prosjekter omkring forskningsbasert kunnskap om forebyg-

gingsstrategier, herunder arbeide for å omsette forskningsbasert kunnskap på forebyggingsområdet slik at den blir anvendbar for praksisfeltet og forvaltningen.

Instituttet skal i 2008 videreføre forskning som kan bidra til bedre kunnskap om udekket behov for helse- og sosialtjenester blant personer med rusmiddelproblemer, jf. opptrappingsplanen for rusfeltet, se del III, kapittel 8. Det er også i gang en oppfølgingsstudie av det såkalte kost/nytte-prosjektet, som tar sikte på å finne ut om noen typer behandling av rusmiddelavhengige er mer kostnadseffektive enn andre.

Arbeidet for å belyse narkotikamarkedet, herunder narkotikapriser, finansiering og omfang av bruk av rusmidler blant sprøytemisbrukere i Oslo, fortsetter i 2008. Også arbeid for å belyse selgersiden skal 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, blant

annet fravær som skyldes bruk av rusmidler, skal prioriteres.

Instituttet har siden 1960-tallet samlet inn data om alkoholbruk i den voksne befolkning, og en rapport som belyser utviklingsmønstre fra 1974 til 2004 ble publisert i 2007. Arbeidet med tidsrekken skal fortsette; neste datainnsamling er planlagt i 2009. I tillegg skal forskning på pengespill og pengespillproblemer styrkes i 2008 for å kunne belyse virkningene av endringene i spilleautomatmarkedet.

Instituttet skal fortsatt prioritere arbeid knyttet til identifisering av barn og unge som har høy risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Instituttet skal videre prioritere forskning på konsekvensene av rusmiddelbruk for andre personer enn misbrukeren selv, herunder pårørende.

For å få bedre samsvar mellom regnskap og budsjett, foreslås bevilgningen satt opp med 1,46 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 3716 settes opp tilsvarende.

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

### Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
02	Oppdragsinntekter	3 879	540	2 023
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	905		
18	Refusjon av sykepenger	218		
	Sum kap. 3716	5 002	540	2 023

#### Merknader til budsjettforslaget

Bevilgningen foreslås satt opp 1,46 mill. kroner, jf. omtale under kap. 716.

### Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
85	Statens overskuddsandel		37 000	46 800
86	Utbytte		2	2
	Sum kap. 5631		37 002	46 802

AS Vinmonopolet er organisert som et særlovs-selskap etter lov av 19. juni 1931 nr. 18 om Aktieselskapet Vinmonopolet og har enerett til detaljsalg av alkoholholdig drikk som inneholder over 4,7 volumprosent alkohol.

Vinmonopolet er et viktig alkoholpolitisk virkemiddel som bidrar til at omsetning av alkohol foregår gjennom kontrollert salg og ved fravær av privatøkonomiske interesser. Selskapet bidrar til å begrense alkoholkonsumet og dermed skadevirkningene av alkohol.

Selskapet er forpliktet til å gi leverandørene og produktene markedsadgang på like vilkår. Det settes ikke opp mål for Vinmonopolets økonomiske resultater utover kravet til kostnadseffektiv drift.

### Utvidelse av Vinmonopolets salgsnett

For at monopolordningen skal ha den nødvendige legitimitet i befolkningen, er det nødvendig å sikre en mest mulig lik tilgang til Vinmonopolets tjenester på landsbasis.

Vinmonopolet har per mai 2007 etablert utsalg i 173 av landets 431 kommuner. Disse utslagene er delt inn i fullsortimentsbutikker, hovedsortimentsbutikker, grunnsortimentsbutikker og distriktsbutikker. 84 pst. av Norges befolkning er bosatt i kommune med vinmonopolutsalg eller med en reiseavstand mindre enn 15 km fra slikt utsalg, mens 94 pst. av befolkningen er bosatt i kommune med utsalg, eller er bosatt mindre enn 30 km fra nærmeste utsalg.

Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert endringer i systemet for utbyggingen av Vinmonopolets salgsnett med sikte på en ordning der det som hovedregel skal kunne etableres vinmonopolutsalg i de kommuner som ønsker det. Bakgrunnen for beslutningen om å utrede endringer er det grunnleggende mål om at Vinmonopolet skal bevares og videreutvikles som et sterkt alkoholpolitisk instrument. Det er omfattende dokumentasjon gjennom nasjonal og internasjonal forskning for at statlige detaljmonopoler er meget effektive når det gjelder å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer, blant annet fordi monopoler sikrer en begrenset og kontrollert tilgjengelighet av alkoholholdige drikkevarer, og fordi privatøkonomiske interesser ikke er motiverende for salget av varene.

Som ledd i denne utredningsprosessen ble styret i Vinmonopolet bedt om å utrede forslag til endringer. Styret i Vinmonopolet har, ved hjelp av intern og ekstern kompetanse, foretatt en vurdering av de juridiske, økonomiske og alkoholpolitiske sider ved en monopolordning der de kommuner som ønsker det, som hovedregel kan få etablere vinmonopolutsalg.

Følgende forutsetninger lå til grunn for arbeidet:

- Vinmonopolet skal bevares og videreutvikles som et sterkt alkoholpolitisk instrument på befolkningsnivå. Alkoholpolitiske konsekvenser av de modeller for utvidelse av tallet på butikker som utredes, skal derfor stå sentralt i arbeidet.
- Det kommunale alkoholpolitiske selvstyret skal opprettholdes – kommunene tar selv standpunkt til om de ønsker å etablere utsalg i sine kommuner.

Helse- og omsorgsdepartementet mottok i mai 2007 Vinmonopolets utredning om mulige endringer i utbyggingen av salgsnettet. Ut fra en vurdering av økonomisk forsvarlighet foreslås det i utredningen en utvidelse av salgsnettet.

I utredningen forutsettes at nyetablerte utsalg selv må dekke egne variable kostnader som lønn og leie av lokaler. Etablering av utsalg som ikke fyller dette kravet, vil i praksis innebære subsidiering av salg av alkoholholdig drikk. Videre er det forutsatt at Vinmonopolet kan gi en avkastning på om lag 10 pst. av sysselsatt kapital (egenkapital pluss netto rentebærende gjeld). Å foreta nyetableringer i en slik skala at resultatet blir en lavere avkastning enn dette, vil ikke være bedriftsøkonomisk forsvarlig.

Distriktsbutikken er det minste av dagens utsalg, og krever et minimum salg på 50 000 l/år for å være lønnsom. For å kunne opprette utsalg i kommuner med volumanslag under 50 000 l/år har Vinmonopolet foreslått en ny type utsalg – filialer. Filialkonseptet baserer seg på at det opprettes mindre utsalg med et areal ned mot om lag 25 kvm tilknyttet et annet og større vinmonopolutsalg (vertsbutikk). Ved å benytte seg av et slikt konsept vil Vinmonopolet kunne etablere utsalg i kommuner som har et volumanslag ned til 23 000 l/år. En utbygging må foregå innenfor en økonomisk forsvarlig drift. Avstand til nærmeste utsalg mv. innebærer at det ikke vil være handelsgrunnlag for å opprette utsalg i alle kommuner med volumanslag over 23 000 l/år. Filialkonseptet baserer seg i utgangspunktet på et volum på 23 000–50 000 liter årlig, åpningstid på inntil 12 timer per uke, 100 til 200 produkter i utvalget, distribusjon fra vertsbutikk som ikke er lenger unna enn 60 km, samt at regnskap, ledelse og opplæring skal foregå fra vertsbutikken.

Vinmonopolet anslår at det innenfor de økonomiske og kundemessige forutsetningene som må ligge til grunn, jf. ovenfor, er mulig å øke antall utsalg med om lag 80, dersom disse er distriktsbutikker og filialer. Av disse antar man at om lag 30

vil være distriktsbutikker, mens om lag 50 vil være filialer. En slik økning vil innebære at andelen av befolkningen som bor i kommune med utsalg eller med en reiseavstand mindre enn 30 km fra utsalg, vil øke fra 94 til 97 pst. Andel av befolkningen som bor i kommune med utsalg vil øke fra 82 til 91 pst. Antall kommuner med vinmonopolutsalg vil med en slik utbygging øke fra om lag 170 til om lag 250.

Utredningen har ikke avdekket konkurranse- eller selskapsrettslige hindre for en slik ordning. Videre er det ikke behov for lov- eller forskriftsendringer. Ordningen anses ikke i strid med EØS-retten, men det er lagt til grunn at det bør utarbeides retningslinjer for opprettelse, samt at lokale forhold bør vurderes.

Det er ikke funnet tungtveiende alkoholpolitiske effekter som tilsier at man ikke kan utvide butikknettene i tråd med ovennevnte. Vinmonopolet har anslått at det totale salget vil øke med om lag 2,5 pst. (i antall solgte liter) dersom konklusjonene i utredningen følges. Ikke alt dette vil være økning i forbruk, da deler av økningen vil skyldes at markedsandeler for øl og annet uregistrert forbruk, herunder hjemmebrent, går ned. Det skal imidlertid påpekes at forbruket blant stordrikkere vil kunne øke noe. På den annen side antas det at en slik ordning kan styrke monolets legitimitet i befolkningen.

Utbygging av det omfang som er foreslått, vil i følge foreløpige beregninger, over tid isolert sett gi en årlig økonomisk effekt på -25 mill. kroner for Vinmonopolet. Dette vil medføre noe reduksjon i statens overskuddsandel, dersom gjeldende presentsats (40) opprettholdes. Det antas at om lag 50 til 63 pst. av salget i de nye utslagene ellers ville blitt foretatt i allerede etablerte utsalg, og således innebære et tap i eksisterende butikker. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at den økonomiske effekten vil være innenfor alminnelige svingninger for et selskap av AS Vinmonopolets art, og at utbyggingen vil skje innenfor en fortsatt sunn økonomisk utvikling for selskapet.

I påvente av konklusjonene fra utredningen og departementets oppfølging av den, er Vinmonopolet bedt om å videreføre gjeldende rammebetingelser for butikketableringer, noe som har medført at selskapet for 2007 vedtok etablering av 13 nye utsalg.

Videre har Vinmonopolet fått tillatelse av Helse- og omsorgsdepartementet til å opprette inn-til-ni-filialer i løpet av høsten 2007/våren 2008 for å prøve ut filialkonseptet. Som utgangspunkt skal utprøvingen skje i henhold til de kriterier som er lagt til grunn i utredningen. Departementet har likevel bedt Vinmonopolet om å, i en prøveperiode

på et år, prøve ut filialkonseptet i en kommune med færre enn 1000 innbyggere. Dette utsalg skal evalueres med et særlig fokus på økonomiske konsekvenser, samt effekter for arbeidsmiljøet og forholdet til nettsalg og postforsendelse.

Departementet vil i tildelingsbrev for 2008 gi Vinmonopolet tillatelse til å fortsette utbyggingen i tråd med utredningen, forutsatt at filialene viser seg å fungere i henhold til forventningene. Dette vil man imidlertid først få endelig svar på etter at tidsbegrenset prøvedrift av de ni filialene er evaluert. Med forbehold om endringer som kan følge av resultatene fra prøvedriften, legges følgende kriterier til grunn for utbyggingen:

- Utbyggingen skal skje i tråd med forutsetningene i utredningen. Vinmonopolet har avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet. Dette innebærer opprettelse av om lag 80 nye utsalg. Det skal tas sikte på at utbyggingen skal skje i løpet av om lag fire år.
- Utbyggingen av salgsnettene skal skje med sikte på mest mulig lik fordeling av utsalg på landsbasis. Dette vil omfatte arbeidet med å sikre likere fordeling i fylker med lav befolkningstetthet.
- Utbyggingen skal foregå innen økonomisk forsvarlige rammer, og krav til forsvarlig avkastning må oppfylles. Det forutsettes at Vinmonopolet balanserer forholdet mellom en mest mulig lik fordeling og en sunn økonomi.
- Vinmonopolet skal utarbeide planer for etablering av nye utsalg, og i den forbindelse sørge for tilfredsstillende rutiner for håndtering av kommunenes interesser.
- Det forutsettes at Vinmonopolet i sitt arbeid med å sikre monolets legitimitet og lik tilgjengelighet til selskapets tjenester, sørger for at monolets alkoholpolitiske formål ivaretas på en god måte, jf. fraværet av privatøkonomiske interesser, ansvaret for omsetning i kontrollerte former og sosial kontroll.

Det forutsettes at utbyggingen fortløpende evalueres med sikte på både alkoholpolitiske konsekvenser og påvirkning på Vinmonopolets økonomi. Vinmonopolet skal informere Helse- og omsorgsdepartementet ved eventuelle avvik i forhold til antatt utvikling.

Vinmonopolet tilbyr i dag fjernhandelsløsningene bestilling gjennom kundesenter og bestilling via internett. Varene utleveres av Posten. Som en del av arbeidet for å sikre monolets legitimitet og jevnere tilgjengelighet til selskapets tjenester, skal Vinmonopolet ha et fortsatt fokus på å forbedre og utbygge fjernhandelsløsningene.

## Resultat 2006

Vinmonopolets alkoholpolitiske ansvar og virksomhet formidles gjennom ulike trykksaker, kampanjer og selskapets nettsted, blant annet gjennom fokus på alderskontroll og langing.

Vinmonopolet åpnet i 2006 13 nye utsalg. Ved utgangen av 2006 hadde Vinmonopolet totalt 211 utsalg. Styret i Vinmonopolet har vedtatt å åpne 13 nye butikker som et første ledd i nyetableringene for 2007. I tillegg kommer selskapet til å opprette inntil 9 filialer.

Nemnd for prøving av Vinmonopolets beslutninger om innkjøp mv. ble opprettet i 1997 som et ledd i å sikre leverandørene markedstilgang på like vilkår. I 2006 mottok nemnda sju klager. Vinmonopolet ble gitt medhold i seks av klagen. En klage ble trukket av leverandøren.

Vinmonopolet solgte totalt 68,7 mill. liter i 2006, en økning på 2,3 mill. liter eller 3,5 pst. fra 2005. Salget av svakvin økte med 3,8 pst. til 54,9 mill. liter. Salget av brennevin og brennevinsbaserte drikker økte med 3,4 pst. til 12,1 mill. liter i 2006. Salget av sterkvin gikk ned med 4,2 pst. til 1,0 mill. liter, mens det ble solgt 0,7 mill. liter øl, en nedgang på 1,4 pst. Salget av alkoholsvake drikker økte med 8,7 pst. til 92 000 liter.

Vinmonopolets omsetning ekskl. mva. var 9,2 mrd. kroner i 2006. Av dette var 5,1 mrd. kroner avgifter til staten. Dette er en omsetningsøkning på 453 mill. kroner fra 2005. Driftsresultatet var på 90,1 mill. kroner, en reduksjon på 11,3 mill. kroner fra 2005. Resultatreduksjonen skyldes hovedsakelig økt pensjonskostnad og redusert gevinst ved salg av eiendom. Av resultatet på 110,3 mill. kroner er 22,7 mill. kroner beregnet til vinmonopolavgift og 35,1 mill. kroner til utbytte til staten. De resterende 52,6 mill. kroner er tilført egenkapitalen.

Omsetningsøkningen kan forklares med åpning av nye butikker, omlegging til selvbetjening, stadig økende interesse for vin, samt fortsatt høy kjøpekraft i befolkningen. I tillegg viser tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning at Vinmonopolet tar markedsandeler fra uregistrert bruk, herunder hjemmebrent og smuglersprit.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2006 et resultat på 5,8 mill. kroner. Hele resultatet fra 2006 ble tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Longyearbyen lokalstyre.

## Post 85 Statens overskuddsandel

Stortinget har vedtatt at statens andel av driftsoverskuddet i AS Vinmonopolet i 2007 skal fastsettes til 40 pst. av resultatet i 2006, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgiften. Det foreslås at statens andel av overskuddet som tas som inntekt under denne posten i 2008 – ved eget vedtak – fastsettes til 40 pst. av resultatet i 2007, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgiften, jf. romertallsvedtak V nr. 3. Statens andel av overskuddet er, på bakgrunn av budsjettert resultat i 2007 og en andel av overskuddet på 40 pst., anslått til 46,8 mill. kroner. Dersom resultatutviklingen for 2007 blir bedre enn anslått, blir inntektene under posten høyere enn 46,8 mill. kroner. 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 2007 bygger på en vurdering av selskapets framtidige kapitalbehov, bl.a. i forbindelse med utvidelse av butikknettet, økt tilgjengelighet i sin alminnelighet og ønsket kapitalstruktur. I forbindelse med ny regnskapsstandard valgte Vinmonopolet i 2005 å gjøre en prinsippendring ved vurdering av pensjonsforpliktelsene. Nytt prinsipp tar hensyn til de faktiske pensjonsforpliktelsene bedriften vil møte i framtiden på en bedre måte. Effekten av prinsippendringen innebærer at egenkapitalen reduseres fra 31,3 pst. ved utgangen av 2004 til 12,3 pst. ved utgangen av 2006.

## Post 86 Utbytte

AS Vinmonopolets aksjekapital utgjør 50 000 kroner. Utbyttet er i vinmonopolloven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør 2 500 kroner.



**Kap. 718 Alkohol og narkotika**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
21	Spesielle driftsutgifter	31 431	35 677	37 911
63	Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	11 322	11 707	17 199
70	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres</i>	83 561	86 936	90 374
	Sum kap. 718	126 314	134 320	145 484

Overført fra 2006 til 2007:

Post 21: 1 622 000 kroner

Post 63: 578 000 kroner

Post 70: 323 000 kroner

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.

Statens institutt for rusmiddelforskning, Vinmonopolet, Sosial- og helsedirektoratet, fylkesmennene og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har sentrale oppgaver på det rusmiddelpolitiske området. Det legges vekt på god kontakt og samarbeid dem imellom. Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for å implementere og gjennomføre store deler av rusmiddelpolitikken og for å ha oversikt over rusmiddelsituasjonen på regionalt og lokalt nivå. Direktoratet tildeler tilskudd til frivillige organisasjoner på rusmiddelområdet.

Regjeringen fremmer som ledd i budsjettproposisjonen en opptrappingsplan for rusfeltet. Planen er tatt inn i del III, kapittel 8. Den omfatter mål og tiltak på hele rusfeltet og tar for seg så vel forebygging som behandling og rehabilitering. I tillegg legges det til rette for et faglig løft gjennom forskning og styrking av kompetanse og kvalitet. Helseilsynets landsomfattende tilsyn i 2006 og 2007, og evalueringen av rusreformen peker på utfordringer og behov på rusfeltet. Opptrappingsplanen tar opp i seg disse utfordringene. Regjeringens satsing på sykehussektoren og på kommunene er viktige fundament for planen. Regjeringens satsing på fattigdom, bolig, arbeid og psykisk helse har også innvirkning på rusfeltet. På noen områder er det behov for særskilte tiltak og for 2008 foreslås en styrking på 100 mill. kroner til slike tiltak.

Det foreslås følgende satsing i 2008:

- Rådgivere hos fylkesmannen i kommunalt rusarbeid mv., videreutdanning og kompetansetiltak, utviklingsprosjekt russtatistikk, 12 mill. kroner, jf. kap. 761, post 21
- Individuell plan og personlig veiledning, lavterskel og LAR-arbeid, 23,0 mill. kroner, jf. kap. 761, post 63
- Regionale kompetansesentre, 2,0 mill. kroner, jf. kap. 761, post 77
- Legemiddelassistert rehabilitering, 10,0 mill. kroner, jf. kap. 732, postene 72–75 og 77, kap. 2752, post 70 og kap. 2755, post 70 – se også kap. 726 for omtale
- Akuttbehandling, avrusing og ambulante team, 36,0 mill. kroner, jf. 732, postene 70 og 72–75 – se også kap. 726 for omtale
- Forebygging og tidlig intervensjon – veiledning og samordning, 2,0 mill. kroner, jf. kap. 718, post 21
- Forebygging og tidlig intervensjon – implementering av veiledere, 5,0 mill. kroner, jf. kap. 718, post 63
- Rusmiddelforskningsprogram, 3,0 mill. kroner, jf. kap. 701, post 50
- Tannbehandling til personer som er under legemiddelassistert rehabilitering, 7,0 mill. kroner, jf. kap. 572, post 60

I tillegg videreføres 8 mill. kroner til legemiddelassistert rehabilitering, jf. St.prp. nr. 44 (2006–2007). Videre er kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten styrket. For 2008 foreslås spesialisthelsetjenesten styrket med 900 mill. kroner til aktivitetsvekst i helseforetakene, tilsvarende 1 ½ pst. vekst for all pasientbehandling. Dette medfører også en styrking av tverrfaglig spesialisert behandling på om lag 30 mill. kroner. I tillegg legges det også for 2008 til grunn at den prosentvise veksten i tverrfaglig spesialisert behandling og i psykiatrien skal være større enn veksten i somatikken, noe som vil medføre en ytterligere styrking.

Videre skal det gis støtte til å etablere utvidelse av Gatehospitalet med en kvinneavdeling, jf. omtale under kap. 761, post 70.

Av samlet foreslått bevilgning foreslås 7 mill. kroner til tiltak finansiert over kap. 718, se nærmere omtale under postene 21 og 63. For nærmere omtale av de øvrige tiltakene vises til rette kapitler og poster, herunder til St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Kommunal- og regionaldepartementet (tannbehandling, kap. 572), jf. listen ovenfor.

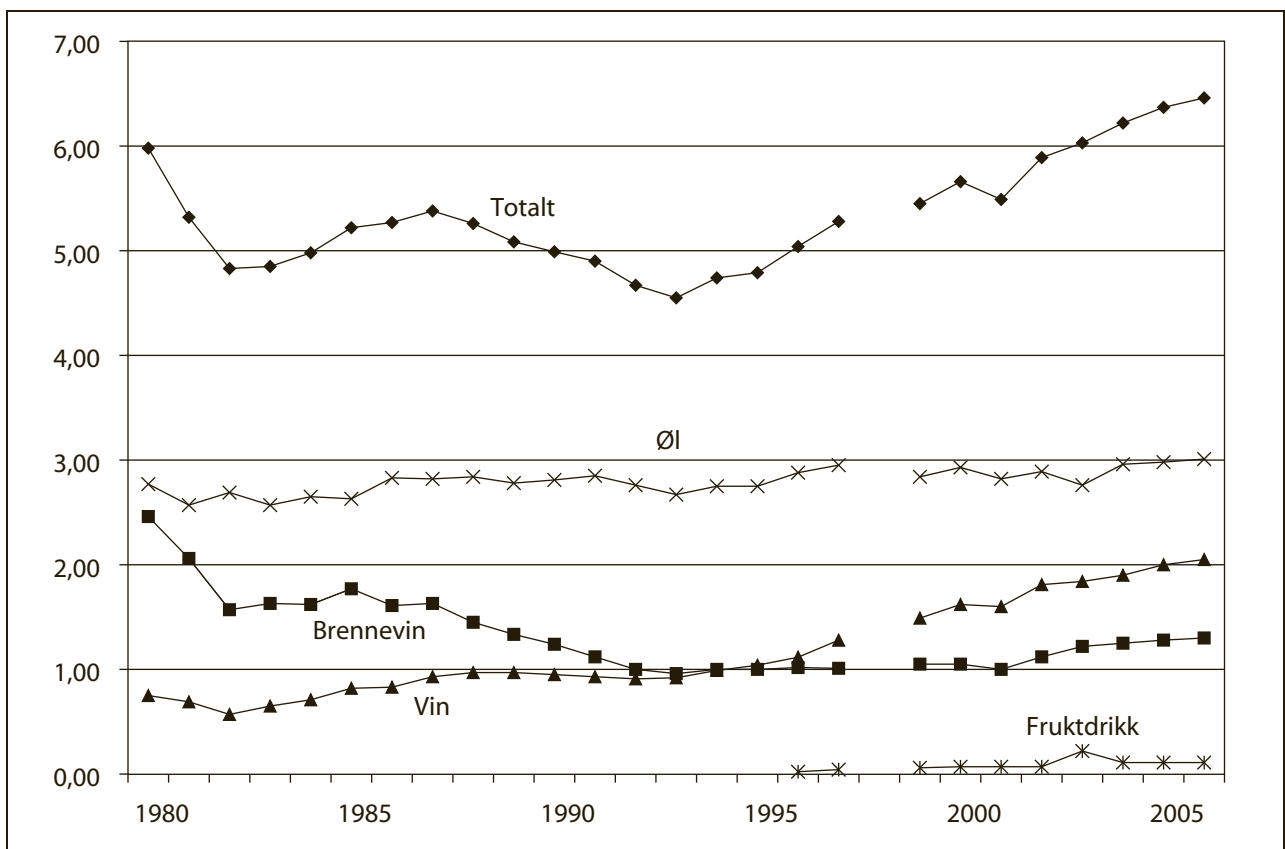
Videre foreslås det, som et ledd i fattigdomssatsingen, se kap. 726, post 70 og St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Arbeids- og inkluderingsdepartementet, å styrke arbeidet med tiltak til barn av rusmiddelmissbrukere og/eller psykisk syke foreldre med 5 mill. kroner.

### Utviklingen i alkoholskonsumet

Alkohol er det rusmiddelet som forårsaker størstedelen av de sosiale og helsemessige skadene. Ifølge Verdens helseorganisasjon er alkohol den

tredje viktigste risikofaktor til sykdom og tidlig død i industrialiserte land. I 2004 ble det registrert 441 dødsfall som skyldes alkohol, men det er grunn til å anta at det er en betydelig underrapportering. Det er en klar og dokumentert sammenheng mellom totalalkonsumet av alkohol og helsemessige og sosiale skader, sykdom og ulykker. Det er anslått at det finnes mellom 66 000 og 122 000 storforbrukere av alkohol i Norge. I tillegg til akutte skader, ulykker og kroniske lidelser som følge av langvarig høyt alkoholkonsum medfører alkohol avhengighetsproblemer og sosiale problemer for tredjepart.

Alkoholkonsumet i Norge har lenge vært økende. I 2006 var registrert forbruk 6,5 liter ren alkohol per person over 15 år. Det uregistrerte konsumet har trolig sunket noe siden 1990-tallet. Ungdom (15–16 år) har nesten doblet sitt forbruk de siste ti årene. Når forbruket i ungdomsgruppen har gått noe tilbake de siste to årene, skyldes det at guttene drikker mindre. Jentene drikker like mye som i toppåret 2003.



Figur 5.1 Årlig omsetning av alkohol i Norge per innbygger 15 år og eldre, 1980–2006, målt i liter ren alkohol per person totalt og på ulike drikkesorter.

Det blir stadig færre avholdende, og vel 90 pst. av ungdommene drikker alkohol. Debutalderen har lenge vært relativt stabil, om lag 14,5 år for øl

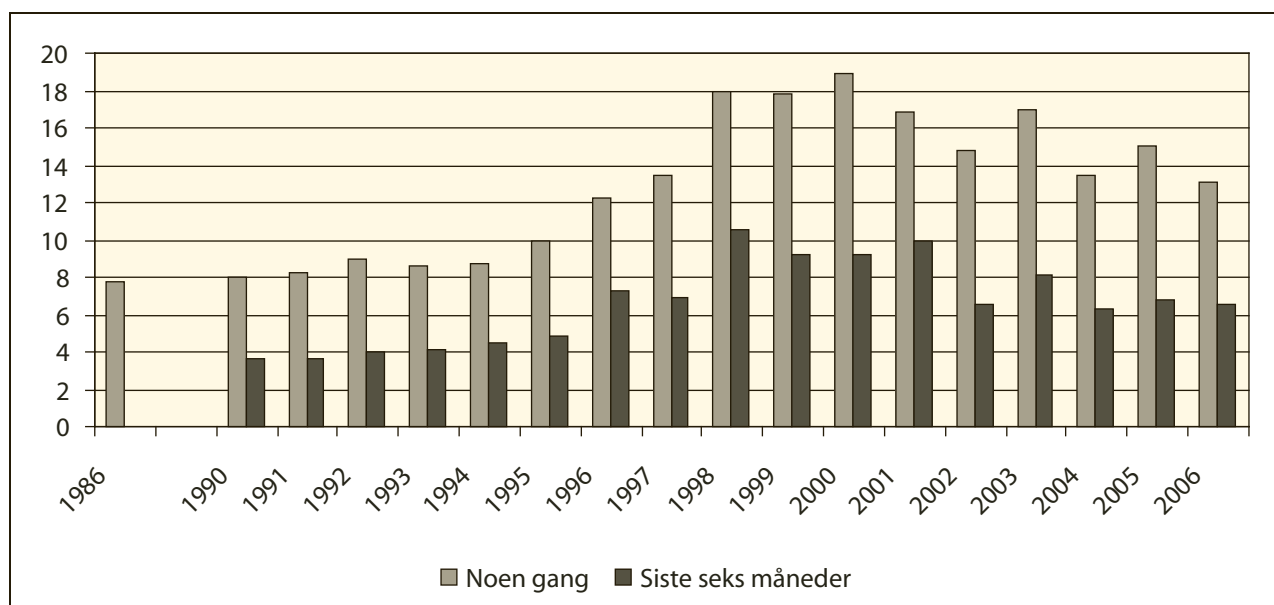
og 15 år for vin og brennevin. Alkoholforbruket i Norge er fremdeles lavt i europeisk sammenheng. Men mens alkoholforbruket i Norge er økende,

går utviklingen i motsatt retning i flere av landene i Europa. Flere europeiske land har i senere år tatt i bruk regulatoriske virkemidler som vi bruker i Norge for å redusere bruken av alkohol og skadene den 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 illegale rusmiddelet, fulgt av amfetamin. I 2006 oppga 13 pst. av ungdommene (15–20 år) at de noen gang 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 fremdeles er forholdsvis høyt. Sniffestoffer (lim og løsemidler)

brukes imidlertid mer enn både amfetamin og ecstasy. Narkotikamisbruket i Norge er lavt i europeisk sammenheng, mens antall injiserende misbrukere er relativt høyt, anslagsvis 8200–12 500. Til sammenligning var anslaget 11 000–15 000 i 2002 og 4000–5000 på slutten av 1980-tallet. Antall narkotikarelaterte dødsfall (overdosedødsfall) har sunket kraftig fra 2001 til 2006 (fra 338 til 195), men det er fortsatt høyt, og det er til dels store variasjoner fra et år til et annet. Rusmiddelavhengige har ofte store sosiale problemer, lav levestandard, dårlig helse og dårlig ernæring. For mange er det en sterk sammenheng mellom rusmiddelbruk og psykisk lidelse, og begge rammer i stor grad omgivelsene. Særlig gjelder dette pårørende og barn av rusmiddelavhengige og foreldre med psykiske lidelser. I tillegg henger rus og fattigdom ofte sammen.



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 1986–2006.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Følgende formål skal dekkes over bevilgningen:

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

Deler av bevilgningen forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet til bruk for disse formål.

### Driftsmidler til fylkesmennene

Det er med hjemmel i alkoholloven begrenset klageadgang over de fleste kommunale vedtak i bevilgningssaker. Fylkesmannen er klageinstans, og kan prøve om vedtakene er gyldige. I 2006 behandlet fylkesmennene 61 klagesaker mot 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, ungdom mangler kunnskap om alkoholens skadevirkninger og det er et press på tradisjonelle alkoholpolitiske virkemidler. I mediene framstilles narkotika som farlig, mens alkoholens skadevirkninger ofte bagatelliseres. Dette stiller stadig større krav til informasjons- og holdningsskapende arbeid, og det er et mål å øke kunnskapen både hos voksne og ungdom. For å øke bevisstheten om hvilke skader alkohol kan føre til, og for å øke kunnskapen om hvilke tiltak som virker best, har Sosial- og helsedirektoratet gjennomført egne kampanjer de tre siste årene. Kampanjene følges opp lokalt, blant annet gjennom samarbeid med foreldretutvalget for grunnskolen. Ungdom og foreldre er særlig viktige målgrupper og det skal være samsvarende mellom informasjon som rettes mot de to gruppene. I tillegg skal personer med innvandrerbakgrunn og gravide prioriteres. Det skal legges mer vekt på at informasjonen tilpasses den delen av befolkningen den er rettet mot. Videre skal informasjonsvirksomheten til direktoratet opprettholde og styrke forståelsen av at det er nødvendig å føre en restriktiv alkoholpolitikk.

### **Forebyggende rusmiddeltiltak**

Sosial- og helsedirektoratet arbeider for å samordne lokale rusforebyggende tiltak, legge til rette for å heve kvaliteten på rusforebyggingen, samt styrke samspillet med de frivillige organisasjonene. Rusforebyggingen har særlig rettet seg mot barn og unge som er særlig risikoutsatte og mot økt vekt på forebygging og tidlig intervensjon i arbeidslivet. Det er fortsatt et stort behov for å styrke det forebyggende arbeidet, og opptrappingsplanen for rusfeltet, jf. del III, kapittel 8, vektlegger da også dette. 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 bevillingshavere og mangelfull kommunal kontroll med næringen. Sosial- og helsedirektoratet skal derfor videreføre informasjonsarbeidet overfor kommunene og bidra til å styrke kvaliteten på kommunenes kontrollvirksomhet. Sosial- og helsedirektoratet skal styrkes for å gi veiledning om helhetlig og samordnet forebygging av rusmiddelproblemer.

### **Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen foreslås satt opp med 2 mill. kroner til veiledning og samordning av lokale forebyg-

gingstiltak, arbeidet med kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan og tidlig intervensjon.

Målet er et tydeligere folkehelseperspektiv, jf. opptrappingsplanen for rusfeltet, se del III, kapittel 8. Styrkingen skal særlig ivareta behovet for tidligere intervensjon overfor potensielle rusmiddelproblemer og veiledning om helhetlig kommunal rusmiddelpolitikk, jf. veileder om kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan IS-1362. Forslaget om styrking må ses i sammenheng med styrkingen som foreslås på post 63.

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

Bevilgningen foreslås satt ned med 1 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 725, post 01, settes opp tilsvarende. Det vises til omtale av helsebiblioteket i merknader til budsjettforslaget under kap. 725.

### **Post 63 Rusmiddeltiltak, kan overføres**

Posten omfatter kommunale rusforebyggende tiltak, herunder:

- Kommunalt rusforebyggende arbeid
- Implementering av en nasjonal strategi for tidlig intervensjon på rusfeltet

### **Kommunalt rusforebyggende arbeid**

Sosial- og helsedirektoratet har i perioden 2004–2006 gjennomført et forsøksprosjekt (regionprosjektet) i ni kommuner for å oppnå mer helhetlig, målrettet og bedre samordnet forebyggende innsats i kommunene. Mange kommuner har ikke en helhetlig politikk for forebygging av rusmiddelproblemer. Dette fører til at tiltak drar i ulike retninger, er av ulik kvalitet og at forebyggingsarbeidet blir ineffektivt. Erfaringene fra prosjektet er et viktig grunnlag for at samordningen av lokale forebyggingstiltak skal bli bedre og at politisk og strategisk arbeid med rusforebygging i kommunene vektlegges, jf. også opptrappingsplanen for rusfeltet, se del III kapittel 8. Som ledd i dette arbeidet er det utviklet en veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan og en interaktiv rådgivningstjeneste og tipsside – [www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no). Statens institutt for rusmiddelforskning evaluerer forsøksprosjektet. På bakgrunn av blant annet denne evalueringen vil det bli tatt initiativ til å styrke opplæringen om forebygging, herunder særlig bruk av helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner som et verktøy for å planlegge rusmiddelpolitikken, jf. også opptrappingsplanen for rusfeltet. Opplæring og bistand skal gis i regi av Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddel-

spørsmål. Det vises også til omtale under kap. 718, post 21. Sosial- og helsedirektoratet tildeler tilskudd til rusforebyggende prosjekter til kommuner og andre aktører. Tilskuddsordningene skal støtte opp under målet om at alle kommuner skal utvikle helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Kommuner som ikke har slik plan skal gis bistand til å utvikle det. Det er en forutsetning at den enkelte kommune bidrar med egen finansiering for å utløse stimuleringsmidler. Forebyggings tiltak bør ses i sammenheng med tidlig intervensjonstiltak.

### **Implementering av en nasjonal strategi for tidlig intervensjon**

Noen barn og unge er særlig utsatt for å utvikle rusmiddelproblemer. Dersom rusmiddelproblemer og atferdsproblemer avdekkes tidlig, er sjansen større for å forebygge en videre problemutvikling. Det samme gjelder ved tegn til problematisk bruk av rusmidler hos voksne. Det er kartlagt hvilke målgrupper og arenaer som er mest aktuelle for tidlig identifisering og intervensjon, og det er kartlagt hvilke kompetansebehov de ulike tjenesteyterne mener å ha. På bakgrunn av dette har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet en rapport om sentrale perspektiver for tidlig intervensjon på rusfeltet. Det skal i løpet av høsten 2007 i tillegg utarbeides en konkret og operativ strategi for tidlig intervensjon, rettet mot alle som er aktuelle for enten å oppdage eller intervensjon overfor mulige rusmiddelproblemer. Med bakgrunn i blant annet denne strategien skal Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, bistå og gi veiledning til kommuner om metoder, verktøy og tiltak for å gripe inn og tilby hjelp på et tidligere stadium enn i dag. Tidlig intervensjonstiltak bør ses i sammenheng med det øvrige forebyggende arbeidet i kommunene, jf. omtalen av stimuleringsstilskudd ovenfor.

### **Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen foreslås satt opp 5 mill. kroner til å styrke opplæringen i kommunalt rusforebyggende arbeid og tidlig intervensjon.

### **Post 70 Frivillig arbeid mv., kan overføres**

Bevilgningen dekker drifts- og prosjektilskudd til frivillig rusforebyggende arbeid samt andre tilskudd for å styrke frivillig rusforebyggende arbeid.

Rusforebyggingen må være helhetlig og av god kvalitet. Frivillige organisasjoner bidrar betydelig til å forebygge rusmiddelproblemer, og tiltak i offentlig og frivillig regi må ses i sammenheng med og være fundert på et godt samarbeid. Tilskuddsordningen skal ivareta dette perspektivet. Formålet er at frivillige rusforebyggende organisasjoner, som arbeider for å fremme en rusfri livsstil og redusere forbruk og skader forårsaket av rusmidler, skal få midler til å vedlikeholde og utvikle sin innsats på området. Tilskuddsordningen skal også inkludere rusmiddelfrie kulturtilbud som driver primærforebyggende arbeid på rusmiddelfeltet. Det er bl.a. gitt tilskudd til Actis (Rusfeltets samarbeidsorgan), rusmiddelpolitiske organisasjoner, Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (AKAN) og AlkoKutt. Det er også gitt tilskudd til enkeltprosjekter i regi av andre frivillige organisasjoner som ikke har rusmiddelforebyggende arbeid som hovedformål, blant andre Norges Idrettsforbund og Olympiske Komite. Det er videre gitt driftstilskudd til de fire organisasjonene tilknyttet Norsk senter for rusfri miljøutvikling. Sosial- og helsedirektoratet har i 2007 tildelt nær 88 mill. kroner til frivillig rusforebyggende arbeid i form av drifts- og prosjektilskudd til frivillige organisasjoner, foreninger og bedrifter.

Det er vanskelig å måle verdien eller resultatet av rusforebygging. Det er likevel et klart mål å heve kompetansen og kvaliteten innen rusforebygging, enten det gjelder det offentlige eller frivillige organisasjoner, jf. opptrappingsplanen for rusfeltet inntatt i del III, kapittel 8. Vi skal gjøre mer av det som virker og mindre av det vi vet ikke virker. Det legges derfor stor vekt på at tiltakene skal evalueres og det bevilges særskilte midler til evaluering av tiltak. Målet er at dette skal bidra til å styrke kvaliteten på det frivillige rusforebyggende arbeidet. Det legges, innenfor rammene av tilskuddsordningene, vekt på å støtte kunnskapsbaserte strategier og tiltak med kontinuitet og lokal forankring.

### **Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen foreslås satt ned 0,3 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 725, post 01, settes opp tilsvarende. Det vises til omtale av helsebiblioteket i merknader til budsjettforslaget under kap. 725.

**Kap. 719 Folkehelse**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	42 833	60 982	53 704
60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	29 744	35 589	42 584
70	Hivforebygging, smittervern mv., <i>kan overføres</i>	26 120	29 495	29 263
71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	23 892	24 994	24 069
72	Stiftelsen Amatheia	15 507	16 058	16 748
73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	12 741	13 219	18 287
74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	24 311	28 521	16 047
79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	19 036	15 770	15 948
	Sum kap. 719	194 184	224 628	216 650

Overført fra 2006 til 2007:

Post 21: 2 580 000 kroner

Post 70: 464 000 kroner

Post 71: 530 000 kroner

Post 74: 1 239 000 kroner

**Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan overføres**

Spesielle driftsutgifter til folkehelsearbeidet bevilges under denne posten, herunder oppfølging av 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. Posten dekker for øvrig spesielle driftsutgifter til Sosial- og helsedirektoratets forvaltningsoppgaver på folkehelseområdet, herunder Nasjonal strategiplan for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 og Nasjonal strategi for barns miljø og helse (2007–2016).

Nedenfor følger en nærmere omtale av områdene miljø og helse, fysisk aktivitet, ernæring, mattrygghet, tobakksskadeforebygging, grønn resept, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og forebygging av kjønnslemlestelse. Området fysisk aktivitet er også omtalt under post 73. Ordningen med skolefrukt er omtalt under post 74.

**Miljø og helse**

Det er et mål å oppnå tryggere og mer helsefremmende miljøer. Viktige tiltak her er å tydeliggjøre miljøfaktorene i folkehelsearbeidet, støtte kommu-

nenes miljørettede helsevern, herunder god regelverksforvaltning, bidra til å forebygge skader og ulykker, forebygge forgiftninger, forebygge astma, allergi og inneklimasykdommer, og å bedre barns miljø og helse. Som oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002-2003) vil Helse- og omsorgsdepartementet ta initiativ til en bred gjennomgang av miljørettet helsevern.

Nasjonal strategi for barns miljø og helse ble lagt fram i juni 2007 for planperioden 2006–2016. Strategien er utviklet i et samarbeid mellom åtte departementer og med medvirkning fra barn og unge selv. Implementering av den norske strategien fortsetter i 2008. Det skal utvikles et barnebarometer som skal følge utviklingene av indikatorer for barns miljø og helse framover.

Regjeringen vil i løpet av 2007 legge fram en ny nasjonal strategi for behandling og forebygging av astma, allergi og inneklimalager.

**Forebygging av skader og ulykker**

Strategiplan for forebygging av skader og ulykker (2005–2007) er fulgt opp i 2006, herunder oppfølging av Trygge Lokalsamfunn. Erfaringene med strategiplan for forebygging av skader og ulykker vil bli oppsummert i løpet av 2007. I lys av konklusjonene her vil det bli utarbeidet en ny strategi. Den nye strategien vil bygge videre på det brede tverretatlige samarbeidet, men samtidig løfte inn nye utfordringer, blant annet et søkelys på sosiale forskjeller i skader og ulykker.

Det vil i 2008 bli lagt stor vekt på å følge opp implementering og sikring av datakvalitet i det nye personskaderegisteret, samt sørge for tilgang til skadedata på lokalt nivå. Støtten til kommuner og fylker som ønsker å satse på arbeidet med Trygge Lokalsamfunn videreføres.

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 trafikkulykker. Det vises for øvrig til post 79.

Hvert år dør om lag 500 mennesker av akutt forgiftning (inkludert akutte alkohol- og narkotikarelaterte dødsfall) i Norge, og det er om lag 13 000 innleggelser på sykehus grunnet akutte forgiftninger. Antall dødsfall har de siste årene vært stabilt eller svakt synkende, mens antall sykehusinnleggelser har økt. I 2006 mottok Giftinformasjonen om lag 40 000 henvendelser og antallet øker hvert år. Giftinformasjonens primærfunksjon skal fortsatt være den døgnåpne nasjonale rådgivningstelefonen angående akutte forgiftninger, tilgjengelig for befolkning, helsevesen og organisasjoner/forvaltning. Giftinformasjonen skal videreføre og styrke arbeidet med forebygging av forgiftningsuhell.

### Kommunehelseprofiler

Kommunehelseprofiler skal gjøre data om faktorer som påvirker helsen, data om helsetilstand samt data om helsetjenester mer tilgjengelig for kommunene. Dette vil gi et bedre faktabasert grunnlag for kommunens planlegging, styring og evaluering av arbeid for å styrke folkehelsen og helsetjenestetilbudet for øvrig. En slik oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer vil gjøre det enklere å ivareta folkehelse i kommunale plan- og beslutningsprosesser. Arbeidet utføres av Sosial- og 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 faktorer som påvirker helsen.

### Helse i plan

Det femårige Helse i Plan-prosjektet er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Miljøverndepartementet og har en delt målsetting: 1) metoder for forankring/planfesting av folkehelseiltak i ordinære plan- og styringsdokumenter, og 2) kompetanseoppbygging på plan- og prosess i helsesektoren. Om lag 30 kommuner i 8 fylker er involvert i utprøvningsarbeid hvor det bl.a. legges

vekt på universell utforming og fysisk aktivitet. Det er interesse for en slik systematisk arbeidsform i både fylker og kommuner med bruk av plan- og bygningsloven som verktøy. 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 Høgskolen i Oslo og ett ved Høgskolen i Bodø. Sosial- og helsedirektoratet ivaretar prosjektledelse og oppfølging. Prosjektet skal evalueres. Det arbeides med å trekke flere høyskoler med i kompetanseoppbyggingen.

I 2007 legges det vekt på å få det regionale nivået til å ta et større ansvar for veiledning til kommunene om folkehelsehensyn i planlegging etter plan- og bygningsloven. Dette er viktig for å videreutvikle partnerskap for folkehelse, se omtale i kapittel 719 post 60. For å spre erfaringer fra prosjektet til flere kommuner skal det etableres en eksempeldatabase. Evalueringen av prosjektet vil starte i 2007. Pågående arbeid fortsetter i 2008.

### Fysisk aktivitet

I 2007 er innsatsen styrket overfor grupper med behov for spesiell tilrettelegging og som ikke så lett fanges opp gjennom befolkningsrettede og miljørettede tiltak. Det er lagt vekt på lokalbaserte lavterskeltilbud overfor grupper med særlig høy risiko, bl.a. som ledd i å redusere sosiale forskjeller i aktivitetsnivå, helseatferd og helse. Noen helseproblemer er vanligere i enkelte befolkningsgrupper, og slike sammenhenger kan være sammenfallende med sosial bakgrunn. Det er høy forekomst av overvekt og fedme, fysisk inaktivitet, type 2-diabetes, høyt blodtrykk og høyt kolesterol i deler av innvandrerbefolkningen.

Det treårige prosjektet Fysisk aktivitet og måltider i skolen avsluttes i løpet av 2007. Prosjektet gjennomføres i et samarbeid mellom utdannings- og helsemyndighetene med siktemål å utvikle metoder og modeller for hvordan skolen kan tilrettelegge for en times daglig fysisk aktivitet i løpet av skoledagen og gode rammer rundt skolemåltidet. Nærmere 400 skoler har vært involvert, herunder om lag 20 videregående skoler. Forløpige resultater fra den pågående evalueringen viser at forankring i skolens ledelse og at tilbudet er en integrert del av skolens virksomhet er viktige suksessfaktorer. Det er avholdt erfaringskonferanser nasjonalt og i fylkene. Basert på prosjektets erfaringer og evalueringen, er det utviklet veiledning til bruk for skolene med sikte på erfaringsspredning og implementering i større skala. Oppfølgingen videre er en viktig del av folkehelsearbeidet i fylker og kommuner.

Det vises for øvrig til omtale under post 73 og post 60.

### Ernæring

#### Handlingsplan for bedre kosthold

Hovedmålene innen ernæring er at spedbarn ammes i tråd med anbefalingene, økt inntak av frukt og grønnsaker, grove kornprodukter, fisk og sjømat, og redusert inntak av sukker og fett, særlig mettet fett og transfett. Kostholdet i befolkningen varierer etter utdanning og inntekt. Et overordnet mål i arbeidet med ernæring er å redusere sosiale forskjeller i kosthold. Hovedføringene for arbeidet innen ernæring er lagt i den tverrdepartementale Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007 – 2011) Oppskrift for et sunnere kosthold, som ble lagt fram januar 2007. Planen beskriver en rekke tiltak, hvorav en del er igangsatt i 2007 og vil bli videreført i 2008. Tiltakene skal der det er formålstjenlig skje i forståelse med og på sikt forankres i partnerskap for folkehelse, jf. post 60.

Tiltakene skal bidra til å gjøre sunn mat bedre tilgjengelig og enklere å velge, styrke kompetanse hos forbrukere og nøkkelgrupper og gi bedre kunnskap om status for kostholdet.

#### Et sunt marked

En egen dialogarena med matvarebransje, forbrukere og forskere etableres i 2007 og vil drøfte felles innsats på områder som blant annet pris, produkttilbud, tilgjengelighet av sunne produkter, markedsføring og merking. Tilsvarende etableres det dialogarena med frivillige organisasjoner og private aktører.

Mattilsynet og Sosial- og helsedirektoratet er i gang med å utvikle en sunnhets/ernæringsmerkeordning for matvarer, som skal være etablert i løpet av 2008. Arbeidet skjer i nær dialog med matvarebransjen og forbrukerorganer, og i samarbeid med de øvrige nordiske land. Introduksjon av en slik ordning krever grundig og brede informasjonstiltak til ulike målgrupper. Myndighetene skal arbeide for en konkretisering og tydeliggjøring av helsemyndighetenes kostanbefalinger. Sammen med Barne- og likestillingsdepartementet skal helsemyndighetene følge utviklingen på markedsføringsområdet med bakgrunn i bransjens egne retningslinjer for markedsføring av usunn mat.

#### Overvåking av kostholdet

Matvaretabellen er lansert som internettversjon. Sosial- og helsedirektoratet samarbeider med Mat-

tilsynet om et felles system for mat- og kostholds- overvåking. Dataene innhentet ved systemet må jevnlig oppdateres, noe som gjør det mulig å følge utviklingen over tid. Dataene gir videre grunnlag for å kunne planlegge og evaluere tiltak og foreta risikovurderinger i regi av Vitenskapskomiteen for mattrygghet. Som oppfølging av Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet, som ble vedtatt i juli 2006, skal det gjennomføres felles nordiske overvåkingstiltak.

#### Tiltak for barn og unge

Gjennomføringen av EUs barnematdirektiv i Norge gjør det fortsatt nødvendig å følge utviklingen av kostholdet til spedbarn og barn. De landsomfattende kostholdsundersøkelsene Spedkost og Småbarnkost ble startet opp i 2006 og fullføres i 2007. Resultatene vil danne grunnlag for tiltak. Resultatene fra et prosjekt med gratis utdeling av vitamin D-dråper til spedbarn med innvandrerbakgrunn viser at tiltaket har effekt, og permanente tiltak er under gjennomføring. Nasjonalt kompetansesenter for amming gjennomfører i 2007 fylkesvise kurs i tilknytning til prosjektet Mor- barn – vennlige helsestasjoner i samarbeid med Landslaget for helsesøstere. Prosjektet foreslås videreført i 2008.

Retningslinjer for mat og drikke i barnehager er ferdigstilt i 2007 og skal følges opp med pedagogiske verktøy, informasjonsmateriell og kompetanseheving.

Det er i 2007 ferdigstilt en ny, rimelig kokebok som er lett tilgjengelig for alle og distribueres gratis til alle ungdomsskoleelever i Mat – og helsefaget. Abonnementsordningen Skolefrukt videreføres parallelt med Kunnskapsdepartementets introduksjon av gratis skolefrukttilbud til skoler med ungdomstrinn høsten 2007. Det vises til omtale under kap.719, post 74. Sosial- og helsedirektoratet og Mattilsynet har sammen med Utdanningsdirektoratet utviklet et nettbasert undervisningsmaterie-ll for faget Mat og helse i grunnskolen. Det er avholdt seminarer for blant annet alle landets lærerhøgskoler med fagområdet Mat og helse. Dette skal også gjennomføres i 2008, og kommunene skal oppfordres til å sikre kompetanse hos lærere som underviser i Mat- og helsefaget.

Sammen med Fiskeri- og kystdepartementet er det igangsatt et Sjømatprosjekt med formål å øke forbruket av fisk og sjømat i Norge, samt utjevne forskjeller mellom ulike sosiale grupper med hensyn til inntak av fisk og sjømat.



## Ernæringsarbeid i kommunene

Det er satt i gang et arbeid for å teste ut ulike modeller for organisering av ernæringsarbeid i kommunene med sikte på å styrke ernæringsarbeidet og gi bedre tilbud lokalt til befolkningen. Arbeidet innebærer bl.a. styrket samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. 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.

## 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 (2007–2008) for Landbruks- og matdepartementet.

Vinteren og våren 2006 var preget av et utbrudd av sykdom grunnet smitte med E. coli O:103 i spekepølse. 18 personer ble syke, og ett barn døde av nyresvikt. Regjeringen oppnevnte i mai 2006 et uavhengig utvalg for å gjennomgå hele hendelsesforløpet. Rapporten ble overlevert helse- og omsorgsministeren og landbruks- og matministeren i desember 2006. Utvalget kom med en rekke anbefalinger. Nasjonalt folkehelseinstitutt og Mattilsynet har rapportert om at oppfølgingsarbeidet er gjennomført etter planen. Det er etablert en permanent innsatsgruppe (Matsmittekomiteen) for oppklaring av matbårne utbrudd av smittsomme sykdommer med fagkompetanse fra blant annet berørte etater og forskningsmiljøer. Matsmittekomiteen ledes av Nasjonalt folkehelseinstitutt. Det ble gitt en fyldig omtale av oppfølgingen av evalueringen i St.prp. nr. 69 (2006–2007).

De fleste tilfellene av sykdom som blir overført gjennom mat eller vann, blir ikke meldt til helsemyndighetene. I de meldte tilfellene, der årsaken er kjent, er antallet av de vanligste meldepliktige sykdommene ganske stabilt. Det er fortsatt relativt få tilfeller av smitte med salmonellabakterier. Rundt 80 pst. av de som får salmonellose, er smittet i utlandet.

Det er fortsatt grunn til å anta at ikke-meldepliktige sykdommer som blir overført gjennom mat og vann, gir mange sykedager. Samfunnskostnadene er store og ofte undervurdert. Vanlige risikofaktorer er urensset drikkevann fra mindre vannforsyninger og uhygienisk håndtering og oppbevaring av mat i næringsmiddelvirksomheter og i hjemmet.

Det kreves kontinuerlig innsats fra virksomhetene og fra Mattilsynet for å sikre god hygiene i matproduksjonskjeden. I 2008 skal tilsynet med produksjon og omsetning av mat i serveringsnæringen styrkes. Mattilsynet arbeider med innføring av en smilefjesordning for å gjøre opplysninger om den hygieniske standarden i serveringsvirksomheter lett synlige for forbrukerne. Mattilsynet tar videre sikte på å gjennomføre en særskilt tilsynskampanje rettet mot kjøkkenhygiene på sykehus og helseinstitusjoner. Videre må Mattilsynet trappe opp arbeidet med tilsyn av vannverk. Tilsyn med sikte på å avdekke alvorlige hygieniske mangler skal være gjennomført hos alle de resterende godkjenningsspliktige vannverkene innen utgangen av 2008. I samme periode skal det også være gjennomført tilsyn med et representativt utvalg av vannverk som ikke er godkjenningsspliktige.

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 forbedring av merkeordninger for mat vil være sentralt i 2008 bl.a. i forbindelse med revisjonen av EUs merkeordning.

Utvikling og gjennomføring av nytt regelverk i EU fortsetter i 2008, jf. kap. 703 Internasjonalt samarbeid. De tre departementene med fagansvar på matområdet følger dette arbeidet tett. Aktuelle saker er regelverket for beriking av matvarer, helsepåstander, ny mat (novel foods) og tilsetningsstoffer. Oppfølging av nytt regelverk for hygiene og kontroll og genmodifisert mat vil fortsatt kreve oppmerksomhet.

Departementet vil følge opp Mattilsynets arbeid med tilsyn av kosmetikk, bl.a. som følge av ny kosmetikklov og nye forskrifter på området.

## Tobakksskadeforebygging

Målsetningen for det tobakksforebyggende arbeidet er å redusere tobakksbruk og dermed omfanget av helseskader som skyldes tobakk. En overordnet målsetning er å utjevne de sosiale forskjellene i tobakksbruk.

Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 ble lagt fram av departementet i 2006. Det er åtte innsatsområder i strategiplanen: forebygge røykestart, røykeslutt, vern mot tobakksrøyk, forebygge snusbruk, informasjonstiltak, lokalt folkehelsearbeid, forskning og internasjonalt samarbeid. Innen 2010 er målet at andelen unge som røyker halveres, andel gravide som røyker ved slutten av svangerskapet halveres og ande-

len dagligrøykere i befolkningen reduseres til under 20 pst.

I 2006 røykte om lag 24 pst. av befolkningen i alderen 16–74 år daglig, mot 25 pst. i 2004. Dette tilsvarer om lag 900 000 personer. I tillegg er det 10 pst. som røyker av og til, noe som utgjør om lag 375 000 personer. Andelen kvinner og menn som røyker er lik. Røyking er en viktig årsak til sosiale helseforskjeller. De som røyker er overrepresentert i grupper med lav inntekt, kort utdanning og manuelle yrker. I 2006 røykte om lag 20 pst. av unge i alderen 16–24 år daglig. I 2005 røykte 5 pst. daglig i ungdomsskolen. I 2006 røykte om lag 9 pst. av de gravide ved svangerskapets slutt. Om lag 9 pst. av befolkningen i alderen 16–74 år bruker snus daglig eller av og til (2005–2006). Dette tilsvarer om lag 350 000 personer. Det er særlig unge menn som bruker snus. Blant menn i alderen 16–44 år snuser om lag 26 pst. daglig eller av og til. Dette er en tredobling siden 1985, og økningen er størst i andelen som bruker snus daglig (fra 3 pst. i 1985 til 17 pst. i 2006).

Undervisningsprogrammet i ungdomsskolen, FRI, ble gjennomført med 64 pst. deltakelse i skoleåret 2006–2007. FRI bygger på sosial læringsteori, og ble i 2006 tilpasset ny læreplan (LK06). Fylkesmannen bidrar til implementering av programmet.

Evalueringen av massemediekampanjen i 2006 viste at kampanjen oppnådde høy oppmerksomhet i befolkningen og lyktes i målsettingen om å spre kunnskap om KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Kampanjen så dessuten ut til å ha effekt på røykeslutt og på positive holdninger til røykeslutt. Hjelp til røykeslutt gis gjennom gratis veiledningstjeneste på Røyketelefonen 800 400 85. Gjennom nytt informasjonsmaterieil og kompetanseheving skal det dessuten satses på økt bruk av én-til-én-kommunikasjon i helsetjenesten for å informere om helseskader knyttet til tobakksbruk og motivere til røykeslutt. I januar og februar 2007 ble det gjennomført en omfattende massemediekampanje med fokus på tobakksindustriens arbeidsmetoder og helseskader som følge av røyking. Bruk av massemediekampanjer har vært del av en helhetlig strategi, og evalueringene har vist at kampanjer motiverer til røykeslutt og til å søke hjelp til røykeslutt. Det var 5000 innringere til Røyketelefonen i januar 2007.

Et lovforslag om forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer på utsalgssteder ble sendt på høring våren 2007, og saken er nå til vurdering i departementet. For å redusere den dramatiske økningen i snusbruk, vil regjeringen øke avgiften på snus og skrå med 10 pst. i 2008. Det er grunn til å tro at dette særlig vil ha effekt overfor ungdoms snusforbruk.

### Grønn resept

Ordningen med grønn resept har vært i bruk fra oktober 2003 og har som siktemål å stimulere til mer livsstilsveiledning i helsetjenesten. Ordningen forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet.

Ordningen omfatter en stimuleringstakst for legen og faglig veiledningsmaterieil til bruk i konsultasjon og oppfølging av pasienten. Taksten er avgrenset til bestemte diagnoser og utløses når grønn resept forskrives som alternativ til medisiner. Det faglige verktøyet og forskrivning av grønn resept, kan benyttes overfor alle pasienter som vurderes å ha nytte av livsstilsveiledning og hjelp til omlegging av helseatferd.

Takstbruksundersøkelsene utført av Rikstrykdeverket 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. Som oppfølging av første del av evalueringen i 2005 basert på legers erfaringer med ordningen, er det faglige veiledningsmaterieilet forbedret, for eksempel FYSS. Det er utviklet og gjennomført kompetansehevingstiltak, bl.a. endringsfokuset veiledning om kosthold og fysisk aktivitet. Arbeidet med utvikling av elektronisk verktøy, som også inkluderer en beslutningsstøttedel, pågår. Den pågående siste del av evalueringen involverer flere kommuner i fem fylker og tar for seg tilrettelegging av ulike lavterskel oppfølgingstilbud overfor pasienter som har fått forskrevet grønn resept og andre grupper som har behov for oppfølging med rådgivning og et tilpasset tilbud med vekt på fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt.

Ordningen videreføres i 2008 og evalueringen slutføres. Resultatene vil gi grunnlag for en samlet vurdering av hvordan ordningen og oppfølgingen bør være for å bli best mulig for pasientene.

### 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. Se omtale av departementets arbeid med en plan for helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg under kapittel 732.

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 dårlig 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 imidlertid at tjenesten kun er styrket med 440 årsverk. I 2007 og 2008 skal det derfor rettes særskilt oppmerksomhet mot å nå målet om ny stillinger. Det vises til nærmere omtale under kap. 743, post 62. Innsatsen gjennom opptrappingsplanen er 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. I tillegg er det aktuelt å vurdere sterkere virkemidler for å styrke tjenesten, for eksempel om det er behov for standarder eller normer for tilgjengelighet. I denne sammenheng har departementet satt i gang et arbeid for å vurdere personellbehovet i tjenesten.

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 helsesøstre 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 skal evalueres i 2008. Samtidig deltar departementet i Kunnskapsdepartementets utarbeidelse av forslag til kommunal plikt om å tilby språkstimulering til førskolebarn.

Det er behov for en nærmere avklaring av kommunenes ansvar vedr. legemiddelhåndtering i bar-

nehager, skoler og skolefritidsordning. Videre er det behov for mer konkrete rutiner og samarbeidsordninger. Departementet vil på denne bakgrunn høsten 2007 sende på høring et forslag til endring i forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Forslaget innebærer at helsestasjons- og skolehelsetjenesten tillegges en rolle i arbeidet med å etablere rutiner for legemiddelhåndtering når denne skal finne sted i de pedagogiske institusjonene. Selve gjennomføringen av legemiddelhåndteringen kan involvere flere ulike aktører, herunder barnets foreldre, pedagogisk personell, annet personell eller hjelpere i henhold til avtale og helsepersonell i regi av helsetjenesten, avhengig av ansvarsforholdene. Det tas sikte på at endringsforslaget trer i kraft 1. januar 2008.

Departementet vil, i samarbeid med Kunnskapsdepartementet og andre relevante instanser, utarbeide en veileder om håndtering av legemidler.

### Forebygging av kjønnslemlestelse

Som oppfølging av Sosial- og helsedirektoratets utredning IS-1372, om klinisk observasjon for å forebygge kjønnslemlestelse, jf anmodningsvedtak nr. 385, 31. mai 2005, i Innst. S. nr. 185 (2004–2005), gjennomfører Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med bl.a. Barne- og likestillingsdepartementet et kartleggingsprosjekt for å få mer kunnskap om omfanget av kjønnslemlestelse i Norge, om antall jenter som kan være i faresonen for kjønnslemlestelse, om avvergelsesplikten er/blir benyttet og om opplysningsplikten til barnevernet er/blir benyttet. Begge departementer bidrar med hver 0,5 mill. kroner til prosjektet, som gjennomføres av Institutt for samfunnsforskning og skal være ferdigstilt våren 2008. Resultatene fra prosjektet vil danne grunnlag for målrettede tiltak.

Det pågår flere langsiktige tiltak for å forebygge kjønnslemlestelse. Det gis informasjon og tilbud om samtale i helsestasjons- og skolehelsetjenesten til aktuelle grupper om kjønnslemlestelse og de helseskader dette kan gi for seksualliv, graviditet og fødsel. I tillegg gis det informasjon om henvisning til undersøkelse og behandling ved behov. Helsepersonell tilbys regelmessig kurs om temaet kjønnslemlestelse, og det er etablert lokale kompetansenettverk med ressurspersoner.

Kjønnslemlestedede kvinner og jenter kan henvende seg direkte uten henvisning fra lege til gynekologiske poliklinikker ved universitetssykehuse. Informasjon om tilbudet videreformidles gjennom media og av kvinnene selv. Fødeavdelingene har prosedyrer for god hjelp til kjønnslemlestedede kvinner.

Sommeren 2007 ble det gjennomført flere strakstiltak for å forhindre at jenter i risikozonen skulle bli utsatt for kjønnslemlestelse. Blant de tiltakene var sommeråpne helsestasjoner i bydelene Gamle Oslo og Søndre Nordstrand i Oslo kommune. Informasjon om forbud mot og konsekvenser ved kjønnslemlestelse ble også formidlet via plakater på trikk og tog. Helsepersonell i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ble i brev bedt om å tilby gravide omskårne kvinner samtale om kjønnslemlestelse med lege eller jordmor før og etter fødsel. I tillegg sendte Barne- og likestillingsdepartementet, Justis- og politidepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ut et felles brev til berørte etater i landets kommuner og andre aktuelle målgrupper for å informere nærmere om regelverket knyttet til kjønnslemlestelse, herunder taushetsplikt, avvergelsesplikt og opplysningsplikt til barnevernet.

Det langsiktige arbeidet mot kjønnslemlestelse videreføres i en ny tverrdepartemental handlingsplan som skal lanseres høsten 2007.

### **Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen foreslås:

- satt ned med 0,4 mill. kroner flyttet til kap. 715 post 01 til informasjonsvirksomhet i samband med elektromagnetiske felt og helse
- satt ned med 1 mill. kroner flyttet til kap. 720 post 01 til permanent styrking av Sosial- og helsedirektoratets arbeid med oppfølging av de nasjonale strategiene innenfor miljø- og helseområdet
- satt ned med 3 mill. kroner flyttet til post 60 til kommunetilskudd til Groruddalssatsingen
- satt ned med 5 mill. kroner flyttet til post 73 til tilskudd til fysisk aktivitet

### **Post 60 Kommunetilskudd, kan overføres**

Posten skal gå til å styrke folkehelsearbeidet gjennom en sektorovergripende organisering basert på partnerskap regionalt og lokalt, 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. Målet er å mobilisere ulike aktører på fylkes- og kommunenivå til et tverrsektorielt og systematisk folkehelsearbeid forankret i ordinære politiske og administrative prosesser. Fylkeskommunene – som regional utviklingsaktør

og planmyndighet – er pådrivere i folkehelsearbeidet og har lederrollen i regionale partnerskap der bl.a. fylkesmannsembetet, regionale helseforetak, høyskoler og frivillige organisasjoner deltar.

Satsingen på partnerskap for folkehelse regionalt og lokalt er videreført i 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) understøtter satsingen og legger sterke føringer for framtidig folkehelsearbeid forankret i forvaltningsorganer og demokratiske prosesser.

Fra 2007 mottar alle landets fylkeskommuner statlige stimuleringsmidler. Fylkeskommunene har pr 1. januar 2007 etablert partnerskapsavtaler med i underkant av 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.

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.

Folkehelsearbeidet forutsetter god regional og lokal tilpasning, helhetsløsninger med samordnet innsats på flere politikkområder, samt medvirkning fra innbyggerne og berørte parter for å gi resultater. Den tverrfaglige og nivåovergripende fylkes- og kommuneplanleggingen er derfor velegnet til å ta opp folkehelsepørsmål som krever bred tilnærming, og som er avhengig av at stat, fylkeskommuner, kommuner og frivillige organisasjoner drar i samme retning. Erfaringer fra Helse i plan-prosjektet skal brukes i dette arbeidet, jf. omtale i kap 719 post 21.

Regjeringen vil styrke tannhelse som del av folkehelsearbeidet og sørge for at dette blir integrert i partnerskap for folkehelse i fylker og kommuner.

Hovedutfordringen framover er å inkludere flere kommuner i satsingen. Videre er det nødvendig å videreutvikle det regionale samarbeidet for å understøtte det lokale folkehelsearbeidet, herunder også forebyggende tannhelsetiltak. Det er for eksempel viktig at fylkeskommunen ivaretar sitt veiledningsansvar overfor kommunene om

folkehelsehensyn i planlegging. Fylkesmannen har et særlig ansvar for å samordne statlig politikk med innvirkning på folkehelsen, bidra med rådgivning og nødvendig kunnskap om helsetilstand, viktige påvirkningsfaktorer og effektive tiltak for å fremme både den fysiske og psykiske helsen.

Som ledd i oppfølgingen av forvaltningsreformen vil det iverksettes arbeid med å vurdere regionenes rolle i folkehelsearbeidet der dette inngår som en ordinær oppgave for det regionale folkevalgte nivået.

### **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 2007 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 og økt fysisk aktivitet og forebygge tobakksskader, støtte opp om innsats i grunn- og videregående skoler og arbeidslivet.

Det kan være behov for å se ulike tematiske satsinger i sammenheng. Det er derfor igangsatt et arbeid for å samle ulike tematiske tilskuddsmidler til en samlet ordning, bl.a. for i gi fylkene et bredere prioriteringsgrunnlag.

Ordningen med tilskuddsmidler til lokale folkehelse tiltak videreføres i 2008. Midlene fordeles til og kanaliseres via de regionale partnerskapene. 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 er iverksatt en områdebasert satsing i Oslo kommune som involverer flere bydeler i Groruddalen. 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. Sosial- og helsedirektoratet er gitt i oppdrag å følge opp satsingen. I løpet av vinter 2007 er det etablert samarbeid med Oslo kommune og bydelene. Satsingen omfatter flere delprosjekter som bygger på erfaringer fra MoRo-prosjektet i bydel Romsås og på initiativ fra samarbeidende bydeler. Tiltak rettes mot risikogrupper i innvandrerbefolkningen. Satsingen videreføres og styrkes i 2008. Det vises til omtale i vedlegg til Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett.

Områdebasert satsing på fysisk aktivitet og livsstil i Groruddalen, Oslo kommune på 3 mill. kroner flyttes fra post 21 til post 60.

### **Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen over posten foreslås

- styrket med 2,5 mill. kroner til lavterskeltilbud i Groruddalen og Søndre Nordstrand
- satt opp med 3 mill. kroner flyttet fra post 21 til kommunetilskudd til Groruddalssatsingen.

### **Post 70 Hivforebygging, smittevern mv., kan overføres**

Det foreslås bevilget 29,3 mill. kroner til formålet, hvorav 20,5 mill. kroner til oppfølging av Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer, hivsamarbeidet med Kina og fylkesvise smittevernkonferanser. Det foreslås videre 8,8 mill. kroner til videreføring av innsatsen for å forebygge infeksjoner i helseinstitusjoner og motvirke antibiotikaresistens, samt smittevern generelt.

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 at antall nysmittede skal reduseres, og at alle som er smittet skal sikres god oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell legning, bosted, etnisk bakgrunn og egen økonomi.

Arbeidet med å sikre lett tilgjengelighet til test og behandling for seksuelt overførbare infeksjoner og hiv ble videreført i 2006. Dette omhandler målrettet informasjon til ungdom og unge voksne, samt videre drift av særskilte tiltak overfor menn som har sex med menn og lavterskel helsetilbud for kvinner og menn i prostitusjon. Flere organisasjoner satt fornyet fokus på tiltak som skal bidra til at hivpositive innvandrere i større grad enn tidligere blir ivaretatt i de eksisterende satsingene. Ordningen med gratis kondomer til ungdom, menn som har sex med menn og prostituerte ble videreført og utvidet.

På Verdens aidsdag 1. desember 2006 ble det etablert et nasjonalt hiv- og aidsråd. Rådet skal fungere som et konsultasjonsorgan for myndighetenes arbeid med hiv og aids nasjonalt og internasjonalt.

nalt, og har en bred sammensetning av ulike offentlige og private aktører. Møtene ledes henholdsvis av helse- og omsorgsministeren og utviklingsministeren.

I 2006 ble det diagnostisert 276 nye hiv-smittede i Norge, 179 menn og 97 kvinner. Dette er det høyeste antallet diagnostisert noe år i Norge og skyldes i hovedsak ny økning blant homoseksuelt smittede menn og et fortsatt høyt antall innvandrere som var hiv-smittet før ankomst til Norge.

Det ble i 2006 registrert en ny kraftig økning i den utbruddslignende situasjonen som man siden 2003 har hatt blant menn som har sex med menn i Oslo. Av de 90 tilfellene i 2006 oppga 57 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 164 tilfeller var det 122 personer av utenlandsk opprinnelse som var smittet før de kom til Norge, 76 kvinner og 46 menn. Det ble påvist syv hivpositive stoffmisbrukere i 2006, som er det laveste antall på flere år. Seks barn ble meldt perinatalt smittet i 2006, alle født i utlandet, og denne smitte måten anses å være under god kontroll. Totalt var det ved årsskiftet diagnostisert 3539 hivsmittede i Norge, 2400 menn og 1139 kvinner.

I 2006 ble det diagnostisert vel 21 000 tilfeller av genital klamydiainfeksjon, det høyeste antall tilfeller diagnostisert noe år i Norge. Det var en nedgang i meldte tilfeller av gonoré, både homoseksuelt og heteroseksuelt smittet, i 2006 sammenlignet med 2005. Det var imidlertid en kraftig økning i meldte tilfeller av syfilis, hovedsakelig som følge av utbrudd blant menn som har sex med menn i Oslo. Det er særlig gruppen menn som har sex med menn som pådrar seg gonoré og syfilis, mens blant kvinner og ungdom er forekomsten svært lav.

Arbeidet med å redusere forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner, særlig blant menn og ungdom, skal fortsette. Mårettede forebyggende tiltak, testing, smitteoppsporing og oppfølging tilpasset de ulike målgruppene skal prioriteres. Det vil bl.a. bli gjennomført en atferdsundersøkelse blant menn som har sex med menn som er brukere av nettsiden Gaysir.

FAFO igangsatte i 2007 et arbeid med ny undersøkelse av livskvalitet og levekår blant mennesker som lever med hiv. Rapport fra undersøkelsen vil foreligge i løpet av 2008. I lys av det økende antallet kvinner og menn som lever med hiv, vil det i 2008 fokuseres på å styrke tilbudene om psykososial oppfølging i tjenesteapparatet og organisasjonene.

Erfaringer fra arbeid overfor hivpositive innvandrere viser så langt at det foreligger store utfordringer relatert til åpenhet, stigma og diskriminering knyttet til hivstatus også i enkelte innvandrermiljøer.

Kvinner med innvandrerbakgrunn utgjør fortsatt en økende andel av hivpositive, og det skal settes inn tiltak som er tilpasset kvinners særskilte behov.

Hivsamarbeidet med Kina vil bli videreført i samarbeid med Norges Røde Kors.

Strategiplanen vil bli evaluert i løpet av høsten 2007 og våren 2008. Det vil bli gjennomført en samlet overordnet evaluering samt evalueringer av de største enkelttiltakene i planen. Det vil også bli gjennomført flere mindre devalueringer og kunnskapsoppsummeringer. Dette vil gi nyttig informasjon og viktige bidrag til arbeidet med å vurdere behov for nye strategier og effektive tiltak.

### Forebygging av antibiotikaresistens og infeksjoner i helseinstitusjoner

Det vil i løpet av 2007 bli utarbeidet en ny tverrdepartemental handlingsplan for å redusere forekomsten av antibiotikaresistens og smitte i helseinstitusjoner, bl.a. basert på erfaringer fra tidligere planer på områdene. Den nye handlingsplanen vil legge økt vekt på infeksjoner ervervet i kommunale helseinstitusjoner.

Ved endagsundersøkelsen i landets sykehus i mai 2007 hadde 5,7 pst. av de inneliggende pasientene en infeksjon som de hadde pådratt seg under oppholdet. Urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner og kirurgiske sårinfeksjoner utgjorde nesten en tredel hver av infeksjonene. Ved tilsvarende undersøkelse i tre hundre sykehjem hadde 6,7 pst. av beboerne en infeksjon. Urinveisinfeksjoner utgjorde over halvparten av infeksjonene mens nedre luftveisinfeksjoner og hudinfeksjoner utgjorde en femdel hver.

Høsten 2006 ble 3693 pasienter ved 38 sykehus fulgt i 30 dager etter kirurgisk inngrep. Ifølge data fra Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehus (NOIS) utviklet 6,5 pst. av pasientene en infeksjon som følge av inngrepet. Høyest var risikoen etter keisersnitt (9,1 pst.) og fjerning av galleblære (8,7 pst.). I 2007 og 2008 vil antallet deltakende sykehus øke betraktelig.

Antall infeksjoner med meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) økte fra 260 i 2005 til 332 i 2006. I tillegg kommer 271 tilfeller av bærerskap uten sykdom. Bare en firedel av pasientene var smittet utenfor Norge. De fleste tilfeller blir nå påvist utenfor sykehus. Pasientene har ofte sårinfeksjoner og andre hudinfeksjoner. Alvorlige infeksjoner med MRSA er svært sjeldne i Norge. Generelt har Norge en svært gunstig situasjon for antibiotikaresistens.

En ny veileder for forebygging av MRSA-spredning vil bli utgitt i 2008. Sykehjemmene vil bli til-

budt et system for bedre overvåking av forekomsten av infeksjoner hos beboerne, og sykehusene vil bli tilbudt en metode for overvåking av antibiotikaforbruk. Veilederne om bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil bli oppdatert.

Det er fra høsten 2007 etablert nye utdannings-tilbud i smittevern ved Nordisk högskola för folkhälsovetenskap i Göteborg, og videreutdanning i klinisk sykepleie med fordypning i infeksjon og smittevern ved Høgskolen i Bergen.

### Øvrig smittevern

Statens helsetilsyn fører tilsyn med at tjenestene etterlever smittevernloven. Alle de regionale helseforetakene og alle kommuner, med ett unntak, har overfor Statens helsetilsyn bekreftet at de har beredskapsplaner iht. smittevernloven.

Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv. trådte i kraft 1. januar 2006. Arbeidet med ferdigstillingen av en veileder om håndtering av avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste pågår, og forventes fullført i løpet av 2007.

I desember 2006 ble det fastsatt endringer i blodforskriften som stiller krav til identifikasjons-, overvåkings og kvalitetsstyringssystemer som sikrer et enda høyere beskyttelsesnivå for blodmottakere og blodgivere og som bidrar til å hindre overføring av smitte. Endringene i blodforskriften innebærer oppfølging i norsk rett av to nye EU-direktiver.

For å styrke kontrollen med de innretningene som har størst risiko for å spre Legionella, arbeides det med forslag til nytt regelverk som forventes å bli fastsatt i løpet av 2007. Nasjonalt folkehelseinstitutt vil utarbeide en ny veileder.

Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005) trådte i kraft 15. juni 2007. Reglementet, som skal sikre at verdenssamfunnet iverksetter nødvendige tiltak for å begrense internasjonal spredning av smittsomme sykdommer, gir retningslinjer for håndtering av utbrudd av smittsomme sykdommer i WHO og medlemslandene. Det arbeides med en ny forskrift som skal sørge for at det norske smittevernarbeidet tilpasses det nye internasjonale helsereglementet. Informasjonsopplegg for gjennomføringen av regelverket i kommunene vil bli utarbeidet i løpet av første halvår i 2008. I tillegg vil det bli vurdert å utarbeide en veileder til forskriften.

### Merknader til budsjettforslaget

Bevilgningen over posten foreslås satt ned med 1,5 mill. kroner overført til kap. 710, post 01. Registret

for overvåking av infeksjoner i sykehus, NOIS, har vært et viktig tiltak i handlingsplanen for forebygging av sykehusinfeksjoner 2004–2006, og er nå fastsatt i forskrift som et permanent tiltak. Finansieringen foreslås derfor flyttet til Nasjonalt folkehelseinstitutt.

### Post 71 Forebygging av uønskede svangerskap og abort m.v., kan overføres

Midlene bevilges til oppfølging av handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort, hjelpetelefonene og til kompetanse- og utviklings-tiltak. Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for oppfølging av tiltakene i handlingsplanen og hjelpetelefonene.

Det ble i 2006 utført om lag 14 000 svangerskapsavbrudd. Dette gir en abortrate på 13 per 1000 kvinner i alderen 15–49 år. Abortraten i aldersgruppen 15–19 år var 15,8 i 2006. Abortraten var høyest i aldersgruppen 20–24 år med en rate på 27,5.

Handlingsplanens hovedmål er at abortraten i aldersgruppen 15–49 år skal reduseres, dvs. en fortsatt nedgang i antall svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner i fruktbar alder, 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 generelt, ungdom og unge voksne med etnisk minoritetsbakgrunn, grupper med spesielle behov og kvinner/par som vurderer abort.

Innsatsområdene i handlingsplanen følges opp bl.a. ved å styrke lokale lavterskeltilbud til ungdom. Det er på landsbasis etablert 325 helsestasjoner for ungdom og som også favner ungdom med minoritetsbakgrunn. 60 pst. av helsestasjonene for ungdom har fast undervisningstilbud 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](http://www.klara.klok.no). Brukere er ungdom fra hele landet og 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 ung-

domshelsetilbudet 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.

Kompetansehevingprosjekter til ungdom med ikke-vestlig bakgrunn og ungdom og unge voksne med funksjonshemninger er gjennomført på landsbasis.

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.

Informasjonshafter til elever og foreldre om samliv og seksualitet, som distribueres årlig i tiende klasse og som er supplert med temasider på [www.skolenettet.no](http://www.skolenettet.no), skal evalueres av Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Utdanningsdirektoratet.

I 2006 var det 2500 helsesøstre og jordmødre som hadde 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 per pakning.

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere muligheten for å utvide jordmødres og helsesøstres rett til å forskrive hormonelle prevensjonsmidler til å omfatte aldersgruppen 20–24 år, jf. flertallsmerknaden i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007). Det er innhentet synspunkter på spørsmålet om utvidet rekvireringsrett og behovet for en eventuell endring i fagplaner og undervisning fra de høyskolene som tilbyr helsesøster- og/eller jordmorutdanning. Videre skal det i perioden 2007–

2009 gjennomføres et forsøk med gratis/subsidiert hormonell prevensjon til kvinner i aldersgruppen 20–24 år.

Arbeidet med å sikre gode rutiner for tilbud om informasjon og veiledning til gravide og par som vurderer svangerskapsavbrudd videreføres. Sosial- og helsedirektoratet planlegger i 2007 å utgi en håndbok som skal bidra til å sikre likhet i abortnemndenes arbeid. Direktoratet avholder også landskonferanser med nemndene. Departementet har i 2007 sendt på høring et forslag om endringer i abortnemndenes struktur.

Midler til kompetanse- og utviklingstiltak har i 2006 og 2007 vært brukt til å innføre elektronisk melding av svangerskapsavbrudd fra sykehusene til Medisinsk fødselsregister ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og opplæring i melderutinene for personell på sykehusene m.v.

### **Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen over posten foreslås satt ned med 2 mill. kroner flyttet til kap. 710, post 01. Fra og med 2008 innføres elektronisk meldesystem for svangerskapsavbrudd på permanent basis. Det foreslås derfor at midler til drift av datasystemet, kvalitets-sikring og opplæring av personell som sender melding om svangerskapsavbrudd, flyttes til Nasjonalt folkehelseinstitutt.

### **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 Amatheias 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.»

Amatheia er et landsdekkende tilbud med 18 veiledningskontorer og med felles administrasjon i Oslo. I 2006 var det 49 rådgivere som utførte til sammen 31 årsverk. Samtlige ansatte er høyskole- eller universitetsutdannet med kompetanse innen rådgivnings-/veiledningsmetodikk. I 2006 disponerte stiftelsen 8450 timer fra frivillige til avlastning og barnepass. Amatheia er i hovedsak finansiert over statsbudsjettet. I 2006 utgjorde tilskudd fra fylker/



helseforetak og kommuner vel 3,7 mill. kroner, og private gaver utgjorde om lag 660 000 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 Amatheas råd og veiledning er annen generasjon innvandrere. Amatheas bør også stille sin veiledningstjeneste til disposisjon i arbeidet med å avdekke og forebygge kjønnslemlestelse av kvinner, og informere om helsehjelp til berørte grupper i forbindelse med svangerskap og fødsler.

Som en oppfølging av Sintef Helses evaluering av organisasjonen i 2006, har stiftelsen gjennomført tiltak for å unngå dobbeltkommunikasjon, sikre faglig forsvarlighet, øke satsingen på primærforebyggende arbeid og på minoritetshelse.

### Post 73 Fysisk aktivitet, kan overføres

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. Innsatsen rettes særlig mot fysisk inaktive og ulike grupper i befolkningen med behov for spesiell tilrettelegging. Barn og unge er en prioritert målgruppe. Handlingsplanen omfatter statlige virkemidler og tiltak på åtte departementers ansvarsområder og initierer et bredt samarbeid på alle forvaltningsnivåer, bl.a. ved at fysisk aktivitet skal inngå som en prioritert satsing i partnerskap for folkehelse.

I 2004 ble det innført en tilskuddsordning rettet mot frivillige organisasjoner for å stimulere til forebyggende helsearbeid gjennom økt fysisk aktivitet, jfr. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2003–2004). Tilskuddsordningen er fra 2005 videreført som en integrert del av handlingsplanen for å stimulere til lokalbaserte lavterskelaktiviteter.

I 2006 ble kr 315 000 tildelt de 16 partnerskapsfylkene og kr 300 000 til øvrige fylker. Fylkenes rapportering om bruk av midlene i 2006 viser at det er stor etterspørsel etter denne typen midler regionalt og lokalt, og at midlene går til sitt formål. Idretten fikk størst andel av de tildelte midlene, fulgt av organisasjoner som arbeider med helse og friluftsliv.

Som del av kommunikasjonsstrategien er det etablert et eget nettsted [www.1-2-30.no](http://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 januar 2006 er etterfulgt av aktivitetskonferanser på fylkesnivå i 2006 og 2007. Videre er det etablert ressursgrupper for fysisk aktivitet i de fleste fylker. Aktivitetsprisen for 2006 ble tildelt

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke for den landsomfattende kampanjen «Hvert skritt teller».

I 2007 er alle fylker tildelt kr 500 000 av midlene på posten. Tilskuddsmidlene er viktig for mobiliseringen av frivillige organisasjoner. Frivillige organisasjoners innsats i tilrettelegging av fysisk aktivitet på lokalplanet for ulike grupper er et viktig bidrag i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Lokalbaserte lavterskeltilbud skal fortsatt prioriteres.

På bakgrunn fra erfaringer fra FYSAK er det etablert et «Forum for fysisk aktivitet» som består av ressursgrupper og aktører fra alle fylker. Det arrangeres årlige seminarer for informasjons- og erfaringsutveksling.

Oppfølgingen av øvrige tiltak i handlingsplanen pågår og vil fortsette i 2008. Det er satt søkelys på arbeidsplassen som arena for å fremme fysisk aktivitet og trivsel blant ansatte og som et bidrag til å redusere sykefravær.

Et treårig arbeidsmiljøprosjekt Aktive Sykehus med vekt på fysisk aktivitet er etablert og skal gjennomføres ved et utvalg sykehus i hver helseregion. Målet med prosjektet er å bidra til økt fysisk aktivitet, fremme trivsel generelt og bidra til et helsefremmende arbeidsmiljø og til redusert sykefravær. 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 Bedriftsiddrettsforbund ivaretar prosjektledelse og ansvar for den faglige delen i samarbeid med de respektive sykehus. Alle deltakende sykehus vil være i gang i løpet av 2007. Prosjektet gjennomføres i perioden 2007–2009 og skal evalueres.

I samarbeid med arbeidslivets organisasjoner er det lagt til rette for markering av WHO's internasjonale aktivitetsdag 10. mai 2007 hvor temaet var fysisk aktivitet på arbeidsplassen. Samarbeidet fortsetter i 2008.

Rapport fra kartleggingen av fysisk aktivitet og fysisk form blant 9- og 15-åringer vil foreligge høst 2007. En tilsvarende kartlegging blant voksne og eldre starter opp i løpet av 2007. Kartleggingene er ledd i utviklingen av et system for overvåking av aktivitetsnivået som pågår og vil fortsette i 2008. Arbeid for å styrke kunnskapen om bl.a. fysisk aktivitet og helse i relevante grunnutdanninger og etter- og videreutdanningstilbud pågår og fortsetter i 2008.

Arbeid med sikte på aktivitetsfremmende areal- og transportplanlegging pågår i samarbeid med relevante myndigheter og vil fortsette.

Det er tildelt midler til aktivitetstilbud for innvandrerkvinner i Oslo i regi av Norsk Folkehjelp.

Videre er det tildelt midler til Helse Øst RHF ved Ullevål Universitetssykehus om fysisk aktivitet som ledd i behandling av kreftpasienter. Det tas sikte på å vinne erfaringer som kan komme andre sykehus og pasienter til nytte.

### **Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen over post 73 foreslås

- satt opp med 5 mill. kroner fra post 21 til tilskudd til fysisk aktivitet, blant annet prosjektet Aktive sykehus.
- satt ned med 0,5 mill. kroner til Helsebiblioteket, jf. omtale under Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten kap. 725, post 01.

### **Post 74 Skolefrukt, kan overføres**

Ut i fra helsehensyn er det ønskelig å øke inntaket av frukt og grønnsaker i hele befolkningen, og spesielt blant barn og unge. Undersøkelser viser at bare en femdel av grunnskoleelevene har med frukt og grønnsaker hjemmefra. Den subsidierte, landsomfattende abonnementsordningen Skolefrukt er tiltak for å øke tilgjengelighet og forbruk blant barn og unge og på den måten etablere gode matvaner tidlig.

Våren 2007 deltok totalt 1567 skoler og drøyt 91 000 elever i Skolefruktordningen. Nettbasert påmelding for skoler og abonnenter ble videreutviklet for å forenkle deltakelse.

De viktigste suksesskriteriene for Skolefrukt har vist seg å være god kvalitetssikring, egen skolefruktansvarlig på skolene, aktiv elevmedvirkning, enkel administrering for skolene og løpende informasjonsarbeid. Skolefrukt er innført på Svalbard, det er gjennomført ulike informasjons- og kvalitetssikringstiltak, utviklet nye hjelpemidler for leverandører og skoler og kjørt TV-spot og riksannonser i flere runder. Kartlegginger viser at deltakerskolene og abonnentene er godt fornøyd med Skolefrukt, og at abonnentene øker forbruket av frukt og grønnsaker. Det er imidlertid en utfordring at undersøkelser har vist at ordningen 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 abonnementsstallet enn forventet.

Fortsatt kvalitetssikring, pedagogiske hjelpemidler og god informasjon om alternative måter å organisere abonnementsordningen på samt prøveprosjekt er derfor viktig for å oppnå økt deltakelse i ordningen.

Gratis frukt og grønt for alle elever er et viktig virkemiddel for bedre folkehelse og sosial utjev-

ning. Fra høsten 2007 fikk alle barneskolene i Drammen kommune, et utvalg av barneskolene i Oslo kommune og alle barneskolene i Finnmark fylke et tilbud om gratis skolefrukt fra og med høsten 2007. Dette tilbudet foreslås videreført, foreløpig ut 2008. Ordningen organiseres av Skolefrukt, som er driftet av Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Tilbudet vil gi erfaringer med gratis frukt/grønt ved barneskoler både fra by- og landkommuner, store og små kommuner og fra ulike deler av landet. I resten av landet vil elever ved rene barneskoler fortsatt kunne melde seg på den foreldrebetalte abonnementsordningen.

Abonnementsordningen Skolefrukt videreføres parallelt med Kunnskapsdepartementets introduksjon av gratis skolefrukttilbud til skoler med ungdomstrinn fra høsten 2007. Dette tilbudet omfatter 46 pst. av elevene i grunnskolen og skoleeiere har fått tilbud om å benytte administrasjonssystemet og erfaringer fra abonnementsordningen.

### **Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen over posten foreslås satt ned med 13,7 mill. kroner overført til kap. 571, post 60, til dekning av gratis frukt og grønt for skoler med ungdomstrinn.

### **Post 79 Andre tilskudd, kan overføres, kan nyttes under post 21**

Formålet med posten er tilskudd til ulike handlingsplaner, forskningsinstitusjoner og frivillige organisasjoner mv. på folkehelseområdet. Det foreslås videre bevilget tilskudd til Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner, befolkningsundersøkelsen Hunt og den frivillige organisasjonen Ammehjelpen.

8 mill. kroner av bevilgningen foreslås satt av til tilskudd til befolkningsundersøkelsen Hunt 3 i Nord-Trøndelag. Dette innebærer at tilskuddet til Hunt 3 settes opp med 2 mill. kroner. Hunt-undersøkelsene er unike spesielt grunnet høy deltakelsesprosent og stabilt befolkningsgrunnlag. Undersøkelsene vekker interesse internasjonalt, og løfter Norge i epidemiologisk sammenheng. Selve innsamlingen av data skal etter planen avsluttes i løpet av 2008. For å sikre at Hunt 3 kan gjennomføres som planlagt, vil tilskuddet til Hunt 3 bli foreslått videreført i budsjettforslagene for 2009 og 2010.

Tilskudd til ny nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma, allergi og inneklimalager og Handlingsprogram for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd dek-

kes over denne posten. Likeledes tilskudd til det ulykkesforebyggende arbeidet, herunder det nye personskaderegisteret. Det skal i 2008 utarbeides en ny nasjonal strategi for det ulykkesforebyggende arbeidet.

**Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen over posten foreslås satt ned med 0,5 mill. kroner til Helsebiblioteket, jf. omtale under Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kap. 725, post 01.

## Programkategori 10.20 Helsetjeneste

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på kapitler

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
720	Sosial- og helsedirektoratet	449 353	439 342	455 951	3,8
721	Statens helsetilsyn	69 960	70 750	71 644	1,3
722	Norsk pasientskadeerstatning	95 889	99 786	109 621	9,9
723	Pasientskadenemnda	23 835	22 572	26 696	18,3
724	Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak	226 540	248 858	233 831	-6,0
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	99 977	64 993	95 762	47,3
726	Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige	94 762	148 038	158 904	7,3
727	Tannhelsetjenesten	51 971	55 706	63 102	13,3
728	Forsøk og utvikling mv.	99 458	56 661	66 497	17,4
729	Annen helsetjeneste	219 402	231 896	244 267	5,3
	Sum kategori 10.20	1 431 147	1 438 602	1 526 275	6,1

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på postgrupper

					(i 1 000 kr)
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
01-23	Statens egne driftsutgifter	889 525	817 140	888 460	8,7
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	217 303	249 312	238 163	-4,5
70-89	Andre overføringer	324 319	372 150	399 652	7,4
	Sum kategori 10.20	1 431 147	1 438 602	1 526 275	6,1

Kategori 10.20 Helsetjeneste omfatter sentrale statlige tilskudd og virksomheter som retter seg inn 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 finansier-

ingen av en rekke helsetjenester. Nedenfor omtales allmennlegetjenesten, legevakt, jordmortjenesten og fysioterapitjenesten. Helsestasjonvirksomhet og skolehelsetjeneste er omtalt i programkategori 10.10. Hjemmesykepleie og sykehjem er omtalt i programkategori 10.60.

Spesialisthelsetjenesten omtales i hovedsak under kategori 10.30 Regionale helseforetak.

## Den kommunale helsetjenesten

### Allmennlegetjenesten, inkludert fastlegeordningen

Allmennlegetjenesten i kommunene omfatter fastlegeordningen, offentlige allmennmedisinske oppgaver og legevakt. Legevakt er omtalt nedenfor. I kategori 10.60 kapittel 761, post 21, er legetjenester i sykehjem og legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon nærmere omtalt.

Den samlede årsverkkinnsatsen i allmennlegetjenesten utgjorde i 2006 4281 årsverk, dvs. en økning på 62 årsverk (1,5 pst.) fra 2005. Den største delen av økningen var innen legetjenester på institusjon (sykehjem). Siden 2000 har det vært en økning på til sammen 472 årsverk (12,5 pst.). Hoveddelen av denne økningen fant sted i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen.

Ved utgangen av 1. halvår 2007 var det registrert 3880 fastlegepraksiser/-hjemler i kommunene. Dette er en økning med om lag 320 fra tiden før innføringen av fastlegeordningen 1. juni 2001. 2 pst. av hjemlene/listene (80 lister) har ikke fast lege. Disse listene er som hovedregel dekket av vikarer. Andelen av listene som manglet fast lege var størst i Finnmark (9 pst.), og dernest i Nord-Trøndelag og Nordland (6 pst. i begge fylker).

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 av 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. Per 1. halvår 2007 er denne andelen gradvis økt til 31,8 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. Om lag 50 pst. av listene er åpne. Dette varierer fra 32 pst. i Telemark til 69 pst. i Finnmark. Om lag 1,5 pst. av innbyggerne bytter fastlege etter eget ønske per kvartal.

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 helseut-

fordringer 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 er nærmere omtalt under kap. 724, post 21.

### Legevakt

Norsk Gallup gjennomførte på oppdrag av Helsetilsynet i 2002 en kartlegging av tilgjengelighet til legevaktordningene på dagtid i kommunene. Resultatene var ikke tilfredsstillende. I bare 43 pst. av tilfellene fikk man kontakt med et legekantor som hadde vakt. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har ved hjelp av TNS Gallup gjennomført en oppfølgingsundersøkelse i 2006. Resultatene er betydelig bedre enn i 2002.

I 67 pst. (292 av 438) av tilfellene fikk man direkte kontakt med legekantor som hadde vakt. I 62 tilfeller ble man henvist til egen fastlege eller annen lege i kommunen, hvor man fikk kontakt med 49. Samlet sett fikk man altså hjelp i 78 pst. (341) av tilfellene, altså nesten åtte av ti, mot fire av ti i 2002. Antall oppringninger som ikke besvares umiddelbart er redusert (fra 144 til 51) og tilfeller der man henvises til tilfeldig lege i kommunen er redusert (fra 114 til 62) i forhold til 2002. I samme periode er tiden det tar å nå gjennom på telefon redusert fra 2,5 minutter til 2,0 minutter.

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 70 pst. av landets kommuner, det vil si om lag 300 kommuner, et samarbeid med andre kommuner om en eller annen form for interkommunal legevaktordning. På landsbasis er det etablert 36 interkommunale samarbeid med stasjonær legevakt og legevaktsentral som omfatter til sammen 163 kommuner. I 21 av samarbeidene er legevakten lokalisert ved sykehus, og 22 befinner seg på Østlandet og Sørlandet. I Sogn og Fjordane og Finnmark er det foreløpig ingen. De fleste har åpningstid enten utenom vanlig kontortid eller hele døgnet alle dager, men i noen tilfeller har kommunene felles legevakt bare på natt.

Helse- og omsorgsdepartementet har fått utredet økonomien i interkommunale legevaktsamarbeid. Dette ble presentert i kommuneproposisjonen for 2008. I rapporten fra arbeidsgruppa tilrås at departementet vurderer en tilskuddsordning til dekning av etableringskostnader og kvalitetsutviklingstiltak, som et rent stimuleringsstiltak for å få fortgang i etablering av flere interkommunalt legevaktsamarbeid. Dette følges opp av departementet, se kap. 724, post 21. Øvrige tiltak er også omtalt i kap. 724.

Sosial- og helsedirektoratet vil i 2008 få ansvar for at det gjennomføres en undersøkelse av brukertilfredshet i legevaktjenesten.

### Jordmortjenesten

Jordmortjenesten har vært en obligatorisk del av kommunehelsetjenesten siden 1995. Formålet med tjenesten er å styrke svangerskapsomsorgen i kommunene slik at gravide 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 lov-pålagt.

Antallet jordmorårsverk i kommunehelsetjenesten økte fra 201 i 1995 til 283 i 2000. Antallet jordmødre har de senere årene vært relativt stabilt med en økning til 293 årsverk i 2006.

En kartlegging av jordmortjenesten og følgetjenesten i 2003 viste at vi står overfor noen utfordringer knyttet til disse tjenestene. Om lag 10 pst. av kommuner/bydeler mangler tilbud om svangerskapsoppfølging hos jordmor. Jordmordekningen er geografisk skjevfordelt og stillingsbrøkene er til dels svært små. 22 pst. av kommunene/bydelene oppgir stillingsandeler på under 25 pst. 40 pst. av kommunene med over én times reisevei til fødested hadde i 2003 ingen følgetjeneste.

For å sikre god kvalitet på tjenestene og trygghet og kontinuitet for brukerne vil departementet i løpet av 2007 ferdigstille en helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf. omtale under 732.

### Fysioterapitjenesten

Ressursinnsatsen i fysioterapitjenesten utgjorde til sammen 4205 årsverk i 2006, fordelt på 1348 årsverk i ansettelsesforhold, 2551 med kommunal driftsavtale samt 148 turnuskandidater. Det er

registrert 158 privatpraktiserende fysioterapeuter uten avtale med kommunen. I 2002 var ressursinnsatsen 4130 årsverk.

Regjeringen har startet et arbeid med en gjennomgang av finansieringen av fysioterapitjenesten i kommunene med sikte på økt kommunalt finansieringsansvar. En arbeidsgruppe med deltakelse fra blant annet KS og Norsk Fysioterapeutforbund har sett på ulike tiltak som kan bidra til at kommunene får et større finansieringsansvar, og har vurdert ulike finansieringsmodeller. Departementet vil vurdere gruppens arbeid, med sikte på eventuelle forslag til endringer.

I tillegg er det foretatt en gjennomgang av dagens egenbetalings- og skjermingsordninger innen fysioterapi. En arbeidsgruppe med representanter fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, Sosial- og helsedirektoratet og Norsk Fysioterapeutforbund har skissert ulike alternative modeller for skjerming. Departementet vil komme tilbake til oppfølgingen.

Sosial- og helsedirektoratet har foretatt en kartlegging av fysioterapitjenesten i kommunene for perioden 1985-2005. De viktigste funnene var at tilgjengeligheten av fysioterapeuter er god, og at fysioterapitjenesten har gjennomgått en positiv faglig utvikling i perioden. Etterspørselen etter fysioterapi øker. Beregninger tyder på at et stort antall fysioterapeuter går av med pensjon om 10 år. Fra samme periode vil antall eldre i befolkningen øke. Departementet vil løpende vurdere utdanningskapasiteten av fysioterapeuter.

### Logopeder og audiopedagoger

I St.prp. nr. 61 (2005-2006) Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2007 (kommuneproposisjonen) ble det varslet at Helse- og omsorgsdepartementet ville sende på høring et forslag om omlegging av dagens trygdefinansiering av tjenester fra privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger. I St.prp. nr. 1 (2006-2007) ble det vist til forslaget og anført at departementet ville fremme en odelstingsproposisjon våren 2007, med sikte på iverksetting 1. juli 2007. Det ble vurdert slik at ved denne endringen ville ansvarsforholdene bli klarere, og at det ville skapes ansvars-erkjennelse i kommuner og fylkeskommuner for logopediske og audiopedagogiske tjenester, og at logopediske og audiopedagogiske tjenester i større grad ville kunne ses i sammenheng med andre pedagogiske og rehabiliteringsrelevante tiltak.

På bakgrunn av de innspill departementet har mottatt, har departementet kommet til at en vil se dette spørsmålet i en videre sammenheng.

Departementet ser det som viktig at logopediske og audiopedagogiske tjenester ses i sammenheng med andre pedagogiske og rehabiliteringsrelevante tiltak. Det er bl.a. i den faglige gjennomgangen av tilbudet til pasienter med leppekjevne-ganespalte påpekt at det er vanskelig å få oversikt over det eksisterende tilbudet fordi tjenester fra privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger ikke er en integrert del av det kommunale/fylkeskommunale tilbudet, og at dette kan svekke kontinuitet og samarbeid.

Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere å sette i gang en kartlegging av logoped- og audiopedagogtjenesten, i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, og i denne sammenheng vurdere betalingsordninger, som grunnlag for departementets oppfølging av spørsmålet om trygdefinansiering av tjenester fra privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger.

Det vises til omtale under kap. 2755, post 75.

### Utdanning av kiropraktorer

Sosial- og helsedirektoratet leverte i juni 2006 en utredning om eventuell etablering av kiropraktorutdanning i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet anser det ikke som aktuelt å etablere kiropraktorutdanning i Norge de nærmeste år.

### Godkjenningsordning av fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi

Sosial- og helsedirektoratet er gitt i oppdrag å foreta en prinsipiell og overordnet gjennomgang og vurdering av helsepersonells autorisasjonsordning. Som del av oppfølgingen av dette vil departementet bl.a. vurdere spørsmålet om offentlig godkjenningsordning for fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi.

### Den fylkeskommunale helsetjenesten

#### Tannhelsetjenester

29. juni 2007 la Regjeringen fram St.meld. nr. 35 (2006-2007), Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidens tannhelsetjenester.

#### Hovedutfordringene

Målet om likeverdig tilbud av helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon utgjør grunnlaget for regjeringens vurderinger av hovedutfordringene innenfor tannhelsefeltet. Politikktutforming er basert på regje-

ringens verdigrunnlag slik det framkommer av Soria Moria-erklæringen. Regjeringen vil redusere forskjellene i samfunnet og styrke det offentlige ansvar og rolle innen sentrale velferdsoppgaver som helse, omsorg og utdanning. Innenfor tannhelsefeltet spesielt er det overordnede målet likeverdig tilgjengelighet og sosial utjevning i tannhelse.

#### Tannhelsetilstanden i befolkningen

Det er store variasjoner når det gjelder sykdomsforekomst og tannhelsetilstand. Blant barn og unge er utfordringene særlig knyttet til dem som har høyest risiko for å få kariessykdom. Unge som i en alder av 18 – 20 år har mange reparerte tenner, vil i løpet av hele sitt voksne liv få større behov for reparasjoner sammenliknet med dem som på samme aldersnivå har få reparasjoner eller bare friske tenner. Det helsefremmende og forebyggende arbeid er derfor en ekstra utfordring i den sammenheng.

I den voksne befolkningen er forskjellene knyttet både til forskjeller i sykdomsaktivitet, og til forskjeller i behov for odontologisk rehabilitering. Høy sykdomsaktivitet rammer blant annet dem som kommer i livssituasjoner hvor de selv ikke mestrer å ivareta egen tannhelse. Det gjelder også dem som på grunn av livssituasjon, sykdomstilstand, funksjonstilstand, økonomi, angst eller andre årsaker ikke evner å oppsøke tannhelsetjenester for nødvendig hjelp. En styrking av det generelle folkehelsearbeidet, som også gavner tannhelsen, er derfor viktig overfor befolkningen generelt.

For mange i den eldre befolkningen er hel eller delvis tannløshet et resultat av mangelfull tilgang på tannlegjetjenester i første del av forrige århundre. For disse er det tilbudet av tjenester og finansieringen av tjenester som er av størst betydning.

#### Tjenester til dem som trenger det mest

En utvidelse av offentlig finansierte tannhelsetjenester til de som trenger det mest vil kreve ulike tilnærminger. Den største utfordringen gjelder dem som av ulike grunner ikke oppsøker tannhelsetjenester. Her må blant annet oppsøkende tilbud og/eller lavterskeltilbud måtte vurderes. Erfaringene fra andre land tilsier at universelle finansieringsordninger ikke når fram til disse. Når det gjelder dem som på eget initiativ oppsøker tannhelsetjenester, er utfordringen å utforme skjermingsordninger mot høye utgifter. Dette gjelder særskilt for dem som selv ikke evner å dekke kostnader til nødvendig tannhelsehjelp.

### *Likeverdig tilgjengelighet til tannhelsetjenester*

For å kunne nå målet om likeverdig tilgjengelighet til tannhelsetjenester er det særskilte utfordringer med geografisk fordeling av tannhelseressurser. Når det gjelder allmenntannhelsetjenester er utfordringene i hovedsak avgrenset til de områder eller distrikter hvor offentlige tannlegestillinger står ubesatt over lengre tid. Når det gjelder spesialisttjenester er utfordringene sammensatte. Dels gjelder det dimensjonering og finansiering av spesialistutdanningen. Dels gjelder det organiseringen av utdanningen i kombinasjon med virkemidler som sikrer bedre geografisk fordeling av spesialister.

### *Effektiv ressursutnyttelse*

En effektiv ressursutnyttelse av tannhelsepersonell tilsier større endringer i oppgavefordeling mellom tannpleiere og tannleger, og at tannpleiere i økende grad ivaretar førstelinje-rollen med regelmessige tannhelsekontroller. Dette forutsetter økning i utdanningskapasiteten av tannpleiere og betydelige strukturendringer når det gjelder klinikk- og praksisstruktur, særlig innenfor privat sektor. Det tilsier også at samarbeidet fylkeskommunene imellom og samarbeidet med den private sektor må løftes opp på et annet 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.

### *Forenkling av regelverk for trygderefusjon*

Regelverket for trygdens refusjon til tannbehandling forenkles i to trinn. Fra 1. september 2007 ble kravet om forhåndsgodkjenning for behandling hvor trygden yter stønad etter folketrygdloven § 5-6 opphevet (omfatter stønad på til sammen om lag 500 mill. kroner). Fra 1. januar 2008 foreslås at ordningen med bidrag til tannbehandling for visse pasientgrupper etter folketrygdloven § 5-22 (om lag 120 mill. kroner) faller bort og erstattes av refusjon etter § 5-6. Endringene betyr at pasient og tannlege sparer tid og penger, og aktuell behandling kan starte med en gang. Endringene legger til rette for at tannleger kan etablere elektronisk direkteoppgjør med trygden for behandlinger hvor trygden yter stønad. Pasientene slipper dermed å

betale full pris hos tannleger, for deretter å gå til trygdekontor for å få utbetalt stønad.

### *Forbrukerrettigheter og prisinformasjon*

Forbrukernes og pasientenes posisjon innenfor tannhelsefeltet må styrkes. Dette gjelder valgfriheten til å kunne velge behandler for dem som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Behovet for å styrke forbrukernes posisjon er ekstra stort i forbindelse med prisinformasjon. Privatpraktiserende tannleger og tannpleiere har fri prissetting av sine tjenester. Det er stor variasjon i priser. 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. Av St.meld. nr. 35 (2006–2007) går det fram at regjeringen vil etablere en elektronisk prisopplysningstjeneste, en prisportal som skal omfatte priser til tannleger og tannpleiere. Plikt til å gi prisopplysninger til en prisportal må reguleres i prisforskriften. Denne vil bli gjennomgått med sikte på etablering av prisportal i løpet av 2009.

### *Kunnskapsutvikling*

Innenfor tannhelsesektoren er det et stort behov for kunnskapsoppbygging. På det kliniske nivå har dette betydning for grunnutdanningen, i den kliniske hverdag og i spesialistutdanningen. For fylkeskommunen som ansvarlig forvaltningsnivå er kunnskapsoppbygging av stor betydning for å kunne ivareta sørge for-ansvar, følge med-ansvar, folkehelsearbeidet og prioritering av oppgaver overfor de prioriterte grupper. For statlige myndigheter er kunnskapsoppbygging av avgjørende betydning for å kunne videreutvikle det offentlige engasjement på tannhelsefeltet.

### *Et styrket forvaltningsnivå*

De utfordringer som er skissert over forutsetter et styrket forvaltningsnivå som kan ivareta sentrale oppgaver i videreutviklingen og forbedringen av tannhelsetjenester til befolkningen i landet. Fylkeskommunenes ansvar for tannhelsetjenester, herunder forebyggende tannhelsetiltak, må utvides og vurderes i sammenheng med ansvar og roller i folkehelsearbeidet for det regionale folkevalgte nivået.



**Kap. 720 Sosial- og helsedirektoratet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
01	Driftsutgifter	365 376	351 698	358 938
21	Spesielle driftsutgifter	53 565	44 795	44 321
22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	30 412	42 849	52 692
	Sum kap. 720	449 353	439 342	455 951

Overført fra 2006 til 2007:

Post 21: 766 000 kroner

Post 22: 34 593 000 kroner

**Post 01 Driftsutgifter****Formål og ansvar**

Sosial- og helsedirektoratet er et fagdirektorat og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet, både på folkehelse- og levekårsområdet og på sosial- og helsetjenesteområdet. Dette innebærer å:

- Ha ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelse og levekår samt å følge med på utviklingen i helse- og sosialtjenestene. På dette grunnlaget 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 en kompetanseorganisasjon som myndigheter, ulike sektorer, tjenesteapparatet, interesseorganisasjoner, fag- og utviklingsmiljøer samt media ser det som naturlig å henvende seg til.
- Inneha spisskompetanse på helse- og sosiallovgivningen i Norge.

Sosial- og helsedirektoratets hovedmål er sosial trygghet og god helse. Målet skal nås gjennom oppfølging, utvikling og iverksetting av effektive forebyggende tiltak og arbeid knyttet til tjenestene på sosial- og helseområdet.

Direktoratet har en rekke sentrale forvaltningsoppgaver, herunder myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor sosial- og helse-sektoren. Sosial- og helsedirektoratet skal sikre at vedtatt politikk iverksettes på helse- og sosialområdet. Sosial- og helsedirektoratet skal bidra aktivt i internasjonalt arbeid på sosial- og helseområdet.

Arbeidet for direktoratets visjon om *Sosial trygghet og god helse for hele befolkningen* krever at en ser utover landegrensene og ser sosial trygghet og helse i globalt perspektiv.

**Resultatrapportering og tilstandsvurdering**

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet Strategisk plan 2007-2010. Den viser hvordan direktoratet ønsker å møte utfordringene i og overfor sosial- og helsesektoren i Norge de nærmeste årene. Direktoratet fokuserer på å bedre kvaliteten i sosial og helsetjenesten, redusere forskjellene i helse og levekår, fremme faktorer som gir god helse i befolkningen og bedre grunnlaget for sosial inkludering for alle.

Direktoratet har i 2006 hatt en god måloppnåelse. Utfordringer i årene som kommer, er spesielt knyttet til folkehelse og levekår, utviklingen av helse- og sosialtjenestene, samarbeidet med andre sektorer og kontakten med publikum og brukerne.

Tiltak direktoratet har ansvar for er dels finansiert over direktoratets eget budsjettkapittel og dels over andre kapitler. Omtalen av politikk og tilstandsvurdering innenfor direktoratets virksomhetsområder og tverrgående satsningsområder er omtalt under andre kapitler i denne proposisjonen og Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjettproposisjon.

For å styrke og synliggjøre Sosial- og helsedirektoratets følge-med ansvar, ble rapporten «Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren» gitt ut første gang i 2006. Den 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. Årets rapport har fokus på barn og unge, korridor-pasienter og demografiske utfordringer.

**Satsningsområder for 2007**

Direktoratet skal ha følgende hovedfokus i arbeidet:

*Bedre kvalitet i sosial- og helsetjenesten*

Dette betyr systematisk arbeid for at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukere og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og ta i bruk den best tilgjengelige kunnskapen. Riktig prioritering av tjenester og pasienter er en grunnleggende forutsetning for god samlet helsetjeneste.

*Redusere forskjellene i helse og levekår*

Dette betyr systematisk arbeid for å bidra til bedre fordeling av helse og levekår i befolkningen. Spesiell oppmerksomhet rettes mot sosial ulikhet, situasjonen til personer med funksjonsnedsettelse og geografiske forskjeller. Dette innebærer også å arbeide for at tjenestene skal være tilgjengelige for alle og rettferdig fordelt.

*Fremme faktorer som gir god helse i befolkningen*

Folkehelsearbeid handler om å påvirke og bidra til en jevnere sosial fordeling av de faktorene som har betydning for befolkningens helse.

*Bedre grunnlaget for sosial inkludering for alle*

Dette betyr systematisk arbeid for å fremme likestilling, tilgjengelighet og deltakelse for alle i samfunnet, og oppnås gjennom universell utforming, nødvendig inntektssikring og rehabilitering for økt arbeidsdeltakelse.

**Merknader til budsjettforslaget for 2008**

Det foreslås at driftsrammen reduseres med 3,4 mill. kroner som krav til effektivisering.

Det foreslås følgende budsjettmessige endringer over posten:

1,5 mill. kroner til faglig oppfølging av sykefraværsutvalget. Det vises til omtale i St.prp. nr. 69 (2006 – 2007) om ordning med helse- og rehabiliteringstjenester for å bringe personer som mottar sykepengene raskere tilbake til arbeidslivet.

Det er overført 1 mill. kroner fra kap. 710, post 21 til permanent styrking av Sosial- og helsedirektoratets arbeid med oppfølging av de nasjonale strategiene innenfor miljø- og helseområdet.

**Post 21 Spesielle driftsutgifter****Elektronisk samhandling**

Hoveddelen av bevilgningen dekker oppfølging av strategi for elektronisk samhandling.

**Formål og hovedprioriteringer**

Den teknologiske utviklingen gir store muligheter for å understøtte helhet og samhandling i helse- og sosialtjenesten. IT er et viktig virkemiddel for kvalitetsforbedring og økt sikkerhet i tjenesten.

S@mspill 2007 (2004-2007) er Helse- og omsorgsdepartementets strategi for styrket elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren. Planen har hatt som mål å styrke informasjonsflyten i sektoren og å inkludere flere aktører i den elektroniske samhandlingen.

I 2008 starter gjennomføring av ny S@mspillplan som følger opp resultatene fra S@mspill 2007 og sentrale føringer i Nasjonal helseplan og St. melding nr. 17 (2006-2007), Et informasjonssamfunn for alle.

Erfaringene fra S@mspillperioden er at det er behov for sterkere nasjonal styring og koordinering på IKT-området. Det må stilles tydeligere og mer forpliktende krav til sektoren om bruk av elektronisk samhandling og etterlevelse av standarder. Rolle- og ansvarsfordelingen mellom sentrale myndigheter, nasjonale kompetansesentra og de driftsansvarlige leddene i sektoren må tydeliggjøres. Virkemidler for å fjerne hindre og fremme god IT-utvikling og gevinster av elektronisk samhandling må tas i bruk. IT-satsingen må forankres bedre i helsefaglige miljøer for å sikre at løsningene ivaretar kliniske behov og gir de ønskede effekter.

**Resultatrapport 2006**

Indikatorer for status og utvikling på sentrale områder for elektronisk samhandling viser at utviklingen går fremover. I 2006 ble det gitt tilskudd til Norsk Helsenett for å knytte flere fastleger til helsenettet med nødvendig sikkerhetsløsning for elektronisk signering (PKI). De fire fyrtårnskommunene i Kommuneprogrammet har gitt mye verdifull erfaring, som vil bli lagt til grunn i det videre arbeidet med å få med kommunene i den elektroniske samhandlingen.

Norm for informasjonssikkerhet for helse- og sosialsektoren er ferdigstilt i 2006. Det er gjennomført en full omlegging til ny løsning for elektronisk signatur for legekantor som hadde gammel løsning.

**Tilstandsvurdering 2007**

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 nasjonal godkjenning av systemer for mel-

dingsutveksling og elektronisk pasientjournal iht. standarder. Økt elektronisk samhandling i helse-sektoren fører til økt behov for standarder, kodeverk og terminologi og økende ressursbehov for drift, formidling og vedlikehold av standarder.

Elektronisk samhandling over Norsk Helsenett er økende. I januar 2007 var 55 pst. av fastlegekontorene, tilsvarende 856 legekantor og 12 pst. av kommunene tilkoblet Norsk Helsenett. De fleste sykehus sender elektronisk epikrise, men det er kun helseforetak i Helse Nord som kan motta elektronisk henvisning i rutinemessig drift. Støtten til oppkobling av legekantor til Norsk Helsenett videreføres i 2007, og arbeidet koordineres med helseforetakenes utvikling av tjenestetilbudet.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut et høringsnotat med frist 1. november 2007 om forslag om krav til elektronisk kommunikasjon mellom leger og Arbeids- og velferdsetaten (NAV). Forslaget innebærer at alle leger pålegges innen 1. januar 2009 et rettslig krav om bruk av elektronisk kommunikasjon ved innsending av krav om direkte oppgjør, sykmeldinger og legeerklæringer til NAV.

### Utstysregisteret

#### Formål og hovedprioriteringer

Norge er, gjennom de europeiske direktivene for medisinsk utstyr, forpliktet til å føre et register over norske produsenter av medisinsk utstyr. Databasen som er anskaffet for dette formål må videreutvikles og gjøres kompatibel med den felles europeiske databasen (EUDAMED). Dette arbeidet vil måtte skje i samarbeid med leverandør av databaseløsningen. Ansvaret for driften av Utstysregisteret ble fra 1. januar 2006 overført til Sosial- og helsedirektoratet. Databasen driftes fortløpende med endringer og nyregistreringer, samtidig som verktøyet videreutvikles og forbedres i samarbeid med leverandør av databaseløsningen.

### Merknader til budsjettforslaget for 2008

Bevilgningen foreslås nedsatt med 0,4 mill. kroner som krav til effektivisering.

Det foreslås å overføre 2 mill. kroner til kap. 725, post 01 til finansiering av Helsebiblioteket.

### Post 22 Elektroniske resepter

eReseptprogrammet 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 eResept blant annet være bedre pasientsikkerhet (for eksempel mindre risiko for å få utlevert feil legemiddel), bedre service hos apotek /bandasjist og elektronisk oversikt over egne resepter.

Sosial- og helsedirektoratet (programstyrer), Statens legemiddelverk, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Den norske lægeförening, Apotekforeningen, Bandagistenes næringspolitiske utvalg og de regionale helseforetakene, er involvert i gjennomføringen. Det ble i desember 2006 inngått en samarbeidsavtale mellom de involverte partene. Denne regulerer eReseptprogrammets finansiering, fremdriftsplan og organisering og angir partenes rettigheter og plikter i forhold til programgjennomføringen.

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

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 eReseptsystemet og vil gjøre at en resept kan hentes ut ved hvilket som helst apotek. Et forslag til ny forskrift om behandling av opplysninger i Reseptformidleren er på høring med frist for uttalelse 2. oktober 2007.

I løpet av 2008 planlegges det prøvedrift hos et mindre antall primærleger før videre utbredelse gjennomføres. Arbeidet med å videreutvikle systemet slik at legene skal kunne sende inn elektroniske søknader om godkjenningsfritak og søknader om refusjon av utgifter til legemidler på individuelt grunnlag vil fortsette i 2008.

I tråd med samarbeidsavtalen inngått mellom partene i desember 2006, forutsettes Arbeids- og velferdsetaten og Statens legemiddelverk å disponere om lag 8,2 og 1,0 mill. kroner til programmet over egne budsjetter i 2008.

### Merknader til budsjettforslaget for 2008

I planleggingen av prosjektet er det forsøkt å fordele kostnadene mest mulig jevnt over prosjektperioden. For 2008 vil det imidlertid være behov for en tilleggsbevilgning på 8 mill. kroner. Det er foreslått på denne bakgrunn å øke bevilgningen med 8 mill. kroner.

**Kap. 3720 Sosial- og helsedirektoratet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
02	Salgs- og leieinntekter	41 780	2 142	2 234
04	Gebyrinntekter	948	1 338	1 396
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	165		
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	3 347		
17	Refusjon lærlinger	146		
18	Refusjon sykepenger	3 688		
	Sum kap. 3720	50 074	3 480	3 630

**Post 04 Gebyrinntekter – diverse inntekter**

Posten gjelder:

- Bevillingsordningen for tilvirkning av alkoholholdig drikk. Bevillingsordningen er selvfinansiert gjennom gebyrer og administreres av

Sosial- og helsedirektoratet. Bevillingsgebyrene utgjør om lag 1 mill. kroner.

- Gebyr på statlige skjenkebevillinger gitt for skjenking av alkoholholdig drikk på tog, fly og skip m.m. etter alkoholloven §§ 5-2 og 5-3 annet ledd. Bevillingsgebyrene tilfaller staten og utgjør om lag 0,3 mill. kroner.

**Kap. 721 Statens helsetilsyn**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
01	Driftsutgifter	69 960	70 750	71 644
	Sum kap. 721	69 960	70 750	71 644

Overført fra 2006 til 2007:

Post 01: 1 706 000 kroner

**Formål og hovedprioriteringer**

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.

### Rapportering 2006

I 2006 behandlet Statens helsetilsyn 252 tilsynssaker som var oversendt fra Helsetilsynet i fylkene for vurdering. Median saksbehandlingstid var seks måneder. Per 31. Desember 2006 var 152 saker til behandling i Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn foretar fortløpende analyser av saksbehandlingen og av innholdet i sakene. I 2005 og 2006 er det foretatt en særskilt registrering av saker som gjelder selvmord i psykisk helsevern.

I tilsynssaker mot personell legges det også vekt på å få frem virksomhetenes ansvar for å forebygge feil og uheldige hendelser.

I fire saker ble helsepersonell anmeldt etter straffeloven. Det er ikke begjært påtale for straffbart brudd på tilsvarende bestemmelse i lov om alternativ behandling av sykdom mv. i 2006.

I 2006 fikk 71 helsepersonell tilbakekalt sin autorisasjon (2005: 46). Den hyppigste årsaken til tilbakekall for alle grupper helsepersonell er misbruk av alkohol og vanedannende legemidler. Åtte helsepersonell fikk begrenset sin autorisasjon, og 72 helsepersonell ble gitt advarsel for brudd på helsepersonelloven.

Statens helsetilsyn har innvilget søknader fra tolv helsepersonell om å få tilbake autorisasjon. Syv helsepersonell fikk begrenset autorisasjon etter søknad.

I 2006 ferdigbehandlet Helsetilsynet i fylkene 2124 tilsynssaker, en liten økning fra 2005. I ni av fylkene er saksbehandlingstiden innenfor målsettingen om median behandlingstid på fem måneder. Kravet ble ikke nådd for fylkene sett under ett. Dette må ses i sammenheng med at kravet gjelder ved maksimalt 1700 saker. Helsetilsynet i fylkene hadde ved utgangen av året 1048 saker under behandling.

Tilsynet med kommunenes beredskapsplaner og smittevernplaner er fulgt opp. Statens helsetilsyn ga i 2006 pålegg til syv kommuner om å utarbeide plan for helsemessig og sosial beredskap.

I 2006 avsluttet fylkesmennene 5351 klagesaker etter sosialtjenesteloven. Behandlingstiden var tre måneder eller mindre for 85 pst. av sakene. Ved utgangen av 2006 var det 878 saker under behandling hos fylkesmennene. Høgskolen i Oslo har på oppdrag fra Statens helsetilsyn gjennomført en

analyse av fylkesmennes klagesaksbehandling når det gjelder økonomisk stønad (kapittel 5 i sosialtjenesteloven) for årene 1995-2005. Statens helsetilsyn har innhentet fylkesmennes oppfatninger om utfordringer i sosialkontortjenesten.

Helsetilsynet i fylkene behandlet 867 klager på manglende oppfyllelse av rettigheter etter pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven. Av sakene ble 70 pst. behandlet innen tre måneder, mens kravet var 50 pst. innen tre måneder.

Utviklingen av retningslinjer og registreringssystemer for behandling av rettighetsklager knyttet til sosialtjenesteloven og helselovgivningen har fortsatt i 2006.

Tilsynsmyndighetene gjennomførte i 2006 168 tilsyn som systemrevisjon med sosialtjenesten og 249 med helsetjenesten. Det ble gjennomført landsomfattende tilsyn med

- habiliteringstjenester til barn, både kommunale habiliteringstjenester (helse- og sosialtjenester) og spesialisthelsetjenester
- tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere
- rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming (rettet mot kommuner som ikke har fattet vedtak om bruk av tvang og makt).

Det er utarbeidet nasjonale oppsummeringsrapporter fra de landsomfattende tilsynene.

Fylkesmennene gjennomførte 244 stedlige tilsyn med tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemming, og overprøvde 930 vedtak om bruk av tvang og makt.

Statens helsetilsyn publiserte i 2006 en rapport om bruk av tvang i psykisk helsevern basert på data fra SINTEF, blant annet for å vurdere behov for tilsyn med virksomheter innen psykisk helsevern.

Som ledd i oppfølgingen av Handlingsplan mot sykehusinfeksjoner gjennomførte Helsetilsynet og Arbeidstilsynet i fellesskap tilsyn med planer og iverksatte tiltak ved ti helseforetak.

I samarbeid med Datatilsynet gjennomførte Statens helsetilsyn tilsyn i to helseforetak med om journalforskriften følges ved bruk av elektronisk pasientjournal.

Statens helsetilsyn har i 2006 fulgt utviklingen i tannhelsetjenesten til prioriterte grupper.

Helsetilsynet i noen fylker har hatt tilsyn med private røntgeninstitutter, rehabiliteringstjenester, sykehjem og andre private aktører som yter helse- og sosialtjenester.

Statens helsetilsyn publiserte i 2007 en kunnskapsinnhenting om oppfølgingstilbudet etter alkoholforgiftning.

Statens helsetilsyn innhentet høsten 2005 informasjon om blant annet tilgjengelighet, ventetider og søknadsrutiner ved tiltakene for legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Oppsummering ble formidlet til tjenestene og eierne av tjenestene i februar 2007.

Statens helsetilsyn har i 2006 samarbeidet med Barne- og likestillingsdepartementet om å forberede et felles landsomfattende tilsyn med kommunale barnevern, sosial- og helsetjenester til barn i 2008.

### Tilsynserfaringer

Svikt i tjenestene er sjelden isolerte hendelser. Ressursfordeling, ledelse, styringssystem og samhandlingsmønstre i organisasjonen kan være sterkt medvirkende til at svikt oppstår. Tilsynserfaring viser at virksomhetene ikke i tilstrekkelig grad bruker påpekte mangler både i egen og andre virksomheter i sin læring.

Klageordningene som er forankret i sosialtjenesteloven, pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven omfatter tjenester svært mange er avhengige av. Årlig behandles over 6000 klager etter helse- og sosialtjenestelovgivningen. Antallet klagesaker etter pasientrettighetsloven er lavt, men økende. Det er en stor utfordring å få til likebehandling av klagen. Omorganisering til nye arbeids- og velferdskontorer kan dessuten medføre utfordringer med hensyn til lik praksis. Fylkesmennene behandler årlig over 4000 klager på økonomisk sosialhjelp. Dette utgjør en liten del av kommunenes vedtak om slik stønad. Det finnes liten kunnskap om hvilke situasjoner som utløser klager eller om noen grupper i større grad enn andre opplever manglende rettighetsoppfyllelse.

Ulike kartlegginger, tilbakemeldinger fra helsetjenesten og tilsyn viser at helsehjelp gjennomføres overfor pasienter som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp. På denne bakgrunn er det vedtatt et nytt kapittel 4A i pasientrettighetsloven.

Rapport fra Helsetilsynet 4/2006 viser store geografiske forskjeller i bruk av tvang i psykisk helsevern, og at bruk av tvang er nært knyttet til fattigdomsproblematikk og bostedsløshet.

Tilsynserfaringer viser at tilbudet til personer med psykiske lidelser, som trenger omfattende og sammensatte tjenester, fortsatt er utilstrekkelig. Deler av psykisk helsevern sliter fortsatt med kapasitetsproblemer og kompetansemangler. Dette kan medføre for tidlig utskrivning og stort press på akutt plassene. Ved flere helseforetak plasseres pasienter i korridor i akuttavdelinger.

Det er store forskjeller i hvordan DPSene fungerer og samhandler med resten av tjenestekjeden. I

psykisk helsevern er det pasienter som kan skrives ut, men som har hjelpebehov som kommunene ikke klarer å innfri. Samtidig er det mange kommuner som har tatt imot brukere med omfattende og sammensatte behov hvor spesialisthelsetjenesten ikke tilbyr tilstrekkelig veiledning og støtte.

Tilsynserfaringer fra pleie- og omsorgstjenesten indikerer at det er fare for svikt og sårbarhet knyttet til tjenestetilbudet både til beboere i sykehjem, i omsorgsboliger og egne hjem. Det beskrives problemer både i spesialisthelsetjenesten og i samarbeidet mellom de ulike helse- og sosialtjenestene.

Kunnskap innhentet fra eksterne kilder har vist omfattende legemiddelbruk blant eldre, og at det på flere områder er betydelig kvalitetssvikt når det gjelder legemiddelbehandling av eldre pasienter både i og utenfor sykehjem. Helsetilsynet i Hordaland har gjennom tilsyn i sykehjem påvist mangelfull dokumentasjon av indikasjon for legemiddelbehandling og mangelfull vurdering av effekt av behandlingen. Det tilsier at risikoen for feilbehandling er stor.

Svikt i helse- og sosialtjenester til barn kan få alvorlige konsekvenser for deres utvikling. Også andre tjenester er viktige, som barnevern, familievern og skole. Mye tyder på at de mest utsatte barna ikke alltid får de somatiske og psykiatriske helsetjenester de har behov for. Barn som er alvorlig funksjonshemmede og har behov for tilrettelagt bolig og omfattende tjenester får heller ikke alltid tjenestene de har behov for. Barn som lever i fattige familier og barn av psykisk syke foreldre kan være spesielt utsatt for mangelfulle tjenester.

Det landsomfattende tilsynet med habiliteringstjenester til barn i 2006 omfattet både spesialisthelsetjenesten og kommunale sosial- og helse-tjenester. Tilsynet viste mangler ved koordinering og oppfølging av barn og foreldre, og variasjon i tjenestetilbudet. Individuell plan ble ikke alltid brukt.

Det landsomfattende tilsynet med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere viste at tjenestene ikke i tilstrekkelig grad sikrer at tjenesteyterne har den nødvendige kompetanse til å stille diagnose og derved sikre at brukerne får forsvarlig behandling. Det mangler medisinsk og psykiatrisk/psykologisk kompetanse flere steder. Alle brukerne får ikke tilbud om individuell plan. Samarbeidet med andre spesialisthelsetjenester og kommunene blir ikke tilstrekkelig ivaretatt.

Det er variasjoner mellom LAR-tiltakene når det gjelder ventetider, inntaks- og utskrivningskriterier, rutiner for ventelister, søknadsbehandling, samhandling og medikamentvalg og -dosering.

Tilfeldigheter og variasjon preger tilbudet til mennesker som kommer på legevakt eller til sykehus med alkoholforgiftning. Dette er vanligvis enten ganske unge mennesker, tunge rusmiddelmisbrukere som lever et vanskelig liv eller voksne med kroniske alkoholproblemer og svekket helse. Statens helsetilsyns kunnskapsinnhenting har avdekket store mangler når det gjelder kunnskap om forekomst og behandlingsbehov for denne gruppen pasienter.

Helsetilsynet har over flere år hatt fokus på bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming (sosialtjenesteloven kap. 4A). Tvang og makt anvendes fortsatt en del steder uten at det foreligger vedtak. Både kommuner som har gjort vedtak og kommuner der det ikke er gjort vedtak har mangelfulle rutiner for å ivareta rettssikkerheten til tjenestemottakerne. Flere kommuner har ikke tilstrekkelig styringsinformasjon til å kunne være sikre på at tilbudet til denne brukergruppen revurderes i samsvar med endringer i behov, eller arbeider systematisk for å finne alternativer til bruk av tvang og makt.

Det er mangelfull kunnskap om hvorvidt spesialisthelsetjenesten og kommunene sikrer at psykisk utviklingshemmede og autister får de helsetjenester de har behov for.

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og omsorgslønn er fleksible ordninger med stor grad av brukerstyring. Statens helsetilsyn har gjennomgått forskningsbasert litteratur om BPA og ser at det kan være sårbarhet knyttet til at ansvaret for innholdet i tjenestene frikobles fra kommunes ansvar for kvalitet i tjenestene.

Tilsyn med taushetsplikt og elektronisk pasientjournal, som er gjennomført i samarbeid med Datatilsynet, viser mangler ved kontrollsystemene som skal sikre at pasientopplysninger er forsvarlig vernet mot innsyn fra ansatte som ikke hadde legitime behov for opplysningene.

Smitteisolering i sykehus angår både pasienter og ansatte. Tilsynserfaringer fra et samarbeid med Arbeidstilsynet viser at isolering av smitteførende pasienter i all hovedsak foregår forsvarlig i de ti sykehusene som ble undersøkt, selv om noen sykehus har et forbedringspotensiale.

NAV-reformen skal bidra til forbedring for brukere av sosialkontortjenestene. I mange kommuner integreres også andre deler av sosial- og helse-tjenestene i NAV-kontoret. Så langt er reformen ny og erfaringene begrenset, men store omorganiseringer innebærer i seg selv muligheter for nye utfordringer og fare for svikt.

Andelen personer som tar i mot tilbud fra den offentlige tannhelsetjenesten varierer for de ulike prioriterte gruppene på landsbasis. Det er store fyl-

kesvise forskjeller. Statens helsetilsyn antar at det er en fare for at fylkeskommunene ikke gir et forsvarlig tilbud til de prioriterte gruppene, og at problemet er størst i fylker hvor andelen som tar imot tilbudet ligger under landsgjennomsnittet.

Ved årsskiftet 2006-2007 var det fortsatt elleve kommuner som ikke hadde ferdigstilt og vedtatt beredskapsplaner. Ved utgangen av 2006 tilsier Statens helsetilsyns opplysninger at alle kommuner har smittevernplaner.

Meldinger til Helsetilsynet i fylkene i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 har hatt en svak nedgang på om lag 6 pst. fra 2004 til 2005.

Som tillegg til foreliggende beskrivelse vises til Tilsynsmeldingen 2006 som er tilgjengelig på [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

## Satsingsområder og mål 2008

### *Tilsynsaktiviteter og klagebehandling*

Statens helsetilsyn vil forberede arbeidet med å sikre lik praksis i hele landet i behandling av klagesaker m.v. i form av. nytt kapittel 4A i pasientrettighetsloven om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.

Klagesakene om manglende oppfyllelse av rettigheter blir mer komplekse. Saksbehandlereveiledere og registreringsverktøy vil bli videreutviklet. Dette vil sammen med blant annet opplæring, være viktig for å sikre likebehandling av saker på landsbasis.

Klagesaker på økonomisk sosialhjelp vil bli gjennomgått for å frembringe kunnskap om innholdet i klagene og hvem som klager. Dette vil gi en indikasjon på hva som er områder med fare for svikt.

Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene skal følge opp påpekte avvik overfor virksomheter som har hatt tilsyn. Statens helsetilsyn vil utgi oppsummeringsrapporter som sammenfatter funnene fra de tre landsomfattende tilsynene i 2007 med

- kommunale helse- og sosiale tjenester til voksne med psykiske lidelser
- avlastnings- og støttekontaktjenester
- kvalitet og forsvarlighet i akuttmottak.

Det vil i 2008 bli gjennomført landsomfattende tilsyn med

- spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske lidelser
- kommunale barnevern-, sosial- og helsetjenester (i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet).

Statens helsetilsyn skal fortsatt følge utviklingen når det gjelder tjenestetilbudet til personer med psy-

kiske lidelser. Det skal gjennomføres tilsynsaktiviteter rettet mot korridorpasienter i psykiatriske akuttposter/korttidsavdelinger, og foretas en gjennomgang og oppsummering av tilsynssaker og erfaring fra klagesaker innenfor psykisk helsevern.

Statens helsetilsyn vil følge situasjonen når det gjelder kommunenes praktisering av økonomisk sosialhjelp og NAV-reformen. Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene vil følge omorganiseringen når det gjelder integrering av andre sosial- og helsetjenester i Arbeids- og velferdsdirektoratet med sikte på å identifisere områder med fare for svikt.

Det er nødvendig å innhente nærmere kunnskap om omsorgsbehovet til brukerne av barneboliger, om de får nødvendige helsetjenester, om boligene er avlastningstilbud eller permanente hjem, om samarbeid med pårørende, om de ansattes kompetanse osv., for å vurdere om det er behov for ytterligere tilsynsaktivitet.

Statens helsetilsyn skal, i tillegg til det landsomfattende tilsynet, fortsette samarbeidet med Barne- og likestillingsdepartementet i 2008 om barns behov for helhetlige sosial- og helsetjenester. Behovet for å innhente særskilt kunnskap om helse- og sosialtjenester til barn generelt og spesielt om barne- og ungdomspsykiatriens tilbud til barn som mottar tjenester fra kommunalt eller statlig barnevern, vil bli vurdert.

Statens helsetilsyn skal fortsette innhenting av kunnskap om helsetjenester til psykisk utviklingshemmede og autister som er påbegynt i 2007.

Tilsyn med blodbanker blir videreført i 2008, hjemlet i blodforskriften og basert på den kunnskap og de erfaringer som tilsynsaktivitetene i 2007 gir.

Statens helsetilsyn skal i 2008 planlegge tilsyn med vevsbanker.

Statens helsetilsyn skal i løpet av 2008 utarbeide en plan for tilsynsaktivitet med spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester til eldre for perioden 2009–2012.

Statens helsetilsyn skal samarbeide med fylkene om utvikling og implementering av veiledningsmateriell som skal brukes ved tilsyn med legemiddelbehandling av mottakere av pleie- og omsorgstjenester.

Det toårige utviklingsprosjektet med formål å prøve ut en løsning for elektronisk innsending og behandling av meldinger fra helseinstitusjoner (spesialisthelsetjenesteloven § 3-3), vil bli videreført. Dette skal gjøre det enklere for helsetjenesten å melde og derved bidra til å bedre meldekulturen i helsetjenesten og datakvaliteten i Meldesentralen.

Statens helsetilsyn vil

- utvikle tilsynsmetodikken med tanke på virksomhetsperspektivet i det hendelsesbaserte tilsynet
- videreutvikle risikovurderinger som grunnlag for beslutninger om hvilke områder tilsynsmyndighetene skal følge med på
- forbedre arbeidet med å avslutte tilsynet når det gjelder å rette opp svikt og bidra til at tilsynserfaringer brukes til forbedringsarbeid.

#### *Resultatmål for tilsyn og klagebehandling i 2008*

- Median saksbehandlingstid for tilsynssaker som avsluttes i Statens helsetilsyn i 2007, skal være seks måneder eller mindre, ved maksimalt 250 nye saker
- Median saksbehandlingstid for tilsynssaker som avsluttes ved Helsetilsynet i fylkene i 2007, skal være fem måneder eller mindre, ved maksimalt 2000 nye saker
- Av klagesakene etter pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven som Helsetilsynet i fylkene avslutter i 2007 skal minst 90 pst. ha en saksbehandlingstid på tre måneder eller mindre
- Av klagesakene etter sosialtjenesteloven som Fylkesmannen avslutter i 2007 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

#### **Strengere reaksjonssystem overfor helsepersonell**

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker at Statens helsetilsyn skal ha flere og bedre muligheter for å gripe inn overfor helsepersonell som opptrer på en uheldig måte. I høringsnotat av februar 2007 foreslo departementet å endre helsepersonellovens advarselsbestemmelse slik at det blant annet skal bli adgang til å gi advarsel også ved pliktbrudd som medfører svekket tillit til helsepersonell og helsetjeneste. Videre foreslo departementet en ny bestemmelse om adgang til å fatte vedtak om begrensninger i helsepersonells autorisasjon. Departementet tar sikte på å fremlegge en odelsingsproposisjon om dette i løpet av høsten 2007.

#### **Post 01 Driftsutgifter**

##### **Merknader til budsjettforslaget for 2008**

Det foreslås å redusere Helsetilsynets driftsbevilgning med 0,7 mill. kroner som er krav til effektivisering.



**Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
01	Driftsutgifter	75 405	74 038	82 766
70	Dekning av advokatutgifter	20 484	25 748	26 855
	Sum kap. 722	95 889	99 786	109 621

**Formål og hovedprioriteringer**

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) behandler erstatningskrav fra pasienter som er blitt påført skade etter behandlingssvikt innen den offentlige helsetjenesten.

Lov om erstatning ved pasientskader (pasientskadeloven), samt tilhørende forskrifter trådte i kraft 1. januar 2003 for saker innen offentlig helsetjeneste. Gjennom forskrift er offentlig helsetjeneste i lovens forstand utvidet til å omfatte de deler av private tjenesteyteres virksomhet som er basert på drifts- eller basistilskudd fra offentlige myndigheter, det som finansieres gjennom kjøpsavtaler med det offentlige, helsetjenester i utlandet som det offentlig helt eller delvis bekoster, og såkalte øyeblikkelig hjelpsituasjoner.

Gjennom Stortingets behandling av Ot. prp. nr. 103 (2005 – 2006) Om lov om endringer i lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. er det vedtatt at NPE skal overta ansvaret for saker innen øvrige deler av private tjenesteyteres virksomhet. Det må utarbeides forskrifter som regulerer denne virksomheten. Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på at ordningen skal tre i kraft fra 1. januar 2009.

Hovedregelen etter pasientskadeloven er at pasienter og andre som har lidt tap på grunn av en pasientskade har rett til erstatning når skaden skyldes svikt ved ytelse av helsehjelp, selv om ingen kan lastes. Erstatningen skal først og fremst dekke pasientens økonomiske tap og utgifter man har fått som følge av skaden.

Norsk Pasientskadeerstatnings hovedoppgave er å treffe vedtak om erstatning skal ytes og om erstatningens størrelse. I tillegg skal etaten sørge for at det blir utarbeidet og formidlet informasjon om erstatningsordningen og pasientskadeloven til helsepersonell og pasienter, samt legge til rette for at opplysninger om statistikk og oversikt over skader, skadeomfang og risiko gjøres tilgjengelig i det skadeforebyggende arbeidet.

Pasientskadeordningen finansieres gjennom at regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner dekker de samlede kostnader knyttet til

utbetaling av pasientskadeerstatninger. Staten dekker kostnader knyttet til forvaltning av pasientskadeordningen, dvs. driften av Norsk Pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda og pasientenes utgifter til advokater.

NPE fakturerer Norsk legemiddelforsikring AS og Legemiddelforsikringspoolen for saksbehandlingstjenester etter produktansvarslovens kap. 3 (legemiddelansvaret).

Det er etablert et styre og et råd for NPE.

**Resultatrapportering 2006**

Fra opprettelsen av NPE i 1988 og til utgangen av 2006 har NPE mottatt i overkant av 35 000 erstatningskrav. Saksmengden har økt fra 230 saker det første året til 3747 saker i 2006. Saksmengden har aldri vært høyere enn i 2006, med en økning fra forrige år på mer enn 11 pst.

1122 pasienter fikk medhold i sitt krav om erstatning, mens 2489 fikk avslag. I tillegg fikk 67 pasienter medhold etter overprøvinger i Pasientskadenemnda og domstolene. Gjennomsnittet for de siste fem årene viser at andelen pasienter som har fått erstatning har vært på 33,7 pst.

For saker hvor erstatningens størrelse ble fastsatt i 2006, ble det i gjennomsnitt utbetalt 447 000 kroner per sak. Beløpet i den enkelte sak varierer fra et minstebeløp på 5000 kroner og opp til flere millioner kroner.

I 2006 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid for saker med hensyn til om erstatningssøker har krav på erstatning eller ikke 351 dager, mot 363 dager året før.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for å avklare erstatningens størrelse etter at det er fattet vedtak om at erstatning skak gis, var 339 dager, mot 328 dager året før.

**Tilstandsvurdering 2007 og satsingsområder 2008**

For 2007 forventes det også en sterk vekst i antall nye saker. Per utgangen av juni 2007 har NPE

mottatt 2030 nye saker. Erstatningsutbetalingene for samme periode er på om lag 250 mill. kroner.

Rask og god saksavvikling har høyeste prioritet i NPEs arbeid fremover. Saksavviklingen følges nøye, og balansen mellom grundighet og tidsbruk vurderes kontinuerlig.

Et stramt arbeidsmarked har ført til en relativ høy turnover i NPE i første halvår. Staten har iverksatt tiltak for å rette opp utviklingen, men forventer å behandle færre saker enn det som var planlagt. Antall ubehandlede saker vil øke i 2007.

I 2008 vil NPE fortsette arbeidet med utnyttelse av etatens erfaringsmateriale i kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid. Det er innledet et samarbeid med enhet for pasientsikkerhet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. NPE vil arrangere et seminar for kvalitetsansvarlige ved landets foretak, og har – i samarbeid med andre aktører – tatt initiativ til en nasjonal pasientsikkerhetskonferanse i 2008. Staten vil videreføre samarbeidet med Norsk gynekologisk forening for erfaringsutveksling.

Informasjonsarbeidet vil i 2008 ha spesielt fokus på informasjon knyttet til innlemmelse av privat helsesektor i pasientskadeordningen. NPE har startet opp arbeidet med å utvikle nye teknologiske løsninger for kommunikasjon med pasienter og andre brukere av etatens tjenester. Dette arbeidet vil bli videreført i 2008.

Totalt ble det utbetalt 485 mill. kroner i erstatninger i 2006. Det var budsjettert med 487,5 mill. kroner. Erstatningsutbetalingene knyttet til helseforetakene ble noe lavere enn forutsatt, mens utbetalingene knyttet til kommuner ble høyere enn budsjettert. Det var ingen erstatningsutbetalinger knyttet til fylkeskommunenes ansvarsområder.

For 2008 er erstatningsutbetalingene anslått til 530 mill. kroner. Det er lagt opp til følgende finansieringen av erstatningsutbetalingene.

#### Oppgjørsordning i 2008

Inntekter	(i 1000 kr)
Tilskudd fra helseforetak	448,8
Tilskudd fra kommuner	46,9
Tilskudd fra fylker	2,1
Egenbetaling	33,0
Sum	530,8

Det er knyttet stor usikkerhet til anslagene. Ved omlegging av finansieringsordningen i 2006 ble det lagt opp til at staten etterskuddsvis kompenserer partene dersom veksten i erstatningsutbetalingene fra et år til et annet blir meget stor.

#### Post 01 Driftsutgifter

Ved behandling av St.prp. nr. 69 (2006 – 2007) ble det gitt en tilleggsbevilgning på 2 mill. kroner. For 2008 foreslås det en styrking av driftsrammen med 7,0 mill. kroner. Beløpet inkluderer videreføring av tilleggsbevilgningen i 2007.

#### Post 70 Dekning av advokatutgifter

Tilskuddsordningen skal dekke pasienters utgifter til advokatbistand, hvilket er en rettighetsbasert ytelse. NPE vurderer hvorvidt pasienten kan få utgifter til advokat dekket over erstatningsordningen og fatter vedtak om dette i medhold i pasientskadeloven. Vedtak kan påklages til Pasientskadenemnda.

### Kap. 3722 Norsk Pasientskadeerstatning

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
02	Diverse inntekter	2 000	1 038	1 083
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	965		
18	Refusjon sykepenger	585		
50	Overføring fra NPE som statlig fond	8 381		
	Sum kap. 3722	11 931	1 038	1 083

**Kap. 723 Pasientskadenemnda**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
01	Driftsutgifter	23 835	22 572	26 696
	Sum kap. 723	23 835	22 572	26 696

**Formål og hovedprioriteringer**

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 nemndsbehandlede saker. Pasientskadenemnda er oppnevnt av regjeringen og består av fem medlemmer med to sett av personlige varamedlemmer.

Pasientskadenemnda har et eget sekretariat, som utreder klagesakene og fremlegger disse overfor nemnda. Et lite mindretall av sakene behandles av sekretariatet etter delegasjon fra nemnda. Nemnda er i prinsippet avskåret fra å endre NPEs vedtak til ugunst for pasientene.

**Resultatrapportering 2006**

Pasientskadenemnda avsluttet 777 saker i 2006, hvorav 51 saker ble behandlet av sekretariatet etter delegasjonsfullmakten. Til sammenligning ble det avsluttet 757 saker i 2005 og 725 saker i 2004.

12,5 pst. av klagesakene førte helt eller delvis frem i favør av pasientene. I perioden 2003 – 2006 fikk pasientene helt eller delvis medhold i 14,8 pst. av sakene.

Behandlingen av erstatningsutmålingssakene førte til en gjennomsnittlig oppjustering av erstatningsnivået med 16,0 pst.

I 2006 ble det berammet 25 nemndsmøter. Tendensen har i de senere år vært at pasienter i økende grad lar seg representere ved advokat. I perioden 2003 til 2005 økte dette fra 28 pst til 44 pst. I 2006 falt andelen til ned mot 40 pst.

Helt siden pasientskadeloven trådte i kraft 01.01.03 har antall rettssaker øket betydelig. I 2006 var det for første gang tegn til nedgang. Mens PSN i 2004 og 2005 mottok hhv. 85 og 96 stevninger, utgjorde antallet 82 i 2006. PSN har til enhver tid 110 – 120 løpende rettssaker under behandling. Per 31. desember 2006 viste statistikken at PSN frikjennes i 75 pst. av rettssakene som ender med dom. Om lag 40 pst. av alle stevningene som kom-

mer inn til ordningen ender med å bli trukket før hovedforhandling.

**Tilstandsvurdering 2007**

Den 01.01.07 hadde Pasientskadenemnda 859 saker under behandling, mot 502 saker den 01.01.06. I tiden frem til 31. mai 2007 mottok PSN 463 nye saker. Dette er en svak nedgang sammenlignet med samme periode i fjor. Nedgangen antas å være forbigående, og må sees i sammenheng med at NPE har behandlet færre saker enn planlagt i første del av 2007. Årsaken til det er høy «turn over» hos viktige personellgrupper i NPE. PSN antar at antall nye saker i 2007 vil øke med mellom 10–15 pst.

Per 31. mai 2007 utgjorde medholdsprosenten 14,3 pst., mens erstatningsnivået i erstatningsutmålingssakene er oppjustert med gjennomsnittlig 28,1 pst. 45 pst. av pasientene har vært representert ved advokat i denne perioden, hvilket er høyere enn gjennomsnittet i 2006.

Den 31. mai 2007 hadde PSN mottatt 35 stevninger, hvilket er det samme som per 31. mai 2006. Dette gir en prognose på rundt 80 stevninger i inneværende år. 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. Det er et mål at PSNs sekretariat skal prosedere flere rettssaker selv, idet dette vil være kostnadsbesparende totalt sett for virksomheten. I dag prosederes rundt 70 pst. av sakene av PSNs sekretariat. Ved utgangen av året forventes det at andelen er øket til 85 pst.

Saksbehandlingstiden og restansene øker ved PSN. Samtidig vokser antall nye saker. For å begrense virkningen av det på saksbehandlingstiden vurderer departementet og nemnda tiltak for å øke avviklingshastigheten. Pasientskadenemnda vil på selvstendig grunnlag gjennomgå sin praksis for delegering av saker til sekretariatet.

**Budsjettforslag for 2008**

I St.prp. nr. 69 (2006 – 2007) ble bevilgningen til Pasientskadenemnda satt opp med 1,4 mill. kroner

for å styrke saksbehandlingskapasiteten. For 2008 foreslås det en styrking av driftsrammen med 3,6 mill. kroner. Beløpet inkluderer videreføring av til-

leggsbevilgningen i 2007. Styrkingen er knyttet til øket saksbehandlingskapasitet og forbedring av IT-systemene.

### Kap. 3723 Pasientskadenemnda

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	195		
18	Refusjon av sykepenger	60		
	Sum kap. 3723	255		

### Kap. 724 Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
01	Driftsutgifter	24 337	25 307	28 617
21	Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	24 386	21 158	18 268
61	Tilskudd til turnustjenesten	124 618	149 335	130 607
70	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	40 346	38 868	41 539
71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	12 853	14 190	14 800
	Sum kap. 724	226 540	248 858	233 831

Overført fra 2006 til 2007:

Post 01: 882 000 kroner

Post 70: 1 285 000 kroner

#### 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. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid skal ikke overstige fire måneder. Klagerne skal til enhver tid

være godt informert om rutiner og forventet fremdrift ved nemndas behandling av klagesaker.

#### Resultatrapportering og tilstandsvurdering

Nemnda har i 2006 behandlet 76 saker (87 saker i 2005). Sakene fordeler seg med 47 saker fra Statens helsetilsyn, 25 fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell og fire fra Statens legemiddelverk. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 2,9 måneder (2,7 måneder i 2005). Klagerne fikk helt eller delvis medhold i overkant av 13 pst. av sakene.

Nemnda hadde et budsjett for 2006 på 5,6 mill. kroner. Regnskapet var i underkant av 5,3 mill. kroner. Mindreforbruket har først og fremst sammenheng med at nemnda behandlet færre saker enn året før.

Nemnda har i første halvår 2007 behandlet 42 klagesaker. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid i perioden har vært 3,3 måneder.

Ved utgangen av mai 2007 hadde nemnda vært i funksjon i 6 år. Nye medlemmer ble oppnevnt med en funksjonsperiode på 3 år.

Nemnda har for 2007 fått tildelt 5,7 mill. kroner.

### **Merknader til budsjettforslaget 2008**

Bevilgningen for 2008 er 5,7 mill. kroner.

Bevilgningen er redusert med 250 000 kroner i forhold til 2007.

### **Statens autorisasjonskontor for helsepersonell**

#### Formål og hovedprioriteringer

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) er en selvstendig etat, underlagt Sosial- og helsedirektoratet. SAFH har ansvar for å behandle og avgjøre søknader om autorisasjon og lisens for helsepersonell utdannet i Norge og i utlandet. Søknadene skal behandles raskt og med god kvalitet i henhold til gjeldene regelverk. Avgjørelsene skal sikre at søkere som får autorisasjon har de kvalifikasjoner som kreves, og gjennom dette bidra til ivaretagelse av helsepersonellovens formål. SAFH administrerer også turnustjeneste for leger, fysioterapeuter og kiropraktorer og forvalter statlige tilskudd.

#### Resultatrapport 2006

SAFH fattet om lag 20 000 enkeltvedtak om autorisasjon eller lisens i 2006. Dette er en økning på om lag 600 vedtak. Det var 944 vedtak med avslag. Det var i 2006 en økning i søknader både om autorisasjon og lisens fra søkere med utdanning i Norge og Norden, økning i autorisasjonssøknader fra land utenfor EØS (hjelpepleiere) samt lisenssøknader fra helsepersonell utdannet i EØS for øvrig.

SAFH forvaltet i 2006 om lag 107 mill. kroner i tilskuddsmidler, hvorav utbetaling til turnustjeneste for turnusleger og fysioterapeuter i sykehus og opptreningsinstitusjoner var på om lag 25 mill. kroner, tilskudd for turnusleger i kommunehelsetjenesten var på om lag 73 mill. kroner, tilskudd til reise- og flytteutgifter for turnusleger var på om lag 3,1 mill. kroner. Tilskudd til 3 års veiledet tjeneste for allmennleger i henhold til EU-bestemmelsene var på om lag 3,2 mill. kroner.

#### Tilstandsvurdering 2007

Antallet søknader om autorisasjon og lisens forventes å holde seg omtrent på samme nivå i 2007 som foregående år. Fra 2007 er SAFH er delegert myndighet til å avgjøre søknader fra tannleger om å utføre implantatprotetikkk for trygdens regning. Til hver turnusstart for leger melder det seg om

lag 600 kandidater. Av den grunn er antall turnusplasser i sykehus økt til 448 per halvår fra høsten 2007.

Det arbeides med å utvikle et elektronisk saksbehandlersystem med integrerte IT-løsninger, innbefattet Helsepersonellregisteret (HPR), regnskapssystemet og arkivsystemet. Det forventes en effektiviseringsgevinst og redusert saksbehandlingstid etter innføringen av elektronisk saksbehandlingssystem.

### **Merknader til budsjettforslaget for 2008**

Det foreslås å styrke bevilgningen til SAFH med 3,0 mill. kroner. Beløpet skal dekke investeringer i bedre IT-systemer, samt etatens arbeid med jamngodhetsvurderinger av helsepersonell med utenlandsk utdanning. Det foreslås samtidig en økning av dagens gebyrer. Se omtale under kap. 3724.

### **Post 21 Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten mv., kan nyttes under post 70**

#### **Post 70 Andre tilskudd, kan nyttes under post 21**

Samme tiltak finansieres over post 21 og 70. Posteringen avhenger av hvem som er tilskuddsmottaker ut fra bestemmelser om regnskapsføring. Det gis derfor en samlet omtale for disse postene.

Posten er delt i to hovedområder: Rekrutteringstiltak og faglig utvikling i allmennlegetjenesten og tiltak av tverrgående karakter.

#### **Rekrutteringstiltak og faglig utvikling i allmennlegetjenesten mv.**

Formålet med tilskuddsordningene er å bidra til stabilitet i allmennlegetjenesten i distrikts- og utkantkommuner. Tilskuddsordningen skal også bidra til forskning og fagutvikling i allmennmedisin.

#### Resultat 2006 og status 2007

Tilskudd går særskilt til tiltak for å bedre legesituasjonen i Finnmark og Sogn og Fjordane.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) i Tromsø ble fra 2007 etablert i tilknytning til Universitetet i Tromsø. Senteret har forskning, fagutvikling og undervisning knyttet til distriktsmedisinske forhold som hovedoppgaver. NSDM har også rådgiveroppgaver overfor sentrale og lokale helsemyndigheter.

Utviklingsprosjektet Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms slutføres i 2007. Arbeidet er et samarbeid mellom ti kommuner og Universitetssykehuset Nord-Norge. Prosjektet involverer helse-, sosial- og næringsutvikling i midt-Tromsregionen. Prosjektet er også finansiert med betydelige midler fra EU. Prosjektet har en viktig veiledningsfunksjon i forhold til andre kommuner og helsefor- etak som planlegger tilsvarende aktiviteter. Det ble gitt om lag 1 mill. kroner i støtte til prosjektet i 2007. Det foreslås tilskudd til videreføring av veile- derfunksjon til prosjektet Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedi- sin i Bergen ble etablert i 2004. Senteret har blant annet kartlagt tilgjengeligheten til landets legevakt- er og har bygget opp et nasjonalt legevaktregister for kommunale legevakter. Gjennom forsknings- og utredningsvirksomhet følger senteret utviklin- gen i den kommunale legevaktjeneste, og gir råd til utøverne i tjenesten og til statlige helsemyndig- heter. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktme- disin i Bergen skal være i full drift i løpet av 2008.

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for kom- munal legevakt. Direktoratet skal også utarbeide forslag til hvordan kommunenes ansvar for kompe- tanse- og opplæringskrav kan styrkes. Videre skal direktoratet utarbeide forslag til rutiner som skal sikre en forsvarlig legevaktjeneste, enten i for- skriftsform eller på en annen måte.

Det foreslås en tilskuddsordning til etablering av interkommunale legevaktsamarbeid jf. kategori- omtalen.

Fire allmennmedisinske forskningsenheter (AFE) ble i 2006 midlertidig etablert i tilknytning til medisinsk fakultet ved universitetene i hen- holdtvis Tromsø, Trondheim, Oslo og Bergen. Forskningsenheterne har i samarbeid utarbeidet et bredt plandokument. Innenfor det allmennmedisin- ske miljøet er det økende muligheter for rekrutte- ring til forskning og stor entusiasme for å enga- sjere seg i forskning og fagutvikling i allmennmedi- sin. Oppbyggingen av forskningsenheterne er videreført i løpet av 2007. Dette gjøres i samarbeid med aktuelle fagmiljøer lokalt. Det vil også være av stor betydning at aktuelle forskningsenheter har et samarbeid med blant annet Nasjonalt kompetanse- senter for legevaktmedisin i Bergen og med Nasjo- nalt senter for distriktsmedisin (NSDM) i Tromsø. Ved årets takstforhandlinger mellom staten/KS og Legeforeningen ble avsetningen til Allmennmedi- sinsk forskningsfond økt til 12,2 mill. kroner.

Departementet legger til grunn at basisdriften av forskningsenheterne finansieres over statsbud- sjettet kapittel 724. Midler som avsettes til All-

mennmedisinsk forskningsfond gjennom takstfor- handlingene mellom staten/KS og Legeforeningen blir et supplement til basisfinansieringen. Sosial- og helsedirektoratet vil på statens vegne bidra til nasjonal koordinering av forskningsvirksomheten, og formidlingen av forskningsresultater til all- mennpraktiserende leger. Departementet tar sikte på en gradvis oppbygging av forskningsenheterne.

Tilskudd til oppbygging av forskningsenheterne foreslås styrket med 4,0 mill. kroner i 2008 i for- hold til opprinnelig budsjett for 2007. Dette er en økning på 1 mill. kroner i forhold til saldert bud- sjett 2007.

Statistisk Sentralbyrå avsluttet i 2006 prosjektet Sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA). Prosjektets formål var å bidra til kvalitetsfor- bedring i allmennpraksis og å utvikle datagrunnlag for planleggings- og forskningsformål. Departe- mentet vil i senere budsjettsammenheng komme tilbake til permanente metoder for innsamling, bearbeiding og behandling av statistiske data i all- mennlegetjenesten.

### **Tiltak av tverrgående karakter**

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten

#### *Formål og hovedprioriteringer*

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Målet er tjenester som er vir- kningsfulle, trygge og sikre og som involverer bru- kerne og gir dem innflytelse. Målet er også tjesne- ter som er samordnede og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjenge- lige og rettferdig fordelt.

#### *Resultatrapport 2006 og tilstandsvurdering 2007*

Direktoratet har under utarbeiding veiledere på fem innsatsområder.

Sosial- og helsedirektoratet gjennomfører den tredje «og bedre skal det bli!» konferansen høsten 2007. Hjemmesiden: [www.ogbedreskaldetbli.no](http://www.ogbedreskaldetbli.no) for spredning av verktøy og erfaringer i praktisk for- bedringsarbeid vil bli videreutviklet.

#### *Mål for 2008*

Direktoratet vil blant annet gjennomføre et nasjo- nalt læringsnettverk for helsetjenesten innen ett av de prioriterte områdene i Nasjonal helseplan: pasi- entsikkerhet, behandlingsforløp, pasientinvolve- ring, eller samhandling. Det vil også bli utarbeidet veiledere i forbedringsarbeid.

### Retningslinjer for svangerskapsomsorgen og elektronisk helsekort for gravide

Et forprosjekt i 2006-2007 har kartlagt mulighetene for et elektronisk helsekort for gravide. Helsekortet vil være et verktøy for jordmødre og leger, og vil gi bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det ble gitt 0,7 mill. kroner til implementering av retningslinjer for svangerskapsomsorgen i 2007. Midlene foreslås videreført med prioritering av videreutvikling av et elektronisk helsekort.

En helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg er under utarbeiding, jf. omtale under kap. 732.

### Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Helsesektoren står overfor nye utfordringer når det gjelder å sikre likeverdige tjenester av høy kvalitet til en flerkulturell befolkning. Likeverdige tjenester forutsetter kunnskap om sykdom, sykdomsforståelse og kultur i møtet med den enkelte. Likeverdige tjenester forutsetter også kommunikasjon. Ulike språk kan være et problem, og pasienter opplever at familiemedlemmer må opptre som tolk i møte med helse- og omsorgstjenesten. Tolketjenester er med andre ord en sentral tjeneste for å nå målet om likeverdige tjenester.

Spesielle utfordringer er knyttet til det å kunne tilby adekvate helsetjenester når forfølgelse, flukt og eksiltilværelse har gitt eller kan gi helse- og sykdomsmessige konsekvenser. I regjeringens Handlingsplan for inkludering og integrering av innvandrerbefolkningen er ett av de overordnede målene å motvirke at det utvikles store levekårsforskjeller som følge av etniske skillelinjer i Norge.

Sosial- og helsedirektoratet har i 2006 bl.a. drevet Forum for sosial- og helsetjenester ved migrasjon (SOHEMI). Direktoratet samarbeider med Integrerings- og mangfoldsdirektoratet blant annet om kartlegging av fastlegenes bruk av tolk.

Tilskudd foreslås videreført i 2008.

### Helse- og sosialtjenester til samisk befolkning

I 2006 ble det gitt tilskudd til oppfølging av handlingsplanen for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning, herunder bl.a. tilskudd til Sametinget, til Senter for samisk helseforskning og til finsk-norsk grensesamarbeid, til sammen 11,8 mill. kroner. Tilskuddet er videreført med 12,5 mill. kroner i 2007.

Det har over tid vært en positiv utvikling i helsetjenesten med hensyn til erkjennelsen av at

språk og kulturforståelse har stor betydning for den samiske befolknings utbytte av helse- og sosialtjenester. Mye gjenstår likevel før situasjonen kan beskrives som tilfredsstillende. Fortsatt er forbedringsarbeidet ofte avhengig av enkelte ildsjeler. Mange steder mangler en solid forankring av språk- og kulturperspektivet på systemnivå i tjenestene, både i kommuner og helseforetak. Dette gjelder kanskje mest i områder hvor den samiske befolkningen utgjør en lav andel av innbyggerne. Departementets hovedstrategi når det gjelder å sikre likeverdige helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen, vil bli nærmere beskrevet i Stortingsmelding om samepolitikk- prinsippmeldingen, som planlegges lagt fram høsten 2007.

Tilskuddet foreslås videreført i 2008.

### Personellstatistikk

Det nordiske samarbeidet om utvikling av personellstatistikk og prognoser ble videreført i 2006. I forbindelse med regjeringens målsetning om 10 000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten ble det utarbeidet ny versjon av prognosen over arbeidsmarkedet (Helsemod).

Kvalitetsutvikling av helsepersonellregisteret (HPR) er igangsatt. Dette arbeidet videreføres i 2007. Dette er en forutsetning for å kunne etablere nytt elektronisk reseptsystem (eResept). Det nordiske samarbeidet om utvikling av personellstatistikk og prognoser vil også bli videreført.

### Helsesamarbeid med Kina

En ny treårig samarbeidsavtale mellom helseministrene i Kina og Norge ble inngått i juni 2006. Over kap. 724, post 70 disponeres 1,3 mill. kroner til utvekslingstiltak, herunder tiltak innen tradisjonell kinesisk medisin koordinert av Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ medisin NAFKAM. Over kap. 719, post 70 er det bevilget 0,4 mill. kroner til tiltak mot hiv/aids i Kina.

Tilskuddet foreslås videreført i 2008.

### Alternativ behandling

Midler til alternativ behandling omfatter tiltak som Stortinget sluttet seg til ved behandlingen av Innst. O. nr. 98 (2002-2003), jf. Ot.prp. nr. 27 (2002-2003), Om lov om alternativ behandling av sykdom mv. Tiltakene omfatter blant annet registerordning for utøvere av alternativ behandling (Brønnøysundregistrene), tilskudd til drift av Sammenslutningen av alternative behandlerorganisasjoner (SABORG), til Nasjonalt forskningssenter for komplementær og

alternativ behandling (NAFKAM) i Tromsø, og til Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (NIFAB) i Tromsø.

Eventuell videreføring av tilskudd til SABORG og Brønnøysundregistrene, vil bli vurdert i løpet av 2008.

Tilskudd til NAFKAM og NIFAB foreslås videreført i 2008.

Når det gjelder forskning innenfor alternativ behandling, vises også til omtale under kap. 701, post 50 Norges forskningsråd.

### Tilskudd til kvalifiseringstiltak

Tilskuddsordningen omfatter også tilskudd til kvalifiseringstiltak/tilleggsutdanning for leger og annet helsepersonell utdannet i land utenfor EU/EØS.

### Merknader til budsjettforslaget for 2008

Bevilgningen på post 21 foreslås satt ned 0,3 mill. kroner mot at bevilgningen over kap.725, post 01, settes opp tilsvarende. Det vises til omtale av helsebiblioteket i merknader til budsjettforslaget under kap. 725

Lønnskostnader på 0,5 mill kroner foreslås flyttet til kap. 700.

Videre foreslås en reduksjon på driftsbevilgningen med 3,0 mill. kroner. Deler av beløpet er benyttet til å styrke post 70.

Det vises til omtalen på post 70.

### Post 61 Tilskudd til turnustjeneste

#### Formål og hovedprioriteringer

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 avsnitt under om merknader til budsjettforslaget og kap. 732, post 70.

#### *Tilskudd til turnustjeneste i kommunehelsetjenesten*

Både turnusleger og fysioterapeutkandidater har et halvt års turnustjeneste i kommunehelsetjenesten. Kommuner som har avtale om mottak av turnuslege får et fast tilskudd for hver turnuskandidat på 115 000 kroner per halvår. Tiltaket foreslås videreført i 2008.

Departementet har under arbeid 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 2008.

#### *Dekning av reise og flytteutgifter*

Tilskudd til reise og flytteutgifter for turnuskandidater ytes etter regelverk for refusjon innenfor gjeldende budsjettramme. Distrikts- og rekrutteringshensyn er vektlagt. Tilskudd foreslås videreføres i 2008.

#### *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 2008.

#### *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 om lag 30 turnuskandidater i 2006. Bevilgningen dekker også opplæring i trygdefaglige emner for kiropraktorer og manuellterapeuter. Tiltaket foreslås videreført i 2008.



*Vurdering av nye elementer i turnustjenesten for leger*

I løpet av 2007 starter et forsøksprosjekt med obligatorisk psykiatri i turnustjenesten for leger, blant annet ved at distriktpsykiatriske sentre benyttes som turnussted.

**Merknader til budsjettforslaget**

Det foreslås at tilskudd til turnustjeneste i sykehuse- (25 mill. kroner) innlemmes i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. 25 mill. kroner foreslås ompostert til kap. 732, post 70.

**Post 70 Andre tilskudd, kan nyttes under post 21**

Det vises til omtale under post 21 Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten.

**Merknader til budsjettforslaget for 2008**

Det foreslås å styrke bevilgningen til allmennmedisinske forskningsenheter med 4,0 mill. kroner og bevilgningen til interkommunalt legevaktsamarbeid med 2,0 mill. kroner.

Bevilgningen foreslås satt ned 0,6 mill. kroner mot at bevilgningen over kap.725, post 01, settes

opp tilsvarende. Det vises til omtale av helsebiblioteket i merknader til budsjettforslaget under kap. 725

For øvrig er det foreslått å reduseres bevilgningen på posten med 4,4 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 pågår nå en prosess med sikte på en fusjon mellom to eller flere av de nordiske institusjonene på denne sektoren. Denne prosessen kan også komme til å omfatte NHV. 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.

Bevilgningen foreslås videreført i 2008.

**Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
02	Gebyrinntekter	12 498	13 584	17 168
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	458		
18	Refusjon av sykepenger	486		
	Sum kap. 3724	13 442	13 584	17 168

**Post 02 Gebyrinntekter**

Gebyrene for helsepersonell som ikke har turnusplikt er i dag 700 kroner. For personell med turnus er gebyret 1050 kroner. For 2008 foreslås det å

heve gebyrene. Samlet innebærer det en økning av inntektene med om lag 3,0 mill. kroner. Under kap. 724 omtales de tiltak som de økte inntekter er foreslått å finansiere.

**Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
01	Driftsutgifter	99 977	64 993	95 762
	Sum kap. 725	99 977	64 993	95 762

**Post 01 Driftsutgifter**

## Formål og hovedprioriteringer

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er et selvstendig forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. Senteret har ingen myndighetsfunksjoner og 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.

## Resultatrapportering 2006

Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene er Kunnskapssenterets viktigste oppdragsgivere. Statens legemiddelverk og helsepersonell i helsetjenesten er andre viktige bestillere.

Kunnskapssenteret har i 2006 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.

Kunnskapssenteret har satsset 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.

Innen kvalitetsmåling har Kunnskapssenteret gjennomført tre store brukererfaringsundersøkelser blant foresatte ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, pasienter ved døgnenheter ved

somatiske sykehus, og blant fastleger som har vurdert kvaliteten ved de distriktpspsykiatriske sentrene.

Det arbeides med en forskningsmessig basis for bruk av gode kvalitetsindikatorer for helsetjenesten.

Kunnskapssenterets resultater er formidlet i ulike publikasjoner på senterets nettsider [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no).

Helsebiblioteket ble etablert i 2006 som en felles satsning av Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. Biblioteket drives av Kunnskapssenteret. Formålet for det elektroniske biblioteket er å bedre kvaliteten på helsetjenester ved å gi helsepersonell enkel tilgang til kunnskapsbasert helsefaglig informasjon. Den primære målgruppen for Helsebiblioteket er personell, studenter og forskere i helsetjenesten, men så langt som mulig skal innholdstjenestene være åpne og tilgjengelig for alle. Gjennom nasjonale avtaler i regi av Helsebiblioteket oppnås avtaler om lisenser for elektroniske tidsskrifter, databaser, oppslagsverk og praksisnære råd og retningslinjer som er gunstigere enn lokale avtaler. Det legger til rette for ressursbesparelser, bl.a. i helseforetakene ved at abonnementskostnader reduseres. Det er etablert et emnebibliotek innen området psykisk helse.

Kunnskapssenteret flyttet i 2006 inn i ett samlet lokale i Rikshospitalets gamle kvinneklinikk.

## Tilstandsvurdering 2007

På feltet kunnskapshåndtering arbeider Kunnskapssenteret med å oppsummere forskningsbasert kunnskap om effekt av behandlingsformer, metoder for diagnostisering og andre tiltak. I tillegg utarbeides helseøkonomiske evalueringer.

Innen kvalitetsmåling arbeider Kunnskapssenteret særlig med å innhente brukernes erfaringer med spesialisthelsetjenesten. Det arbeides også for å utvikle metoder for å samle inn brukererfaringer med primærhelsetjenesten.

Fra 2007 er GRUK-miljøet etablert som en seksjon for kvalitetsutvikling i Kunnskapssenteret. Seksjonen skal arbeide med implementering av Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten.

I 2007 ble det gjennom Helsebiblioteket gitt fri tilgang til Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) for helsepersonell i og utenfor institusjon.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering er i 2007 etablert av Helse- og omsorgsdepartementet. Kunnskapssenteret er sekretariat for rådet og understøtter saksforberedelser initiert av de ulike aktørene. Rådet vil være et av få organisatoriske treffpunkter for de ansvarsbærende aktørene i helsetjenesten, og dermed bidra til en samordnet innsats på områder der nasjonale hensyn krever felles holdning og praksis.

Kunnskapssenteret har i 2007 etablert Nasjonal enhet for pasientsikkerhet med formål å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge uønskede hendelser. Det skal drives pedagogisk innsats og ikke utføres kontroll, tilsyn eller iverksettelse av tiltak som ligger til ansvarlige myndigheter.

#### Satsningsområder for 2008

##### *Kunnskapshåndtering*

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, og styrke seg som et myndighets- og produsentuavhengig organ for kunnskap og informasjon om effekt av legemidler. Kunnskapssenteret skal videreføre arbeidet med å utvikle et system for å vurdere ny og kostbar behandling før denne innføres i helsetjenesten. Kunnskapssenteret skal vektlegge arbeid med kunnskap om kvalitetsforbedring, organisering, finansiering og regulering av helsetjenester.

##### *Kvalitetsmåling*

Kunnskapssenteret skal videreutvikle de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene. Kunnskapssenteret skal arbeide med analyse av kliniske kvalitetsindikatorer med relevans for utøvere, pasienter og brukere. Kunnskapssenteret skal utvikle sin rolle som et nasjonalt kompetansemiljø for kvalitetsmåling.

##### *Andre områder*

Sekretariatsfunksjonen for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering skal videreutvikles. Aktivitetene i Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skal styrkes i omfang. Kunnskapssenteret skal drive et obligatorisk nasjonalt meldesystem for uønskede hendelser knyttet til bruk av blodprodukter (hemovigilans). Senteret skal også etablere en ordning for oppfølging av EUs celledirektiv.

#### **Merknader til budsjettet 2008**

I 2007 er Helsebiblioteket finansiert over ulike drifts- og tilskuddsordninger som Sosial- og helsedirektoratet forvalter, samt overføringer fra regionale helseforetak. For 2008 foreslås det å samle finansieringselementene i bevilgningen til Kunnskapssenteret. Det foreslås følgende overføringer til kap. 725, post 01:

- 0,3 mill. kroner fra kap. 702, post 70
- 1,0 mill. kroner fra kap. 718, post 21
- 0,3 mill. kroner fra kap. 718, post 70
- 0,5 mill. kroner fra kap. 719, post 73
- 0,5 mill. kroner fra kap. 719, post 79
- 2,0 mill. kroner fra kap. 720, post 21
- 0,3 mill. kroner fra kap. 724, post 21
- 0,6 mill. kroner fra kap. 724, post 70
- 0,5 mill. kroner fra kap. 726, post 21
- 0,5 mill. kroner fra kap. 727, post 21
- 1,9 mill. kroner fra kap. 728, post 21
- 0,6 mill. kroner fra kap. 732, post 21
- 11,0 mill. kroner fra kap. 732, post 72–75
- 3,0 mill. kroner fra kap. 743, post 70
- 0,4 mill. kroner fra kap. 751, post 21
- 1,6 mill. kroner fra kap. 761, post 21
- 0,5 mill. kroner fra kap. 761, post 75
- 1,0 mill. kroner fra kap. 761, post 77

Det foreslås å styrke bevilgningen med 1,0 mill. kroner til drift av sekretariatet for Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsevesenet. Videre foreslås å styrke bevilgningen med 2,0 mill. kroner til kvalitetsutviklingsarbeid i helsetjenesten i regi av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Det foreslås at driftsrammen reduseres med 0,6 mill. kroner som krav til effektivisering.

**Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
03	Oppdragsinntekter	57 204	110	115
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	881		
18	Refusjon av sykepenger	1 290		
	Sum kap. 3725	59 375	110	115

**Kap. 726 Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	3 882	19 250	19 578
61	Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmissbrukere, <i>kan overføres</i>	262		
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	41 412	50 650	57 828
71	Kjøp av opptrening og helsetjenester, <i>kan overføres</i>	49 206	78 138	81 498
	Sum kap. 726	94 762	148 038	158 904

Overført fra 2006 til 2007:

Post 21: 955 000 kroner

Post 61: 431 000 kroner

mer informasjon om udekket behov for habilitering og rehabilitering.

**Post 21 Spesielle driftsutgifter****Habilitering og rehabilitering**

I proposisjonens del III presenteres Regjeringens nasjonale strategi for rehabilitering og habilitering. Omtalen nedenfor må sees i sammenheng med denne. Målet med en habiliterings-/rehabiliteringsprosess er at den enkelte skal kunne delta i samfunnet. Tjenester som ytes som ledd i slike prosesser skal ivareta brukerperspektivet, være samordnet, tverrfaglige og planmessige, og gis så nær brukerens hjem og vante miljø som mulig. Habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal gis til alle som har behov for sammensatt og koordinert bistand, både barn, unge og voksne, uavhengig av funksjonsnedsettelse.

Tilbudet innen habilitering og rehabilitering i kommunene og i spesialisthelsetjenesten er i utvikling. Grunnlaget for å vurdere hvilke tiltak som kan ha størst effekt i forhold til personer med behov for habiliterings- eller rehabiliteringstjenester er ufullstendig. Det er igangsatt kartleggingsundersøkelser som forutsettes å kunne gi

**Habilitering av barn**

I forbindelse med oppfølging av Strategiplan for habilitering av barn og unge, ble det i 2006 gitt støtte til om lag 30 utviklingsprosjekter fordelt på alle helseregioner. Prosjektene skal bl.a. styrke tilbudet innen intensiv habilitering, utarbeide standardiserte oppfølgingsprogram, sikre mer brukerrettet og familieorientert praksis og gi bedre informasjon til familier til barn med funksjonsnedsettelse og/eller kronisk sykdom. De fleste prosjektene som gjelder intensiv trening blir avsluttet i løpet av 2007. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten skal foreta en gjennomgang og Sosial- og helsedirektoratet vil på denne bakgrunn, før sommeren 2008, anbefale hvordan intensive treningstilbud til barn bør drives i Norge.

Barnenevrologisk seksjon ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF er et «lokomotiv» for utviklingen innen barnehabilitering. Barnenevrologisk seksjon har bidratt med kompetanseheving og veiledning.

Studiet *Videreutdanning i konduktiv pedagogikk* ble igangsatt som en prøveordning ved Høgskolen i Tromsø høsten 2005. Studiet er et deltidsstudium over to år. Ved utgangen av 2006 var det fire studenter ved studiet. Første kullet avslutter utdanningen høsten 2007. Sosial- og helsedirektoratet skal evaluere utdanningen før det tas stilling til videreføring.

Driftsdata fra barnehabiliteringstjenestene viser at det har vært en ubetydelig ressursøkning til tjenestene de siste fire år. I samme periode har flere barn fått et tilbud. Det er geografiske forskjeller når det gjelder ressurser og kapasitet.

Helsetilsynet har oppsummert det landsomfattende tilsynet med habiliteringstjenester til barn som ble gjennomført i 2006. Rapporten slår fast at tjenestene til barn i målgruppen fungerer godt mange steder, men avdekket manglende likeverdighet i tilbudet. Tilbudene varierer ut fra hvilken kompetanse som finnes der barna bor.

Det er stor aktivitet i alle fire helseregioner knyttet til arbeidet med å utvikle nye tilbud og øke kunnskapsgrunnlaget for praksis.

#### *Habilitering av voksne*

Det er utfordringer knyttet til voksenhabiliteringstjenesten. Organiseringen av tjenesten varierer, det er fortsatt brukergrupper som ikke tilbys tjenester blant annet fordi kompetansen er mangelfull. Tjenesten er spesielt preget av mangel på leger og psykologer. Videre synes helseoppfølging til unge og voksne med psykisk utviklingshemming å være mangelfull og tjenestens rolle og oppgaver er lite standardisert. Det er foretatt en gjennomgang av voksenhabiliteringstjenesten og Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å følge opp denne. Det ble i 2006 gitt støtte til tiltak som kan bidra til å styrke tilbudet til habilitering av voksne. Det kan synes som det er grupper som ikke er tilstrekkelig ivaretatt. Det er i gang et arbeid med å utvikle veiledningsmatriell og det arbeides videre med tiltak for å styrke voksenhabiliteringstjenestene.

#### *Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR)*

SKUR har vært et prosjekt ved Høgskolen i Bodø (2000-2006). Høgskolen i Bodø blir tildelt midler til enkelte pågående forskningsprosjekter og nettverksprogrammet Samsynt og Framsynt som skal slutføres i løpet av 2007. Prosjektets oppgaver med å utvikle og spre kunnskap ivaretas av Sosial- og helsedirektoratet.

#### *«Det nytter»-prisen*

«Det nytter»-prisen deles ut hvert år til prosjekter og tiltak innen sosial- og helsesektoren for nye og utradisjonelle løsninger og arbeidsmåter. Målsettingen med prisen er å synliggjøre godt arbeid og gode eksempler innenfor sosial- og helsesektoren. Førsteprisen for 2007 gikk til psykiatrisk legevakt i Oslo for sitt etablerte lavterskeltilbud.

#### *Tilbud til hørselshemmede*

##### *Cochlea implantater*

For voksne ble det i 2007 målsatt at de tre operasjonsstedene Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, Haukeland universitetssykehus HF og St. Olavs Hospital til sammen skulle utføre 140 operasjoner årlig. Det tas i 2008 sikte på å utvide operasjonskapasiteten til 200 operasjoner årlig.

#### *Hørselscreening av nyfødte*

Sosial- og helsedirektoratet har utgitt nasjonale faglige retningslinjer for syn, hørsel og språk. Direktoratet har anbefalt at det innføres hørselscreening ved landets fødeinstitusjoner fra 2008. Av landets totalt 54 fødeinstitusjoner, har om lag halvparten innført hørselscreening av alle nyfødte ved utgangen av 2007. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp innføringen ved resterende fødeavdelinger og fødestuer i 2008.

#### *Høreapparatformidling*

Flere undersøkelser og rapporter de senere år har pekt på betydelige svakheter i høreapparatformidlingen. Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet ga i juli 2006 Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å nedsette en bredt sammensatt arbeidsgruppe inkludert brukerorganisasjonene for å gi konkrete anbefalinger og forslag til løsninger/tiltak som skal sikre en god formidling og oppfølging av høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler i et helhetlig rehabiliteringsperspektiv. De ulike aktørenes rolle innen hørselsomsorgen har vært vurdert, herunder blant annet den kommunale førstelinjetjenesten, fylkesaudiopedagogene, hørselsentralene og NAV. Sosial- og helsedirektoratets rapport med forslag til forbedringer for høreapparatformidlingen ble oversendt departementet september 2007.

### *Rehabiliteringstilbud til mennesker med synshemninger*

Sosial- og helsedirektoratet har i 2007 igangsatt samarbeid med de regionale helseforetakene med sikte på tiltak som kan bidra til et bedre rehabiliteringstilbud til voksne synshemmede. Det vil bli vurdert tiltak som kan bedre kompetansen i kommunene og bruken av kommunale synskontakter, og det vil bli utarbeidet informasjon om syn og synsrehabilitering. Gruppen mennesker med synshemninger er sammensatt og informasjonen må derfor være innrettet etter de ulike gruppenes behov. Det vil også bli vurdert om eksisterende informasjonsmateriell bør gjøres bedre kjent. Sosial- og helsedirektoratet har nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra brukerorganisasjonene, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Vox – Nasjonalt senter for læring i arbeidslivet som skal kartlegge tilbudene i institusjoner for blinde og svaksynte og gi en tilråding om hvilke tjenester disse institusjonene bør ivareta og hvordan tjenestene skal finansieres.

Institusjoner som skal kartlegges er Hurdal-senteret og Evenes Kurs- og Treningssenter, som eies av Norges Blindforbund, Solvik Kurs- og Aktivitetssenter, som eies av Vestlandske Blindforbund, og Midttun Ferie og Rekreasjonshjem, som eies av KABB Kristent Arbeid Blant Blinde og Svaksynte.

### *Rehabiliteringstilbudet til ungdom med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse*

Sosial- og helsedirektoratet har gjennomført et forprosjekt der tilbudet til ungdom er vurdert. Dette forprosjektet viser at det er få rehabiliterings- og habiliteringstiltak som har ungdom/unge voksne som målgruppe. Det er behov for å øke kompetansen i forhold til ungdom med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse, bl.a. for å sikre en god overgang mellom tjenester rettet mot barn og tjenester rettet mot voksne. Departementet vil be Sosial- og helsedirektoratet om å arbeide videre med denne problemstillingen.

### *Tilbud til pasienter med alvorlig hodeskade*

Personer med alvorlige hodeskader får rehabiliteringstilbud i alle helseregioner. De regionale helseforetakene arbeider med å styrke dette området. Det er laget planer og iverksatt prosjekter i alle helseregioner.

I Helse Sør-Øst er den en enhet for intensiv tidligrehabilitering ved Ullevål universitetssykehus HF med to senger, og en enhet ved Sunnaas syke-

hus HF med 14 senger. Nødvendig opplæringsprogram i forhold til etablert kapasitet er gjennomført. Klinisk erfaring og tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende er gode. Det arbeides med forbedring av tilbudet til barn med ervervet hjerneskade. Videre gis det tilbud ved Spesialsykehuset for rehabilitering i Kristiansand, som har tre plasser for alvorlig hodeskade og ambulante tjenester. Spesialsykehuset for rehabilitering i Kristiansand arbeider med kompetanseheving når det gjelder denne gruppen. I Helse Vest har Helse Bergen HF fått i oppdrag å etablere et regionalt tilbud til pasienter som trenger tidlig og kompleks rehabilitering etter alvorlig hjerneskade. Helse Midt-Norge RHF har som mål at St. Olavs Hospital HF og Helse Sunnmøre HF skal styrke tiltak for pasienter med alvorlig hodeskade. Helse Nord RHF planlegger en trinnvis oppbygging av tilbudet til pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade. Det er etablert en hodeskadeenhet med tre senger knyttet til Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, og en er i gang med å heve kompetansen hos de ansatte som arbeider med denne gruppen.

### **Merknader til budsjettforslaget**

Det foreslås å overføre 0,5 mill. kroner til finansiering av Helsebiblioteket over kap. 725.

### **Post 61 Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmissbrukere**

Regnskapstallene gjelder tiltak som fra 2006 er overført til henholdsvis kap. 761, post 63, kap. 761, post 70 og kap. 726, post 70.

### **Post 70 Tilskudd**

#### **Tiltak for rusmiddelavhengige**

#### **Formål og hovedprioriteringer**

På grunnlag av en rekke undersøkelser og som ledd i Opptappingsplanen for rusfeltet, vil innsatsen på følgende områder bli prioritert: Heve kvaliteten og kompetansen på tverrfaglig spesialisert rusbehandling, bidra til mer tilgjengelige tjenester, bedre samhandling, sikre brukerinntilflytelse og bedre ivaretagelse av pårørende, herunder barn med rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre. Når det gjelder legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er det et mål å videreutvikle dette tilbudet til et mer helhetlig behandlings- og rehabiliteringsopplegg med god tilgjengelighet og rehabilitering for den enkelte. Det er behov for økt kunnskap om kvinner som blir gravide mens de er i LAR og barna deres. Tjenestene som kommer i

kontakt med disse familiene har behov for økt kompetanse med hensyn til hvilke behandlingsmetoder og langsiktige oppfølgingstiltak som bør iverksettes.

Det er nødvendig i større grad å styrke innsatsen for å forhindre rekruttering til det tunge misbruket. Barn av rusmiddelavhengige er en prioritert gruppe. Det er anslått å være om lag 200 000 barn som lever i familier med psykisk sykdom og rusproblemer.

Andelen personer med behov både for behandling for rusmiddelmisbruk og psykisk lidelse er høy, og tjenestene lokalt og i spesialisthelsetjenesten er i dag ikke i tilstrekkelig grad faglig rustet til å gi adekvat behandling til denne gruppen.

I samarbeid med justissektoren er det et mål at flere innsatte rusmiddelavhengige får et tilpasset behandlings- og rehabiliteringstilbud. Forsøk med Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) skal bidra til dette. I tillegg skal det etableres rusmestringsenheter ved norske fengsler med formål å styrke tilbudet til innsatte og domfelte rusmiddelavhengige som har behov for rusbehandling.

Bevilgningen på posten nyttes til tiltak og aktivitet innenfor disse innsatsområdene: Utviklingsarbeid relatert til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder LAR, i form av faglige retningslinjer, veiledere, statistikk, forskning, kompetanseutvikling og forsøksvirksomhet (Narkotikaprogram med domstolskontroll, rusmestringsenheter).

Det vises også til kap. 732 når det gjelder bevilgning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk i spesialisthelsetjenesten, kap. 718 når det gjelder forebyggingsfeltet samt kap. 761 når det gjelder kommunale rusmiddeltiltak. Det vises for øvrig til Del III, kap. 8 Opptrappingsplan på rusfeltet.

## Resultatrapport 2006

Samtidig med Stortingets sluttbehandling av rusreformen ble det vedtatt at reformen skulle evalueres etter tre års virketid. Denne evalueringen ble gjennomført i 2006 og ble lagt frem ved siste årsskiftet. En nærmere redegjørelse for evalueringen ble presentert i revidert nasjonalbudsjett 2007. Hovedtrekkene i evalueringen viser at samhandling og samarbeid innad i spesialisthelsetjenesten er styrket etter rusreformen. Ressursbruk og innsats i mange kommuner og i spesialisthelsetjenesten har økt. Antall henvisninger har økt betydelig, i hovedsak fra leger i kommunene og leger i øvrig spesialisthelsetjeneste.

Evalueringen viser at den nye organiseringen ser ut til å ha bidratt til at flere får behandling, men

at det fortsatt er for lang ventetid og for mange som får avbrudd i forløpet av behandlingen.

Utfordringene som evalueringen peker på, vil utgjøre noen av de sentrale elementene i Opptrappingsplanen på rusfeltet, jf. presentasjon i Del III, kap. 8.

Det er utarbeidet et system for ventelisteregistrering på rusområdet, slik at ventetidsdata innen tverrfaglig spesialisert behandling for siste tertial 2006 ble inkludert i Norsk Pasientregister (NPR) i den øvrige ventetidsrapportering innen spesialisthelsetjenesten. Grunnet blant annet datatekniske problemer, vil aktivitetsdata innen tverrfaglig spesialisert behandling først være tilgjengelig fra 2008. Arbeidet med å innhente data for kommunesektoren ble påbegynt i 2006.

Etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Sosial- og helsedirektoratet arbeidet med en veileder for henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Arbeidet innebærer en operasjonalisering av prioriteringsforskriften der veilederen på rusfeltet er den første veileder av i alt om lag 30 veiledere innen ulike områder innen spesialisthelsetjenesten som direktoratet skal freidigstille. Arbeidet inngår i samarbeidsprosjektet Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten.

## Legemiddelassistert rehabilitering

Som følge av rusreformen ble også de regionale LAR-sentrene fra 1. januar 2004 overført til de regionale helseforetakene. LAR ble ved reformen også definert som tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk og ble således en del av spesialisthelsetjenesten. Den spesialiserte delen av LAR-tilbudet er organisert i 7 regionale sentra (Oslo, Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø og to samarbeidsfunksjoner mellom Buskerud, Vestfold og Telemark og mellom Vest- og Aust-Agder). Legemiddelassistert rehabilitering i Helse Sør-Øst er, ved siden av å være regionsenter, nasjonalt kompetansesenter. Rehabiliteringsarbeidet i LAR foregår i regi av kommunens sosial- og helsetjeneste.

Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitet i Oslo avholder regelmessige regionsvise kurs i rusmiddelmedisin for leger og psykologer. Det pågår en rekke forskningsprosjekter som vil kunne bidra til å øke kunnskap om substitusjonsbehandling av heroinavhengige (både med metadon, buprenorfin og naltrexon), gravide i LAR og pasienter med dobbeldiagnoser.

Ved utgangen av 2006 var 4166 pasienter inntatt i LAR – 552 flere enn ved forrige årsskifte. 484 personer stod på venteliste ved utgangen av 2006 – en økning på 54 personer sammenlignet med samme tidspunkt i 2005.

På landsbasis var fordelingen slik per 31.12.06:

Helseregion	Antall i behandling	Antall på venteliste <sup>1</sup>
Øst	1930	121
Sør	979	117
Vest	818	124
Midt	260	37
Nord	179	85
Sum	4166	484

<sup>1</sup> Venteliste inkluderer personer som venter på utredning og personer som venter på behandling

Kilde: Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UIO/LAR ØST

Som en oppfølging av evalueringen av LAR (2004) og etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Sosial- og helsedirektoratet arbeidet med nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av opioidavhengige. Helse- og omsorgsdepartementet sendte i 2006 i tillegg ut et høringsnotat med forslag om en hjemmel til å utarbeide forskrifter med nærmere regler om LAR.

### Tilstandsvurdering

Rusreformen la det organisatoriske grunnlaget for å styrke det helhetlige spesialiserte tilbudet til rusmiddelavhengige. Antall henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling økte kraftig den første tiden etter reformen, men veksten har deretter flattet ut. Evalueringen av rusreformen viser også at ventetid til deler av behandlingstiltakene har økt noe og at brudd i behandlingsprosessen ofte er til hinder for å oppnå gode og sammenhengende tjenester. Etter rusreformen har ressursene til tverrfaglig spesialisert behandling i de regionale helseforetakene økt. Samtidig er det mye som tyder på at gapet mellom behov og tilbud fortsatt er stort. Ifølge rapport fra Norsk pasientregister 1. tertial 2007 var gjennomsnittlig ventetid for de som hadde mottatt behandling 70 dager. Denne ventetiden er lik ventetidene innen den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten og noe høyere enn innen det psykiske helsevern. Andelen pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp er høyere innen rusbehandling enn innen både somatikk og psykisk helsevern. Det er kortere ventetider for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp enn de uten slik rett.

Tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering ble ved utgangen av 1998 landsdekkende. Etter dette har det årlig vært en jevn økning i antall personer tatt inn i behandling. Siden 2002 har det vært mer enn en fordobling av antall i behandling. Ved

første tertial 2007 var 4294 personer inkludert i LAR. Når det gjelder antall på venteliste er hovedbildet de senere årene et nokså stabilt antall på i underkant av 500 personer. Ifølge anslag fra Statens institutt for rusmiddelforskning, er antall injiserende rusmiddelavhengige estimert til 8200 – 12.500 (mot tidligere 11 – 15.000). Fra faginstansenes side anslås det at om lag halvparten av antall injiserende rusmiddelavhengige kan være aktuelle for LAR (om lag 4000 – 6000).

Barn av rusmiddelavhengige er en forsømt gruppe. Det er om lag 200 000 barn som lever i familier med psykisk sykdom og rusproblemer. Andelen personer med behov både for behandling for rusavhengighet og psykisk lidelse er høy, og tjenestene lokalt og i spesialisthelsetjenesten er i dag ikke i tilstrekkelig kapasitetsmessig og faglig rustet til å gi adekvat behandling til denne gruppen. Om lag 60 pst. av innsatte har et rusmiddelproblem, og det har vært en betydelig økning i bruk av soning i medhold av straffegjennomføringslovens § 12.

### Satsingsområder og mål i 2008

Ifølge siste statusrapport for rusmiddelsituasjonen fra 2006, har mye av arbeidet for å redusere de sosiale og helsemessige skadene ved rusbruk hatt god effekt. Samtidig står vi overfor utfordringer på flere områder som blant annet vil bli fulgt opp i Opptappingsplanen for rusfeltet, jf. omtale i Del III, kap. 8. Når det gjelder behandling og rehabilitering av rusmiddelavhengige, vil særlig innsatsen på følgende områder bli prioritert: Heve kvaliteten, kapasiteten og kompetansen på rusfeltet, bidra til mer tilgjengelige tjenester, bedre samhandling, sikre brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av pårørende. Det er et sentralt mål å styrke tilbudet til unge rusmiddelavhengige samt innsatsen for barn av rusmiddelavhengige foreldre. I samarbeid med justissektoren er det også et mål at flere innsatte rusmiddelavhengige får et tilpasset behandlings- og rehabiliteringstilbud.

Regjeringen la i 2007 frem Ot.prp. nr. 53 (2006-2007) med forslag om å innføre en ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet. Forslaget om en slik garanti medfører at ingen skal måtte vente mer enn 10 virkedager før det er foretatt en vurdering av rett til nødvendig helsehjelp. Dersom slik rett blir gitt, skal ingen måtte vente mer enn maksimalt 90 dager (65 virkedager) før behandling senest blir iverksatt. I Ot. prp. nr. 53 inngår også forslag om enkelte endringer i pasientrettighetsloven som følge av rusreformen.



Etter rusreformen har det vært en betydelig økning i henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling. Slik det framgår av evalueringen av rusreformen er det fortsatt for lange ventetider til tverrfaglig spesialisert behandling. Det er derfor behov for en økning i kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling. I mange tilfeller kan det se ut som manglende kapasitet på avrusningsplasser er den viktigste forklaringen på at mange pasienter må vente for lenge på øvrig behandling innen tverrfaglig spesialisert behandling. Forslaget her om økt tilskudd til rusbehandling gjennom Opptrappingsplanen for rusfeltet (46 mill. kroner), kommer i tillegg til bevilgningsforslaget som legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmidelmisbruk er et nytt område innen spesialisthelsetjenesten, og per i dag foreligger ingen presis definisjon av innholdet i behandlingen. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for LAR og annen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette arbeidet vil inngå i direktoratets kvalitetsstrategi 2005-2015. I tillegg vil det bli utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for behandling av dobbeltdiagnosepasienter, jf. kap. 743 og retningslinjer for oppfølging av gravide rusmiddelavhengige i LAR.

#### *Barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre*

Barn som vokser opp i familier der rusmiddelproblemer er en del av hverdagen har selv en forhøyet risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Av barn som lever i en familiesituasjon med foreldre som er psykisk syke, vil to av tre utvikle psykiske vansker, og en av tre får alvorlige psykiske problemer. Mange av disse barna får ikke alltid nødvendig oppfølging og hjelp. I forbindelse med regjeringens Handlingsplan mot fattigdom ble det derfor bevilget 15 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett i 2007 til en satsning rettet mot å utvikle og implementere tiltak for disse barnegruppene. Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider om en satsing på tiltak for barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre. Formålet med satsingen 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. For å samle, systematisere og formidle kunnskap til tjenestene, etableres det i 2007 et nasjonalt kompetansenettverk under ledelse av Sørlandet sykehus HF. I samarbeid med andre instanser og fagmiljø med kompetanse på området, vil kompetansenettverket

ha ansvar for å bidra til kompetansebygging knyttet til forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre.

Som ledd i Regjeringens forsterkede innsats overfor barn og unge i risikosoner, foreslås det at bevilgningen til tiltak økes med 5 mill. kroner i 2008.

#### *Legemiddellassistert rehabilitering*

Helse- og omsorgsdepartementet har i Ot.prp. nr. 53 (2006-2007) fremmet forslag om enkelte endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven etter rusreformen. Som en oppfølging av evalueringen av LAR og i tillegg til faglige retningslinjer på området, foreslås det her en hjemmel til å utarbeide forskrifter for nærmere regler om LAR. Hjemmelsbestemmelsen vil kunne gi adgang til å fastsette regler blant annet om formålet med LAR, kriterier for inntak og utskrivning, krav om individuell plan for pasienter i LAR og krav om urinprøve.

Flest mulig som har behov for og nytte av det, skal få et behandlingstilbud, og LAR skal framstå som et bedre og mer tilgjengelig tilbud når det vurderes som aktuelt. Faglige retningslinjer og forslag om hjemmel for en forskrift for LAR, er viktige tiltak for å nå disse målsettingene, i tillegg til en styrking av kapasiteten. Med regjeringens styrking av LAR i St.prp. nr. 44 (2006-2007) og forslag om videreføring av disse i 2008 samt budsjettforslaget for 2008, vil i alt 4500 være inkludert i LAR i 2008. Faglige retningslinjer og en eventuell egen forskrift vil erstatte gjeldende rundskriv for LAR. Kostnader ved aktuelle tiltak, herunder kommunale kostnader, vil bli kartlagt og vurdert som ledd i arbeidet med faglige retningslinjer og forskrift.

Departementet har også igangsatt et arbeid som vil regulere kostnadene ved utdeling av medisiner i LAR og få bedre kontroll over kostnadene til innkjøp av medisinene som benyttes i denne behandlingen.

#### *Tiltak for domfelte og innsatte med rusmiddelproblemer*

Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av Ot.prp. nr. 81 (2004-2005) Om lov om endringer i straffeloven (prøveordning med narkotikaprogram med domstolskontroll), endringer som gir grunnlag for et treårig forsøk med narkotikaprogram med domstolskontroll. Som vilkår for betinget dom kan retten fastsette at domfelte gjennomfører programmet. Narkotikaprogram med domstolskontroll er et individuelt tilpasset rehabilite-

ringsopplegg for tungt belastede rusmiddelavhengige som ledd i en strafferettslig reaksjon. Narkotikaprogrammet har som formål å forebygge ny kriminalitet og fremme kontroll over rusmiddelmisbruket. Programmet vil blant annet kunne inneholde et behandlingsopplegg for den enkelte deltaker i tillegg til andre tiltak som vurderes som viktig for den enkeltes rehabilitering og integrering i samfunnet. To prøveprosjekter startet opp i 2006 i henholdsvis Bergen og Oslo kommune. Programmet evalueres av Kriminalomsorgens utdanningssenter og Statens institutt for rusmiddelforskning. Bevilgninger over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til formålet er benyttet til helse- og sosialpersonell samt resultatevaluering av ordningen i regi av Statens institutt for rusmiddelforskning. Bevilgningen til formålet i 2007, 5 mill. kroner, foreslås videreført i 2008.

I 2007 etableres det rusmestringsenheter ved fengsler i Bodø, Stavanger og Sarpsborg. Formålet med enhetene er å styrke tilbudet til innsatte og domfelte rusmiddelavhengige som har behov for rusbehandling og rehabilitering. Midler til formålet med 5 mill. kroner over Justis- og politidepartementets budsjett og 1,8 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett i 2007, foreslås videreført i 2008.

Det vises også til omtale i St.prp. nr. 1 (2006-2007) Justis- og politidepartementet, programkategori 06.30 Kriminalomsorg.

### Budsjettforslag 2008

Samlet foreslås det over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett når det gjelder spesialisthelsetjenesten, jf. Opptrappingsplanen for rusfeltet og omtale i Del III, kap. 8, en styrking av tiltak for rusmiddelavhengige med 51 mill. kroner i forhold til saldert budsjett for 2007 til følgende tiltak i 2008:

- Det foreslås bevilget 36 mill. kroner over kap. 732, postene 72-75 til økt behandlingsskapasitet når det gjelder avrusing, akuttbehandling og ambulante tjenester for rusmiddelavhengige.
- Det foreslås bevilget 10 mill. kroner til økt behandlingsskapasitet i LAR. Dette gir et behandlingstilbud til om lag 100 nye pasienter i 2008 (helårsvirkning). Bevilgningen fordeles med 6 mill. kroner over kap. 732 postene 72-75, 2 mill. kroner over kap. 732, post 77, 1 mill. kroner over kap. 2752, post 70 og 1 mill. kroner over kap. 2755, post 70.
- Det foreslås bevilget 5 mill. kroner til ytterligere tiltak for barn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre.

For en samlet oversikt over forslag til satsing på rusfeltet for 2008, vises det til omtale under kap. 718.

Det foreslås bevilget 57,8 mill. kroner over posten i 2008.

### Post 71 Kjøp av opptrening og helsetjenester

#### Opptrening mv.

De regionale helseforetakene overtok finansieringsansvaret for opptreningsinstitusjonene m.m. fra 2006. De regionale helseforetakene har inngått avtaler om kjøp av tjenester i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i samsvar med regelverket for offentlige anskaffelser. Omleggingen skapte usikkerhet om framtidig driftsgrunnlag for enkelte opptreningsinstitusjoner som ikke fikk avtale med regionalt helseforetak. Regjeringen mente at opptreningsinstitusjonene hadde fått for kort tid til omstilling. Det ble opprettet et eget tilskudd til utvikling av opptreningstilbud, jf. St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005-2006).

I 2006 ble det bevilget tilskudd til aktuelle institusjoner som kunne tilby institusjonsbaserte tjenester innenfor bl.a. arbeidsrettet rehabilitering og tilbud rettet mot kommunene, som et prøveprosjekt. Det ble laget et eget regelverk for prosjekttilskudd, der formålet var å gi mulighet for omstilling av opptreningsinstitusjoner som ikke hadde fått fornyet avtale med regionalt helseforetak.

Tre institusjoner i tidligere Helse Øst og en institusjon i tidligere Helse Sør fikk tilskudd i henhold til regelverket i 2006. Tilskuddet ble videreført i 2007 og institusjonene har fått tilskudd ut tredje kvartal. Tre av institusjonene har i 2007 fått avtale med regionalt helseforetak gjennom ordningen «Raskere tilbake». I tillegg har to av institusjonene fått avtale med regionalt helseforetak innenfor de midler som er overført til kjøp av opptrenings- og rehabiliteringstjenester i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.

Omstillingsprosjektene har i stor grad fokusert på rehabilitering med arbeid som mål. Institusjonene bygger nettverk med etatene innenfor NAV, bedriftshelsetjenester, fastleger og kommuner som arbeidsgivere. Institusjonene har gjennomført kompetansetiltak for sine ansatte. Rapporteringen viser at særlig prosjektene innenfor arbeidsrettet rehabilitering har medført store endringer i institusjonene, med bl.a. større vekt på tverrfaglige team og opplæringsaktivitet.

Det foreslås at bevilgningen videreføres for å understøtte omstillingsprosessen og videre utvikling av tilbudet.

I budsjettene for 2006 og 2007 har midler til Friskgården vært videreført slik at evalueringen

kunne ferdigstilles. Evalueringsrapporten ble lagt fram i juni 2007. Den opprinnlige målsettingen ved evalueringen var å gi svar på om tilbudet ved Friskgården i Nord-Trøndelag har signifikante effekter på sannsynligheten for brukernes retur til arbeid. Statistikken viser at en relativt stor andel av brukerne de senere år ikke har arbeidstilknytning. Det er i evalueringsrapporten pekt på at dersom hensikten har vært å få personer som er langtids-sykmeldte eller som har hatt hyppige korttidsfravær tilbake i arbeid, er inntaket ved Friskgårdene i strid med denne intensjonen. Det er vist til at det ikke er grunnlag for å konkludere med at det er en

direkte og klar sammenheng mellom endringene i intervensjonsgruppen og tilbudet fra Friskgårdene.

Prosjektet er avsluttet. Friskgårdene har søkt og fått avtaler gjennom «Raskere tilbake».

Det er etablert en ordning for kjøp av helsetjenester for å motvirke lettere psykiske og sammensatte lidelser i den hensikt å redusere sykefraværet. Ordningen administreres av Arbeids- og velferdsetaten. Det foreslås å videreføre om lag 20 mill. kroner til denne ordningen i 2008 over kap. 726, post 71. Midlene vil bli stilt til disposisjon for Arbeids- og velferdsdirektoratet.

## Kap. 727 Tannhelsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
21	Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	7 171	9 204	9 100
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	44 800	46 502	54 002
	Sum kap. 727	51 971	55 706	63 102

Overført fra 2006 til 2007:

Post 21: 443 000 kroner

### Post 21 Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten, kan nyttes under post 70

Samme tiltak finansieres over post 21 og 70, avhengig av hvem som er tilskuddsmottaker. Det gis derfor en samlet omtale for post 21 og 70.

#### Formål og hovedprioriteringer

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 tannhelsearbeid og stimulere til organisatorisk utviklingsarbeid i fylkeskommunene og å utvikle bredere kunnskapsbasis på tannhelsefeltet.

### Resultatrapportering 2006/2007

#### Tilgang på tannhelsepersonell

De siste årene har personellsituasjonen i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten blitt noe bedre. Bedringen kan delvis forklares med tiltak iverksatt i forbindelse med tiltaksplanen for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid. Våren 2007 arbeidet om lag 180 tannleger fra utlandet i Norge. Dette utgjør om lag 20 pst. av de fylkeskommunalt ansatte tannlegene. Midler er benyttet til rekruttering av tannleger fra Tyskland og språkkurs for disse i samarbeid med fylkeskommunene. Midlene er også benyttet til kvalifiseringsprogram for tannleger bosatt i Norge med utdanning fra land utenfor EØS, rekruttering av tannlegevikarer til kommuner/ distrikter med spesielle bemanningsproblemer, samt tiltak for å gjøre tannpleiernes kvalifikasjoner bedre kjent i befolkningen.

Det er gitt tilskudd til spesialistutdanning av tannleger ved universitetene i Oslo og Bergen og til desentralisert utdanning av spesialister ved regionale kompetansesentre i Sør-Norge og i Nord-Norge.

Fra 2007 ble det innført ny spesialiststruktur for tannleger med økning fra fire til syv spesialiteter. Spesialiststrukturen besto tidligere av oral kirurgi og oral medisin, kjeveortopedi, periodonti

og pedodonti. De nye spesialitetene er kjeve- og ansiktsradiologi, endodonti samt protetikk og bitt-fysiologi. I tillegg er det igangsatt et arbeid med å prøve ut en ny spesialitet i klinisk odontologi.

Det er gitt tilskudd til etablering av regionale odontologiske kompetansesentra i Tromsø og Arendal og til planlegging av kompetansesenter i Midt-Norge.

#### *Tannbehandlingsmaterialer*

Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM) har fått midler til forskningsprosjekter/aktiviteter som bidrar til bruk av sikre og holdbare tannbehandlingsmaterialer. Videre er midler gitt til drift av Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer og til pasientforsøk med utskifting av fyllingsmaterialer. 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. En veileder for utredning av pasienter ved mistanke om bivirkninger fra tannfyllingsmateriale forventes å bli ferdigstilt i 2007.

#### *Andre tilskudd*

Forsøksordning med utvidet tannhelsetilbud (FUTT-prosjektet), ble gjennomført i 2002 og 2003 i Hedmark, Vest-Agder og Nord-Trøndelag. De tre fylkene fikk i 2006 og 2007 midler til å videreføre tannhelsetilbudet til personer med kommunale hjemmetjenester og personer under lov om psykisk helsevern. Fra og med 2006 er fri tannbehandling til rusmiddelmissbrukere gjort landsomfattende. For 2008 foreslås fylkeskommunen styrket med 7 mill. kroner til formålet. Jf. også omtale under kap. 718.

Det er gitt tilskudd til helsefremmende og forebyggende arbeid innen tannhelsetjenesten.

#### **Satsingsområder og resultatmål for 2008**

##### *Tilgang på tannhelsepersonell*

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.

Det vises for øvrig til Kommunal- og regionaldepartementets budsjettforslag på programkategori 13.50, Distrikts og regionalpolitikk. Under kap. 551, post 60, omtales tilskudd til regional utvikling og nyskaping. Dette er midler som også

kan benyttes til å forbedre tilgang på tannhelsepersonell.

Det foreslås å øke midler til spesialistutdanning av tannleger og etablering av regionale odontologiske kompetansesentre med 6 mill. kroner i 2008. Desentralisert spesialistutdanning og dobbeltkompetanseutdanning av tannleger (spesialistutdanning og doktorgrad) skal prioriteres. Det foreslås også midler til utprøving av ny spesialitet i klinisk odontologi. I tillegg foreslår Kunnskapsdepartementet en styrking på 1,3 mill. kroner, jf. kap. 281 på Kunnskapsdepartementets budsjett.

#### *Tannbehandlingsmaterialer*

Det foreslås å videreføre midler blant annet til forskningsprosjekter, videreutvikling av den nordiske produktbasen og til drift av Bivirkningsgruppa for odontologiske materialer. Midler til arbeid med bivirkningsproblematikk foreslås videreført.

#### *Oppfølging av tiltak i St.meld. nr. 35 (2006-2007), Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidens tannhelsetjenester.*

Når det gjelder oppfølging av St.meld. nr. 35 (2006-2007) vil departementet komme tilbake til tiltak i senere budsjettsammenheng etter Stortingets behandling av meldingen. Det vises for øvrig til omtale av forslagene i meldingen innledningsvis i programkategori 10.20 Helsetjeneste. For øvrig vises det til omtale under kap. 718 angående tannbehandling til personer som er under legemiddelassistert rehabilitering. Over kap. 572, post 60 foreslås det en styrking på 7,0 mill. kroner i 2008 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

#### **Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen foreslås satt ned 0,5 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 725, post 01, settes opp tilsvarende. Det vises til omtale av helsebiblioteket i merknader til budsjettforslaget under kap. 725.

#### **Post 70 Tilskudd, kan nyttes under post 21**

##### **Merknader til budsjettforslaget**

Det foreslås å styrke bevilgningen med 6,0 mill. kroner til regionale kompetansentre.

Bevilgningen foreslås satt ned 0,5 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 725, post 01, settes opp tilsvarende. Det vises til omtale av helsebiblioteket i merknader til budsjettforslaget under kap. 725.

Det vises til omtale på post 21.

**Kap. 728 Forsøk og utvikling mv.**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
21	Spesielle driftsutgifter	80 427	39 005	48 082
70	Tilskudd	19 031	17 656	18 415
	Sum kap. 728	99 458	56 661	66 497

Overført fra 2006 til 2007:

Post 21: 556 000 kroner

**Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Formålet med posten er å få fram et best mulig kunnskapsgrunnlag for utvikling av helsetjenesten. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som vil bli finansiert i 2008.

**Helsetilbud til pasienter med Myalgisk Encefalopati (CFS/ME)**

For å styrke helsetilbudet til pasienter med Myalgisk Encefalopati (CFS/ME) er det i 2007 opprettet et kompetansenettverk for å sikre nasjonal kompetanseoppbygning basert på eksisterende fagmiljøer. Sosial- og 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 i forhold til barn og unge og til de sykeste pasientene skal prioriteres. Det ble bevilget 5 mill. kroner i 2007, jf St.prp. nr 69 (2006–2007). Bevilgningen foreslås videreført.

Under kap 605, post 70 Tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte på Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett, er det foreslått å etablere et femårig forsøksprosjekt ved Hysnes helsefornt i Rissa kommune til et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud. Målgruppen vil være sykmeldte pasienter med ME som kan gjenvinne funksjonsevnen med sikte på tilbakeføring til arbeid.

Tiltak i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste pasientene er omtalt under kap. 732, post 70.

**Behandling av overvekt og fedme**

Overvekt og fedme er risikofaktorer for en rekke sykdommer og plager, og fremskrivninger tyder på at antall overvektige/fete vil øke i årene fremover.

Forebygging anses for å være blant de viktigste tiltakene og inngår i det generelle folkehelsearbeidet, jf. kap. 719 Folkehelse. I tillegg kan personer med alvorlig overvekt ha behov for gode behandlingstilbud i helsetjenesten.

De senere årene har de regionale helseforetakene fått i oppdrag å utvikle behandlingstilbud til denne pasientgruppen. Det har ført til at alle regionale helseforetak har opprettet egne regionale sentre med tverrfaglig bemanning som tilbyr helhetlige tilbud innen kirurgi og livsstilsendrende behandling, samt grundig utredning før behandling og god oppfølging i etterkant.

I tillegg arbeider Sosial- og helsedirektoratet med å utvikle faglige retningslinjer om utredning og behandling av alvorlig overvektige. Disse retningslinjene skal rette seg inn mot primærhelsetjenesten, og omfatte både forebygging, utredning, diagnostisering og behandling.

En gjennomgang av tilgjengelig forskningsmateriale viser at faglig fundert kunnskap om effekten av ulike behandlingstilbud til alvorlig overvektige barn og unge fremdeles er begrenset. For å utvikle bedre kompetanse og kunnskap, slik at helsetjenesten kan bistå disse barna og ungdommene på en god måte, har flere regionale helseforetak utviklet behandlingstilbud til denne pasientgruppen de senere årene. Departementet har understøttet dette arbeidet ved å tildele midler til prosjekter som skal bidra til å utvikle gode behandlingstiltak og evaluere effekten av dem. Dette arbeidet bør fortsette. Departementet foreslår derfor at det avsettes midler til prosjekter som skal bidra til å utvikle gode behandlingstiltak for alvorlig overvektige barn og unge samt evaluere effekten av dem.

**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). Rådet skal også

bistå i annet utredningsarbeid knyttet til svangerskaps- og fødselsomsorg. Vi viser til omtale under kap. 732 Helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet Rådet en handlingsplan mot sfinkterskader (alvorlige fødselsrifter) i 2005. Bakgrunnen for handlingsplanen var Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004, som konkluderte med at for mange kvinner får alvorlige fødselsrifter, at registreringen ikke er god nok og at behandlingen ikke alltid er i tråd med forsvarlig praksis. Fra 2005 har det pågått en studie ved fem større fødeavdelinger der man har sett på effekten av en ny metode for å forebygge fødselsrifter.

Rådet arrangerer kurs for leger og jordmødre, eksempelvis akuttkurs for jordmødre ved fødestuer og små fødeavdelinger og fra 2007 regionale kurs for leger og jordmødre i forebygging og behandling av fødselsrifter. Rådet gir også faglig og økonomisk støtte til differensieringsprosjekter.

Nasjonalt råd for fødselsomsorg er oppnevnt med funksjonstid til og med 2007, og Rådets oppgaver og funksjoner vil derfor bli vurdert i løpet av året.

#### Nasjonalt nettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren (InnoMed)

InnoMed, [www.innomed.org](http://www.innomed.org), har som mål å bidra til kvalitet og effektivitet i helsetjenesten gjennom utvikling av løsninger forankret i nasjonale behov som kan ha internasjonale markedsmuligheter. Sosial- og helsedirektoratet leder InnoMeds styringsgruppe, mens sekretariatet er lagt til Helse Midt-Norge RHF. For perioden 2006-2008 er «eldrebølgen» satsingsområde. Det ytes midler til drift av sekretariatet, regionale innovasjonsrådgivere og ulike innovasjonsprosjekter. Behovskartlegging innenfor InnoMeds satsingsområder – slag, kols, diabetes, medikamenthåndtering, fremtidens eldrebolig – er gjennomført. Flere forprosjekter og et hovedprosjekt er etablert eller under etablering med prosjekteiere i helsesektoren og finansiering fra Sosial- og helsedirektoratet og Innovasjon Norge. En prosjektveiviser for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren er utviklet og tatt i bruk i InnoMeds virksomhet. Et nordisk nettverksamarbeid knyttet til erfaringsutveksling og verktøyutvikling for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren er under etablering med finansiering fra Nordisk Innovasjonscenter.

Utvikling av fremtidens behandlingstilbud er avhengig av innovasjon og nyskaping. Ved å samarbeide med næringslivet har helsesektoren mulig-

het til å utvikle produkter og løsninger som gir økt kvalitet og bedre effektivitet på helsetjenestene. InnoMed er, sammen med Innovasjon Norge, de regionale helseforetakene og Norges forskningsråd, en sentral aktør i en 5-årig satsing (2007-2011) i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet for å styrke behovsdrivet innovasjon i helsesektoren med fokus på IKT og medisinsk-teknisk utstyr. En strategisk samarbeidsavtale forankret i InnoMed v/ Sosial- og helsedirektoratet, Helse Midt-Norge RHF, Norges forskningsråd og Innovasjon Norge i tilknytning til Regjeringens 5-årige satsing er under etablering. Det foreslås å styrke InnoMed med 1 mill. kroner for å understøtte denne satsingen.

#### Nasjonale kvalitetsindikatorer og medisinske kvalitetsregistre

Det overordnede målet for arbeidet med utvikling av det nasjonale indikatorsystemet er at det skal gi et sett med nøkkeldata som belyser status og utvikling i norsk helse- og sosialtjeneste ut fra følgende seks kjennetegn ved helsetjenester av god kvalitet: virkningsfulle, trygge/sikre, involvere brukerne, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelig og rettferdig fordelt. Utvikling av nasjonale indikatorer er en omfattende prosess som inngår som et sentralt satsningsområde i Nasjonal helseplan, strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering.

Dagens nasjonale kvalitetsindikatorer omfatter de fleste av målene i kvalitetsstrategien, men det er flest indikatorer som belyser om tjenestene er trygge og sikre og grad av brukerinvolvering. Få eller ingen nasjonale indikatorer viser i hvilken grad tjenestene har effekt og er virkningsfulle, og resultatindikatorer som viser resultat av ulike behandlinger har derfor vært etterlyst.

Et viktig innsatsområde i årene fremover vil være etablering og bruk av medisinske kvalitetsregistre. Det fremgår også i Nasjonal helseplan, St.prp. nr. 1 (2006-2007). Registerne er medisinsk-faglige verktøy der hovedmålet er kvalitetsforbedring og forskning. Det arbeides med å utarbeide en forskrift som kan gi hjemmelsgrunnlag for de samtykkebaserte kvalitetsregistre.

Systemet med nasjonale kvalitetsindikatorer skal videreutvikles i 2008. Det nasjonale indikatorsettet skal videreutvikles til å omfatte flere områder av helsetjenesten: rusomsorgen, habilitering/rehabilitering, pleie- og omsorgstjenester og primærhelsetjenesten.

## Nasjonale retningslinjer

Faglige retningslinjer er et prioritert virkemiddel for utvikling av kvalitet på helsetjenestene jf. Nasjonal helseplan, strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering. Faglige retningslinjer er faglige råd utarbeidet etter internasjonalt anerkjente metoder som skal være et hjelpemiddel for de avveininger helsepersonell skal gjøre for å yte forsvarlige og riktige helsetjenester.

Sosial- og helsedirektoratet legger faglige føringer på tvers av helseregioner og på tvers av tjenestenivå, og er tillagt ansvaret for nasjonale retningslinjer for helsetjenesten. Direktoratet vil som del av oppfølgingen av Nasjonal helseplan koordinere arbeider med retningslinjer som et ledd i den nasjonale koordinering på enkelte fagområder.

Sosial- og helsedirektoratet har i 2008 i oppdrag å implementere langsiktig plan for utvikling, tilgjengeliggjøring og evaluering av retningslinjer.

## Samdata

SAMDATA-prosjektet gir styringsinformasjon til beslutningstakere og andre aktører innen spesialisthelsetjenesten. Prosjektet gir datagrunnlag, indikatorer og analyser av utviklingstendenser innen spesialisthelsetjenestens fagområder og resultatene publiseres i årlige rapporter.

## Pasienthjelpere

I 2006 ble det igangsatt et pilotprosjekt som skal hjelpe pasientene til raskere sykehusbehandling. Gjennom prosjektet får innbyggerne i Eidskog, Trysil, Hamar og Kongsvinger hjelp fra kommunen til å utnytte sine rettigheter til å få helsehjelp raskt når de trenger det, bl.a. aktiv bruk av retten til fritt sykehusvalg. Ventetida kan variere mye mellom sykehusene. Det er viktig at pasienter får god informasjon og tidlig informasjon om muligheten til å velge et annet sykehus. Ett år etter oppstart av prosjektet rapporterer kommunene at gjennomsnittlig spart ventetid er på om lag 6 uker per pasient.

## Forsøksprosjekt for spesialistutdanning av leger

Midlene ble i 2006 brukt til å fullføre forsøkene, samt til evaluering og implementering av de vellykte delene i den ordinære spesialistutdanningen. Dette innebærer at forsøksprosjektene ble avsluttet i 2006 – og midlene ble ikke videreført i 2007.

## Raskere tilbake

Det vises til omtale under kap. 732, post 79. Sosial- og helsedirektoratet skal i samarbeid med Arbeids- og velferdsetaten tilrettelegge for og gjennomføre ulike informasjonstiltak og mer målrettet innsats overfor nærmere definerte målgrupper og henvissende behandlere.

## Merknader til budsjettforslaget

Det foreslås å overføre 1,9 mill. kroner til kap. 725, post 01 til finansiering av Helsebiblioteket. Det foreslås at driftsrammen reduseres med 0,4 mill. kroner som krav til effektivisering.

## Post 70 Tilskudd

Nasjonal koordinering og fagutvikling for de kliniske etikk-komiteene

Seksjon for medisinsk etikk (SME) har ansvar for nasjonal koordinering og fagutvikling for de kliniske etikk-komiteene (KEK) ved helseforetakene. Dette ansvaret innebærer:

- å bistå komiteene ved etablering
- å gi tilbud om kompetanseutvikling for KEK-medlemmene
- å sørge for erfaringsutveksling og kvalitetssikring av KEK-arbeidet
- forskning på området

SME skal legge til rette for at de kliniske etikk-komiteene skal kunne identifisere, analysere og om mulig løse etiske problemstillinger relatert til pasientbehandlingen.

## 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 2007. Midlene foreslås videreført.

## Doping som samfunnsproblem

Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer siden 2005 arbeidet rettet mot doping som samfunnsproblem. Det er nedsatt en tverrdepartemen-

tal 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. For å iverksette effektive tiltak er det nødvendig med slik kunnskap. På oppdrag fra den tverrdepartementale gruppen ble det i 2007 gjennomført en undersøkelse som omfatter både kvantitative og kvalitative data som kan si noe om utbredelse og rekruttering til dopingbruk. Det er innledet en dialog med Stiftelsen Antidoping Norge om et fremtidig samarbeid.

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. Dopingtelefonen i samarbeid med Stiftelsen Antidoping Norge holder derfor blant annet kurs for leger om bivirkninger ved bruk av dopingmidler. Det er et økende antall henvendelser til telefonen. Dopingtelefonen er knyttet til et etablert forskningsmiljø ved Hormonlaboratoriet på Aker universitetssykehus HF som skal sikre oppdatert fagkunnskap. Arbeidet for å øke informasjonsflyten og bidra til økt kunnskap om doping både for den enkelte bruker av tjenesten og spesielt rettet mot helsetjenesten og forskningsmiljøer skal videreføres.

#### 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 et betydelig 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. 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. Ved behandlingen av dokument 8:99 (2006-2007) anmodet Stortinget Regjeringen om å sørge for at helsepersonell får faglig opplæring om det som skjer rundt organdonasjon, og spesielt om hvordan de skal kommunisere med pårørende (anmodningsvedtak nr. 364). I tilskuddet til NOROD for 2007 er det derfor lagt føringer om at opplæring i kommunikasjon med pårørende skal prioriteres.

#### Sintef Helse – grunnbevilgning

Tilskudd gis som basisfinansiering av forskningsvirksomheten relatert til spesialisthelsetjenesten og har to formål; bidrag til infrastruktur og drift og til nødvendig kompetanse. Tilskuddet innebærer også at institusjonen skal ha paratkompetanse til å svare på henvendelser fra sektoren og fra statlig forvaltning.

#### 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 medisinskhistorisk 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 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
01	Driftsutgifter	30 792	31 521	31 996
60	Helsetjeneste til innsatte i fengsel	92 423	99 977	107 556
70	Behandlingsreiser til utlandet	91 337	94 808	98 885
71	Tilskudd til Norsk Pasientforening mv.	4 850	5 590	5 830
	Sum kap. 729	219 402	231 896	244 267

Overført fra 2006 til 2007:  
Post 01: 1 559 000 kroner

**Post 01 Driftsutgifter****Pasientombudene****Formål og hovedprioriteringer**

Pasientombudsordningen ble forankret i lov ved vedtagelsen av pasientrettighetsloven i 1999. Pasientombudene er administrativt en del av Sosial- og 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. Det er inngått avtale med Oslo kommune om drift av pasientombudsordningen på vegne av staten. Pasientombudene i Hedmark og Oppland og Vestfold har inngått særskilte avtaler med kommunene Hamar og Larvik om kjøp av tjenester fra pasientombudene.

**Resultatrapportering 2006**

Antall saker samlet for pasientombudene økt med 22,6 pst. fra 2003 til 2006, fra 9153 saker til 11219 saker. Antall henvendelser som gjelder kommunehelsetjenesten har i samme tidsrom økt fra 1205 henvendelser til 1982 henvendelser. I 2003 utgjorde disse henvendelsene 14 pst. av alle henvendelser til pasientombudene og i 2006, 19 pst. av alle henvendelser.

Pasientenes henvendelser omfatter

- Informasjon om faglig kvalitet, herunder behovet for flere indikatorer som måler kvaliteten i helsetjenesten.
- Henvisninger som forsvinner, prøveresultat som ikke når fram, operasjoner som avlyses pga. ferie og pasienter som utskrives uten at mottaksapparatet hjemme er sikret.

- Ulik praktisering ved innfrielse av rettigheter, tildeling og overholdelse av individuell behandlingsfrist, innhenting av samtykke, formidling av informasjon, oppnevning av pasientansvarlig lege og utskrift av journal. Pasientombudene mener at helsepersonell har for dårlig kunnskap om Pasientrettighetsloven.
- Sykehus som begrenser pasientenes rett til fritt sykehusvalg, for eksempel ved at man opererer med opptaksområder eller at pasienter avvises ved regionsykehus til tross for at disse har lokalsykehusfunksjoner. Innenfor psykiatrien blir det også argumentert faglig mot bytte av behandlingssted.
- Innen psykiatri omhandler mange henvendelser at det er for vanskelig å få helsehjelp. Det er mange pasienter som ikke har fått individuell plan.
- Antall henvendelser fra pasienter med rusrelaterte problemstillinger varierer fra fylke til fylke, men pasientombudene er bekymret for at det generelt kommer for få henvendelser. Rusmiddelmissbrukerne har fått et styrket rettsvern. Likevel ser Pasientombudene en rekke rettighetsbrudd. Mange pasienter har også problemer med å forstå vedtak de har fått. Pasientombudene er bekymret for tilbudet til rusmiddelmissbrukere.

**Tilstandsvurdering 2007**

Antall årsverk er 41,5 i 2007, fordelt på 46 stillinger. I tillegg kjøpes det tjenester fra Oslo kommune beregnet til 4 årsverk.

**Satsingsområder og resultatmål for 2008**

Pasientombudene utfører en svært viktig jobb for pasientene, og flere pasientombud rapporterer om stor økning i aktivitet samt om større og mer komplekse saker. Årsmeldinger og meldinger i enkelt-

saker fra pasientombudene er viktig grunnlag for bedring av kvaliteten i helsetjenesten.

Forslaget om å utvide pasientombudenes ansvarsområde til kommunale helse- og omsorgstjenester har vært på høring. Departementet tar sikte på å legge fram et lovforslag for Stortinget i løpet av høsten 2007.

Det foreslås at driftsrammen reduseres med 0,25 mill. kroner som krav til effektivisering.

### **Dispensasjons- og klagenemnda for behandling i utlandet**

Dispensasjons- og klagenemnda for behandling i utlandet er en uavhengig nemnd som behandler klager etter pasientrettighetsloven over vedtak fattet av de regionale helseforetakene om avslag på søknad om behandling i utlandet. Nemnda behandler videre søknader om tillatelse til genetisk undersøkelse av befruktete egg etter bioteknologiloven § 2-14, og søknader om rett til behandling i utlandet for dette. Nemnda har fem medlemmer med personlige varamedlemmer. Når nemnda behandler søknader om dispensasjon etter bioteknologiloven, skal nemnda ha ytterligere tre medlemmer.

### **Resultatrapportering for 2006**

I 2006 mottok nemnda 112 saker. Av disse var det 36 klagesaker og 26 dispensasjonssaker. De resterende 50 sakene var av administrativ karakter. Nemnda har fattet 67 vedtak i 2006, 42 vedtak i klagesaker og 25 vedtak i dispensasjonssaker.

Det har i 2006 vært avholdt åtte ordinære nemndsmøter. Det har videre vært avholdt to telefonmøter fordi sykdommens karakter gjorde at vedtak i saken måtte treffes raskt.

Ved årsskiftet 2006/2007 hadde nemnda tre klagesaker og to dispensasjonssaker som ikke var avgjort. Den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden i 2006 var på litt over to måneder.

I klagesakene har klagerne i 2006 fått medhold i underkant av fem pst. av sakene. I dispensasjonssakene har 84 pst. av søknadene om dispensasjon blitt innvilget. Én søknad har blitt avslått, og tre har blitt avvist.

### **Mål og prioriteringer**

Nemndas hovedmål er godt pedagogisk utformede vedtak, en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på tre måneder og at like saker skal behandles likt.

Budsjettet for Dispensasjons- og klagenemnda er forutsatt å dekke utgifter til sekretariat med inn-til to årsverk, årlige nemndsmøter, samt drifts og administrasjonsutgifter.

## **Post 60 Helsetjenester til innsatte i fengsel**

### **Formål og hovedprioriteringer**

Over posten bevilges øremerkede tilskudd til kommuner og fylkeskommuner for yting av helsetjenester til innsatte i fengsel. Kommuner med fengsler har plikt til å yte helsetjenester til innsatte. Tjenesten skal være likeverdig med det tilbudet kommunehelsetjenesten gir den øvrige befolkning. Det skal henvises til spesialisthelsetjenesten ved behov. Staten har et overordnet ansvar for tjenesten. Fylkeskommuner med fengsler skal yte tannhelsetjenester til innsatte. Regionale helseforetak dekker utgifter til psykisk helsevern til innsatte gjennom basistilskuddet.

### **Resultatrapportering 2006**

En stor andel av de innsatte har alvorlige rusproblemer og/eller psykiske problemer/lidelser. Dette stiller helsetjenesten overfor store utfordringer og stiller store krav til det faglige innholdet i tjenesten. For 2006 ble rapporteringssystemet revurdert og gjort mer omfattende. I det følgende gis en oppsummering av rapporteringene:

Rundt en tredjedel av fengslene rapporterer å ha utarbeidet skriftlige rutiner for bruk av individuell plan for innsatte som ønsker dette. Flere fengsler planlegger å utarbeide slike rutiner. Rundt en fjerdedel av fengslene har inngått avtale (formelle/uformelle) med DPS eller psykiatriske sykehusavdelinger. Dette er så langt ikke tilfredsstillende. Det er imidlertid flere som oppgir at de arbeider med å få dette på plass. Majoriteten av fengslene har satt i gang med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Når det gjelder bruk av B-preparater er det store variasjoner mellom fengslene. Rundt en tredjedel hadde ingen brukere av B-preparater, mens enkelte fengsler har et relativt høyt antall. Majoriteten av fengslene rapporterer om økt behov for sykepleietjeneste. Dette begrunnes med problemer knyttet til rus, psykiatri, bruk av individuell plan og LAR. Det er bare noen få som melder om legemangel. Rundt en fjerdedel av fengslene rapporterer om god bemanning.

### **Tilstandsvurdering 2007**

De største utfordringene i fengselshelsetjenesten er knyttet til innsatte med rusproblemer og/eller psykiske problemer/lidelser. For å møte disse utfordringene er det behov for å styrke helsepersonells fagkompetanse om rus og psykisk helse, sørge for sikre rutiner ved bruk av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og at alle fengsler har avtale med DPS eller psykiatrisk sykehusavdeling.

Det er fortsatt behov for målrettet arbeid i kommunene for at helsetjenesten i fengslene skal bli bedre integrert i kommunehelsetjenesten. Det er også behov for å tydeliggjøre ansvar og myndighet mellom helsetjenesten i fengslene og den øvrige helse-tjenesten.

### Budsjettforslag 2008

Bevilgningen til innsatte i fengsel foreslås økt med 1,4 mill. kroner i 2008 for å dekke økt behov for helsetjenester i forbindelse med økt kapasitet innenfor kriminalomsorgen. I alt foreslås det bevilget 107 556 000 kroner over posten i 2008.

Vedrørende kompetansehevende tiltak for hel-sepersonell om rus og psykisk helse vises det til opptrappingsplan for rusfeltet og kompetansehe- vende tiltak innenfor opptrappingsplanen for psy- kisk helse.

Sosial- og helsedirektoratet utarbeider en veile- der for håndtering av legemidler i fengselshelsetje- nesten. Målet er å oppnå en forsvarlig og ensartet praksis for dette.

Departementet vil følge opp foretakene i for- hold til manglende avtaler mellom fengsel og hel- seforetakene.

I 2008 skal Bergen fengsel i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet arrangere en lands- konferanse om samhandling innad i helsetjenesten og mellom helse- og sosialtjenesten til innsatte.

### Post 70 Behandlingsreiser til utlandet

#### Formål og hovedprioriteringer

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til tilbud i Norge, og omfatter tilbud til pasienter med revmatiske lidelser, pasienter med psoriasis, pasi- enter 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. Egen- andelen er omfattet av egenandelstak 2. Behandlin- gen foregår nå i Tyrkia, Montenegro, Spania og Lanzarote for revmatikere og i Tyrkia og på Kanari- øyene for de øvrige gruppene av pasienter.

Ut over de faste programmene kan det sendes prøvegrupper til eventuelle nye behandlingssteder. Daglig administrasjon og faglig ansvar tilligger Rikshospitalet–Radiumhospitalet HF.

#### Resultat 2006

I 2006 var det 3147 pasienter og 201 ledsagere til barn som ble omfattet av ordningen med behan- dlingsreiser til utlandet.

Det ble behandlet 1847 voksne pasienter med revmatiske lidelser i Montenegro, Tyrkia, og Spa- nia. 104 barn og ungdom med revmatisk sykdom ble behandlet i Tyrkia, på Kanariøyene og i Spania. Videre ble det behandlet 466 voksne pasienter med psoriasis, 30 barn og ungdom på Gran Canaria. 194 barn og ungdom ble behandlet for astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem på Gran Cana- ria. Det ble sendt 134 pasienter med senskader etter poliomyelitt til Tyrkia og Kanariøyene. Første del av et forskningsprosjekt for pasienter med mul- tippel sklerose ble også gjennomført i 2006.

For pasienter med nevromuskulære sykdom- mer er det avsluttet et forskningsprosjekt, fordi studien ikke viste signifikante forskjeller etter tre og seks måneders behandlingsopphold i utlandet, sammenlignet med behandling i Norge.

#### Tilstandsvurdering 2007

Av de innkomne søknadene under de tre største programmene, ble 52 pst. innvilget innenfor revma- programmet, 62 pst. innenfor psoriasisprogrammet og 41 pst. innenfor astmaprogrammet. I 2007 gis det også tilbud til 160 pasienter med senskader etter poliomyelitt. Mange søkere oppfyller ikke de medisinske kriteriene for å bli tildelt behandlings- opphold i utlandet.

Andre del av et forskningsprosjekt for pasien- ter med multippel sklerose gjennomføres i 2007. Det endelige resultatet av forskningsprosjektet vil foreligge tidlig i 2009.

Forskningsprosjektet for pasienter med mus- kel- og skjelletlidelser er avgrenset til fibromyalgi. Den første gruppen på 88 pasienter får tilbud om behandling i utlandet og kontrollgruppe i Norge i 2007. Det er totalt 132 pasienter med fibromyalgi med i studien.

#### Mål 2008

I 2008 tas det sikte på å gi tilbud til om lag 3020 pasienter. De ordinære programmene videreføres med 1930 voksne revmatikere og 130 barn og ung- dom. Videre vil det bli gitt tilbud til om lag 590 voksne psoriasispasienter og 20 barn og ungdom. Innenfor programmet for pasienter med senskader etter poliomyelitt vil om lag 160 pasienter få tilbud om behandling i utlandet. For barn og unge med astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem vil det bli gitt tilbud til om lag 40 ungdom- mer og 150 barn med ledsagere.

Rikshospitalet har gjennomført konkurranseut- setting av alle de ordinære programmene for rev- matiske pasienter, barn- og unge med kroniske

lungesykdommer, pasienter med psoriasis og for pasienter med senskader etter poliomyelitt.

For 2008 foreslås bevilget 98,9 mill. kroner.

**Post 71 Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.**

Bevilgningen ytes i hovedsak som driftstilskudd til Norsk Pasientforening og Landsforeningen uventet barnedød. Norsk Pasientforening er et frittstå-

ende 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 de 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 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
732	Regionale helseforetak	73 398 014	78 676 739	84 330 344	7,2
737	Kreftregisteret	77 485	80 353	83 808	4,3
	Sum kategori 10.30	73 475 499	78 757 092	84 414 152	7,2

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
01-23	Statens egne driftsutgifter	13 353	7 858	2 486	-68,4
70-89	Andre overføringer	70 595 340	75 049 234	84 081 666	12,0
90-99	Utlån, statsgjeld m.v.	2 866 806	3 700 000	330 000	-91,1
	Sum kategori 10.30	73 475 499	78 757 092	84 414 152	7,2

Fra 2002 ble fem regionale helseforetak gitt et helhetlig ansvar for spesialisthelsetjenester. I 2007 er Helse Sør RHF og Helse Øst RHF slått sammen til en helseregion, Helse Sør-Øst RHF. Under denne programkategorien gis bevilgningene til de regionale helseforetakene (kap. 732). Til sammen foreslås bevilget 84,3 mrd. kroner for 2008. Under programkategorien inngår også plan- og meldings-systemet til de regionale helseforetakene. Programkategorien inkluderer også Kreftregisteret (kap. 737) der det foreslås en bevilgning på 83,8 mill. kroner. I proposisjonens del III presenterer Regjeringen oppfølging av nasjonal helseplan, nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering samt opptrappingsplan for rusfeltet.

Under andre programkategorier omtales også områder som er en del av spesialisthelsetjenesten. Programkategori 10.40 Psykisk helse gir en generell statusbeskrivelse for Opptrappingsplanen for

psykisk helse. Kap. 726, postene 21, 70 og 71 under programkategori 10.20 gir en generell beskrivelse av rehabilitering, habilitering og helsetiltak for rusmiddelavhengige.

Det gis også bevilgninger til regionale helseforetak på kapitler som er plassert under andre programkategorier. Det vises særlig til følgende bevilgninger under programkategori 10.20 og 10.40:

- Kap. 729, post 70 Behandlingsreiser til utlandet
- Kap. 743, post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid
- Kap. 743, post 73 Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress
- Kap. 743, post 75 Tilskudd til psykisk helsevern
- Kap. 744, post 70 Fagenhet for tvungen omsorg

De regionale helseforetakene skal bruke midlene i samsvar med de angitte formålene.

## Kap. 732 Regionale helseforetak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i>	13 353	7 858	2 486
70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74, 75</i>	3 358 196	3 188 021	3 367 506
71	Tilskudd til Helse Øst RHF, <i>kan overføres</i>	17 395 651	18 610 280	
72	Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	9 787 229	10 372 101	32 006 880
73	Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	8 987 609	9 691 889	10 812 463
74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	6 521 283	7 012 605	8 000 253
75	Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	5 748 690	6 119 485	6 938 039
76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	13 989 713	14 708 954	16 821 439
77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 258 355	3 100 606	1 976 232
78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	644 767	747 511	783 054
79	Helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte, <i>kan overføres</i>			457 900
80	Pasienttransport	-1 177		
81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	827 539	1 417 429	1 059 092
82	Investeringslån			1 720 000
83	Opptreksrenter for lån fom. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>			55 000
90	Lån til investeringsformål i helseforetak	2 750 000	3 500 000	
91	Opptreksrenter for lån tom. 2007, <i>overslagsbevilgning</i>	116 806	200 000	330 000
	Sum kap. 732	73 398 014	78 676 739	84 330 344

Overført fra 2006 til 2007:

Post 21: 4 754 000 kroner

Post 70: 1 000 kroner

### Innledning

#### Overordnet om styring og ansvar

Den politiske styringen av de regionale helseforetakene skjer i hovedsak gjennom myndighetsvedtak, dvs. lover, forskrifter og andre overordnede politiske vedtak, herunder budsjettvedtak. Pasientrettighetsloven, prioriteringsforskriften og opptrappingsplanen for psykisk helse er andre eksempler på slike vedtak.

Det helsepolitiske oppdrag samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumentet, tidligere kalt bestillerdokumentet, til de regionale hel-

seforetakene. 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 både 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 en aktivitetsbasert finansiering. Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte de regionale helseforetakenes «sørge for»

ansvar. Størrelsen på basisbevilgningen er uavhengig av produksjon av tjenester, og bestemmes blant annet av antall innbyggere i en region og aldersammensetning.

Helseforetakenes styrer har en viktig rolle i styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten. Et flertall av de eierutnevnte styremedlemmene er valgt ut blant folkevalgte kandidater etter forslag fra fylkeskommunene, kommunene og Sametinget.

### Sykehusøkonomi

Ut over generell pris- og lønnsjustering av tilskudd, foreslår regjeringen å styrke sykehusenes økonomi med 3,46 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjettet for 2007, fordelt med 1,79 mrd. kroner til drift og 1,67 mrd. kroner i økt basisbevilgning til gjenanskaffelse av bygg og utstyr.

### Økte bevilgninger til drift

I Soria Moria-erklæringen sier Regjeringen at den vil styrke sykehusenes økonomi slik at flere pasienter får behandling og ventetidene holdes lave. Behovet for økt behandlingsskapitet skyldes dels demografiske endringer, at forekomsten av enkelte sykdommer øker i befolkningen og fordi den medisinske-teknologiske utviklingen gir nye muligheter.

Økt bevilgning til drift med 1790 mill. kroner legger til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med 1 ½ pst. på nasjonalt nivå fra 2007 til 2008 (900 mill. kroner). Beløpet er beregnet på hele inntektsgrunnlaget til helseforetakene. Det er lagt til grunn en marginalkostnad på gjennomsnittlig 80 pst. for den økte aktiviteten. Denne veksten vil gjelde 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, psykiatri og rus). Økte tilskudd gjennom opptrappingsplan for rusfeltet (46 mill. kroner) og opptrappingsplanen for psykisk helse (392 mill. kroner) kommer i tillegg til dette. Bevilgningsforslaget innebærer videre at den tilleggsbevilgningen som ble vedtatt i 2007, jf. St.prp. nr. 44 (2006–2007), videreføres til 2008 med 700 mill. kroner med samme regionvise fordeling. I tillegg foreslås det bevilget 190 mill. kroner for å dekke opp for antatt høyere aktivitet i 2007 knyttet til innsatsstyrt finansiering og poliklinisk behandling, slik at dette høyere aktivitetsnivået kan videreføres og økes i 2008 som omtalt ovenfor. Dette er en prognose basert på aktivitet og regnskapstall for første tertial og mai 2007, og det er dette nivået som skal videreføres og økes med 1 ½ pst.

Selv om alle regionale helseforetak styrer mot balanse i 2007, ligger det nå an til et samlet underskudd på om lag 1 mrd. kroner inneværende år. Regionale helseforetak må omstille og effektivisere driften slik at de oppnår økonomisk balanse. For at de økte bevilgningene skal få den tilskattede effekt på pasienttilbudet, må det fortsatt være betydelig trykk på omstillingsprosesser i helseforetakene.

### Investeringer

Etter sykehusreformen har bevilgningene til de regionale helseforetakene ikke tatt tilstrekkelig høyde for kostnadene ved gjenanskaffelse og vedlikehold av bygninger og utstyr. For å opprettholde verdien på sykehusbygninger og medisinsk utstyr må de årlige investeringene over tid tilsvare de årlige avskrivningene. Ved inngangen til sykehusreformen ble de årlige kostnadene til gjenanskaffelse og vedlikehold beregnet til om lag 5 mrd. kroner. Bevilgningene, som den gang utgjorde om lag 3 mrd. kroner, gjorde de regionale helseforetakene i stand til å gjenanskaffe og vedlikeholde om lag 60 pst. av de samlede verdiene.

I Soria Moria erklæringen understreket regjeringen betydningen av at helseforetakene ble gjort i stand til å opprettholde bygningsmassen og gjenanskaffe og vedlikeholde nødvendig medisinsk-teknisk utstyr. I St. prp. nr. 1 (2006–2007) varslet regjeringen derfor et betydelig løft ved å trappe opp bevilgningene til sykehusene med til sammen 1 mrd 2007-kroner over årene 2008 til 2010. I dette budsjettet foreslår regjeringen både å øke dette beløpet til 1,67 mrd. kroner og bevilge hele beløpet i 2008. De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for både investeringer og drift i sykehusene. Dette helhetlige ansvaret er en av bærebjelkene i sykehusreformen. Med dette inntektsløftet er det til sammen lagt inn 5,3 mrd. kroner i basisrammen for å gjenanskaffe bygg og utstyr. Regjeringen har dermed fått på plass en viktig premiss for sykehusreformen.

Den foreslåtte bevilgningsøkningen vil føre til reduksjon av foretakenes lånebehov og dermed også lavere rentekostnader, og dermed mer penger til pasientbehandling. Som følge av tidligere års investeringsbeslutninger er det planlagt et høyt investeringsnivå i de regionale helseforetakene i 2008. For å sikre forutsigbarhet og fortsatt framdrift i byggeprosjekter under utbygging vil det derfor bli stilt 1,72 mrd. kroner i lånemidler til disposisjon i 2008. I budsjettforslaget er det lagt til rette for igangsetting av planlagt utbygging og modernisering av Nordlandssykehuset i Bodø. Samtidig er det en klar forutsetning at de økte bevilgningsram-

mene i 2008 må brukes til å finansiere de store igangsatte prosjektene.

For framtidige investeringsprosjekter gjelder at de regionale helseforetakene må planlegge framdriften av disse innenfor den likviditetsmessige rammen som ligger i basisbevilgningen. Selv med økte inntektsrammer til de regionale helseforetakene, som muliggjør større grad av gjenanskaffelse av bygg og utstyr, kan ikke alle investeringsplaner gjøres parallelt. De regionale helseforetakene får dermed et særlig ansvar for å fordele den likviditetsmessige rammen til prioriterte prosjekter i regionen.

Videre foreslås det i dette budsjettopplegget at de regionale helseforetakenes lånebehov til igangsatte prosjekter fra og med 2008 bevilges over egen tilskuddspost, jf. omtale under kap. 732, post 82.

#### *Underskudd og gjeld i de regionale helseforetakene*

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. Nedenfor redegjøres det nærmere for underskudds- og gjeldssituasjonen i de regionale helseforetakene.

Tabell 5.1 Akkumulerte underskudd og lån pr 31.12. 2006

Akkumulert regnskapsmessig underskudd	17,8 mrd. kroner
Akkumulert regnskapsmessig korrigert underskudd	8,0 mrd. kroner
Samlet langsiktig lån	9,9 mrd. kroner
Samlet benyttet driftskreditt	3,9 mrd. kroner

I perioden 2002-2006 har de regionale helseforetakene hatt et samlet regnskapsmessig underskudd på nær 18 mrd. kroner. Imidlertid er det i den samme perioden kun bevilget midler til å dekke om lag 60 pst. av sykehusenes avskrivningskostnader. Stortinget har derfor stilt krav om balanse i forhold til et korrigert regnskapsmessig resultat, der de regionale helseforetakene har vært tillatt å gå med underskudd tilsvarende de manglende bevilgningene til avskrivninger. I denne perioden har dette utgjort om lag 9 mrd. kroner. I tillegg fikk de regionale helseforetakene en økning i pensjonskostnadene i 2006 på om lag 1 mrd. kroner som ikke ble kompensert i basisbevilgningen,

og som derfor ble unntatt fra resultatkravet. Det reelle avviket mot de resultatkrav som Stortinget har satt i de årlige statsbudsjett er dermed om lag 8 mrd. kroner summert over årene 2002 til 2006, jf. oppstillingen over.

Verken det regnskapsmessige underskuddet eller avviket fra Stortingets resultatkrav innebærer noen direkte gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet. Imidlertid tærer de regnskapsmessige underskuddene på helseforetakenes bokførte egenkapital og likviditet. Vedvarende underskudd vil derfor redusere den økonomiske handlefriheten.

#### *Nærmere om langsiktig gjeld knyttet til finansiering av investeringer*

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for drift og investeringer. Dette helhetlige ansvaret er underbygget i den etablerte inntektsmodellen for helseforetakene. Dette innebærer at inntekter som hovedregel utbetales i form av en basisbevilgning og ikke som øremerkede tilskudd. Investeringsprosjekter som krever mer midler enn det som er gitt i de årlige basisbevilgninger, må lånefinansieres.

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 helseforetakene – på bakgrunn av framdrift og likviditetsbehov i vedtatte investeringsprosjekter.

De regionale helseforetakene var gjeldfrie ved etableringen i 2002, og i denne forbindelsen ble det slettet fylkeskommunal gjeld på om lag 16 mrd. kroner relatert til sykehusinvesteringer. Ved utgangen av 2006 hadde de regionale helseforetakene langsiktig gjeld knyttet til investeringer til Helse- og omsorgsdepartementet på 9,9 mrd. kroner.

Investeringsaktiviteten i norske sykehus vil variere, både fra år til år – og over tiår. Mens det på 90-tallet ble gjennomført få utbyggingsprosjekter i sykehussektoren i fylkeskommunal regi, lå det ved inngangen til reformen en rekke planer og vedtak om utbygginger. Parallell utbygging av norgeshistoriens to største landbaserte byggeprosjekter ved St.Olavs Hospital og Ahus koster alene mer enn 20 mrd. kroner. Foretakene har også brukt store investeringsbeløp for å gjennomføre investerings tiltak i de statlige planene for opptrapping innen psykiatri og kreftområdet. I tillegg er det slutført en rekke byggeprosjekter, bl.a. i Vestfold og ved Asker og Bærum sykehus.

Den langsiktige gjelden må derfor sees i forhold til hva pengene er brukt til. Det er her brukt



midler for å investere i varige verdier, og lånene er dermed brukt for å reise sykehusbygg som vil bli brukt de nærmeste 50 år. Moderne bygg og utstyr er en viktig forutsetning for god kvalitet på pasientbehandlingen. Den langsiktige gjelden må også sees i forhold til helseforetakenes årlige inntekter og utgjør i størrelsesorden 10-15 pst. Bevilgningsøkningen i dette budsjettforslaget vil føre til at låneopptak til nye investeringsprosjekter vil reduseres betraktelig.

#### Nærmere om kortsiktig gjeld (driftskreditt)

Utover den langsiktige gjelden har også de regionale helseforetakene kortsiktig gjeld (driftskreditt) hos sine private bankforbindelser. Stortinget setter øvre rammer for hvor store driftskredittrammer de regionale helseforetakene kan ha. Ved utgangen av 2006 utgjorde denne øvre rammen 6,5

mrdr. kroner. Departementet har ansvar for å fordele fastsatt ramme mellom de regionale helseforetakene, og pr 31.12.2006 var tildelte rammer 5,9 mrdr. kroner, jf. tabellen nedenfor. Benyttet driftskreditt utgjorde 3,9 mrdr. kroner pr 31.12.2006. Den kortsiktige gjelden forklares delvis ved at de fleste regionale helseforetakene har hatt vedvarende store underskudd i perioden og ved at de har hatt *utbetalinger* som har oversteget *kostnadene*. At den kortsiktige gjelden likevel er lavere enn akkumulert regnskapsmessig underskudd skyldes at store kostnadsposter i regnskapet, i hovedsak avskrivninger, ikke medfører tilsvarende utbetalinger. I tillegg har de regionale helseforetakene brukt av sin likviditet (bankinnskudd mv.). Dette handlingsrommet er nå betydelig redusert, og det er derfor avgjørende at helseforetakene kommer i balanse slik at den kortsiktige gjelden ikke øker ytterligere.

Tabell 5.2 Akkumulert korrigert resultat, langsiktig gjeld samt benyttet og tildelt driftskreditt pr 31.12.2006

	Korrigert resultat	Langsiktig gjeld	Benyttet driftskreditt	Tillatt øvre driftskredittramme
Helse Øst RHF	153	3 681	0	712
Helse Sør RHF	-2 795	1 688	2 066	2 300
Helse Vest RHF	-1 955	1 611	975	1 600
Helse Midt-Norge RHF	-2 218	1 878	855	1 100
Helse Nord RHF	-1 154	1 016	20	232
Sum	-7 969	9 874	3 936	5 944

#### Evaluering av sykehusreformen

Med framlegget til sykehusreformen ble det i Ot.prp.nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. forutsatt at reformen skulle evalueres når den hadde fått virke en tid. Helse- og omsorgsdepartementet initierte i 2004 en helhetlig evaluering i tre deler som skulle vurdere resultatene i lys av de mål som ble satt for reformen. Evalueringen skulle samlet sett beskrive og vurdere hvordan og i hvilket omfang sykehusreformens forutsetninger og mål er blitt realisert. Sykehusreformen er evaluert gjennom tre hovedprosjekter:

1. En prosess-evaluering utført av NIBR mfl. som analyserte statens og foretakenes tilpasning til den nye modellen i de første årene etter reformen, med sluttrapport avgitt i april 2005.

2. En studie av foretaksmodellens egnethet og funksjonsmåte, utført av Agenda Muusmann med rapport avgitt i november 2005.
3. En resultat-evaluering mht utvikling av aktiviteten i sykehusene, tilgjengelighet til tjenesten, prioritering og kvalitet, brukermedvirkning og arbeidsmiljø, med sluttrapport avgitt fra Norges Forskningsråd i februar 2007.

#### Funn fra prosess-evalueringen slutført i 2005

Norsk Institutt for by- og regionforskning, Nordlandsforskning og Rogalandsforskning avga 29. april 2005 en rapport som vurderte hvordan staten hadde utført oppgaven som sykehuseier, hvordan regionale helseforetak og lokale foretak hadde forholdt seg i sine nye funksjoner og hvordan den overordnede politiske styringen hadde ytret seg.

Hovedfunn var at staten ved Helse- og omsorgsdepartementet hadde brukt sin eierposisjon til en aktiv styring av regionale helseforetak. Disse var i 2005 på god vei til å finne sin form, og ble oppfattet å ha både autoritet og god styring med de lokale helseforetakene. Med forbehold om vanskelig målbare størrelser mente NIBR at byråkratiet ikke hadde vokst ved overgangen fra fylkeskommunal administrasjon til foretaksmodellen. Forskerne mente Stortingets engasjement i sykehussaker hadde økt siden reformen ble innført, bl.a. i form av antall spørsmål til ansvarlig statsråd. Det ble også pekt på at Stortinget i stor grad tok opp overordnede og prinsipielle spørsmål knyttet til sykehuspolitikken, men også engasjerte seg hyppig i enkeltsaker. Prosess-evalueringen framhevet at den nye modellen viste både stabilitet og fornyelse når det gjaldt eierskap, organisering og ledelse. Forskerne fant at det var en vanskelig balansegang mellom politisk styring og frihet for foretakene.

#### *Hovedfunn i rapporten «Helseforetaksmodellens funksjonalitet»*

Agenda Muusmann leverte 30. november 2005 en studie av hvordan modellen med organisering i fem regionale helseforetak med underliggende lokale helseforetak har egnet seg for å ivareta sykehusenes oppgaver. Studien er gjennomført innenfor en bred ramme, der sykehusreformens mål og forutsetninger ligger som samlet bakgrunn, og der en rekke utviklingstrekk i Norge og internasjonalt er drøftet som grunnlag for å vurdere helseforetaksmodellens funksjonalitet. Som særlige fokusområder i studien har en analysert forholdet mellom eier- og myndighet og bestiller- utfører. En har også belyst og vurdert hvordan helseforetaksmodellen har gitt grunnlag for styring av og kontroll med kostnadene. Videre er det i rapporten drøftet på hvilken måte og i hvilken grad sykehusreformen har påvirket demokratisk innflytelse og medvirkning i sykehuspolitikken og innad i sykehusene. Disse fire fokusområdene er drøftet med utgangspunkt i hvordan spesialisthelsetjenesten er organisert og virker både i Norge og andre land.

Agenda Muusmann konkluderte med at sykehusreformen og innføringen av regionale helseforetak og helseforetak har vært en gevinst for spesialisthelsetjenesten i Norge. En hovedkonklusjon var at helseforetaksmodellen også framover kan fungere som basis for utvikling av spesialisthelsetjenesten. Rapporten framhever at utviklingen i årene etter sykehusreformen indikerer at det på en rekke områder er behov for endringer i forhold til hvordan helseforetaksmodellen fungerte i 2005.

Det ble pekt på som påkrevet å satse langt sterkere på å sikre og dokumentere kvalitet i tjenesten på alle nivåer. Statlige myndigheter ble utfordret til å sørge for mer effektiv styring og utnyttelse av ressurser og kapasitet i sektoren.

Myndighetene burde etter Agenda Muusmanns syn iverksette en ennå mer presis og operativ styring med innhold i tjenesten og prioritering av oppgaver i sykehusene. Behovet for bedre samhandling og systematisk samarbeid mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten ble framhevet som avgjørende, inn mot en framtid preget av flere eldre pasienter og mennesker med kroniske sykdommer. Det ble også pekt på som vesentlig for modellens framtidige suksess å styrke demokratisk kontroll gjennom økt involvering av folkevalgte, særlig fra det lokale og regionale politiske nivå. Også økt dialog med og medvirkning fra brukerorganisasjonene og innbyggerne ble framhevet som vesentlig. Med utgangspunkt i erfaringer både fra andre land og med den norske helseforetaksmodellen mente Agenda Muusmann at det ikke virket verken hensiktsmessig eller praktisk mulig å videreutvikle bestiller-utfører konseptet som grunnlag for styring av spesialisthelsetjenesten i Norge. Sentrale helsemyndigheters engasjement i oppgave- og funksjonsfordelinger mellom helseforetakene ble sagt å være et inngrep i forhold til helseforetakenes autonomi, men ble vurdert som hensiktsmessig når det var nødvendig for å sikre nasjonale interesser. Samtidig mente Agenda Muusmann at framtidige oppgave- og funksjonsfordelinger i større utstrekning burde foregå innenfor rammene av det enkelte helseforetak.

#### *Hovedfunn fra Forskningsrådets resultatevaluering*

Resultatevalueringen som ble administrert av Forskningsrådet består av to større samarbeidsprosjekt, med i alt ni delprosjekt. Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) har utført to delprosjekt, mens UNIFOB, avdeling Rokkansenteret, er ansvarlig for syv delprosjekt.

#### *Aktivitetsutviklingen i sykehusene og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester*

- Aktivitetsutviklingen har vært sterkere i perioden etter sykehusreformen enn den var i perioden før reformen. Fra 2001-2005 økte antallet sykehusopphold med 24,5 pst. Forskerne sier tilstanden på 90-tallet med kapasitetsproblemer er snudd. Med basis i dette mener forskerne det er grunnlag for å si at sykehusreformen har gitt pasienter med somatiske sykdommer bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester.

- Aktivitetsøkningen gjaldt mange pasientgrupper og mange helseforetak, men endringene har ikke vært like store for alle foretak og alle pasientgrupper. Antallet DRG-poeng for de eldste pasientene (80+) økte sterkt (48 pst.) i perioden 2001-2005, dagbehandling mer enn døgnopphold, og planlagte behandlinger mer enn øyeblikkelig hjelp.
- Forskerne sier aktivitetsøkningen har kommet til tross for gitte føringer om tilnærmet nullvekst i perioden. Forskerne sier derfor at aktivitetsøkningen ikke kan tolkes som en *tilsiktet* effekt av reformen – men bør sees som en effekt av de endrede rammebetingelser reformen medførte.

#### *Produktivitetsutvikling*

- Reformen har hatt en positiv effekt på produktiviteten i størrelsesorden 3-4 prosentpoeng.
- Norske sykehus har i gjennomsnitt et produktivetsnivå i årene 1999 – 2004 som ligger lavere enn tilsvarende i Finland, men norske sykehus nærmet seg finske mot slutten av perioden. Norske sykehus har i hele perioden 2001-2005 et produktivetsnivå over sykehusene i Sverige. Det har ikke vært mulig å sammenligne med Danmark for hele perioden.

#### *Effekt på prioriteringer*

- Ventetidene har totalt sett gått ned etter sykehusreformen. Gjennomsnittlig ventetid før reformen (1. tertial 2002) var 87 dager, mot 69 dager i 1. tertial 2007.
- En studie har vurdert faktiske ventetider for fem pasientgrupper med rett til nødvendig helsehjelp målt mot anbefalt maksimal ventetid for de samme pasientene. Praksis ved prioritering av disse pasientene synes ikke å ha blitt utjevnet mellom de fem regionale helseforetakene etter sykehusreformen.
- Mellom fylkene innad i hver helseregion har praksis blitt mer ensartet (med unntak for Helse Midt-Norge).
- Både nasjonalt og innad i hver region er det en tendens til at lavere prioriterte grupper har fått relativt størst reduksjon i ventetider – noe forskerne tolker som at prioriteringspraksisen ikke hadde utviklet seg i ønsket retning.
- To studier analyserer ressursfordelingen mellom somatikk og psykisk helsevern. Staten v/ Helse- og omsorgsdepartementet har vært tydelig på at psykisk helsevern skal prioriteres i ressursfordelingen mellom somatikk og psykiatri. Studien bekrefter at helseforetakene har

vært bevisste på at psykisk helsevern skal prioriteres. Det har ikke funnet sted noen uønsket ressursvridning fra psykisk helsevern til somatiske helsetjenester.

#### *Kvalitet og faglig innhold – grad av sentralisering i pasientbehandlingen*

- Det var et mål med sykehusreformen å øke kvaliteten på spesialisert behandling gjennom bedre oppgavefordeling mellom sykehusene.
- Utviklingen i sykehusstruktur knyttet til pasientbehandling beskrives først og fremst som stabil. Konsentrasjon av pasientbehandlingen og fordelingen mellom lokalsykehus, middels store sykehus og store regionale sykehus er i de store trekk uendret fra 1999 til 2005.
- Å sentralisere høyt spesialisert behandling har vært en ønsket utvikling for å høyne kvaliteten. Tre av de ni høyt spesialiserte behandlingene som ble analysert var markant sentralisert – brystkreft, kreft i spiserøret og abdominale aortaaneurismer (utposing på hovedpulsåren). Også for kreft i bukspyttkjertel og avansert ryggkirurgi fant forskerne en utvikling i sentraliserende retning. Utviklingen for PCI og bypass har gått i sentraliserende retning nasjonalt sett, men forskerne finner ikke at det er signifikant høyere i perioden etter sykehusreformen. Det påpekes at lokalsykehusandelen ved brystkreftoperasjoner har blitt betydelig redusert etter reformen, men at det i 2005 fortsatt var et relativt høyt antall behandlingssteder for brystkreft (34).
- For mindre og middels spesialisert kirurgi (som hofteproteser, kneoperasjoner, åreknuter, grå stær, skiveprolaps) var hovedtendensen stor grad av stabilitet.
- Konsentrasjonen av visse typer kirurgisk akuttbehandling og fødsler har økt etter sykehusreformen. For kirurgisk behandling av lårhalsbrudd viser studien en svak tendens til økt bruk av lokalsykehus. Studien viser ingen endring av konsentrasjonsnivået for medisinsk akuttbehandling.
- I den grad det er skjedd en desentralisering av mindre spesialiserte prosedyrer – såkalt «enkle» operasjoner – mener forskerne dette hovedsakelig skyldes den økning en hadde i aktivitet ved private kommersielle sykehus.

#### *Brukermedvirkning*

- Helseforetaksmodellen vurderes å ha lagt godt til rette for brukermedvirkning ved at det er etablert organisatoriske kanaler der brukerne kan

- formidle erfaringer og synspunkter inn til helsepolitikkenes iverksettere.
- I helsetjenesten fins nå aktører som ser betydningen av å lytte til brukerne, og som argumenterer for at helsetjenesten har nytte av brukernes synspunkter.
  - Det er stor variasjon i hvor godt brukermedvirkning er gjennomført. Iverksettingen av brukerutvalgene er godt gjennomført i regionale helseforetak, men det gjenstår en del i de lokale helseforetakene før en kan si at brukerutvalgene fungerer godt.
  - I de lokale helseforetakene vurderer de administrative lederne forholdene som bedre enn brukerutvalgene selv gjør.
  - Brukerutvalgene har ført til resultater i form av økt oppmerksomhet om brukernes rolle i utformingen av helsetjenesten. De har gitt et viktig bidrag i å sette tjenestene til mennesker med langvarige og sammensatte behov høyere på dagsorden.

#### *Arbeidsmiljø og medbestemmelse*

- Den generelle jobbtrivselen er høy. 89,5 pst. av de ansatte rapporterte høy tilfredshet, mot generelt i norsk arbeidsliv i et intervall mellom 75-85 prosent.
- Arbeidsmiljøet målt ved balansen mellom krav, kontroll og støtte rapporteres av ansatte å være bra.
- Like mange rapporterer forbedringer som forverringer i arbeidsmiljøet.
- Mange ansatte i helseforetakene opplever liten grad av medbestemmelse eller muligheter til påvirkning. Unntaket er «dag til dag» beslutningene.
- Mange opplever økte produksjonskrav i jobben, økt opplevelse av stress og redusert jobbtrygghet som følge av ulik gjennomføring av omstillingsprosesser.
- Arbeidsmiljø er noe som varierer lokalt og klinkvis.

#### *Samarbeid og koordinering mellom sykehus og kommunale pleie- og omsorgstjenester*

- Liggetiden for eldre sykehuspasienter er redusert etter reformen.
- Det er store forskjeller i liggetid for pasienter fra ulike kommunetyper, noe som antyder at kommunenes pleie- og omsorgstilbud påvirker hvor lenge pasienten blir liggende på sykehus.
- Samhandling mellom sykehus og kommune reduserer liggetiden for pasienter med behov for institusjonsplass etter utskrivning

- Reformen har ikke hatt noen påvirkning på omfanget av samhandling mellom kommunene og sykehusene.

#### *Oppfølging av evalueringen*

Evaluering av sykehusreformen hadde som hovedformål å gi grunnlag for utvikling og forbedring av modellen slik at den bedre kunne bidra til å realisere helsepolitiske mål. Den studien som vurderte helseforetaksmodellens egnethet konkluderer med at modellen er velegnet som fundament for styring og utvikling av spesialisthelsetjenesten. Alle studiene som inngår i evalueringen peker på utviklings- og forbedringstiltak som kan gjøres innenfor rammen av den modellen som er etablert.

Regjeringen har gjennomført flere tiltak for å videreutvikle og forbedre modellen. Regionale og lokale folkevalgte er sikret medvirkning gjennom representasjon i foretakenes styre. Helse Sør RHF og Helse Øst RHF er slått sammen til ett regionalt helseforetak for å fremme bedre koordinering og utnyttelse av kapasitet og ressurser i sykehusene i dette området av landet. Med utgangspunkt i forslagene fra utvalget, som har utredet lokalsykehusenes framtidige oppgaver, vil departementet følge opp arbeidet for å etablere tilpassede behandlingsskjeder der lokalsykehusene i større grad tilpasses lokale forhold. Det skal legges vekt på gode og bredt involverende lokale prosesser ved utviklings- og omstillingsprosesser. Bruk av nasjonale og lokale avtaler skal prøves som virkemiddel for å fremme samhandling og systematisk samarbeid mellom primærhelsetjenesten (kommunene) og spesialisthelsetjenesten (regionale helseforetak). Funn fra evalueringen er brukt aktivt i arbeidet med utarbeidningen av Nasjonal helseplan. Oppfølging av evalueringen i form av flere konkrete utviklings- og forbedringstiltak vil bli gjennomført innenfor rammene av planen.

#### **Plan og melding fra de regionale helseforetak samt økonomiske krav for 2008**

Oppdragsdokumentene og styringsbudskap formidlet gjennom foretaksmøter utgjør til sammen departementets helhetlige oppdrag til de regionale helseforetakene for det aktuelle år. De regionale helseforetakene gir i årlig melding en helhetlig rapportering om virksomheten. Meldingen skal inneholde en redegjørelse for virksomheten i det året som har gått og inneholde styrets forslag til virksomhetsplan for de kommende år. Meldingen gir blant annet departementet grunnlag for tilbakemeldinger til Stortinget.

## Utvikling i 2006 og status 2007

Nedenfor redegjøres det for utviklingen på sentrale områder i spesialisthelsetjenesten. Redegjørelsen er i hovedsak basert på årlig melding fra regionale helseforetak, men er supplert med sentrale rapporter og evalueringer.

### *Prioritering*

I arbeidet med kvalitet og prioritering er det en utfordring å finne en god balanse mellom hensynet til lokal frihet og regional og nasjonal styring. Nye behandlingsmetoder, avansert elektronisk utstyr og nye, dyre medikamenter utvikles kontinuerlig. Helsetjenestene skal tilby det beste av ny behandling, når effekten er dokumentert virkningsfull og står i et rimelig forhold til kostnadene. Det er et økende dilemma å gjøre riktige avveininger mellom den behandling pasienten ønsker og det som er medisinskfaglig forsvarlig og samfunnsøkonomisk fornuftig. Det ble derfor i 2007 opprettet et Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Rådet har som formål å bidra til mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioritering i helsetjenesten.

De regionale helseforetakene skal sikre at prioriteringsforskriften følges opp og dermed sikre riktig prioriteringen mellom og innenfor pasientgrupper. Evalueringen av sykehusreformen i regi av Forskningsrådet, viser at ulikheten i andel pasienter tildelt rett til helsehjelp har blitt mindre mellom helseforetakene innad i hver region. Forskjellene er fremdeles for store mellom helseregionene. Variasjonen mellom helseregionene i andelen nyhenviste pasienter som ble tildelt rett til nødvendig helsehjelp endret seg lite fra 2005 til 2006. I følge tall fra Norsk pasientregister er det Helse Midt-Norge RHF som tildeler flest nyhenviste pasienter en slik rett (91 pst.) mens Helse Nord RHF tildeler færrest pasienter denne retten (55 pst.). De regionale helseforetakene skal samarbeide med Sosial- og helsedirektoratet om å utarbeide en veileder i praktisering av prioriteringsforskriften. Dette skal føre til en mer ensartet prioritering mellom de regionale helseforetak. Det skal gis spesiell prioritet til tverrfaglig spesialisert behandling til rusmisbrukere, tjenester til grupper med psykiske lidelser og kroniske sykdommer og tjenestetilbud innen habilitering og rehabilitering.

### *Habilitering og rehabilitering*

I årlig melding rapporterer de regionale helseforetakene at de har utarbeidet planer for rehabiliteringsfeltet, og ønsker å prioritere feltet og styrke

samarbeid og samhandling. Tidligere Helse Øst RHF rapporterer at tjenestetilbud til pasienter med kroniske sykdommer, pasienter som trenger habilitering og rehabilitering, og samarbeid og veiledning med kommunene skal prioriteres. Tidligere Helse Sør RHF har arbeidet med å utvikle tjenestene bl.a. ved å dreie rehabiliteringstilbud fra døgnplasser til dagplasser og ved å etablere ambulante team, dagtilbud og polikliniske tilbud. Helse Vest RHF har fokusert på samhandling, fagutvikling, forskning, utvikling av tiltakskjeder og økt fokus på læring og mestring. I Helse Midt-Norge RHF har ikke tilbudet innen hjerneskaderehabilitering blitt trappet opp som planlagt på grunn av den økonomiske situasjonen ved St. Olavs Hospital. Regionalt fagnettverk mellom lærings- og mestringssentrene og forskningsnettverk for pasient- og pårørendeopplæring blir kontinuerlig utviklet. I Helse Nord RHF ble tilbudet til pasienter med hodeskader styrket i 2006. Videre sikrer Helse Nord RHF riktig prioritering innen rehabilitering bl.a. gjennom gode prosedyrer og rutiner for inntak og viderehenvisning.

Barnehabiliteringstjenester tilbys ved flere sykehus i alle helseregioner, og minst en i hvert fylke. En av hovedoppgavene til denne tjenesten er å gi råd og veiledning til foreldre med barn med nedsatt funksjonsevne. De regionale helseforetak rapporterer også at det er etablert lærings- og mestringssentre ved alle helseforetak.

### *Psykisk helsevern*

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten viser i sin årsrapport for 2006 til at det var en sterkere vekst innen psykisk helsevern og behandling av rusmiddelavhengige enn innen somatikk, når man korrigerer tallene for nye oppgaver som er overført til de regionale helseforetakene. Beregningsutvalget viser også at det har vært en sterkere vekst innen psykisk helsevern og behandling av rusmiddelavhengige både målt i antall innlagte pasient og dagbehandling, og antall konsultasjoner og tiltak.

Det vises til nærmere omtale under kapittel 743 når det gjelder rapportering og status for Opptrappingsplanen for psykisk helse.

### *Tilbud til rusmiddelavhengige*

De regionale helseforetakene melder at de i 2006 har vedtatt planer for styrking av behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige.

Rusreformen ble i 2006 evaluert og resultatene fra evalueringen ble nærmere omtalt i St.prp. nr. 69 (2006-2007). Evalueringen viser at det har skjedd

en betydelig styrking av kapasitet, kvalitet og kompetanse i tjenestene til rusmiddelavhengige. Flere har fått hjelp og behandling. Samtidig peker evalueringen på at det fortsatt er for lange ventetider på behandling på alle behandlingsnivåer. Det ble også understreket at den nåværende nivåinndeling av tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling ikke var hensiktsmessig for å legge forholdene til rette for tettere samhandling og samarbeid med de øvrige tjenestene innen spesialisthelsetjenesten – i særlig grad tjenestene med det psykiske helsevern. Selv om samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene er blitt bedre, er det fortsatt et betydelig behov for å styrke dette. Andelen brukere som har fått utarbeidet en individuell plan er fortsatt for lav. Det er videre særlig viktig for rusmiddelavhengige at det er kontinuitet i behandlingsforløpet. Fortsatt er det slik at for mange ikke har et sammenhengende behandlingsforløp.

Et landsomfattende tilsyn i 2006 viser at mange virksomheter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige ikke tilfredsstiller kravene til forsvarlige tjenester. I tillegg pekes det på at rusmiddelavhengige ikke fullt ut får dekket sine rettigheter etter pasientrettighetsloven og at flere tjenester ikke har den fagkompetansen som er nødvendig for å kunne gjennomføre forsvarlig tverrfaglig vurdering, utredning og behandling. Tilbakemeldinger fra de regionale helseforetakene viser at avvikene har blitt lukket eller blir lukket i løpet av kort tid.

### *Kvalitet*

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres kulturelt og organisatorisk hos ledelsen på alle nivå i tjenesten og sees i sammenheng med forskning og utdanning. De regionale helseforetakene har i 2006 arbeidet med kvalitetsforbedring både gjennom oppfølging av lovpålegg, egne strategier og oppfølging av kvalitetsindikatorer anbefalt av Sosial- og helsedirektoratet.

### *Kvalitet og metodeutvikling*

Det er etablert kvalitetsutvalg i helseforetakene i samtlige regioner og disse er premissgivende i arbeidet med å etablere gode systemer for internkontroll. Samtlige regionale helseforetak rapporterer at det har vært gitt klare styringssignaler om oppfølging av nasjonale retningslinjer og bruk av medisinske kvalitetsregistre. Rapporteringen av data til medisinske kvalitetsregistre fra helseforetak og private med avtale viser at det fortsatt er et forbedringspotensial på dette området.

Departement følger også med på kvaliteten i tjenestene ved hjelp av kvalitetsindikatorer utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet, som for eksempel antall korridorpasienter. I sin dialog med de regionale helseforetakene har departementet gitt tilbakemeldinger om utviklingen. Resultatene av kvalitetsindikatorene fra 2006 viser at det fortsatt er forbedringspotensial i alle regionale helseforetak. Departementet forutsetter at helseforetakene kontinuerlig arbeider for å levere gode resultater også på de øvrige nasjonale indikatorene.

### *Faglighet*

#### *Forskning i helseforetakene*

Det er fortsatt et strategisk fokus på forskning i helseforetakene. De regionale helseforetakene bidro i 2006 til 1901 vitenskapelige artikler og antall avlagte doktorgrader i helseforetakene økte fra 130 til 151 fra 2005 til 2006. Ut over det statlige øremerkede tilskuddet til forskning, prioriterer alle de regionale helseforetakene midler til forskning gjennom basisbevilgningen. Midler til forskning tildeles etter konkurranse i tillegg til en viss andel som tildeles til strategiske satsinger/miljøstøtte. En nasjonal pilot fra 2006 for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene, viste at de regionale helseforetakene i 2005 brukte 1,7 pst. av totale driftskostnader til forskning. Helseforetak med universitetsfunksjoner står for 85-90 pst. av forskningsaktiviteten i helseforetakene, mens det er en økning i forskningsaktivitet i flere helseforetak uten universitetsfunksjoner.

Forskning innenfor forskningssvake områder, herunder psykisk helse og rusbehandling, har vært prioritert i alle regionale helseforetak ved tildeling av forskningsmidler og gjennom iverksettning av særskilte tiltak. Eksempelvis har Helse Vest RHF etablert et regionalt kompetansesenter for tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige i Helse Stavanger HF. Den nasjonale piloten viste at forskningsårsverk utgjør 1,4 pst. av totalt antall årsverk i helseforetakene, herav går 12,5 pst. av årsverkene til forskning på psykisk helse og 0,9 pst. til rusforskning. Samtidig står sykehus uten universitetsfunksjoner for en relativt høyere andel av den forskningen som gjøres på psykisk helse og rusbehandling. Det er fortsatt behov for å styrke forskningsaktiviteten og forskningskompetansen innenfor rusområdet.

Alle de regionale helseforetakene arbeider for å styrke innsatsen innenfor kvinnehelseforskning og ivaretagelse av kjønnsperspektivet i klinisk forskning. Det pågår forskningsprosjekter innenfor kvinnehelse i alle de regionale helseforetakene.

I tråd med krav i foretaksmøtet i januar 2006 har de regionale helseforetakene iverksatt flere tiltak for å styrke systemene for kvalitetssikring av forskning som en del av internkontrollsystemet.

### *Utdanning*

Helsetjenesten har viktige utdanningsoppgaver, både som praksisarena og som nåværende eller fremtidig arbeidsgiver for helsepersonellet. De regionale helseforetakene viser til gode erfaringer med samarbeidsorganene som er etablert mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjonene. Samarbeidsavtaler er etablert i samtlige helseregioner, og enkelte har, i regi av samarbeidsorganene, også igangsatt et arbeid med å utarbeide standarder for samarbeidsavtalene. De regionale helseforetakene gir uttrykk for at det er krevende å etablere et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for studenter i grunnutdanning, men at de gjennom samarbeidsorganene har klart å etablere plasser som forutsatt, både i helseforetakene og i private virksomheter de har avtale med. De regionale helseforetakene er positive til at rammeavtalen for praksisundervisningen i sykepleieutdanningen revideres, slik at kravene til det faglige innholdet ivaretas samtidig som praksisarenaen sikres nødvendige fleksibilitet. I enkelte helseregioner vises det til at det er gjennomført prosjekter for å sikre robust koordinering i forbindelse med fordelingen av praksisplasser og også prosjekter for å få et hensiktsmessig samarbeid mellom helseforetakene og høyskolene om praksisundervisningen. Samarbeidsorganene har også arbeidet for å sikre god fordeling av midlene avsatt til bruk i samarbeidsprosjekter mellom helseforetakene og høyskolene.

God planlegging og gjennomføring av videre- og etterutdanning av personellet for å møte nåværende og fremtidig behov er viktig for at de regionale helseforetak skal kunne utføre sine pålagte oppgaver. De regionale helseforetakene rapporterer at det er lagt særlig vekt på videreutdanning i ABIOK-sykepleie (anestesi-, barne-, intensiv-, operasjons-, og kreftsykepleie). Dette må sees i sammenheng med omleggingen fra oppdragsfinansierte til ordinære høyskolestudier. Flere av de regionale helseforetakene har kartlagt sine behov for ABIOK-sykepleiere de nærmeste årene slik at høyskolene i regionen kan tilpasse sin aktivitet til behovene innenfor den rammen aktivitetskravene setter. De regionale helseforetakene oppgir også at de følger opp og vektlegger departementets føringer for legespesialistutdanningen, samt de fagområder som departementet har lagt opp til når det gjelder videreutdanning og etterutdanning. Enkelte regionale helseforetak har også tiltak for å styrke fors-

knings samarbeidet mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjonene.

### *Lokalsykehusfunksjonen og samhandling med primærhelsetjenesten*

De regionale helseforetakene har i 2006 arbeidet med utvikling av lokalsykehusfunksjonen og samhandling med primærhelsetjenesten. Alle regionale helseforetak rapporterer at det er inngått ulike typer avtaler mellom de fleste helseforetak og kommunene, samt at det arbeides for å etablere sammenhengende pasientforløp for ulike grupper av kronisk syke mennesker.

Helse Vest RHF rapporterer i tillegg at flere helseforetak i fellesskap med kommunene, har opprettet pasientrettede samhandlingstiltak for prioriterte grupper. Eksempler på slike tiltak er felles kompetansenettverk innenfor kreftomsorg og nettverksamlinger med rehabiliteringskoordinatorene i kommunene, samt tiltak rettet mot personer med alvorlig psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk.

Tidligere Helse Sør RHF rapporterer om videreføring av sitt samarbeid med KS om et felles langsiktig program *Helsedialog* om samhandling. Samhandlingstiltak for prioriterte grupper omfatter blant annet lindrende behandling, kreftpasienter, barn av foreldre med rus og psykisk lidelse, og demente med problematferd. Tidligere Helse Øst RHF rapporterer om videreføring av desentralisering av spesialisthelsetjenester, samt flere pasientrettende samhandlingstiltak for prioriterte grupper.

Helse Nord RHF rapporterer at det er vedtatt helhetlige planer om geriatri, rehabilitering mv. som inneholder tiltak for å sikre bedre pasientforløp. Det gjenstår noe arbeid før alle helseforetak har avtaler med sine kommuner. Videre legges det vekt på å ta i bruk mulighetene innen IKT gjennom Norsk Helsenett og telemedisin.

I Helse Midt-Norge RHF omfatter det strategiske arbeidet fram mot 2010 også samhandling med kommunene. Strategiene inneholder årlige tiltak, og for 2006 er alle planlagte tiltak gjennomført. Det arbeides med en avtale mellom det regionale helseforetaket og KS. Videre er det iverksatt pasientforløpstudier, og flere pasientrettede samhandlingstiltak for prioriterte grupper.

Som en del av oppfølgingen av NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helse-tjeneste, har en arbeidsgruppe sett nærmere på organisatoriske vilkår for bedre samhandling. Arbeidsgruppen var bredt sammensatt med representanter fra bruker- og pasientorganisasjoner, fagorganisasjoner, KS, samt ledere og helsearbeidere fra helsetjenesten. Gruppen la fram sin rapport i 2006 med forslag om å iverksette et bredt spekter

av samhandlingstiltak som både er forankret i praksisfeltet, og tiltak av overordnet organisatorisk karakter.

På denne bakgrunn har KS og departementet inngått en 'Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet'. Den ble undertegnet i juni 2007 og har en varighet på tre år. Formålet er todelt. Rammeavtalen skal understøtte inngåelse og reforhandling av lokale avtaler, og danne grunnlag for samhandling mellom kommuner og helseforetak som likeverdige parter. Videre skal den bidra til systematisk oppfølging på nasjonalt nivå, inkludert vurdering av om rammebetingelsene for samhandling bør legges bedre til rette.

De lokale avtalene skal sikre god forankring og samlet oppfølging av praksisnære tiltak som bidrar til bedre samhandling om pasienter og brukere som trenger ulike kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Oppfølgingen av den nasjonale rammeavtalen må derfor ses i sammenheng med arbeidet som skjer lokalt, slik at det samlede arbeidet på samhandlingsområdet kan utvikles videre innenfor et felles rammeverk. Rammeavtalen har et system for oppfølging hvor hensikten er å følge utviklingen på samhandlingsområdet, og vurdere hvilke utviklingstiltak som bør prioriteres. Tilbakemeldinger fra bruker- og pasientorganisasjoner skal inngå på en systematisk måte i dette oppfølgingsarbeidet.

#### *Høyspesialisert medisin og nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten*

De regionale helseforetakene har i 2006 under ledelse av Helse Vest RHF utarbeidet forslag til en fremtidig helhetlig plan for organiseringen av henholdsvis lands- og flerregionale funksjoner samt overnasjonale funksjoner og nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten. Forslaget er vurdert av Sosial- og helsedirektoratet. Departementet tar sikte på å presentere et nytt helhetlig system for styring av høyspesialisert pasientbehandling og nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten i løpet av 2007.

Som et virkemiddel for å bidra til å sikre lik tilgang til og bruk av lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra, er det stilt krav om at det opprettes faglige referansegrupper for disse.

#### *Organisatoriske krav og utvikling*

##### *Rapportering for 2006*

Nye styrever ble utnevnt for samtlige helseforetak i 2006. For regionale helseforetak ble nye styrever utnevnt gjennom foretaksmøtene i januar mens

nye styrever for lokale helseforetak ble utnevnt våren 2006. Samtlige har ny sammensetning hvor et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene er utnevnt blant folkevalgte kandidater som er foreslått av fylkeskommuner, Sametinget og kommuner. Dette er gjennomført som ledd i oppfølging av Soria Moria-erklæringen, blant annet for å sikre styrene bedre og bredere samfunnsmessig forståelse og politisk kompetanse.

I 2006 ble det gjennom foretaksmøter stilt supplerende eierkrav om oppfølging av internkontroll. De regionale helseforetakene ble pålagt å kartlegge risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke blir oppnådd samt å identifisere korrigerende tiltak. Det ble fra eiers side også stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle ha en gjennomgang av helseforetakenes samlede selskapsstruktur. Dette for å sikre at eierskap i andre aksjeselskaper er i tråd med helseforetaksloven. Videre ble det blant annet stilt eierkrav om at helseforetakene skulle utvikle gjennomgående retningslinjer for ansattes bierverv. Det ble også stilt krav til de regionale helseforetakene om at andelen av sykehusapotekenes omsetning som ikke er tilknyttet sykehuset skulle være mindre enn 20 pst. De regionale helseforetakene har fulgt opp disse kravene.

#### *Status 2007*

En sentral sak i 2007 har vært oppfølging av regjeringens beslutning om å slå sammen de to tidligere helseregionene Helse Sør RHF og Helse Øst RHF, jf. St.prp. nr. 44 (2006-2007). Til grunn for beslutningen ligger blant annet behov for langt bedre ressursutnyttelse og samordning av spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet spesielt, og generelt mellom de to tidligere helseregionene. Ulike organisatoriske modeller for bedre samordning ble vurdert forut for beslutning om sammenslåing. Det nye regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF ble etablert med virkning allerede fra og med 1. juni 2007. Etableringen av Helse Sør-Øst RHF gir et samlet regionalt eierskap og ansvar på tvers av tidligere helseregioner, og grunnlag for helhetlig styring og koordinering av ressursinnsats og tjenestetilbud. Sammenslåingen bygger på likeverdighet mellom de to tidligere regionene. Hovedkontoret er lokalisert på Hamar i kombinasjon med at administrasjonssted for Helse Sør-Øst RHF opprettholdes i Skien.

Andre sentrale saker som ble tatt opp i foretaksmøter med de regionale helseforetakene i 2007 er oppfølging av mulig samordning av stabs- og støttefunksjoner. Et tverregionalt utredningsarbeid



på området ble igangsatt i 2006 og videreføres i 2007 i regi av regionale helseforetak. Sluttrapport forventes levert til Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2007. Oppmerksomhet er for øvrig blant annet rettet mot krav til oppfølging av HR-området inklusiv sykefravær blant ansatte i helseforetakene, håndtering av lønnsområdet, helsepersonells biervery, samt styreengasjement og oppfølging av særskilte tilsynsrapporter. Videre er det stilt krav til etablering av rutiner for håndtering av stiftelser og legater, oppfølging av samordning og standardisering innen IKT-området samt krav til avvikling av spilleautomater i sykehus mv.

Gjennomgående har Helse- og omsorgsdepartementet de senere år rettet oppmerksomheten mot sterkere nasjonal styring og samordning på tvers av regionene. Likeså har man i 2007 hatt særskilt oppmerksomhet rettet mot behov for tettere oppfølging og styring av foretakene; fra departe-

mentets side vis-à-vis regionale helseforetak og ikke minst i styringsrelasjonen mellom regionale helseforetak og underliggende helseforetak (jf. også omtale i økonomiavsnittet nedenfor).

### Økonomi

#### Økonomiske resultater og krav 2006

Tabellen nedenfor viser et samlet, korrigert, negativt årsresultat på 1870 mill. kroner i 2006 der økte pensjonskostnader på 1 mrd. kroner er holdt utenfor. Dette er en forverring på om lag 500 mill. kroner sammenlignet med 2005. Av underskuddet i 2006 kan om lag 280 mill. kroner forklares ved nedskrivning av eiendeler. Slike nedskrivninger foretas når eiendeler har et varig verdifall, og denne type engangseffekter er ikke direkte knyttet til den ordinære driften av foretakene.

Tabell 5.3 Utvikling i korrigert årsresultat 2002-2006<sup>1</sup>

(i mill. kr)	Helse Øst RHF	Helse Sør 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 <sup>1</sup>	-15	-307	-405	-711	-433	-1 870
Akkumulert	153	-2 795	-1 955	-2 218	-1 154	-7 969

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

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. Fremdeles er det kun tidligere Helse Øst RHF som holder seg innenfor Stortingets rammer.

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 på den ordinære driften.

De økonomiske kravene for 2006 ble formidlet i foretaksmøter i januar 2006 og årsregnskapene ble endelig behandlet av eier i foretaksmøter våren 2007. I løpet av året fulgte eier opp den økonomiske situasjonen i foretakene gjennom jevnlig rapportering fra virksomhetene til departementet

og gjennom oppfølgingsmøter. Rapporteringsintervallene var forskjellige for de ulike regionene, basert på departementets vurderinger av risiko og vesentlighet.

Frem til og med 2006 ble det brukt to resultatbegrep for å måle utviklingen i økonomien i de regionale helseforetakene: regnskapsmessig årsresultat, slik det fremgår 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 står at et eventuelt underskudd som følge av nivå på verdsettingen 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 bygger 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). I tabellen over er resultatet for 2006 også justert for dette.

I tråd med Budsjett-innst. S. nr. 11 (2005-2006), ble det i 2006 stilt krav om et korrigert årsresultat i balanse i alle regionene. I foretaksmøte 21. april 2006 meddelte styreleder i Helse Midt Norge RHF

at regionen ikke kunne oppnå balanse i 2006 uten at dette ville påvirke helsetilbudet i regionen på en uakseptabel måte. Balansekravet for Helse Midt-Norge RHF ble derfor utsatt til 2007 i foretaksmøte i mai 2006 og det ble stilt krav om at korrigert årsresultat for 2006 ikke måtte overstige 350 mill. kroner utover de økte pensjonskostnadene, jf. St.prp. nr. 66 (2005-2006), Innst. S. nr. 205 (2005-2006). Det er iverksatt tiltak både hos det regionale foretaket og hos enkeltforetak i regionen og departementet har en tett oppfølging av regionen.

Helse Øst RHF var det eneste helseforetaket som oppfylte resultatkravene som ble stilt for 2006. Resultatet for de andre helseforetakene var vesentlig svakere enn kravet, jf. tabellen nedenfor.

Tabell 5.4 Resultatkrav 2006<sup>1</sup>

(i mill. kr)	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum landet
Resultatkrav for 2006	0	0	0	-350	0	-350
Korrigert årsresultat 2006	-15	-307	-405	-711	-433	-1 870
Differanse	-15	-307	-405	-361	-433	-1 521

<sup>1</sup> For 2006 vises resultatkravet og korrigert årsresultat eksklusive de økte pensjonskostnadene på til sammen 1 mrd. kroner som ble unntatt for balansekravet.

I 2006 utgjorde underskuddet om lag 6,5 pst. av driftsinntektene i Helse Midt-Norge RHF, mot 4,5 pst. i Helse Nord RHF, 2,8 pst i Helse Vest RHF og 1,7 pst. i Helse Sør RHF. I Helse Midt-Norge RHF har underskuddet økt hvert år siden 2002 og ved utgangen av 2006 hadde Helse Midt-Norge RHF den største omstillingsutfordringen både målt ved korrigert årsresultat og i underskuddets andel av driftsinntektene. Det økonomiske resultatet i Helse Midt-Norge RHF i 2006 var preget av flere negative engangseffekter og mangelfull økonomisk styring og kontroll, noe regionen har iverksatt tiltak for å motvirke. I foretaksmøtet i mai 2007 ble det konstatert at realisert effekt av omstillings tiltak i 2006 var vesentlig mindre og at kostnadsveksten var vesentlig større enn forutsatt. Foretaksmøtet uttrykte bekymring for den likviditetsmessige utviklingen i regionen og forutsatte at styret for Helse Midt-Norge RHF intensiverte arbeidet med å oppnå kostnadskontroll og få til nødvendig omstilling i helseforetaksgruppen slik at eiers resultatkrav i 2007 nås.

Også i Helse Nord RHF var det en svært negativ økonomisk utvikling fra 2005 til 2006, noe som i stor grad tilskrives manglende realisering av nødvendige omstillingstiltak og større kostnadsvekst enn forutsatt. Hensyntatt regionens størrelse er

underskuddet svært foruroligende. I foretaksmøtene i 2007 har derfor viktigheten av økonomisk kompetanse og god økonomisk styring og kontroll vært påpekt, og styret ble i mai 2007 pålagt å sikre at regionen har tilstrekkelig økonomisk kompetanse og robuste styrings- og rapporteringssystemer i alle ledd. Det økonomiske resultatet hos Helse Vest RHF var også vesentlig dårligere enn årsresultatet for 2005, og i foretaksmøtet i mai 2007 ble viktigheten av god økonomisk styring og kontroll påpekt.

#### *Investeringer 2006*

De regionale helseforetakene har totalt investert for om lag 9,3 mrd. kroner i 2006. Av dette er om lag 680 mill. kroner medgått til gjennomføring av prosjekter over opptrappingsplanen for psykisk helse. I 2006 er det Helse Øst RHF som står for den største investeringsaktiviteten med investeringer for om lag 4,1 mrd. kroner. Dette har sin bakgrunn i det store byggeprosjektet nye Ahus som gjennomføres. Totalt ble det tatt opp 2,75 mrd. kroner i investeringslån i 2006, jf. omtale under kap. 732, post 82. Utbetalingen av det særskilte investerings tilskuddet, jf. kap. 732, post 81 på om lag 1,4 mrd. kroner ble også brukt som delfinansiering av inves-

teringene. Selv om den samlede investeringsaktiviteten har vært høy i 2006 er samlet kapitalnivå, målt ved netto avskrivningskostnader, relativt konstant og utgjør om lag 5 mrd. kroner. Dette skyldes dels at nybygg har vært under bygging og bare enkelte prosjekter har blitt tatt i bruk i løpet av 2006, og dels at investeringer er gjenanskaffelser.

I 2006 ble flere større byggeprosjekter ferdigstilt, blant annet fase 1 av nye St. Olavs Hospital og nytt stråleterapibygg ved Radiumhospitalet, ny Nordfløy ved Asker og Bærum Sykehus og Kreftavdeling ved det nye Kreft- og isolatsenteret ved Ullevål sykehus. Ferdigstilling av nye kreftavdelinger ved henholdsvis Radiumhospitalet og Ullevål sykehus innebærer at nasjonalt mål om økt kapasitet på stråleterapi satt i Nasjonal kreftplan fra 1997, er nådd.

#### Status 2007

Basert på de regionale helseforetakenes regnskapsprognoser per 1. halvår og departementets vurdering av disse står Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF overfor store utfordringer med hensyn til å nå kravene for 2007. I forhold til eiers resultatkrav for 2007 viser prognosen et underskudd i forhold til resultatkravet på i størrelsesorden om lag 1 mrd. kroner. Prognosen for det enkelte regionale foretak fremkommer i tabellen nedenfor. Departementet ser meget alvorlig på denne situasjonen og har en tett og løpende oppfølging av de regionale foretakene for å oppnå balanse.

Investeringsaktiviteten er høy også i 2007 og gjelder i hovedsak videreføring av vedtatte større investeringer, samt fornyelse av utstyr IKT mv. Samlet er det planlagt investert for om lag 9,2 mrd. kroner.

I St.prp. nr. 1 (2006-2007) ble det redegjort for en endring av målingen av resultatoppnåelsen i de regionale helseforetakene. Fra og med 2007 stilles det et økonomisk krav til regionenes ordinære regnskapsmessige årsresultat, og ikke til «korrigert årsresultat» som i tidligere år. Dette innebærer at fulle avskrivningskostnader knyttet til helseforetakenes åpningsbalanse nå inngår i resultatkravet fra eier, og for 2007 ble det derfor stilt krav om at de regionale helseforetakenes samlede negative årsresultat ikke skal overstige 1,4 mrd. kroner. I tråd med Stortingets forutsetninger, ble de økonomiske kravene til den enkelte region formidlet i foretaksmøter i januar 2007.

Som en følge av den svært vanskelige økonomiske situasjonen særlig i Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF, ble det bevilget ekstraordinært 700 mill. kroner for å styrke økonomien i de regionale helseforetakene i samband med behandlingen av St.prp. nr. 44 (2006-2007). Tilleggsbevilgningen ble ikke fordelt etter de ordinære fordelingskriteriene, men tok i stedet hensyn til de nevnte regionenes særskilte utfordringer. Helse Midt-Norge RHF ble tildelt 275 mill. kroner, Helse Nord RHF 225 mill. kroner og Helse Vest RHF 100 mill. kroner. Den sammenslåtte regionen Helse Sør-Øst RHF fikk 100 mill. kroner som ble utbetalt etter at Helse Sør-Øst RHF ble etablert 1. juni 2007. Til tross for den nevnte tilleggsbevilgningen til de regionale helseforetakene på 700 mill. kroner, har det vært en negativ resultatutvikling så langt i 2007. Estimert avvik i forhold til resultatkravet for 2007 er basert på de regionale helseforetakenes estimater etter 1. halvår og prognosen er derfor beheftet med usikkerhet.

Tabell 5.5 Avvik mellom estimert årsresultat 2007 og årets resultatkrav

(i mill. kr)	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum landet
Resultatkrav for 2007	-880	-300	-85	-135	-1 400
Estimert årsresultat pr 1.halvår 2007	-1 280 til -1 330	-300 til -400	-285 til -335	-335 til -435	-2 200 til -2 500
Estimert avvik mot resultatkrav	-400 til -450	0 til -100	-200 til -250	-200 til -300	-800 til -1 100

Gjennomgang av de regionale helseforetakenes økonomiske status etter 1.halvår viser at de fleste regioner har store omstillingsutfordringer for å nå resultatkravet for 2007. Hensyntatt regionens størrelse, synes det som om Helse Nord RHF har de største utfordringene til tross for at regionen fikk hele 225 mill. kroner av tilleggsbevilgningen i St.prp. nr. 44 (2006-2007). Helse Nord RHF rapporterer fremdeles om en svak utvikling i 2007 og departementet har påpekt viktigheten av at regionen har tilstrekkelig økonomisk kompetanse og nødvendige styringssystemer. Helse Midt-Norge RHF anslår også et negativt økonomisk resultat for 2007. Helse Vest RHF anslår i sin rapportering at eiers resultatkrav for 2007 kan nås. Den sammenslåtte regionen Helse Sør-Øst RHF rapporterer om et antatt negativt avvik på om lag 400 mill. kroner hvorav storparten forklares ved utfordringer hos flere av helseforetakene i tidligere Helse Sør RHF. Som oppstillingene over resultatutviklingen og prognose for resultat i 2007 viser, er den økonomiske situasjonen i de regionale helseforetakene fortsatt meget stram og alle regioner arbeider aktivt for å tilpasse seg eiers resultatkrav. Samlet må det realiseres en betydelig omstilling for å komme i økonomisk balanse. Departementet ser meget alvorlig på denne situasjonen.

Departementet har engasjert seg sterkt i arbeidet med å få bedre kontroll med den økonomiske utviklingen i de regionale helseforetakene, og fra og med i år rapporterer de regionale helseforetakene månedlig i et utvidet rapporteringsopplegg der økonomi, bemanning, omstilling, aktivitet og enkelte indikatorer for kvaliteten i tjenesten kan ses i sammenheng. Det er videre lagt opp til hyppigere oppfølgingsmøter med både styreleder og administrerende direktør for å sikre at rapporteringen blir fulgt opp fra det regionale helseforetaket til alle helseforetakene i foretaksgruppen. I foretaksmøtene i januar 2007 ble det krevd at det skal gjennomføres begrensede revisjoner i Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF hvert tertial i 2007, hos de helseforetakene som i 2006 hadde vesentlige avvik i forhold til resultatkravet.

Det gjennomføres kontinuerlig omstillings- og effektiviseringsarbeid innenfor helseforetakene. Blant annet er det etablert dialogmøter mellom de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak der formålet er å få bedre styringsinformasjon, større forutsigbarhet, fokus på resultatkrav 2007 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 sam-

ordning i forhold til en helhetlig rapporteringsstrategi. Flere helseforetak har i tillegg etablert egne analyseteam som fokuserer på risikovurdering og omstillingstiltak i hele foretaket.

#### Økonomiske krav for 2008

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for at man kan gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Virksomheten må tilpasses de økonomiske rammebetingelsene som nå er lagt på plass for sektoren.

#### *Måling av resultat i de regionale helseforetakene 2008*

Fram til og med 2006 har de regionale helseforetakene blitt målt på et korrigert årsresultat, jf. omtale i rapporteringen for 2006. Fra og med 2007 ble dette endret slik at foretakenes årsresultater ikke lenger skal korrigeres. Kun ett resultatbegrep for de regionale helseforetakene skal benyttes; regnskapsmessig årsresultat, som kan leses direkte fra helseforetakenes årsregnskap.

Ved å bruke ett resultatbegrep blir eiers oppfølging av de regionale helseforetakene enklere og kommunikasjonen rundt helseforetakenes resultater mer entydig. At ikke deler av kostnadene knyttet til helseforetakenes realkapital unntas resultatkravet understøtter også helseforetakenes helhetlige ansvar for både drift og kapital.

#### *Resultatkrav for 2008*

I 2007 ble det stilt et krav om at regnskapsmessig underskudd samlet sett kunne utgjøre inntil 1,4 mrd. kroner, det vil si om lag tilsvarende den tidligere korrigeringsfaktoren. Med det foreslåtte inntektsløftet til gjenanskaffelse og fornyelse av bygg og utstyr legges det derfor til grunn at alle regionale helseforetak skal gå i balanse i 2008, tilsvarende null i årsresultat. Til tross for at de regionale helseforetakene styrer mot balanse i 2007, ligger det likevel an til et underskudd på om lag 1 mrd. kroner inneværende år. Et krav om balanse i 2008 vil derfor selv med økte inntektsrammer kunne innebære store omstillinger der hele bredden av helseforetakets virksomhet kan bli berørt. Dette må gjøres innenfor rammene gitt av helseforetakenes «sørge-for»-ansvar og styringssignaler gitt av departementet i oppdragsdokument og foretaksmøte. Det forutsettes at omstillingsarbeidet skjer i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

### *Strukturfondet*

Strukturfondet, som ble opprettet for å håndtere meravskrivninger knyttet til verdsettingen av bygningsmassen i de regionale helseforetakene, må endres i tråd med den økte bevilgningen til gjenanskaffelse av bygninger og utstyr. Dette vil imidlertid ikke påvirke resultatmålingen hos helseforetakene.

### *Pensjonskostnader i helseforetakene*

I tråd med helseforetaksloven, fører de regionale helseforetakene sine regnskaper etter regnskapsloven. Norsk regnskapsstiftelse (NRS) har vedtatt en ny veiledning for fastsettelse av økonomiske forutsetninger ved pensjonsberegning for ytelsesbaserte pensjonsordninger. De økonomiske forutsetningene har stor innvirkning på de regionale helseforetakenes årlige pensjonskostnader, og implementering av denne veiledningen vil kunne bidra til større svingninger og mindre forutsigbarhet i beregning av årlig pensjonskostnad. Regjeringen vil komme tilbake til håndteringen av eventuelle større avvik som måtte oppstå som følge av disse svingningene. Det påpekes at disse økonomiske forutsetningene ikke vil påvirke den årlige pensjonspremien, og implementering av denne veilederen får dermed ingen likviditetsmessig effekt.

### Departementets prioriterte områder for 2008

#### *Prioritering, kvalitet og faglighet*

Regjeringen la i St.prp. nr. 1 (2006-2007) fram Nasjonal helseplan. I Nasjonal helseplan presenterer regjeringen status for helsesituasjonen i Norge i dag og foreslår politiske grep som skal gi bedre helsetjenester. En bedre helsetjeneste betyr også å forebygge og legge til rette for medvirkning fra brukere og pårørende. Det er en forutsetning at Nasjonal helseplan skal være en premiss for de årlige budsjett og styringen av de regionale helseforetak. Det vises til omtale av oppfølgingen av Nasjonal helseplan i kap. 6.

#### *Prioritering*

Departementet vil fremme arbeidet med å omsette Nasjonalt råd for kvalitet og prioriterings arbeid til praktisk utøvelse i foretakene.

Departementets krav om endring i ressursbruk innen spesialisthelsetjenesten har i følge Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten ført til en vridning av ressurser fra somatisk pasientbehandling til psykisk helsevern og tverrfaglig spesi-

sert behandling av rusmiddelavhengige. Departementet vil videreføre dette styringskravet i 2008.

Departementet legger i denne proposisjonen frem en nasjonal strategi for rehabilitering og habilitering. Den nasjonale strategien er omtalt i del III i proposisjonen. Departementet vil i 2008 bidra til implementering av den nasjonale strategien i de regionale helseforetakene.

#### *Kvalitet*

I en situasjon der departementet er opptatt av at de regionale helseforetakene driver innenfor vedtatte økonomiske rammer er det spesielt viktig å påse at tjenestene blir utført med den forventete kvalitet. Departementet har sluttet seg til Sosial- og helsedirektoratets kvalitetsstrategi. I inneværende år har de regionale helseforetak rapportert på enkelte styringsvariabler tertialvis. Departementet vil videreutvikle dette systemet i samarbeid med de regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet.

For at alle skal oppleve helsetjenesten «som sin» skal det gjennomføres inkluderende prosesser. Dette gjelder særlig ettersom mennesker med annen etnisk bakgrunn blir mer sentrale både som brukere og medarbeidere i helsetjenesten. For å sikre pasienter og brukere mulighet til å medvirke i utviklingen av egen behandling og tjenestetilbud skal det bli større åpenhet og lettere bli tilgang på informasjon om tjenestene. Anvendelse av brukererfaringer som ledd i kvalitetsforbedring skal økes. Viktige ordninger som fremmer pasientnære samhandlingstiltak, slik som individuell plan og legenes praksiskonsulentordning, skal styrkes. Departementet ønsker å videreutvikle pasient-/brukerorganisasjonenes posisjon i forhold til foretakene. Alle regionale helseforetak har i sine årlige meldinger meldt at de har et tett samarbeid med pasientombudet. Det er imidlertid også naturlig at pasient-/brukerorganisasjoner i større grad blir trukket inn arbeidet med tilrettelegging av tjenester slik at man kan dra veksler på deres erfaringer.

Det er også viktig å fokusere på alt det gode arbeid som gjøres i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten utfører tjenester i stort omfang. Tjenestene er i all hovedsak av god kvalitet. Det har de siste årene blitt satset mye på å øke behandlingsskapiteten og å oppgradere bygg og utstyr. Det vil være viktig for departementet å få frem dette perspektivet for at de som arbeider innen spesialisthelsetjenesten skal føle seg verdsatt for den innsatsen de yter, og at befolkningen få et helhetlig bilde av spesialisthelsetjenesten.

### *Faglighet*

Forskning, tilgjengeliggjøring og bruk av forskningsresultater er en viktig forutsetning for at praksis i helsetjenesten skal være oppdatert og kunnskapsbasert. Forskning og kunnskap om effekter av tiltak er også et viktig grunnlag for å kunne foreta riktige prioriteringer i tråd med prioriteringsforskriften. Forskning i helseforetakene er viktig for å sikre høy kvalitet i diagnostikk og pasientbehandling, og er i tråd med nasjonale målsetninger for forskning.

Helsetjeneste er kunnskapsvirksomhet og helsepersonellens samlede kompetanse er av stor betydning for i hvilken grad helsetjenesten kan realisere definerte mål. Helsetjenesten har samtidig viktige utdanningsoppgaver, både som praksisarena og som nåværende eller fremtidig arbeidsgiver for helsepersonellet. Dette krever et godt samarbeid mellom helsesektoren og utdanningssektoren på alle nivåer.

Det er økende behov for læreplasser. Helse- og omsorgsministeren og Kunnskapsministeren har i brev til helseforetakene og kommunene oppfordret til å etablere læreplasser og ta i mot lærlinger. Departementet vil følge dette opp.

Arbeidet med å videreutvikle lokalsykehusene slik at de kan ivareta behovet for generelle tjenester og være et bindeledd mellom de kommunale tjenester og sentraliserte/spesialiserte sykehusfunksjoner vil fortsette i 2008. Departementet vil følge opp Nasjonal helseplan med et arbeid for å tydeliggjøre lokalsykehusenes oppgaver knyttet til fødselsomsorg, akuttfunksjoner og den samlede behandlingsskjede.

### *Samordning og samhandling*

Det er en utfordring å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet for brukere og pasienter med sammensatte behov. Organiseringen må gi rammer for samhandling, og det må arbeides å finne fram til helhetlige løsninger, slik at overgangen mellom ulike helsetjenester blir mest mulig velfungerende og forutsigbar for pasienter og pårørende.

Endringer i pasientenes sykdomspanorama og i helsetjenesten fører til at flere pasienter har behov for koordinerte tjenester. Eksempler på slike endringer er: flere eldre med multidiagnoser, flere kronisk syke, økende spesialisering på sykehus og større bredde i behandlingstilbudet utenfor sykehus. Dette øker behovet for sterkere organisatorisk og ledelsesmessig forankring av samhandlingstiltak. Departementet legger til grunn at hovedtyngden av arbeidet for bedre sam-

handling fortsatt skal skje lokalt og i den utøvende tjenesten.

En økende andel av den samlede sykdomsbyrden er knyttet til livsstilssykdommer, og gir utfordringer når det gjelder det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Helhetlige behandlingsopplegg i et samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, der forebyggingstiltak settes inn på et tidlig tidspunkt er viktig for å hindre unødig helseskade. Spesialisthelsetjenesten spiller en viktig rolle særlig på det sekundærforebyggende området, f.eks. gjennom utvikling av lærings- og mestringstiltak. Et viktig område framover blir derfor å inkludere det forebyggende arbeidet i større grad gjennom helhetlige behandlingsskjeder og gjennom tiltak som sikrer samordning og koordinering med øvrige deler av tjenestetilbudet. Dette legges det særskilt vekt på i Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009, Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010, og Nasjonal strategi for kolsområdet 2006-2011.

Selv om samhandlingsområdet har vært i god utvikling de senere årene, er det likevel stor variasjon mellom helseforetakene når det gjelder graden av systematikk i arbeidet med rammevilkårene for bedre samhandling, og omfanget av konkrete operative samhandlingstiltak rundt pasienten. For å holde godt trykk i arbeidet på samhandlingsområdet skal 'Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet' følges opp for å understøtte inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler, og danne grunnlag for samhandling mellom kommuner og helseforetak som likeverdige parter.

I følge Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten er det fortsatt rom for effektivisering selv om produktiviteten i Norge har økt siden 2002, sammenliknet med Sverige og Finland. Den økonomiske situasjonen tilsier at de regionale helseforetakene må finne frem til de områder der det er mulig å hente ut en effektiviseringsgevinst.

### *Prioriterte områder i eierstyringen for 2008*

Helseforetakene står fortsatt overfor store utfordringer og krav om å ivareta gode pasienttilbud til befolkningen parallelt med kritisk behov for å drive virksomhetene innenfor gjeldende ressursrammer. Et prioritert område i eierstyringen av regionale helseforetak i 2008 er behov for økonomisk kontroll i spesialisthelsetjenesten. 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 oppføl-

ging fra departementet vis-à-vis regionale helseforetak. Likeså legges det til grunn at regionale helseforetak har gode styrings- og oppfølgingsopplegg vis-à-vis underliggende helseforetak som sikrer at krav som blir stilt til virksomhetene blir fulgt opp og innfris. Et annet og fortsatt prioritert område i 2008 vil være oppfølging av nasjonal styring og samordning av helseforetakene på utvalgte områder. Dette er påkrevd for å nyttiggjøre muligheter og samordningsgevinster som ligger i det statlige eierskapet.

Helseforetakenes styrer har en sentral rolle som beslutnings-, kontroll- og strategiorganer i spesialisthelsetjenesten. Styrene utnevnes for en toårsperiode og nye styrer vil bli utnevnt fra og med 2008. I forkant av styreutnevning i regionale helseforetak vil Helse- og omsorgsdepartementet gjennomføre en ny forslagsrunde til nye styremedlemmer blant fylkeskommunene og Sametinget. Likeså vil regionale helseforetak gjennomføre forslagsrunde blant aktuelle fylkeskommuner og kommuner.

Kommende periode vil i tillegg følgende områder være aktuelle for oppfølgingstiltak:

- Mulig samordning av stabs-/støttefunksjoner  
Etter initiativ fra Helse- og omsorgsdepartementet er det gjennomført en utredning ledet av tidligere Helse Sør RHF som gjennom et tverregionalt samarbeid har sett på ulike muligheter for mulige fellesløsninger mellom regionale helseforetak innenfor ulike ikke-medisinske funksjoner i sykehus. Rapport ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2006 og følges nå opp gjennom en neste utredningsfase som vil være sluttført høsten 2007. Mulige fellesløsninger vil blant annet medvirke til å redusere kostnader for ikke-medisinske tjenester, sikre harmoniserte løsninger og gi god ledelsesinformasjon og beslutningsstøtte. Departementet vil på bakgrunn av dette vurdere mulig videreføring av arbeidet i 2008 inklusiv fellesløsninger og -tiltak på området.
- Klima-/miljøområdet  
Gjennom foretaksmøtene for 2008 vil Helse- og omsorgsdepartementet sette krav til de regionale helseforetakene med hensyn til å følge opp regjeringens klimapolitikk. I første omgang vil departementet høsten 2007 ha en dialog med regionale helseforetak og foreta en kartlegging av status og aktuelle tiltak. Ulike tiltak vil bli vurdert, men særlig viktig vil det være å følge opp arbeidet som er skissert i regjeringens handlingsplan for miljø- og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser. Spesialisthelsetjenesten må med sitt betydelige forbruk ta et miljøansvar, og sektoren har gjennom omfattende anskaffelser

en «innkjøpsmakt» som kan bidra til å påvirke både produsent- og leverandørsiden på en positiv måte.

- Likebehandling  
Helsetjenestens grunnleggende verdier om likebehandling uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn er tydelige, og kommer til uttrykk gjennom både tjenestens lov- og verdigrunnlag. Helse- og omsorgsdepartementet vil gjennom eierstyringen i 2008 følge opp at dette må etterleves på alle nivå i spesialisthelsetjenesten, og legge til grunn at også styrene i helseforetakene aktivt skal være engasjert i dette arbeidet.
- Oppfølging av Helse Sør-Øst RHF  
Regjeringen har hatt klare målsettinger med etableringen av Helse Sør-Øst RHF blant annet knyttet til bedre ressursutnyttelse og samordning – i særdeleshet innenfor spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet. Dette gjelder blant annet i forhold til bedre samordning av fag- og forskningsmiljøer, bedre utnyttelse og koordinering av personell, sykehusarealer, medisinsk utstyr, IKT, støttefunksjoner, investeringer mv. Gjennom foretaksmøte med Helse Sør-Øst RHF er det vist til hovedintensjoner og lagt til grunn at Helse Sør-Øst RHF må arbeide aktivt med å nyttiggjøre muligheter som ligger i den nye organiseringen. I tillegg til den ordinære eierstyringen og oppfølgingen av regionale helseforetak, vil departementet i 2008 ha et særskilt blikk for Helse Sør-Øst RHF, herunder oppfølging av at det arbeides aktivt med innfrielse av målsettingene med sammenslåingen.

## Andre saker

### *Organdonasjon og transplantasjoner*

Norge er langt fremme når det gjelder organtransplantasjoner (nyrer, lever, bukspyttkjertel, lunger og hjerte), både fordi Rikshospitalet startet med transplantasjoner allerede i 1969, og fordi bruk av levende giver av nyre er en etablert praksis i Norge siden starten av transplantasjonsvirksomheten. Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF har landsfunksjon for alle organtransplantasjoner.

Folkesykdommer som diabetes og høyt blodtrykk og en økende andel eldre i befolkningen, gjør at flere utvikler kronisk nyresvikt. En arbeidsgruppe nedsatt i Sosial- og helsedirektoratet anslår at om lag 10 prosent av befolkningen vil ha tegn på kronisk nyresykdom. Behovet for dialysebehandling (livsnødvendig behandling med kunstig nyre) vil øke med mellom 5 og 15 prosent i årene fremover. I 2006 økte ventelisten for nyretransplantasjon med 30 prosent. I Soria Moria erklæringen

framgår det at Regjeringen vil styrke innsatsen for å øke antall organdonorer.

Gjennom de siste års oppdragsdokument til de regionale helseforetakene er det fokusert på at alle de 28 godkjente donorsykehus skal ha oppnevnt donoransvarlige leger. Foretakene skal sørge for å prioritere tilstrekkelige ressurser til å ivareta denne oppgaven.

Sosial- og helsedirektoratet konkluderte i 2005 med at Norge har et potensial på i overkant av 140 donasjoner årlig. Da det gjennomsnittlig kan benyttes tre eller fire organer per donor, betyr dette Norge har et potensial for å øke antall enkeltorgantransplantasjoner med mellom 150 til 200 årlig.

I 2005 ble det tilsatt en nasjonal koordinator for organdonasjonsvirksomheten i Sosial- og helsedirektoratet. Koordinatoren har som en av sine viktigste oppgaver å drive opplæring og motivasjon blant helsepersonell ved landets donorsykehus. Det er nedsatt to arbeidsgrupper for å styrke kompetansen hos helsepersonell i intensivavdelinger og for å styrke oppmerksomheten rundt organdonasjon i sykehusene. Fra 2007 er det etablert registrering av alle dødsfall i intensivavdelinger med tanke på å avdekke potensielle organdonorer. Disse registreringene vil danne grunnlag for oppfølging av det enkelte donorsykehus.

De regionale helseforetakene ble i 2007 bedt om å avsette 10,4 millioner til tiltak ved donorsykehusene for å øke tilgangen på organer.

### *Regjeringens mål*

Regjeringen vil arbeide for at antall organdonasjoner øker, slik at flere mennesker kan få et tilbud om en livreddende transplantasjon. Regjeringens mål er å øke antall donasjoner til 30 per million innbyggere årlig. Ethiske hensyn tilsier at det ikke angis konkret når målet skal realiseres.

Funksjonen som nasjonal koordinator for organdonasjon styrkes med tilstrekkelig kompetanse og mandat til å kunne være i løpende dialog med donoransvarlige leger og helseforetakenes ledelse. Organisering av koordineringsfunksjonen vurderes nærmere.

Fra 2008 vil det bli etablert en tilleggsrefusjon i sykehus utover DRG-refusjonen for preservasjon (arbeidet med å opprettholde sirkulasjon i organene) og/eller organuttak av organer fra avdøde donorer.

Det skal videre etableres en frikjøpsordning i deltid for donoransvarlige leger ved landets seks universitetssykehus, som er de som bidrar med flest donasjoner. Deltidsordningen vil sikre at

organdonasjon blir en integrert del av intensivavdelingens ordinære oppgaver.

Sosial- og helsedirektoratet gis i oppdrag å utarbeide en handlingsplan for nyresvikt, for både forebygging og tidlig behandling. Planen skal også innbefatte utredning av levende giver av nyre, i tråd med Stortingets vedtak under behandling av dokument nr. 8:99. Målet er å opprettholde andelen levende giver av nyre (familiemedlem) på en 40 prosent andel av alle nyretransplantasjoner i årene fremover.

Faglig opplæring av helsepersonell, spesielt i kommunikasjon med pårørende skal styrkes, jf. anmodningsvedtak nr. 364 (2006-2007): Stortinget ber regjeringen sørge for at helsepersonell får faglig opplæring om det som skjer rundt en organisasjon, og spesielt om hvordan de skal kommunisere med pårørende. Regjeringen viser her til at Norsk ressursgruppe for organdonasjon – NOROD fra 2007 mottar tilskudd på 600 000 kroner. Videre vises det til arbeidsgruppen Helse- og omsorgsdepartementet skal nedsette som bl.a. vil se nærmere på dette.

Opplysningsarbeidet overfor befolkningen om muligheten for å donere sine organer skal styrkes. Stiftelsen Organdonasjon ble styrket med 250 000 kroner ekstraordinært i 2007.

Det skal nedsettes en departementsforankret arbeidsgruppe som skal utrede transplantasjonskapasiteten ved Rikshospitalet.

Regjeringen ønsker videre å implementere et felles europeisk donorkort når dette standardiseres, i tråd med EU kommisjonens melding på området.

I regi av Helse- og omsorgsdepartementet skal det nedsettes en hurtigarbeidende gruppe, med deltakelse fra tjeneste- og myndighetsnivå og fra berørte organisasjoner (NOROD og Stiftelsen Organdonasjon), som skal gjennomgå tiltakene som nå skal iverksettes eller intensiveres. Gruppen skal avslutte sitt arbeid i løpet av seks måneder.

Det vises til omtale av Stiftelsen Organdonasjon og Norsk ressursgruppe for organdonasjon – NOROD under kap. 728, post 70.

### *Resultatrapportering for 2006*

De regionale helseforetakene har i 2006 rapportert om status for donoransvarlige leger i sykehusene. Nasjonal koordinator for organdonasjon i Sosial- og helsedirektoratet vil følge opp rapporteringen gjennom oppfølgingsmøter med de enkelte sykehus.

Det er nedsatt to arbeidsgrupper for å styrke kompetansen hos helsepersonell i intensivavdelinger og for å styrke oppmerksomheten om



organdonasjon i sykehusene. I tillegg har direktoratet fått i oppdrag å gjennomgå situasjonen rundt den store økningen i antallet dialysepasienter og hvordan denne utviklingen skal møtes i årene fremover.

#### *Helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*

Selv om Norge er et av verdens tryggeste land å føde i, har Statens helsetilsyn i Tilsynsmeldingen for 2006 påpekt kvalitetssvikt og rom for forbedringer. Som eksempler på kvalitetssvikt trekker Helsetilsynet fram mangelfull observasjon/oppfølging under fødsel, feiltolkning av elektronisk utstyr, manglende innhenting av bistand og for sen intervensjon ved unormal utvikling, samt bruk av uerfarent helsepersonell eller vikarer. De senere årene har antallet søknader om erstatning for fødselsskader til Norsk pasientskadeerstatning vist en svak stigning. Fra gravide og fødende etterlyses større grad av kontinuitet og trygghet. I tillegg ser vi en økning i risikosvangerskap og risikofødsler som blant annet henger sammen med at førsteangangs fødende blir eldre og at gravide i økende grad er overvektige. Dette medfører økning i behov for assistert befruktning, økning i flerlingesvangerskap, diabetes i svangerskapet, store barn og alvorlige fødselsrifter. Sammen med andre samfunnsforhold bidrar det også til en stadig økende bruk av keisersnitt. Det er også forhold som indikerer at tilbudet innen svangerskaps- og fødselsomsorgen ikke er likeverdig. En gjennomgang av dødfødsler i Oslo og Akershus perioden 1998-2003 viser at kvinner med opprinnelse utenfor Vest-Europa, Nord-Amerika og Australia hadde økt risiko for dødfødsel, mangelfull svangerskapskontroll og svikt i fødselsomsorgen.

#### *Jordmortjenesten*

Jordmortjenesten er en del av svangerskapsomsorgen, og formålet med tjenesten er å styrke svangerskapsomsorgen i kommunehelsetjenesten. Målet er å sikre en geografisk fordeling av jordmødre som tilbyr den gravide og hennes familie helhetlig omsorg før, under og etter fødselen. Tjenesten bør være lett tilgjengelig og dekke kvinnes behov for bistand både i svangerskapet, følgetjeneste til fødested ved lang reisevei og i barseltiden. Tilbakemeldinger og kartlegging kan tyde på at tjenesten ikke fungerer etter hensikten i alle kommuner. Det er et problem med ubesatte stillinger og utbredt bruk av deltidsstillinger. Det er behov for å styrke kapasiteten slik at alle gravide som ønsker det får lik tilgang til jordmortjeneste. Det vises for øvrig til kap. 724, post 21.

#### *Spesielt om fødselsomsorgen*

Ved behandling av St.meld. nr. 43 (1999-2000) Om Akuttmedisinsk beredskap, gjorde Stortinget i 2001 vedtak om et desentralisert og differensiert fødetilbud. Stortingets vedtak om et differensiert tilbud var basert på faglige retningslinjer fra daværende Statens helsetilsyn «Faglige krav til fødeinstitusjoner» fra 1997. Det ble anbefalt en inndeling i 3 nivåer; fødestue (minimum 40 fødsler årlig), fødeavdeling (minimum 4-500 fødsler årlig) og kvinneklinikk (minimum 1500 fødsler årlig). Det ble stilt særskilte krav til beredskap og bemanning på hvert nivå. Stortinget vedtok at Statens helsetilsyns nivåinndeling skulle gjøres gjeldende for planleggingen og organisering av fødselsomsorgen.

Et differensiert fødetilbud innebærer at kvinner med ulik risiko for komplikasjoner under fødsel selekteres til å føde ved fødeinstitusjoner der de kan få et tilpasset tilbud. Helsepersonellet skal tilpasse overvåking og oppfølging etter en konkret risikovurdering. De senere år er det gjennomført mange tiltak for å gi et mer differensiert tilbud, for eksempel opprettelse av lavrisikoenheter ved sykehus (Storken på Haukeland universitetssykehus og ABC enheten på Ullevål universitetssykehus). Forutsetningen for at en slik differensiering skal være forsvarlig, er at kvaliteten er god både i lav- og høyrisikoenhetene slik at den fødende opplever at tilbudet er faglig godt, trygt og preget av kontinuitet.

Drifts- og rekrutteringsproblemene ved små fødeavdelinger var en viktig premisse allerede i 2001 da Stortingets vedtak ble fattet, og er fortsatt en sentral problemstilling. Rekrutteringsproblemene er i første rekke knyttet til gynekologstillinger, og ved mange avdelinger er man avhengig av vikarer for vanlig drift. Antallet gynekologiske operasjoner og keisersnitt er ofte så lite ved små fødeavdelinger at det er vanskelig å opprettholde kompetanse hos det antall gynekologer som er nødvendig for å ha en akseptabel vaktbelastning.

Tall for 2005 viser at det er 16 fødeavdelinger med mindre enn 500 fødsler pr. år, av disse er det 9 fødeavdelinger med mindre enn 400 fødsler årlig. Disse 16 fødeavdelingene skulle i henhold til stortingsvedtaket vært omstilt til fødestuer. Det finnes i dag 14 fødestuer, hvorav 4 fødestuer i lokalsykehus.

Det har vært betydelige utfordringer knyttet til gjennomføring av vedtaket om å gjøre Statens helsetilsyns nivåinndeling gjeldende for organisering av fødetilbudet. Spesielt har det vist seg vanskelig å forankre beslutninger om å omgjøre små fødeavdelinger til fødestuer i lokalt fagmiljø og i lokalsamfunn.

I lokalsamfunn vil forhold som transporttilgjengelighet, mulighet for smertelindring og tilgjenge-

lig lokal kompetanse til for eksempel å utføre keisersnitt dersom det oppstår akutte komplikasjoner, være viktige problemstillinger. Debattene knyttet til omstillinger dreier seg i all hovedsak om disse utfordringene.

Ved fødestuer utenfor sykehus vil det ikke kunne utføres keisersnitt. Fødestuer i sykehus har noen steder beredskap for keisersnitt. For at fødestuene skal gi et kvalitetsmessig godt og trygt tilbud til kvinner som selekteres til å føde der, er det en forutsetning at de samme jordmødrene driver svangerskapskontroll og selekterer de fødende som kan føde på fødestue, samt har ansvar for selve fødselen og på den måten sikrer kontinuitet. Fødestuene i Tynset, Rjukan, Alta og Odda er eksempler på omstillinger som har vært støttet av befolkning og fagfolk.

Kravene til fødselstall på ulike nivå i retningslinjene fra Statens helsetilsyn hadde som formål å sikre kvaliteten på fødselsomsorgen ved at leger og jordmødre fikk et tilstrekkelig pasientgrunnlag for sin praksis. Lokale forhold som avstander og transporttilgjengelighet vil kunne gjøre det nødvendig å iverksette tiltak for å sikre at helsepersonellet får tilstrekkelig erfaring og kompetanse til å opprettholde nødvendig beredskap også i fødeenheter med lavere antall fødsler enn anbefalt i retningslinjene fra Statens helsetilsyn.

Demografiske endringer har medført at flere fødsler skjer i de store byene. Spesielt har man i hovedstadsområdet sett et økende press på kapasiteten. Fritt sykehusvalg betyr at kvinner kan velge fødested. I hovedstadsområdet har Ullevål universitetssykehus HF og Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF hatt særlig stor pågang av fødende som følge av dette med kapasitetsproblemer som konsekvens. Helse- og omsorgsdepartementet avklarte i 2006 retten til fritt valg av sykehus ved manglende kapasitet ved ønsket sykehus. Retten til fritt valg gjelder så langt sykehuset har kapasitet til å yte forsvarlig fødselshjelp.

#### *Plan for helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*

Arbeidet med en plan for helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg startet i 2007. Rammene for arbeidet er et fortsatt desentralisert og differensiert fødetilbud i Norge, i tråd med Soria Moria-erklæringen, Nasjonal helseplan og Stortingets vedtak fra 2001. Tilbudet på det enkelte sted må være forankret i nasjonal politikk og nasjonale retningslinjer, men må også være tilpasset de lokale forholdene. I arbeidet med planen blir det foretatt en bred gjennomgang av tilbudet for å sikre at dette fremover legges opp i tråd med

moderne fagutvikling og ny forskning. Arbeidet vil bli sett i sammenheng med oppfølging av Lokal sykehusrapporten (2007), Strategiplan for kvinners helse (2003-2013), St.meld. Nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller og Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen og mål for integrering.

Svangerskapsomsorgen, herunder følgetjenesten, fødselsomsorgen og barselomsorgen må tilpasses lokale forhold og tilrettelegges på en slik måte at det er tilstrekkelig beredskap for å håndtere uforutsette komplikasjoner. Planen skal gi et godt grunnlag for fødselsomsorgen, og vil inneholde forslag til tiltak for å sikre nødvendig beredskap og kompetanse på fødeinstitusjoner i alle deler av landet, også i områder med store avstander og vanskelige kommunikasjonsforhold. Dette vil innebære behov for en gjennomgang og oppdatert revisjon av de faglige retningslinjene på området, jf Statens helsetilsyns faglige retningslinjer fra 1997.

Planen vil også fokusere på innvandrersituasjonen og på fedrenes rolle som omsorgsperson under forløpet. Målet er at gravide og deres familier skal møte en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels og barselomsorg.

Det er lagt opp til en bred involvering av brukere, fagmiljøer og tillitsvalgte. Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt råd for fødselsomsorg er faglige rådgivere i arbeidet med planen. Forslag til plan for helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal ferdigstilles innen utgangen av 2007 og sendes på bred høring vinteren 2008. Saken legges fram for Stortinget på egnet måte i løpet av 2008.

#### *Obligatorisk tilbud om dødsstedsundersøkelse ved alle tilfeller av plutselig uventet sped- og barsedød*

Barn som dør plutselig og uventet bringes til sykehus, og familien mottar krisehjelp/helsehjelp fra sykehuset. De får også informasjon om at dødsfallet rutinemessig vil bli meldt til politiet, og at politiet vil begjære rettsmedisinsk obduksjon. Obduksjon vil imidlertid ikke alltid være tilstrekkelig som grunnlag for å fastslå hva som er årsaken til at et barn dør.

Regjeringen har besluttet at det skal innføres en ordning med obligatorisk plikt for helsetjenesten (spesialisthelsetjenesten) til å tilby barnets foreldre dødsstedsundersøkelse ved alle tilfeller av plutselig uventet sped- og barsedød. Hovedhensikten med en dødsstedsundersøkelse er å bidra til fastsetting av dødsårsak, og er en nødvendig forutsetning for bruk av diagnosen Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) – krybbedød. Undersøkelsene

vil også kunne tilføre kunnskap som kan få betydning i arbeidet med å forebygge krybbedød.

Det legges opp til at det etableres et eller flere team med nødvendig kompetanse til å foreta slik dødsstedsundersøkelse. Viser dødsstedsundersøkelsen at dødsårsaken kan skyldes en straffbar handling, skal helsepersonellet gi melding til politiet om dette som en del av meldeplikten.

Regjeringen vil komme tilbake til saken i statsbudsjettet for 2009.

### *Smittevern*

Spesialisthelsetjenesten er tillagt et stort ansvar og betydelige oppgaver på smittevernområdet. Statens helsetilsyn fører tilsyn med at tjenestene etterlever smittevernloven. Alle de regionale helseforetakene har overfor Statens helsetilsyn bekreftet at de har beredskapsplaner iht. smittevernloven. Gjennom forskrift om smittevern i helsetjenesten er helseinstitusjoner pålagt å ha et infeksjonskontrollprogram som bl.a. omfatter nødvendige tiltak for å forebygge at infeksjoner oppstår og for å håndtere og følge opp utbrudd av infeksjoner. Tilsyn ved 10 sykehus høsten 2006 viste at isolering av smitteførende pasienter i hovedsak skjer på en forsvarlig måte. Det ble imidlertid påpekt avvik ved sju av tilsynene som bl.a. omfattet organisatoriske mangler, manglende prosedyrer, manglende oppdatering og/eller etterlevelse av prosedyrer, manglende personellressurser eller mangler ved gjennomføring av forhåndsundersøkelse av ansatte.

Forebygging av smitte i helseinstitusjoner og antibiotikaresistens vil stå sentralt i smittevernarbeidet fremover, bl.a. gjennom oppfølging og iverksetting av tiltak i tråd med ny handlingsplan som vil bli lansert i løpet av 2007.

Effekten av forebyggings tiltak på smittevernområdet er i stor grad avhengig av samhandling, bl.a. mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er derfor nødvendig at de regionale helseforetakene får på plass samarbeidsformer med kommunene, øvrige samarbeidsparter i helseregionen og andre helseregioner.

### **Post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren**

#### Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene

Det er etablert et nasjonalt system for måling av forskningsaktivitet i helseforetakene. Dette ligger til grunn for fordeling av den resultatbaserte delen av øremerket tilskudd til forskning i helseforetakene over kap. 732, post 78. Helse- og omsorgsdepartementet har etter anbudskonkurranse inngått kontrakt med NIFU STEP for måling av fors-

kningsaktivitet i helseforetakene for perioden 2005-2007. Det tas sikte på en fremtidig samordning av forskningsdokumentasjonssystemene mellom universitets- og høyskolesektoren og helsesektoren. Dette forutsetter at det etableres tilfredsstillende systemer for kvalitetssikring av grunndata samt tilstrekkelig styringsmulighet for helsesektoren. Departementet legger til grunn at en ekstern aktør vil være sentral for å kvalitetssikre samt sammenstille nasjonale aktivitetsdata for forskning i helseforetakene inntil et eventuelt nytt system er etablert samt ved en eventuell fremtidig endring av målesystemet. Det foreslås derfor en videreføring av tilskudd til måling av forskningsaktiviteten i helseforetakene.

Det er fra 2007 etablert et permanent nasjonalt rapporteringssystem for kartlegging av ressursbruk til forskning i helseforetakene i regi av NIFU STEP. Systemet er basert på en felles nasjonal mal for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene utarbeidet av de regionale helseforetakene under ledelse av tidligere Helse Sør RHF. Det ble i 2006 gjennomført en nasjonal pilot for måling av forskningsressurser i alle helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet har i samråd med Kunnskapsdepartementet gitt Norges forskningsråd i oppdrag å sikre videreutvikling og samordning av det etablerte systemet for måling av forskningsressurser i helseforetakene med eksisterende system for måling av ressursbruk til FoU i universitets- og høyskolesektoren i regi av NIFU STEP med utgangspunkt i den nylig utviklede malen. Dette vil sikre en enhetlig nasjonal forskningsstatistikk og redusert rapporteringsbyrde for de regionale helseforetakene. Samordningen vil innebære at måling av forskningsressurser i helseforetakene tilfredsstiller rapporteringskrav til OECD, samt at målingen videreutvikles til også å omfatte utviklingsarbeid i helseforetakene fra 2008.

### **Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten, herunder rusreformen og Landsverneplan for kulturhistoriske eiendommer**

Det avsettes midler til oppfølging av den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten og den senere rusreformen. Det avsettes også midler til slutføring av det igangsatte arbeidet med landsverneplan for helsesektoren. Prosjektet gjennomføres med bistand fra Forsvarsbygg, og er et arbeid som er et ledd i prosjektet Statens kulturhistoriske eiendommer, der det er fastsatt at departementene skal utarbeide landsverneplaner for statlige eiendommer innenfor de enkelte sektorene.

Det pågår fortsatt, og vil også i 2008 gjenstå arbeid i forbindelse med overføring av formuesposisjoner fra fylkeskommunen til staten i forbindelse med de nevnte reformene.

### Merknader til budsjettet 2008

Det foreslås at rammen reduseres med 0,2 mill. kroner som et krav til effektivisering.

### Post 70 Tilskudd til helseforetakene

#### Innledning

Hovedregelen er at tildeling til basisbevilgningene til de regionale helseforetak skjer på separate poster, postene 71 til 75. Særskilte forhold gjør det nødvendig at det også bevilges midler over en felles post (post 70). Bevilgningsforslaget under post 70 på totalt 3367,5 mill. kroner dekker tilskudd til følgende formål:

	(i mill. kr)
Pasienttransport og reiseutgifter for helsepersonell	1904,8
Opptreningsinstitusjoner mv.	1091,2
Luftambulansetjenesten	64,1
Modum Bad	94,6
Viken senter	42,1
Lokalsykehus (kun rapportering)	
Tilskudd til turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter	25,0
Økt tilskudd til utdanning	17,4
Kompensasjon for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift	128,3

#### Pasienttransport og reiseutgifter for helsepersonell

Ansvar for pasienttransport, oppholdsutgifter og transport av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ble overført fra trykdeetaten til regionale helseforetak i 2004. Ved å samle ansvaret for spesialisthelsetjeneste og pasienttransport hos en aktør, legges det til rette for behandling nær pasientens bosted når dette er til fordel for pasienten og representerer sparte utgifter til pasienttransport. Fra 2006 fikk regionale helseforetak fullt finansieringsansvar for pasienttransport.

Lokale trykdekontor (førstelinjen) behandler enkeltsaker om pasienttransport. De regionale helseforetak og Arbeids- og velferdsdirektoratet har inngått avtaler om kjøp av disse tjenestene siden 2004, jf. Ot.prp. nr. 66 (2002-2003). Helseforetakene samordner transporten med behandlingen, og inngår kontrakter med aktuelle transportører etter anbudsrunder. Tall fra Rikstrykdeverket for perioden fram til 2005, viser at regionale helseforetak har fått kontroll over utbetalingene til pasienttransport etter ansvarsovertakelsen i 2004. I årene 1999 til 2002 økte utbetalingene med over 10 pst. årlig.

Bevilgningen til pasienttransport og reiseutgifter for helsepersonell over kap. 732, post 70, er på 1904,8 mill. kroner i 2008. Midlene fordeles som følger mellom regionale helseforetak:

	(i mill. kr)
Helse Sør-Øst RHF	676,5
Helse Vest RHF	292,7
Helse Midt-Norge RHF	334,8
Helse Nord RHF	600,8

#### Opptreningsinstitusjoner

Finansieringsansvar og bestilleransvar for de tjenester som ytes i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, herunder helsesportsentre med mer ble overført til regionale helseforetak 1. januar 2006. De regionale helseforetakene har følgende et helhetlig ansvar for opptrenings- og rehabiliteringstiltak innenfor spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene vil gjennom avtaler med de aktuelle institusjoner kunne tilpasse tjenester som disse institusjonene etter avtalene skal yte til øvrige tilbud i regionen. Gjennom å se tilbudene i sammenheng vil en kunne sikre at alle pasientgrupper får et tilbud, og at brukerne får en helhetlig rehabiliteringskjede.

Regionale helseforetak har i 2007 inngått avtaler om kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner for et noe større beløp enn det som ble overført fra folketrygden til formålet. Enkelte institusjoner fikk ikke avtale med regi-

onale helseforetak, og en del institusjoner fikk ikke avtale for hele sin sengekapasitet. Rammene for de regionale helseforetakene har variert, da ressursene knyttet til antall institusjoner og plasser i institusjoner har vært ulikt fordelt i landet.

De regionale helseforetakene skal inngå avtaler med private aktører slik at opptrenings- og rehabiliteringstilbudet blir en del av det helhetlige rehabiliteringstilbudet innenfor spesialisthelsetjenesten og av god faglig kvalitet. Det er vedtatt endringer i forskrift om offentlige anskaffelser slik at de regionale helseforetakenes kjøp av spesialisthelsetjenester fra visse private rehabiliteringsinstitusjoner kan skje uten å anvende innkjøpsprosedyrene i anskaffelsesforskriftens del III. Anskaffelsene vil også etter nevnte unntak være omfattet av lov om offentlige anskaffelser og forskriftens del I. Anskaffelsene må skje i samsvar med grunnleggende prinsipper i anskaffelsesloven og forskriften. Dette gjelder bl.a. krav om konkurranse og at leverandørene skal likebehandles. Inngåelse av avtaler etter regelverket for offentlige anskaffelser er en ny situasjon både for de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene og de regionale helseforetakene. Institusjonene har endret sin virksomhet noe for å kunne gi tilbud i samsvar med kravspesifikasjoner. Dette har ført til avtaler som ikke gir full drift av alle plasser i noen institusjoner.

Det er nedsatt et utvalg som skal gjennomgå fordeling av basisbevilgningen mellom de regionale helseforetakene. Utvalget skal foreslå et system for riktig fordeling som tar hensyn til geografi, befolkning, nye oppgaver og teknologisk utvikling. Fordeling av midler til kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner ses i sammenheng med dette arbeidet.

Det foreslås fordelt 1091,2 mill. kroner til de regionale helseforetakene til kjøp av tjenester fra private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjoner, helsesportsentre m.m. og lungesykehus:

	(i mill. kr)
Helse Sør-Øst RHF	719,5
Helse Vest RHF	70,2
Helse Midt-Norge RHF	149,7
Helse Nord RHF	151,8

#### 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 2005 utgjorde dette 358,6 mill. kroner fra eierne og 57,5 mill. kroner over kap. 732, post 70. I 2007 ble det bevilget 61,5 mill. kroner til luftambulansetjenesten over kap. 732, post 70. For 2008 foreslås det bevilget 64,1 mill. kroner til luftambulansetjenesten.

#### Modum Bad og Viken senter

Modum Bad og Viken senter er to private institusjoner som er tar i mot pasienter fra hele landet. Finansiering av institusjonene ble i statsbudsjettet for 2006 flyttet fra kap. 743, post 75 til kap. 732, post 70 og finansieringsansvaret er overført til hhv Helse Sør-Øst og Helse Nord. Det er i løpet av 2006 og 2007 forhandlet fram langsiktige avtaler mellom institusjonene og de aktuelle regionale helseforetak om finansiering og drift. Behandlingstilbudet ved institusjonene skal ses i sammenheng med de regionale helseforetakenes «sørge-for» ansvar.

#### Tildeling av prosjektmidler til utvikling av lokalsykehus og samhandling mellom tjenestenivåene

I tråd med Regjeringens forslag i St.prp. nr. 44 (2006-2007), vedtok Stortinget en tilleggsbevilgning på 50 mill. kroner til oppfølging av bl.a. «Rapport om lokalsykehusenes akuttfunksjon i en samlet behandlingsskjede» (mars 2007), jf. Innst. S. nr. 167 (2006-2007) kap. 732, post 70. Formålet med bevilgningen er å bidra til videreutvikling av lokalsykehusene og samhandling med de kommunale tjenestene.

Departementet har høsten 2007 fordelt midler til 42 prosjekter med utgangspunkt i innsendte og prioriterte søknader fra de regionale helseforetakene. Prosjekter med følgende målsetninger er tildelt midler:

- Bedre samhandling, både innen spesialisthelsetjenesten og mellom tjenestenivåene (eks. samordning av pasienttilbud og etablering av intermedaerenheter)
- Utprøving av nye modeller for organisering (eks. helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg og etablering av felles akuttmottak).
- Omstilling av virksomheten (eks. desentralisering av polikliniske kontroller og tilbud om røntgen utenfor sykehus)
- Innføring av nye driftsformer (eks. IKT/telemedisin)
- Styrking av kompetansen, særlig akuttmedisinsk kompetanse og breddekompetanse.

Mange prosjekter innebærer forbedring av pasienttilbudet, særlig innen somatisk helsetjeneste, men også psykisk helsevern og rusomsorg. Eldre syke og pasienter med kroniske sykdommer er tilgodesett, og det samme gjelder pasienter med akuttmedisinske tilstander som slag og hjertesvikt.

Departementet har lagt vekt på å ivareta distriktshensyn.

I henhold til Stortingets behandling av St.prp. nr. 44 (2006-2007) har departementet også tildelt midler til prosjektene:

- «Fra bostedsløs til herre i eget hus» – et boligprosjekt for folk med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk i regi av Sykehuset i Vestfold HF og Nøtterøy kommune: 1,75 mill. kroner.
- «Fra delt til helt – sammen om rehabilitering, læring og mestring» i regi av Sykehuset i Vestfold HF og 12-kommune samarbeidet: 1,55 mill. kroner.
- «Helsepark Rana» i regi av Helgelandsykehuset HF og Rana kommune: 1,75 mill. kroner.
- Elektronisk meldingsutveksling mellom Hugesund sykehus og Karmøy kommune i regi av Helse Fonna HF og Karmøy kommune: 1,75 mill. kroner.

Det vises for øvrig til omtale av lokalsykehusrapporten under Del III, kap. 5.3.

#### Tilskudd til turnustjeneste i spesialisthelsetjenesten for leger og fysioterapeuter

Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere turnuskandidatene til selvstendighet i yrkesutøvelsen og grunnlag for autorisasjon som henholdsvis lege eller fysioterapeut. Organiseringen av turnustjenesten skal sikre god kvalitet på tjenesten og bidra til forutsigbarhet både for turnusstedet og turnuskandidaten. Tilskuddet skal kompensere turnusstedet ved å ha turnuskandidaten i klinisk tjeneste. Tilskuddet skal også kompensere veilederprogrammer og kurs for turnuskandidatene. Hoveddelen av kostnadene for kandidater i turnustjeneste ligger imidlertid i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene.

Tilskuddet er 25.000 kroner pr år pr turnusplass, og utbetales til det regionale helseforetaket. Antall turnusplasser for leger er om lag 450 pr halvår og for fysioterapeuter om lag 260 per halvår. 25 mill. kroner foreslås flyttet fra kap. 724, post 61. Departementet vil vurdere tilskuddets stimulerings effekt og en eventuell omlegging av tilskuddet.

#### Tilskudd til utdanning

Tilskudd til utdanning var tidligere et eget tilskudd (Kap. 732, post 78 Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra) som skulle kompensere helseforetakenes merkostnader ved å motta medisinstudenter i den kliniske delen av studiet. Tilskuddet ble fra 2006 lagt inn i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Tilskuddet ble prisjustert og konsekvensjustert i henhold til Stortingets vedtatte opptrapping av opptakskapasiteten. 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 i forhold til denne økningen i opptakskapasiteten.

Det foreslås på denne bakgrunn å bevilge 17,4 mill. kroner.

	(i mill. kroner)
Helse Midt-Norge RHF	9,92
Helse Nord RHF	7,44

#### Kompensasjon for bortfall av differensiert 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 derfor 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 videreføres i 2008 med 128,3 mill. kroner, med følgende fordeling mellom de regionale helseforetak:

	(i mill. kr)
Helse Sør-Øst RHF	18,9
Helse Vest RHF	22,2
Helse Midt-Norge RHF	22,6
Helse Nord RHF	64,6

## Postene 71 til 75 Tilskudd til de regionale helseforetak (basisbevilgning)

Basisbevilgningen til de fire regionale helseforetak skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsetningene i spesialisthelsetjenesten. Basisbevilgningen fordeles mellom de fire regionale helseforetak etter historiske forhold og inntektsfordelingssystemet.

### Inntektsfordeling

Det vises til St.meld. nr. 5 (2003-2004), jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004), hvor det ble lagt fram følgende tiltak for fordeling av basisbevilgningen:

- Fra 2005 fordeles basisbevilgningen med 50 pst. vekt på fordeling i 2003 og 50 pst. vekt på kostnadsnøkler.
- Det gis et særskilt tillegg i basisbevilgningen til Helse Nord RHF finansiert innenfor totalrammen til helseforetakene.
- Omleggingen gjennomføres gradvis i løpet av fem år.
- Inntekter til dekning av avskrivninger bevilges gjennom basisbevilgningen fra 2004.

Overgangsperioden ble forsert og sluttført i 2007.

### *Inntektsfordelingsutvalget*

Det er opprettet et utvalg som skal vurdere nåværende inntektsfordelingssystem mellom de regionale helseforetak. Det vil også inngå i utvalgets mandat å vurdere fordelingen av midler til opptreningsinstitusjonene, jf. omtale under kap. 732, post 70.

### 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 2007 ble 2 mill. kroner overført fra henholdsvis kap. 732, post 72, post 73, post 74 og post 75 til kap. 732, post 71 (daværende Helse Øst RHF) til drift av funksjonen. I tillegg ble 3 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.

### Virksomhetsoverføring av Olafiaklinikken fra Oslo kommune til Helse Øst RHF

Oslo kommune har siden 1993 drevet Olafiaklinikken, en klinikk for seksuelt overførbare infeksjoner og hiv. Oslo kommune og tidligere Helse Øst

RHF har gjennomført drøftinger om en overføring av Olafiaklinikken til Helse Sør-Øst RHF og partene er blitt enige om en slik virksomhetsoverføring. Denne virksomhetsoverdragelsen vil etter planen bli gjennomført ved årsskiftet 2007/2008.

Netto driftsutgifter for Olafiaklinikken er 6 mill. kroner (2008-kroner) som trekkes ut av de statlige overføringene til Oslo kommune og overføres kap. 732, post 72 Helse Sør-Øst RHF.

### Døgnkontinuerlig tilstedevakt ved alle redningshelikopterbasene

Som et ledd i oppfølgingen av St.meld. nr. 44 (2000-2001) «Redningshelikopter tjenesten i fremtiden», jf. Innst. S. nr. 156 (2001-2002), ble det opprettet døgnkontinuerlig tilstedevakt ved redningshelikopterbasen i Banak fra 1. juli 2006. I samsvar med Justis- og politidepartementets St.prp. nr. 1 (2006-2007) vil tiltaket utvides til også å gjelde redningshelikopterbasen i Bodø i løpet av 2. halvår 2007. Det overføres 3,6 mill. kroner fra Justis- og politidepartementets budsjett til Helse Nord RHF kap. 732, post 75 til kompensasjon for merutgifter ved innføring av tilstedevakt for lege.

### Regionale forskningsetiske komiteer

Forslag til ny lov om medisinsk og helsefaglig forskning er lagt fram våren 2007, jf. Ot.prp. nr. 74 (2006–2007). Loven vil ha som formål å fremme god og etisk forsvarlig helseforskning. Lovforslaget skal bidra til å effektivisere forvaltningen og redusere forskningsadministrasjonen ved at de regionale forskningsetiske komiteene blir koordinerende ledd og får nye, selvstendige forvaltningsoppgaver. For 2008 foreslås bevilget 5 mill. kroner til de regionale forskningsetiske komiteene til å forberede å sette i verk helseforskningsloven. Fra 2009 legges det til grunn en årlig utgift på 15 mill. kroner, inkludert oppgaver som i dag utføres av Sosial- og helsedirektoratet.

Bevilgningen for 2008 fordeles likt med 2,5 mill. kroner innenfor budsjetttrammene til henholdsvis Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, jf. St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Kunnskapsdepartementet. På bakgrunn av dette foreslås å flytte 2,5 mill. kroner fra basistilskuddet for regionale helseforetak til kap. 271, Universiteter, post 50, Basisfinansiering statlige universiteter, med følgende fordeling:

- 1,38 mill. kroner fra kap. 732, post 72
- 0,47 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 0,35 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,30 mill. kroner fra kap. 732, post 75

### «Stol på egne krefter» – rekruttering og stabilisering av legespesialister i Helse Finnmark HF

Prosjektet «Stol på egne krefter» ble etablert i 2005, og er et langsiktig prosjekt som skal bidra til rekruttering og stabilisering, og på lengre sikt bedre legedekningen, i Helse Finnmark HF. Prosjektet innebærer at Helse Finnmark HF gir leger under spesialisering sikkerhet for fullført spesialisering innen normert tid, ved å tilrettelegge tjenesten for leger under spesialisering, og også inkludere nødvendig gruppe 1 tjeneste ved UNN. I tillegg er det etablert faglige nettverk, hospiteringsordninger og satsning på fagutviklingsprosjekter/forskning for etablerte legespesialister, bl.a. slik at Helse Finnmark kan vedlikeholde og utvikle attraktive fagmiljøer.

Prosjektet finansieres gjennom Helse Nord RHF's basisbevilgning som ble styrket med 5,0 mill. kroner til formålet i 2007.

### Overføring av finansieringsansvaret av legemidlet Raptiva fra folketrygden til regionale helseforetak

Stortinget vedtok å overføre finansieringsansvaret for legemiddelgruppen TNF-hemmere fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1.juni 2006, jf. St.prp. nr. 1 (2005-2006) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2005-2006). For pasienter med plakkpsoriasis kan Raptiva være et behandlingsalternativ til de TNF hemmere som de regionale helseforetakene har fått finansieringsansvaret for. En ulik finansieringsordning kan gi utilsiktede forbruksvridninger mellom de enkelte legemidlene. Det forelås derfor at ansvaret for finansiering av legemidlet Raptiva overføres til de regionale helseforetak fra 1. januar 2008.

Det forelås at 15 mill. kroner overføres fra kap. 2751, post 70 til de regionale helseforetaks basisbevilgning. Beløpet fordeles slik mellom de ulike RHF:

- 5,0 mill. kroner overføres til kap. 732, post 72
- 2,4 mill. kroner overføres til kap. 732, post 73
- 1,2 mill. kroner er overført til kap. 732, post 74
- 6,4 mill. kroner er overført til kap. 732, post 75

### Overføring av finansieringsansvaret for immunmodulerende MS-behandling fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1.1. 2008

Legemiddelet natalizumab (Tysabri) fikk sommeren 2006 markedsføringstillatelse i Norge for indikasjonen relapsing-remitting multipel sklerose (RRMS). Legemiddelet gis som infusjon på syke-

hus og har en årlig kostnad på om lag 225 000 kroner per pasient. Kostnadene til natalizumab (Tysabri) må håndteres og prioriteres innenfor de budsjetttrammene Stortinget har vedtatt for de regionale helseforetakene.

Nasjonalt kompetansesenter for MS mener at natalizumab vil kunne være aktuell for pasienter som i dag behandles med andre selvadministrerte injeksjonspreparater utenfor sykehus. Kostnaden for disse er på mellom 110 000 og 145 000 kroner per år per pasient og utgiftene dekkes av folketrygden etter individuell søknad om refusjon. Det er om lag 2000 pasienter som bruker disse preparatene.

For å sikre nasjonal likhet i bruk av natalizumab (Tysabri) har Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene utarbeidet kriterier for indikasjon, oppstart, oppfølging og avslutning av behandling med natalizumab. For å sikre en samlet nasjonal vurdering og evaluering av effekt og bivirkninger, vil det bli lagt opp til en systematisk registrering av bruken av natalizumab (Tysabri).

Det foreslås at finansieringsansvaret for selvadministrerte injeksjonspreparater overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra og med 2008, slik at finansieringsansvaret for selvadministrerte injeksjonspreparatene og sykehusbehandling med natalizumab samles. De aktuelle legemidlene er interferon beta-1b (Betaferon) interferon beta-1a (Avonex og Rebif) og glatirameracetat (Copaxone). Begrunnelsen for forslaget er tredelt:

- *Forbruksvridning.* Ulike finansieringsordninger mellom disse legemidlene kan føre til at legemiddelvalg baserer seg på økonomiske og ikke medisinske hensyn.
- *Riktig prioritering.* Sykehuslegene har de beste forutsetningene til å foreta en riktig prioritering når det gjelder behandling av pasientene med selvadministrerende injeksjonspreparater i forhold til for eksempel natalizumabbehandling. Sykehuslegene vil få et forbedret grunnlag for prioritering når finansieringen overføres.
- *Manglende priskonkurranse.* Det eksisterer ingen reell priskonkurranse mellom legemidlene, selv om de er medisinsk likeverdige, på grunn av finansiering gjennom folketrygden og på grunn av bruk av ulike refusjonsordninger. Overføringen vil gi en lik finansieringsordning for legemidlene og det vil derfor kunne stimuleres til priskonkurranse. Finansieringsansvaret for TNF-hemmere ble overført fra folketrygden til regionale helseforetak 1.6.2006. Begrunnelsen for endringen var blant annet å oppnå priskonkurranse mellom legemidler som tidligere hadde ulike innkjøpsordninger. Legemiddelinn-



kjøpssamarbeidet (LIS) har gjennomført en anbudskonkurranse som har medført prisreduksjoner på 7,4 – 36,5 pst. på fire ulike TNF-hemmere fra 1.3.2007.

Det overføres 258,3 mill. kroner til basisbevilgningen til de regionale helseforetakene til dekning av utgiftene til immunmodulerende MS-behandling fra 1. januar 2008. Midlene foreslås fordelt til de regionale helseforetakene etter faktisk bruk basert på tall fra reseptregisteret. Ved overføring av ansvaret har departementet lagt til grunn at kostnadene til immunmodulerende MS-behandling øker i 2008. Prognosen for 2008 er utarbeidet på basis av forbruksutviklingen for legemidlene i perioden 2004 til 2006. Det forutsettes ikke noen innsparinger som følge av ansvarsoverføringen i budsjettet for 2008. Ved fastsettelse av det økonomiske opplegget for de regionale helseforetakene i 2009 vil departementet ta hensyn til at det er en vekst i omsetning av MS-legemidler.

Fra kap. 2751, post 70 foreslås overført 258,3 mill. kroner med følgende fordeling til kap. 732, postene 71-75:

Sør-Øst	Vest	Midt	Nord	Sum
143,8	48,2	44,2	22,1	258,3

### Studenthelsetjeneste

Regionale helseforetak har et «sørge for»-ansvar for alle innbyggere som befinner seg innenfor den regionen det har ansvar for. Det er det bærende prinsipp i organiseringen av spesialisthelsetjenesten i Norge.

Ved universitetene i Oslo, Bergen og Trondheim er det bygd opp særskilte studenthelsetjenester i regi av studentsamskipnadene i tillegg til tilbudet fra regionale helseforetak.

Tilskudd til studentsamskipnadens velferdsarbeid på totalt 4,1 mill. kroner ble fra budsjettåret 2004 overført fra Kultur- og utdanningsdepartementets budsjett til kap. 732, postene 71, 73 og 74, under Helsedepartementet. Helse Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF har videreført den økonomiske støtten til studentsamskipnadens velferdsarbeid. Departementet har gjennomgått ordningen med tilskudd til de tre overnevnte samskipnadene og vurdert fordelingen mellom dem.

Det statlige tilskuddet ble opprettet for å bygge opp kompetanse på unges psykiske helse samt drive forebygging av psykiske lidelser blant unge. Samskipnadene fikk anledning til å opprette hjemler for psykologer og psykiatere som igjen utløste driftstilskudd fra staten. Fordelingen av tilskuddet

gjenspeiler prioriteringen av tjenesten hos den enkelte samskipnad da tilbudet ble bygget opp.

Tilskuddene til de tre samskipnadene er en ordning som delfinansierer en velfungerende tjeneste med spesialkompetanse på studenter og deres psykiske helse. Derfor foreslår departementet å stille krav om at tilskuddet til Studentsamskipnaden i Bergen økes med 1 mill. kroner i Oppdragsdokumentet til Helse Vest.

Gjennom for eksempel fastlegeordningen har man knyttet studentene nærmere den ordinære helsetjenesten enn tidligere. En særomsorg ville kunne føre til at regionale helseforetak mistet oversikten over tjenestebehovet hos studenter og «sørge for» ansvaret undermineres.

HOD foreslår at det etableres en gruppe med representanter fra RHF, samskipnadene, studentorganisasjoner, Kommunenes Sentralforbund, Kunnskapsdepartementet og HOD. Gruppen skal vurdere hvordan man kan samarbeide bedre om å gi et godt tilbud til studentpopulasjonen når det gjelder både psykisk helsearbeid og – vern. Regionale helseforetaks «sørge for»-ansvar og kommunenes ansvar for primærhelsetjeneste legges til grunn.

### Helsebiblioteket

Det foreslås å overføre 11 mill. kroner fra de regionale helseforetakene til kap. 725.01 for å finansiere Helsebiblioteket med følgende fordeling:

Helse Sør-Øst RHF	-6,07 mill. kroner
Helse Vest RHF	-2,06 mill. kroner
Helse Midt-Norge RHF	-1,54 mill. kroner
Helse Nord RHF	-1,33 mill. kroner

Det vises til omtale under kap. 725.01.

### Landsverneplan for helsesektoren

I forbindelse med Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2005–2006) ble det vedtatt å overføre 4,0 mill. kroner fra de regionale helseforetakenes rammer til arbeidet med landsverneplan for helsesektoren, kap. 732 post 21. Det foreslås å tilbakeføre 3,41 mill. kroner til de regionale helseforetakene i 2008 fordelt som følger:

Helse Sør-Øst RHF	1,364 mill. kroner
Helse Vest RHF	0,682 mill. kroner
Helse Midt-Norge RHF	0,682 mill. kroner
Helse Nord RHF	0,682 mill. kroner

Resterende del vil bli tilbakeført i 2009.

Det vises til omtale under kap. 732 post 21.

**Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)**

Regjeringen foreslår å øke bevilgningene til de regionale helseforetakene med 6 mill. kroner til legemiddelassistert rehabilitering. Det vises til videre omtale av LAR under kap. 726 post 70. Midlene fordeles som følger mellom regionale helseforetak:

Helse Sør-Øst RHF	3,4 mill. kroner
Helse Vest RHF	1,15 mill. kroner
Helse Midt-Norge RHF	0,8 mill. kroner
Helse Nord RHF	0,65 mill. kroner

**Økt kapasitet innen rusbehandling**

Regjeringen foreslår å bevilge 36 mill. kroner til økt behandlingsskapasitet når det gjelder avrusning, akuttbehandling og ambulante tjenester for rusmiddelavhengige. Det vises til omtale under kap. 726 post 70. Midlene fordeles som følger mellom regionale helseforetak:

Helse Sør-Øst RHF	19,9 mill. kroner
Helse Vest RHF	6,7 mill. kroner
Helse Midt-Norge RHF	5,0 mill. kroner
Helse Nord RHF	4,4 mill. kroner

**Reduksjon av takster til laboratorie- og røntgenvirksomhet**

Det foreslås å flytte 252,7 mill. kroner fra kap. 732, post 77 og 175,3 mill. kroner fra kap. 2711, post 76. Dette fordi aktivitetsbaserte tilskudd fra staten til regionale helseforetak skal utgjøre 40 pst. Det vises for øvrig til omtale under henholdsvis kap. 732, post 77 og kap. 2711, post 76.

Helse Sør-Øst RHF	237,2 mill. kroner
Helse Vest RHF	79,6 mill. kroner
Helse Midt-Norge RHF	59,4 mill. kroner
Helse Nord RHF	51,7 mill. kroner

**Aktivitetsvekst 1,5 pst.**

I budsjettforslaget for 2008 legges det til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen på nasjonalt nivå med 1,5 pst. er det lagt inn totalt 612 mill. kroner i de regionale helseforetakenes basisbevilgning. Det er lagt til grunn en marginalkost-

nad på gjennomsnittlig 80 pst. for den økte aktiviteten.

Helse Sør-Øst RHF	337,6 mill. kroner
Helse Vest RHF	114,4 mill. kroner
Helse Midt-Norge RHF	85,7 mill. kroner
Helse Nord RHF	74,2 mill. kroner

**Videreføring av tilleggsbevilgning for 2007**

Det foreslås å videreføre tilleggsbevilgningen som ble gitt i 2007, jf. St. prp nr. 44 (2006-2007). Denne foreslås videreført med samme regionsvise fordeling.

Helse Sør-Øst RHF	100,0 mill. kroner
Helse Vest RHF	100,0 mill. kroner
Helse Midt-Norge RHF	275,0 mill. kroner
Helse Nord RHF	225,0 mill. kroner

**Tiltak for de aller sykeste pasientene med ME**

Det finnes et mindre antall pasienter med Myalgisk Encefalopati (CFS/ME) som er alvorlig syke og langvarig sengeliggende, med behov for skjermede omgivelser, og spesialkompetanse på pleie og behandlingsopplegg.

Det foreslås at Helse Sør-Øst RHF gis i oppdrag å etablere et nasjonalt tilbud for de aller sykeste ME-pasientene med en størrelsesorden på 10 døgnplasser. Tilbudet forutsettes lagt til skjermede omgivelser, med tilgang til behandlingsopplegg fra de sentrale fagmiljøene i kompetansenettverket. Det forutsettes samarbeid med det nasjonale kompetansenettverket for ME. Tilbudet prosjektorgiseres inntil det er bygget opp nasjonal kompetanse.

Nasjonalt kompetansenettverk for Myalgisk Encefalopati (CFS/ME) er omtalt under kap. 728, post 21.

**Post 71 Tilskudd til Helse Øst RHF**

Bevilgningen er flyttet til kap. 732, post 72 i forbindelse med sammenslåingen av de Helse Sør RHF og Helse Øst, og inngår nå i basisbevilgningen til Helse Sør-Øst.

For rapportering 2006 og status 2007 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak.

### 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 2006 og status 2007 for tidligere Helse Øst RHF vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak.

For 2008 foreslås bevilget 32 007 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 2006 og status 2007 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak.

For 2008 foreslås bevilget 10 812 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 2006 og status 2007 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak.

For 2008 foreslås bevilget 8000 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 2006 og status 2007 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak.

For 2008 foreslås bevilget 6938 mill. kroner over post 75 til Helse Nord RHF.

I forbindelse med overskjøtingen av eiendommer fra fylkeskommunene til staten har en ved enkelte anledninger sett at grunnbøker m.v. ikke har vært oppdatert fra tidligere virksomhetsoverføringer mellom ulike offentlige nivåer osv. I Nordland fylke har det oppstått et slikt forhold knyttet til tomt gnr. 31, bnr. 382 i Bodø kommune, hvor det ved tidligere overføringer fra staten til fylkeskommunen ikke har blitt gjennomført tilstrekkelige registreringer i grunnbok. Denne eiendommen skal etter dokumentasjon fremlagt av både fylkeskommunen og kommunen være i fylkeskommunens eie, men staten har i grunnboken en formell hjemmel til eiendommen. Det vises til forslag til romertallsvedtak V Diverse fullmakter, pkt. 4.

### 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 flaskehalsar 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. Uten ordningen vil det være «kostnadsfritt» å redusere pasientbehandlingen fordi de regionale helseforetakene ikke taper inntekter. Kostnadskontroll og prioriteringer ivaretas gjennom de rammer som de regionale helseforetakene får stilt til disposisjon gjennom basisbevilgningen. Refusjonene er i gjennomsnitt ikke ment å dekke marginalkostnadene 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 og enkelte dagbehandlinger. Fra 2008 utvides ordningen med all somatisk virk-

somhet i poliklinikkene. ISF-refusjonen utbetales til det regionale helseforetak. ISF-satsen er 40 pst. av gjennomsnittlige behandlingskostnader. 60 pst. av kostnadene ved somatisk pasientbehandling 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 p.t. omfatter om lag 540 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. Målsettingen 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. Sosial- og helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av aktivitetsbaserte finansieringsordninger og arbeider systematisk med å bedre kvaliteten på ISF-systemet.

Mange sykehus har for lite kunnskap om kostnadene ved pasientbehandlinger. Dette gjelder også på nasjonalt nivå. 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». I rapporten beskrives grunnleggende prinsipper og retningslinjer for utvikling av KPP ved norske sykehus. Denne rapporten har nå vært på offentlig høring. Sosial- og helsedirektoratet har i juni 2007 oversendt et forslag til hvordan det skal arbeides videre med KPP.

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

### 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 diagnoser og om lag 7300 prosedyrekoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjematisk 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 i forhold til gjennomsnittet for alle pasienter. Mens gjennomsnittspasienten har en kostnadsvekt på om lag 1, vil de mest ressurskrevende pasientene ha en kostnadsvekt på om lag 31. Dette gjelder for eksempel beinmargstransplantasjonspasienter. Kostnaden ved å behandle disse pasientene er med andre ord beregnet til å være om lag 31 ganger høyere enn for en gjennomsnittspasient. 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 2007)

Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng. Antallet DRG-poeng fremkommer som et produkt av antall sykehusopphold og gjennomsnittlig kostnadsvekt. Den gjennomsnittlige kostnadsvekten for alle pasienter kan isolert sett øke som følge av at pasientene som gruppe er blitt mer ressurskrevende å behandle, men også at det har skjedd endringer i registreringspraksis. Dersom det siste er tilfelle, vil ikke det medføre økte kostnader for sykehusene og derfor skal det heller ikke utbetales ISF-refusjon for dette. Sykehusene ville i så fall fått utbetalt en høyere ISF-refusjon for reelt sett samme aktivitet. Dette er i strid med intensjonen i ISF-ordningen. 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.

er medisinsk korrekt registrering, skal dette avklares med Sosial- og 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 avgjørende 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 budsjettet aktivitet med en endelig avregning året etter basert på faktisk innrapportert aktivitet.

### Resultatrapport 2006

Vedtatt budsjett for 2006 forutsatte om lag uendret aktivitet fra 2005 til 2006. Aktivitetstall for 2006 tilsier utbetalinger gjennom ISF-ordningen om lag som forutsatt i St.prp. nr. 15 (2006–2007), hvor det på bakgrunn av aktivitetstall for andre tertial ble foreslått bevilget 200 mill. kroner for å dekke opp for den antatt høyere aktiviteten i 2006 og kompensere endringer i ISF-reglene for 2006. Indeksanalyser for hele 2006 tilsier at omfanget av endret registreringspraksis er som lagt til grunn ved fastsetting av enhetsprisen og antall DRG-poeng i bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene for 2006. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til endelig avregningsoppgjør for 2006, inkludert eventuelle justeringer som følge av behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget og ytterligere kvalitetssikring av utvikling i DRG-indeks, i omgrupperingsproposisjonen høsten 2007.

### Tilstandsvurdering 2007

Vedtatt budsjett og styringskrav for 2007 legger til rette for å kunne videreføre et gjennomsnittlig aktivitetsnivå på om lag samme nivå som etter 1. tertial 2006. Dette legger til rette for et aktivitetsnivå som ligger om lag ½ pst. over anslått nivå for hele 2006.

En prognose for hele 2007 basert på aktivitetstall for 1. tertial gir en aktivitetsvekst på om lag 1 pst. med en enhetspris på 32 490 kroner. Dette er 1/2 pst. over budsjettanslag og styringskrav for 2007. Eventuelle budsjettkonsekvenser av endringer i DRG-systemet, analyser av registreringsendringer og behandling av enkeltsaker i avregningsutvalget vil på vanlig måte håndteres i den endelige avregningen for 2007.

### Budsjettforslag 2008

For 2008 foreslås det bevilget 16 821 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette

for et gjennomsnittlig aktivitetsnivå i 2008, som ligger 1,5 pst over anslått nivå for 2007 etter 1. tertial. Det foreslås 70 mill. kroner for å dekke opp for antatt høyere aktivitet i 2007 knyttet til innsatsstyrt finansiering, slik at dette høyere aktivitetsnivået kan videreføres og økes i 2008 som omtalt. Dette er en prognose basert på aktivitet i første tertial 2007, og det er dette nivået som skal videreføres og økes med 1 ½ pst. Ressursbruk og innsats skal være i tråd med helsepolitiske målsetninger og prioriteringer. Målet er en balansert og styrt utvikling av behandlingstilbudet. Enhetsprisen for 2007 foreslås satt til 33 647 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn en prisomregning på 4,3 pst. fra 2007 til 2008, og en ytterligere økning på 0,3 pst. i kompensasjon for endringer i ISF-reglene for 2006. 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 1 pst., som er anslått effekt av endret registreringspraksis i 2008. 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 2008.

### Utvidelse av ISF-ordningen i 2008

I tråd med St.meld. nr. 5 (2003-2004) og Stortingets behandling i Innst. S. Nr. 82 (2003-2004), foreslår Helse- og omsorgsdepartementet å overføre finansieringen av den somatiske aktiviteten på offentlige poliklinikker til ISF-ordningen fra 1.1.2008. Dette er også varslet i St.prp.nr.1 (2006-2007). Formålet med utvidelsen 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. Utvidelsen av ISF-systemet er et av flere elementer i strategien for å bedre kvaliteten på finansieringssystemet.

Det ble tatt i bruk et nytt kodeverk på poliklinikkene fra 1. januar 2006. Omlegging av poliklinikkfinansieringen er startet opp i 2007 ved at 120 mill. kroner er overført fra kap.732, post 77 Refusjon for poliklinisk virksomhet ved sykehus til post 76 Innsatsstyrt finansiering (ISF), jf. St.prp. nr.1 (2006-2007). De regionale helseforetakene vil få utbetalt disse midlene sammen med øvrige ISF-refusjoner dersom aktiviteten på poliklinikkene registreres på samme måte som øvrig ISF-aktivitet. Formålet med delvis omlegging fra 2007 var å opp-

muntre til mest mulig komplett registrering i sykehusene som var en forutsetning for å kunne utvikle et fullverdig DRG/ISF-system for all somatisk spesialisthelsetjeneste. Datagrunnlaget er nå av en slik kvalitet at en slik gjennomføring vil være forsvarlig med tanke på omfordelingsvirkninger og kostnadskontroll. Omleggingen innebærer om lag 125 nye DRGer med relative vekter.

Som følge av omleggingen overføres det 1160 mill. kroner fra kap. 732 post 77. Det forutsettes at omleggingen i seg selv ikke skal føre til økte utgifter for staten.

### Arbeidet med å utvikle kodeverk og klassifikasjonssystemer

Utviklingsarbeidet er en oppfølging av NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten og St.meld. nr. 5 (2003-2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004). Det ble her foreslått å sette i gang utvikling av klassifiseringssystemer på flere nye områder:

«I tråd med NOU 2003:1, foreslår departementet å sette i gang utvikling av klassifiseringssystemer på flere nye områder innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder psykiatri, rusmiddelomsorg, rehabilitering og habilitering, høyspesialiserte somatiske tjenester samt enhetlig kodeverk for laboratorieprøver. Et pasientklassifiseringssystem for psykiatri prioriteres høyt. Det er usikkert om det er mulig å komme fram til brukbare klassifiseringssystemer på alle områder. Utvikling av systemer for måling av aktivitet er tidkrevende, og eventuelle nye systemer vil tidligst kunne tas i bruk om tre til fem år».

Flertallet i sosialkomiteen, herunder medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti sluttet seg til dette, jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004).

Et pasientklassifiseringssystem grupperer sykehusopphold slik at pasienter i samme gruppe ligner hverandre medisinsk og har omtrent samme behandlingstkostnad. Dette gjør det enklere å beskrive virksomhetene og sammenligne aktivitet, pasientsammensetning og ressursbruk mellom sykehus. Det mest kjente pasientklassifiseringssystemet er DRG (diagnoserelaterte grupper) som brukes i somatiske sykehus. Et klassifiseringssystem innen rus og psykisk helsevern har en selvstendig verdi fordi slike systemer gir en mer meningsfull og standardisert informasjon om aktiviteten som bl.a. muliggjør sammenligninger av aktivitet og behandlingspraksis mellom institusjoner. Dagens DRG-system ble brukt for å analysere

aktivitet i somatiske sykehus lenge før det ble tatt i bruk for finansieringsformål i 1997. Utviklingen av klassifiseringssystemer er imidlertid nødvendig dersom man ønsker å innføre en aktivitetsbasert finansiering til pasientgrupper som i dag er rammefinansiert. Definisjoner og avgrensninger er vanskeligere innenfor psykisk helsevern og rusbehandling enn innenfor somatisk pasientbehandling. Mens DRG for somatikk baseres på informasjon om diagnoser og prosedyrer, må man også inkludere annen type informasjon når man skal utvikle DRG for psykisk helsevern og rusbehandling. Det er avgjørende at fagfolk oppfatter systemet som meningsfullt, og at systemet utformes slik at lokale og regionale foretak har nytte av dette. Prosjektet krever derfor en god faglig og administrativ forankring. Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for utviklingsarbeidet, herunder oppdrag til underleverandører. Arbeidet er startet på alle de områder som er beskrevet i St.meld. nr. 5 (2003-2004).

### Gjennomgang av innsatsstyrt finansiering

Helse- og omsorgsdepartementet ba i februar 2007 Sosial- og helsedirektoratet om å foreta en gjennomgang av aktivitetsbasert finansiering blant annet med sikte på utgiftskontroll, unngå uhenksmessige vridninger mellom områder og pasientgrupper, bedre pasientforløp og å foreslå evt. tiltak som kan forbedre pasientforløpet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet har i løpet av arbeidet avholdt møter og innhentet synspunkter fra de regionale helseforetakene, KS, Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Fagforbundet og Funksjonshemmedes fellesorganisasjon. Sosial- og helsedirektoratet har vurdert finansieringssystemenes rekkevidde og begrensninger og anbefalt flere forbedringstiltak. Dette er oppsummert i rapporten «Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak». Stortingets forutsetning ved behandlingen av Stortingsmelding nr. 5 (2003-2004) er lagt til grunn – det er altså ikke selve prinsippet om innsatsstyrt finansiering som er evaluert, men utvalgte trekk ved ordningen.

ISF-ordningen er et finansieringssystem rettet mot regionale helseforetak, men brukes ofte som et finansieringssystem på utøvende virksomhetsnivå. ISF er ikke ment å være et prissystem rettet mot enkeltavdelinger eller enkeltpasienter. Forventningene er meget høye i mange ledd av tjenestene til hvilke problemer finansieringsordningene kan løse. En samlet vurdering av tilbakemeldingene må tolkes som at finansieringsordningen og ISF i mange tilfeller får for stor plass i det samlede

styringssystem. Behov for tydeliggjøring av mål med ordningen og anvendelsesområdet står sentralt i direktoratets samlede vurdering.

Et viktig hensyn ved innføring av ISF i 1997 var å stimulere til økt aktivitet. I perioden 2003 til 2007 har målet vært å videreføre aktiviteten på samme nivå som året før. Det har likevel vært en høyere aktivitet enn forutsatt. Den økte aktiviteten i pasientbehandlingen har medført økte kostnader for sykehusene. Evaluering av sykehusreformen viser imidlertid at man får mer igjen for hver helsekrone etter reformen enn før reformen. Kostnadseffektiviteten ble redusert med 0,7 pst per år i perioden 1999-2001, mens det vært en økning på 2,3 pst etter reformen.

Utgiftene til ISF og poliklinikk har også vært høyere enn vedtatt budsjett også i perioden 2003 til 2005. Avvikene for ISF er imidlertid redusert i perioden. Det er størst avvik mellom utgifter til poliklinikk og vedtatt budsjett. Dette indikerer at dagens poliklinikkfinansiering er mindre robust med sikte på utgiftskontroll. Dette styrker den planlagte omleggingen av poliklinikkordningen til ISF i 2008. Aktivitetsveksten i spesialisthelsetjenesten er påvirket av mange faktorer hvor ISF-ordningen bare er en. Andre faktorer er utvikling i befolkningens forventninger, nye behandlingsmuligheter, rett til behandling med videre. En vesentlig årsak til at det er bedre samsvar mellom budsjett og faktisk aktivitet de senere år er etter direktoratets vurdering at refusjonsandelen er satt ned fra 60 til 40 prosent. Det er Sosial- og helsedirektoratets vurdering er at en ISF-andel på 40 pst utgjør en balanse mellom basisfinansiering og aktivitetsstimulering som bør kunne legge til rette for forsvarlig utgiftskontroll. Sosial- og helsedirektoratet viser også til behov for stabile og forutsigbare rammebetingelser.

Isolert sett gir ISF-ordningen et insitament til å vri ressursbruken bort fra aktiviteter som ikke er stykkprisfinansiert. Det er imidlertid ikke grunnlag for å si at det er funnet sted en slik ressursvridning. En mulig forklaring til dette kan være opptrappingsplanen for psykisk helse og politiske signaler i de årlige styringsdokumentene til de regionale helseforetakene, der Helse- og omsorgsdepartementet har vært tydelige på at finansieringssystemet ikke skal styre prioriteringene. Direktoratets spørreundersøkelse om kunnskap og holdninger til ISF-ordningen, viser at et flertall av lederne er bekymret for at ISF skal påvirke prioriteringen av pasienter og kvaliteten på behandlingen. Sosial- og helsedirektoratet deler denne bekymringen. Studier som er gjennomført har imidlertid i liten grad kunne påvise at ISF-ordnin-

gen faktisk har medført uheldige vridninger mellom sektorer, oppgaver og pasientgrupper. Det er likevel svært viktig å følge opp den bekymring som kommer til uttrykk i spørreundersøkelsen.

Direktoratets vurdering er at potensielle vridningseffekter først og fremst må møtes med ledelsesmessige og faglige tiltak. Ethvert finansieringssystem vil ha uheldige konsekvenser. Direktoratet legger til grunn at det er helt nødvendig med økt ledelses- og styringsoppmerksomhet på RHF- og HF-nivå for å unngå at finansieringsordningene brukes med større rekkevidde enn de er egnet for. Tiltak i forhold til denne situasjonsbeskrivelsen må innrettes som et samarbeid med de regionale helseforetakene som en vesentlig aktør.

Sosial- og helsedirektoratet har foreslått enkelte tiltak som kan korrigere for uheldig bivirkninger av systemet. Direktoratet foreslår at det legges til rette for å i større grad bruke pasientforløp som grunnlag for finansieringen, heller enn sykehusopphold som i dag. Det fremtidige personidentifiserbare Norsk pasientregister vil gi nye muligheter til å identifisere behandlingsforløp. Dette tiltaket vil kreve noe tid for realisering, anslagsvis 2-3 år.

Flere utredninger om samhandling peker på at det her ligger viktige utfordringer for helsetjenesten, både med hensyn til de nasjonale og lokale rammebetingelsene og med hensyn til hva fagmiljøene lokalt kan gjøre uavhengig av dagens rammebetingelser. I vurderingene fra direktoratet legges det til grunn at de faglige og normative budskap primært må formidles gjennom ledelse og faglig forankrede prosesser. Likevel blir det en viktig ambisjon at ikke finansieringsordningene skal kunne være til hinder for de gode faglige løsningene, herunder samarbeid. Derfor er vurderingen at det også er behov for systemmessige justeringer. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp anbefalingen om å etablere en forsøksordning for aktivitetsbasert finansiering av sykestuer. Forsøket avgrenses til Finnmark. For å støtte primærhelsetjenesten og legge til rette for bedre samhandling generelt kan det være hensiktsmessig å etablere ambulant virksomhet hvor «spesialisten rykker ut til pasienten». Her menes det tilbud som kan karakteriseres som polikliniske spesialisthelsetjenester, men hvor behandlingen finner sted utenfor sykehuset i stedet for sykehuset. Eksempel er spesialisert rehabilitering og geriatrik behandling hjemme hos pasienten. Spesialisthelsetjenester som organiseres ambulant skal integreres i planlagt ny ISF-ordning for poliklinikk som en ordning innenfor aktuelle fagområder. Dette kan gjøres gjeldende fra 2008 /2009.

## Post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.

### Formål

Posten omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene psykisk helsevern, radiologi og laboratorievirksomhet.

### Resultatrapport 2006

Fra 1. januar 2006 ble refusjonstakstene for psykiatri og rus prisjustert med 2,93 pst., mens somatikk, lab og røntgen ble justert med 0,3 pst. Fritaket for egenandeler ble fra 1. januar 2006 utvidet til å

gjelde barn under 12 år mot tidligere 7 år. Premisene for å kunne benytte takst for pasientopplæring uavhengig av diagnose ble utvidet slik at et opplæringsprogram må strekke seg over minimum 7 timer mot tidligere minimum 10 timer. Pasientbetaling for assistert befruktning ble endret til 1500 kroner per forsøk i stedet for 3000 kroner for inntil tre forsøk. Det var ved denne endringen beregnet at pasientgruppen sett under ett ikke ville betale mer enn tidligere.

Det er beregnet en aktivitetsvekst, dvs. en vekst i utgifter fra 2005 til 2006, korrigert for tiltaks- og priseffekter for offentlige laboratorier og radiologi på 15,7 pst.

### Regnskapsførte utgifter<sup>1</sup> til poliklinisk virksomhet

	(i mill. kr)			
	2003	2004	2005	2006
Spesialitet				
Somatikk	2 032	1 544	1 514	1 564
Psykisk helsevern voksne	421	297	307	327
Psykisk helsevern barn og unge	318	244	271	298
Laboratorium	1 079	1 128	1 217	801
Radiologi	457	476	413	270
<b>Totalt</b>	<b>4 307</b>	<b>3 689</b>	<b>3 721</b>	<b>3 258</b>

<sup>1</sup> Tallene indikerer kun regnskapsførte utgifter, endring i refusjonsbeløp for takstene må tas i betraktning for en helhetlig vurdering av utgiftsnivået

### Tilstandsvurdering 2007

Basert på regnskapstall for perioden januar til mai, er samlede utbetalinger i 2007 anslått til 3220 mill. kroner. Dette er om lag 120 mill. kroner over saldert budsjett. Anslaget legger til grunn en aktivitetsvekst på 2,7 pst. innenfor somatisk pasientbehandling, 10,5 pst. innenfor voksenpsykiatri/rusbehandling, 16,2 pst. innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og 15,4 pst. innenfor offentlig laboratorievirksomhet. Regnskapstallene viser ingen vekst innenfor radiologisk virksomhet fra 2006 til mai 2007.

Takstene er fra 1. januar 2007 redusert tilsvarende 90 mill. kroner, fordelt på 10 pst. innen lab og 5 pst. innen røntgen. Det er foretatt en prisjustering på 3,8 pst. i alle områder.

Egenandelen for poliklinisk behandling ble økt med 5 pst. fra 1. juli 2007, som svarer 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 derfor redusert tilsvarende.

I 2007 ble det innført fritak for egenandel ved ambulante tjenester overfor rusmiddelavhengige utført av team.

Takst I03d og I03e er begge takster for tverrfaglig behandling av ryggpasienter. Takst I03e ble avvirket fra 1.juli 2007. Takst I03d ble økt til 499 kroner innenfor en budsjettnøytral løsning.

I 2006 ble det tatt i bruk et nytt kodeverk på poliklinikkene. Registrering av prosedyrekoder fra dette kodeverket er en premiss for å kunne utvide ISF-ordningen til også å gjelde poliklinisk somatisk behandling. For å bedre kvaliteten i det registrerte datagrunnlaget ble det i 2007 overført 120 mill. kroner til kap. 732, post 76. De polikliniske takstene ble nedjustert tilsvarende overføringen. Det vises til omtale under kap. 732, post 76.

Det ble i 2007 innført oppdatert versjon av finansieringssystemet for radiologi. Det er ikke meldt om problemer ved innføringen.

Departementet vil komme tilbake til Stortinget med forslag om eventuelle tilleggsbevilgninger for 2007.



### Budsjettforslag og nye tiltak for 2008

Departementet foreslår å bevilge 1976 mill. kroner til refusjon for poliklinisk virksomhet i 2008. Budsjettet legger til rette for å kunne videreføre den høye aktiviteten i 2007 og en ytterligere vekst på 1,5 pst. utover anslått nivå i 2007 basert på regnskapstall fra mai 2007. Det foreslås 120 mill. kroner for å dekke opp for antatt høyere aktivitet i 2007, slik at dette høyere aktivitetsnivået kan videreføres og økes i 2008 som omtalt. Dette er en prognose basert på regnskapstall for mai 2007 og det er dette nivået som skal videreføres og økes med 1 ½ pst.

I forbindelse med at ISF-ordningen fra 2008 utvides til også å omfatte somatisk poliklinisk behandling, overføres det 1160 mill. kroner til kap. 732, post 76. Det vises til omtale under kap. 732, post 76.

Det ble i St.meld. nr. 5 (2003-2004), jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004) lagt til grunn at aktivitetsbaserte tilskudd fra staten til regionale helseforetak skal utgjøre om lag 40 pst av gjennomsnittskostnadene ved pasientbehandling og diagnostikk. 60 pst. av kostnadene dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. Beregninger fra NAV viser at nivået på takstene til private laboratorier er 46 pst. og for private røntgenvirksomheter er 55 pst. Det er grunn til å anta at fordelingen mellom aktivitetsbasert tilskudd og basisbevilgning omtrent lik innenfor offentlig virksomhet. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår på denne bakgrunn at basisbevilgningen til de regionale helseforetakene økes med 252,7 mill. kroner og at takstene til offentlig laboratorie- og røntgenvirksomhet reduseres tilsvarende, slik at andel aktivitetsbasert finansiering av laboratorie- og røntgenvirksomhet tilsvarende øvrig poliklinisk virksomhet. Det vises for øvrig til omtale under kap. 2711, post 76.

### Post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten

#### Formål

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 medisinske kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten og kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger til å drive forskning, kompetanseutvikling, kompetansespredning og veiledning. Kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger skal i tillegg gi individuelle og familierettede tilbud. Sosial- og helsedirektoratet ivaretar forvaltningsoppgaver og gir faglige råd til Helse- og omsorgsdepartementet om kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger.

### Resultatrapport 2006

Samlet bevilgning på posten var på 644,8 mill. kroner i 2006. Tilskudd til forskning utgjorde 393,6 mill. kroner. De regionale helseforetakene bidro i 2005 med 26 pst. av i alt 6766 vitenskapelige artikler fra norsk forskning i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter. Det ble rapportert inn 130 avlagte doktorgrader fra de regionale helseforetakene for året 2005 mens antallet publiserte vitenskapelige artikler var økt med om lag 10 pst. fra forrige år. Av artiklene i internasjonale tidsskrifter hadde 43 pst. medforfattere i utlandet. For å styrke internasjonalt forskningssamarbeid ytterligere ble det fra og med budsjettåret 2007 innført en ekstra vekt i poengberegningen for artikler med utenlandske medforfattere.

Tilskudd til undervisning på 491,8 mill. kroner ble prisjustert og konsekvensjustert i samsvar med den vedtatte opptrappingen av antall medisinerstudenter i henholdsvis Helse Nord (1,4 mill. kroner) og Helse Midt-Norge (1,6 mill. kroner). Som en oppfølging av Innst. S. nr. 82 (2003-2004) ble tilskuddet til praksisundervisning av medisinerstudenter fra 2006 lagt inn i de regionale helseforetakenes basisbevilgning. Målsetningen var å etablere en mer likeartet praksisfinansiering for studenter fra universiteter og høyskoler, samt en enhetlig finansiering av foretakenes oppgaver knyttet til grunn- videre- og etterutdanning av helsepersonell. Samtidig stilte departementet krav til de regionale helseforetak om å sikre ivaretagelse av kvalitative og kvantitative krav til antall praksisplasser. Det er også etablert samarbeidsorgan mellom de regionale helseforetakene og høyskolene og inngått rammeavtaler/avtaler i samtlige helse-regioner.

Det ble tildelt totalt 251,2 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentra og kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger i 2006. Det er mottatt regnskap og rapporter for bruken av tilskuddet. Midler til drift av Frambu, inkl. Frambu barnehage og skole, på 51 mill. kroner ble i 2006 overført til Helse Øst RHF under kap. 732, post 78. Det ble overført til sammen 0,8 mill. kroner fra kap. 732, post 71, post 73, post 74 og post 75 til Helse Sør under kap. 732, post 78 til finansiering av Nasjonalt ammesenter. I 2006 ble prosessen med overføring av ansvaret for alle de nasjonale kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger til de regionale helseforetak ferdigstilt. Ansvaret for Det statlige kompetansesystemet for døvblinde og Nasjonalt kompetansenettverk for personer med autisme ble overført de regionale helseforetakene.

Departementet vedtok opprettelse av to nye nasjonale medisinske kompetansesentra i 2006; Nasjonalt medisinsk kompetansesenter for kvinnehelse (kvinnehelsesenteret) i Helse Sør og Nasjonalt medisinsk kompetansesenter for blodtypeserologi i Helse Øst. Opprettelsen av kvinnehelsesenteret er et sentralt tiltak i arbeidet med å styrke satsingen på kvinnehelse. Det ble i St.prp. nr. 66 (2005-2006), jf. Innst. S. nr. 250 (2005-2006) bevilget 10 mill. kroner til etablering av det nye senteret. Bevilgningen ble videreført i statsbudsjettet for 2007 under kap. 732, post 78 med 10,4 mill. kroner.

#### Tilstandsvurdering 2007

Det er målt følgende endringer ved bruk av tre års gjennomsnitt for poengberegningen:

#### Gjennomsnittlig årlig poeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader

Helseregion	Måleresultat 2000-2002	Måleresultat 2001-2003	Måleresultat 2002-2004	Måleresultat 2003-2005	Måleresultat 2004-2006
Helse Øst	456,8 (22,2 %)	470,1 (20,8%)	487,1 (20,5%)	508,8 (20,6%)	514,8 (21,8%)
Helse Sør	803,8 (39,1 %)	917,9 (40,7%)	978,4 (41,2%)	1043,0 (42,1%)	944,7 (40,0%)
Helse Vest	406,9 (19,8 %)	463,7 (20,5%)	497,6 (21,0%)	536,0 (21,7%)	525,0 (22,2%)
Helse Midt-Norge	240,2 (11,7 %)	249,8 (11,1%)	254,1 (10,7%)	228,4 (9,2%)	220,7 (9,4%)
Helse Nord	146,7 (7,0 %)	155,1 (6,9%)	154,7 (6,5%)	158,0 (6,4%)	155,6 (6,6%)
Sum	2054,3 (100 %)	2256,6 (100 %)	2372,0 (100 %)	2474,2 (100 %)	2360,8 (100 %)

Det registreres i dag forskningsaktivitet i form av publiserte artikler og avlagte doktorgrader ved alle helseforetak og institusjoner som omfattes av målesystemet. Helseforetakene bidro til 1901 unike vitenskapelige artikler i 2006 (av totalt 7390 vitenskapelige artikler fra norsk forskning i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter) og det ble rapportert inn 151 avlagte doktorgrader, en økning med 21 fra året før. Av artiklene i internasjonale tidsskrifter har 40 pst medforfattere i utlandet. For en ytterligere omtale av forskning i helseforetakene vises det til omtale under kap. 732 «Plan og melding fra de regionale helseforetak».

Det ble tildelt 178,5 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger samt 2.0 mill. kroner til regionale fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi og 13,4 mill. kroner til de regionale autissemiljøene i 2007. Det ble i budsjettproposisjonen for 2007 foretatt en mindre omfordeling mellom de nasjonale kompetansesentrene for

sjeldne og lite kjente funksjonshemninger som innebar en styrking av midler til drift av Nevromuskulært kompetansesenter (NMK), Tuberkuløs sklerose kompetansesenter (TS) og Kompetansesenter for porfyrisykdommer (NAPOS). Midler til drift av døvblindesystemet og autismenettverket ble overført fra kap. 732, post 70 til kap. 732, post 78. Midler for sakkyndige team for hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD ble i 2007 overført fra kap. 743, post 70 til kap. 732, post 78 for å understøtte etablering av et felles kompetansenettverk sammen med Nasjonalt kompetansesenter for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi (NK) og opprettelse av regionale fagmiljøer i samarbeid med fagmiljøene for autisme.

#### Budsjettforslag 2008

Tilskudd til forskning på 426,2 mill. kroner er prisjustert. Førte prosent, dvs. 170,5 mill. kroner tildeles i basistilskudd. Basistilskuddet skal sikre basis-

funksjoner i alle de regionale helseforetakene og har vært fordelt likt mellom dem. For å sikre forutsigbarhet i forskningsfinansieringen, foreslås det for 2008 en videreføring av tidligere basistilskudd til henholdsvis Helse Øst og Helse Sør til Helse Sør-Øst. Departementet vil ut i fra hensyn til bl.a. likeverdighet mellom de regionale helseforetakene, i forutsigbarhet, og nasjonale målsettinger, vurdere behovet for en justering av den relative fordelingen av basistilskuddet mellom de fire regionale helseforetakene. Seksti prosent av tilskuddet, dvs. 255,7 mill. kroner, fordeles mellom de fem regionale helseforetakene etter forskningsresultater for perioden 2004-2006.

Prosjektet «Aldring hos mennesker med utviklingshemming» foreslås avvirket, og virksomhe-

ten permanent videreført under Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Det foreslås å overføre 3,5 mill. kroner fra kap. 761, post 61 til Helse Sør-Øst under kap. 732, post 78 Tilskudd til Nasjonale medisinske kompetansesentra, jf. omtale under kap. 761, post 61. Tilskudd til nasjonale kompetansesentra foreslås bevilget med 356,9 mill. kroner. Herav er 202,2 mill. kroner øremerket Nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger inkludert regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes og Narkolepsi og autisme og 154,7 mill. kroner øremerket Nasjonale medisinske kompetansesentra, jf. rundskriv I-19/2003.

Fordeling av tilskuddet på de regionale helseforetak er som følger:

(i mill. kr)

Tilskuddsmottaker	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentra			
	Forskning		Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten	Sum RHF
	Basis	Resultatbasert <sup>1</sup>		
Helse Sør-Øst	68,2	158,0	251,5 <sup>2</sup>	477,7
Helse Vest	34,1	56,8	35,0 <sup>3</sup>	125,9
Helse Midt-Norge	34,1	24,0	30,4 <sup>4</sup>	88,5
Helse Nord	34,1	16,9	40,0 <sup>5</sup>	91,0
Sum	170,5	255,7	356,9	783,1

<sup>1</sup> Forskningsresultater for perioden 2004-2006 ligger til grunn for fordeling av midler i 2008.

<sup>2</sup> Herav 183 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger og regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes og Narkolepsi og autisme og 68,5 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten inkl 3,5 mill. kroner som overføres fra kap. 761, post 61 til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

<sup>3</sup> Herav 8,1 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger og regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes og Narkolepsi og autisme og 26,9 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten.

<sup>4</sup> Herav 2,6 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger og regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes og Narkolepsi og autisme og 27,8 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten.

<sup>5</sup> Herav 8,5 mill. kroner til Nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger og regionale fagmiljøer for ADHD, Tourettes og Narkolepsi og autisme og 31,5 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten.

### Post 79 Tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte

Med utgangspunkt i Sykefraværsutvalget, Ot.prp. nr. 6 (2006-2007) og St.prp. nr. 1 Tillegg 4 (2006-2007), jf. B.innst. S. nr. 15 (2006-2007) er ordningen tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte etablert. Formålet med ordningen er å få sykmeldte raskere tilbake i arbeid, slik at

sykefraværet reduseres. Det legges til grunn at også delvis sykmeldte kan inngå i målgruppen. Videre omfatter ordningen arbeidstakere som alternativt ville blitt sykmeldte 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 til

bake i arbeid som en direkte følge av den behandlingen som tilbys.

For 2007 er det bevilget 604 mill. kroner til dette formålet og bevilgningen er gjort overførbart. For 2007 er 445 mill. kroner ble stilt til rådighet til tiltak i regi av regionale helseforetak og 142 mill. til rådighet til tiltak i regi av Arbeids- og velferds-etaten.

Godt forarbeid har vært viktig fordi ordningen skal vedvare og midlene skal brukes effektivt i forhold til formålet. Det har i 2007 vært fokus på å etablere gode systemer for å sikre sporbarhet og styring.

I ordningens første fase er det igangsatt en behovskartlegging av målgruppen for å få oversikt over nødvendig dimensjonering av ulike tilbud og tjenester. Dette skjer i et samarbeid mellom RHF, NAV og fastlegene – men etter noe ulike modeller i de ulike regionale helseforetak. Behovskartleggingen for samtlige regionale helseforetak viser hittil at det er størst behov for tilbud til personer med sammensatte og uspesifikke sykdomsbilder. Det har derfor vært fokus på å arbeide med å opprette tverrfaglige og tverrspecialiserte poliklinikker for å vurdere innkomne henvisninger. Mange sykmeldte har sammensatte symptombilder, og skillet mellom fysiske og psykologiske symptomer kan være vanskelig. Vurderingene av i hvilken grad slike forhold påvirker sykdomsfølelsen og nedsatt funksjon i arbeidsforholdet er også vanskelig. Disse poliklinikkene vil være viktige for diagnostisk/ utredningsmessig avklaring, og for å gi en kvalifisert vurdering av hvordan videre behandling og oppfølging bør skje. Etablering av tjenester i regi av Arbeids- og velferdsetaten innen avklaring, arbeidsrettet rehabilitering og oppfølging, vil bidra til å styrke det arbeidsrettede tilbudet for disse gruppene.

Partene i arbeidslivet har vært opptatt av at det er innholdet i tjenesten og ikke eierskapet til tjenesten som skal være avgjørende for hvem som leverer tjenestene i denne ordningen. Gjennom bruk av anbudsprosesser administrert av de regionale helseforetakene er det forutsatt at de private aktørene skal kunne brukes på en målrettet måte. De regionale helseforetakene har bl.a. inngått avtaler med private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner innen helserettet rehabilitering.

Ved utgangen av juni var det totalt 1602 pasienter som var henvist i ordningen. Tilbud til sykmeldte med sammensatte lidelser starter i hovedsak opp i løpet av høsten 2007. Det er da ventet at behandlingen av pasienter vil øke i takt med at tilbud er etablert. De mange etableringstiltakene som må gjennomføres gjør det usikkert hvor store

beløp som anvendes i 2007. Bevilgningen er gjort overførbart.

### Budsjettforslag 2008

Det foreslås en to-trinnsfordeling av midlene til ordningen avsatt for 2008, i alt 742 mill. kroner. Forslaget innebærer at 138 mill. kroner disponeres av Arbeids- og velferdsdirektoratet og 464 mill. kroner disponeres av Helse- og omsorgsdepartementet. Resten av midlene, 140 mill. kroner, fordeles senere basert på erfaring med hvordan bruken av midlene utvikler seg og andre behov og muligheter. Herunder vil kunnskap fra den igangsatte evalueringen av ordningen komme til nytte. Fordelingen av midlene til tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester er drøftet med partene i arbeidslivet.

En vellykket gjennomføring av ordningen avhenger av et godt informasjonsarbeid overfor aktuelle aktører som arbeidsgivere, sykmeldte, fastleger og andre sykmeldende behandlere. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at midlene fordeles med 458 mill. kroner til de regionale helseforetakene på kap. 732, post 79 og 6 mill. til informasjonstiltak og nasjonal koordinering av ordningen jf. forslag under kap. 720 og kap. 728. Det foreslås bevilget 458 mill. kroner på kap. 732, post 79.

### 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 investerings-tilskudd 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. Nevnte investeringstilskudd er et ekstraordinært bidrag fra departementets side, for å sikre forsvarlig økonomi når prosjektene settes i drift. Bidraget kommer i tillegg til midler som tildeles gjennom basisbevilgningen. I utbyggingsperioden skal prosjektene finansieres gjennom en kombinasjon av egenfinansiering (basistilskudd), dette investerings-tilskuddet og, om nødvendig, låneopptak.

Det er de respektive helseforetakene 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 igangsetting av 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/investeringstilskudd til prosjektet utgjør 2,6 mrd. 2004-kroner.

I 2006 utgjorde tilskuddet til gjennomføring av prosjektet 557 mill. kroner. I 2007 vil det bli utbetalt 954 mill. kroner i investeringstilskudd til gjennomføring av byggeprosjektet.

### **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 helseforetaket. 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 vedtatt at regjeringen i løpet av inneværende stortingsperiode vil foreslå en økning i de årlige, samlede bevilgningene til Helse Midt-Norge RHF på 140 mill. kroner. Dette la til rette for videreføring og realisering av Nye St. Olavs-prosjektet, samt andre nødvendige investeringsprosjekter i regionen.

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. I foretaksmøte med Helse Midt-Norge RHF påfølgende måned ble det påpekt usikkerhet knyttet til foretatte analyser som viste hvordan regionen skulle håndtere kostnadene når hoveddelen av fase 2 er ferdigstilt i 2009/10. Styret vedtok deretter i mars 2006 å endre noen av forutsetningene for gjennomføringen av prosjektet, for å tilpasse dette til gjeldende rammebetingelser. Den påfølgende gjennomgangen ga ikke tilstrekkelige resultater. Derfor ble Helse Midt-Norge RHF i foretaksmøte i februar 2007 pålagt å iverksette eksterne gjennomganger, både med hensikt å redusere investeringsomfanget og vurdere framtidig driftsøkonomi når fase 2 ferdigstilles.

De eksterne gjennomgangene som ble fremlagt i juni 2007 har etter departementets oppfatning i liten grad gitt svar på hvordan Helse Midt-Norge RHF skal håndtere framtidige kostnader som vil påløpe når prosjektet er ferdig. En viktig grunnforutsetning for å kunne håndtere de økte kostnadene

som kommer når bygget står ferdig i 2009/2010, er at St. Olavs hospital får kontroll over den generelle driften.

Det foreslås en økning i basisbevilgningen for å gjenanskaffe og fornyelse bygg og utstyr til Helse Midt-Norge RHF på 229 mill. kroner. Dette utgjør 89 mill. kroner mer enn den tidligere varslede rammeøkningen på 140 mill. kroner. Dette gir en varig framtidig økning i regionens inntektsrammer, og er et viktig bidrag for at Helse Midt-Norge RHF skal kunne håndtere framtidig økonomi. I tillegg til varige høyere inntektsrammer, vil bevilgningsøkningen også føre til at låneopptak til gjennomføring av prosjektet reduseres betraktelig. Dette vil gi Helse Midt-Norge RHF en lavere framtidig kostnadsbyrde. utfordringene i Helse Midt-Norge RHF er likevel omfattende og departementet ser det som avgjørende at Helse Midt-Norge RHF intensiverer sitt arbeid for at regionen kan håndtere denne utbyggingen innenfor de økonomiske rammer som er gitt.

I 2006 utgjorde departementets tilskudd til byggeprosjektet 137,5 mill. kroner. I 2007 vil det utbetales 294 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 skulle etter planen tas i bruk primo 2009. Utbyggingsprosjektet er i rute med hensyn til kostnadsrammen. Fremdriften er noe forsinket, da bygget nå forventes ferdigstilt 2. kvartal 2009. Departementets samlede bidrag/investeringstilskudd til prosjektet utgjør 640 mill. 2004-kroner.

I 2006 utgjorde tilskuddet til gjennomføring av prosjektet 133 mill. kroner. I 2007 vil det utbetales 169 mill. kroner i investeringstilskudd til gjennomføring av byggeprosjektet.

### **Budsjettforslag for 2008**

For 2008 foreslås det bevilget 1059 mill. kroner i samlet investeringstilskudd til de tre utbyggingsprosjektene, med følgende fordeling.

– Nye Ahus	404 mill. kroner
– Nytt forskningsbygg	243 mill. kroner
– Nye St. Olavs Hospital <sup>1</sup>	412 mill. kroner

<sup>1</sup> Universitetsdelen av dette prosjektet finansieres over Kunnskapsdepartementets budsjetter (kap. 281, post 79), der det for 2008 foreslås bevilget 274,9 mill. kroner til formålet.

**Post 82 Investeringslån (tidligere post 90)**

Helseforetakenes vedtekter legger til grunn at lån til investeringer kun skal foretas gjennom denne statlige låneordningen som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. Som varslet under investeringsomtalen foreslås en økning i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene på 1,67 mrd. kroner for å kunne gjenanskaffe og fornye foretakenes bygg og utstyr. Dette innebærer at foretakenes behov for ekstra likviditet for å gjennomføre planlagte investeringsprosjekter reduseres.

Fra og med 2008 vil lån til investeringer ikke lenger bli ført som lånetransaksjon, men i stedet som tilskudd under programkategori 10.30. Tilskuddet gis som lån til helseforetakene som helseforetakene skal nedbetale og betale renter for, som under gjeldende system. Dette innebærer at utgif-

tene og inntektene knyttet til investeringslån budsjetteres og synliggjøres som for andre virksomheter på statsbudsjettet. For begrunnelse og nærmere omtale av omleggingen, vises det til kap. 9 i St.prp. nr. 1 (2007-2008) Statsbudsjettet. Omleggingen innebærer at både investeringslån og de tilknyttede poster i statsbudsjettet bevilges over tilskuddsposter. Post 82 er derfor opprettet og erstatter tidligere kapittel 3732, post 90. Overfor de regionale helseforetakene vil den etablerte låneordningen videreføres og håndteres som tidligere.

**Rapportering 2006**

Det ble bevilget 2,75 mrd. kroner til formålet. Ved utgangen av 2006 utgjorde totalt låneopptak om lag 9,9 mrd. kroner med følgende fordeling per foretak:

Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2006 fordelt på de regionale helseforetakene

(i mill. kr)

Regionalt helseforetak	2005	2006			Lånesaldo per 31.12.06
	Lånesaldo per 31.12.05	Fordelt låneramme	Påløpte byggelånsrenter jf. kap. 732, post 83	Innbetalte avdrag jf. kap. 3732, post 81	
Helse Øst RHF	2 232,0	1 400	71,5	-22,6	3 680,9
Helse Sør RHF	1 659,7	100	8,4	-79,8	1 688,4
Helse Vest RHF	1 102,7	550	13,7	-55,1	1 611,3
Helse Midt-Norge RHF	2 931,8	300	11,2	-1365	1 878,0
Helse Nord RHF	627,8	400	12,0	-23,6	1 016,2
Sum	8 554,1	2 750	116,8	-1546,2	9 874,7

De regionale helseforetakenes samlede låneopptak utgjør etter dette om lag 9,9 mrd. kroner. Av dette er 6,5 mrd. kroner omgjort til langsiktig lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 3,4 mrd. kroner er videreført byggelån til prosjekter som er under gjennomføring.

**Status 2007**

Lånerammen for 2007 utgjør 3,5 mrd. kroner. Bevilgningsforslaget ble satt som følge av foretakenes tidligere innmeldte planer om likviditetsbehov for gjennomføring av vedtatte investeringsprosjekter.

**Budsjettforslag 2008**

Den foreslåtte bevilgingsøkningen til investeringer vil føre til et lavere behov for låneopptak for å

gjennomføre vedtatte investeringer. Tidligere utbyggingsvedtak og framdriftsplaner bl.a. til parallell utbygging av de store utbyggingsprosjektene Nye St. Olavs Hospital og Nye Ahus, innebærer likevel et høyt finansieringsbehov også i 2008. For å sikre framdrift av tidligere vedtatte prosjekter foreslås lånerammen for 2008 satt til 1,72 mrd. kroner. Denne lånerammen skal brukes til å gjennomføre pågående prosjekter over psykiatriplanen, samt prosjektene Nye Ahus, Nye St. Olavs Hospital, Forskningsbygg ved Radiumhospitalet, ombygging og moderniseringer ved Haukeland. I budsjettforslaget er det også lagt til rette for igangsetting av planlagt utbygging og modernisering av Nordlandssykehuset i Bodø i 2008.

### Byggelånsrenter av investeringslån (Opptreksrenter)

I perioden frem til ferdigstillelse 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). I dette budsjettforeslaget er det lagt opp til at investeringslån bevilges på egen tilskuddspost. Dette innebærer at budsjetteringen av tilhørende byggelånsrenter blir delt i det som gjelder lån tatt opp før 2008 og lån som tas opp i 2008 og årene etter.

I 2006 utgjorde samlede byggelånsrenter på de regionale helseforetakenes investeringslån 116,8 mill. kroner, se tabellen over.

For 2008 foreslås det budsjettert med totalt 385 mill. kroner i byggelånsrenter.

### Post 83 Opptreksrenter for lån fom. 2008

Denne posten er en teknisk håndtering av byggelånsrenter på investeringslån som de regionale helseforetakene tar opp fra og med 2008.

For 2008 foreslås det budsjettert med 55 mill. kroner i opptreksrenter på nye lån.

### Post 91 Opptreksrenter for lån tom. 2007

Denne posten er en teknisk håndtering av opptreksrenter på investeringslån som de regionale helseforetakene tar opp før 2008, jf. omtale av opptreksrenter ovenfor. I 2006 utgjorde samlede opptreksrenter 116,8 mill. kroner, se tabellen i kap. 732, post 82.

For 2008 foreslås det budsjettert med 330 mill. kroner i byggelånsrenter for lån tatt opp før 2008.

## Kap. 3732 Regionale helseforetak

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
80	Renter på investeringslån, <i>overslagsbevilgning</i>	157 692	240 000	350 000
90	Avdrag på investeringslån tom. 2007, <i>overslagsbevilgning</i>	1 546 163	325 000	400 000
	Sum kap. 3732	1 703 855	565 000	750 000

### 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 2006 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 157,7 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene, med følgende fordeling:

### Oversikt over innbetalte renter i 2006 fordelt på regionale helseforetak

		(i mill. kr)
Regionalt helseforetak	Innbetalte renter på serielån	
Helse Øst RHF		9,2
Helse Sør RHF		51,9
Helse Vest RHF		36,6
Helse Midt-Norge RHF		49,7
Helse Nord RHF		10,4
Sum		157,7

Det foreslås at de regionale helseforetakenes renter på investeringslån budsjetteres med 350 mill. kroner i 2008.

### Avdrag på investeringslån

I budsjettforslaget for 2008 er det foreslått at en bevilger investeringslån som en ordinær tilskuddspost, jf. omtale i post 82 over. Dette innebærer at og avdrag knyttet til investeringslån blir todelt; det som gjelder lån tatt opp før 2008 og det som gjelder opplåning i 2008 og årene etter. Post 81 omfatter avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp fra og med 2008, mens avdrag på lån tatt opp før 2008 er omtalt i post 90 nedenfor.

#### Rapportering

I 2006 nedbetalte de regionale helseforetakene 1,55 mrd. kroner av samlet låneopptak. Av dette var 250 mill. kroner avdragsinnbetalinger på inngåtte serielånsavtaler. I tillegg foretok Helse Midt-Norge RHF en ekstra nedbetaling av lån i begynnelsen av 2006 med om lag 1,3 mrd. kroner. Denne innbetalingen ble foretatt etter at Helse Midt-Norge RHF mottok investeringstilskudd til fase 1 av utbyggingen av St. Olavs Hospital. Se tabell under kap. 732, post 82 for fordeling av avdrag per regionale helseforetak.

### Avdrag på investeringslån fom. 2008

Det forventes ikke at det blir innbetalt avdrag på lån som er stilt til rådighet i 2008.

### Post 90 Avdrag på investeringslån tom. 2007

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på lån tatt opp før 2008.

## Kap. 737 Kreftregisteret

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
70	Tilskudd	77 485	80 353	83 808
	Sum kap. 737	77 485	80 353	83 808

### Post 70 Tilskudd

#### Formål

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-

trering, forskning, rådgivning og informasjon, jf. Kreftregisterforskriften.

### Driftskreditter i regionale helseforetak

De regionale helseforetakene har innenfor rammer fastsatt av Stortinget adgang til å ha driftskreditter hos sin private bankforbindelse. Denne adgangen er gitt for at de regionale helseforetakene til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å håndtere løpende utbetalinger. Departementet har ansvar for å fordele fastsatt ramme mellom de regionale helseforetakene. Ved utgangen av 2006 hadde fire av fem regionale helseforetak gjort bruk av driftskreditter på til sammen 3,9 mrd. kroner. Det må understrekes at bruk av driftskreditter varierer mellom måneder – og mellom helseforetak. De regionale helseforetakene har som følge av flere år med underskudd akkumulert et betydelig driftsunderskudd. Deler av dette underskuddet er finansiert med driftskreditter. Videre har de regionale helseforetakene over år hatt store merutbetalinger knyttet til pensjonspremier. Likviditetssituasjonen er blitt betydelig strammere i 2007 og det forventes at departementet vil tildele hele den disponible rammen til de regionale helseforetakene i løpet av dette året.

Helseforetakene må sikres forsvarlig likviditetsreserve for å kunne håndtere den ordinære driften. Det bes derfor om Stortingets samtykke til å øke den samlede rammen med 800 mill. kroner, slik at de fire regionale helseforetakene får adgang til å ta opp driftskredittlån innenfor en ramme på 7,3 mrd. kroner.

Resultat 2006 og tilstandsvurdering

#### Resultat 2006 og tilstandsvurdering

Departementet har mottatt årsrapport fra Kreftregisteret for bruk av midlene i 2006. Det ble bevilget 80, 3 mill. kroner til Kreftregisteret i 2006 til drift av virk-



somhet. Midlene inkluderte 2 mill. kroner som ble overført fra kap. 710, post 01 fra Nasjonalt folkehelseinstitutt til Krefregisteret, jf Stortingets behandling av St.prp. nr. 66 (2005-2006). Regnskapet for 2006 inneholder dette samt ekstern finansiering.

Det vises også til Stortingets behandling av Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjon og kontroll for budsjetterminen 2005 (Innst. S. nr. 155 (2006-2007), jf. Dokument nr. 1 (2006-2007), vedrørende Krefregisterets fond og avtaler mellom krefregisterets ansatte og private aktører. Riksrevisjonens bemerkninger har blitt fulgt opp i kontakten med tidligere Helse Sør RHF.

### *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 Tykk- og endetarmscreening-prosjektet NORCCAP 1. Registreringen er dermed i tråd med målsettingen om registerets kompletthet.

Oppmøtetallene for mammografi-programmet er 76 pst., for masseundersøkelsen mot livmorhalskreft 77 pst., og for NORCCAP om lag 65 pst. Dette er gode resultater, spesielt sett i et internasjonalt perspektiv, men det er likevel igangsatt tiltak for å ytterligere forbedre andelen oppmøtte. Det er etablert, og er under etablering, flere spesialregistre for ulike krefttyper. Innledende prosjekter for elektronisk overføring av patologimeldinger og kliniske kreftmeldinger til Krefregisteret er gjennomført i 2003-2006. Prosjektet videreføres i 2007 i samarbeid med Kompetansesenter for IT i helsesektoren (KITH), Nasjonalt senter for telemedisin (NST) og leverandørene av elektroniske pasientjournalssystemer.

Stortinget bevilget i 2003 og 2004 henholdsvis 1,7 og 1,5 mill. kroner til arbeidet med arvelig

kreft. Midlene ble bl.a. benyttet til å øke registreringen av arvelig disposisjon til kreft i de kliniske meldeskjemaene. Prosjektet er avsluttet. Videre fremover vil arvelig kreft i særskilt grad bli sett i sammenheng med Krefregisterets kvalitetsregistre for de enkelte kreftformer.

### *Forskning*

Ved årsskiftet 2006/2007 driftet Krefregisteret 99 forskningsprosjekter og deltok i 24 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. To doktorgradsarbeider utgikk fra Krefregisteret i 2006. Ansatte i Krefregisteret bidro til 86 vitenskapelige artikler i norske og internasjonale fagtidsskrifter.

### *Rådgivning og informasjon*

Heftene «Kreft i Norge 2004» og «Kreft i Norge 2005», som er informasjonshefter om forekomst og innsidens av ulike kreftformer, ble publisert i 2006. «Cancer in Norway 2007» planlegges utgitt i løpet av 2008. I tillegg ivaretas en betydelig informasjonsvirksomhet gjennom foredrag, besvarelser av enkelthenvendelser om kreft og gjennom en hjemmeside ([www.krefregisteret.no](http://www.krefregisteret.no)).

### **Budsjettforslaget for 2008**

Det foreslås en bevilgning på 83,8 mill. kroner i 2008 for å videreføre Krefregisterets arbeid innenfor registrering, forskning og rådgivning og informasjon på kreftområdet.

## Programkategori 10.40 Psykisk helse

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
742	Kontrollkomisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern	37 245	34 710	35 496	2,3
743	Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse	4 539 165	5 319 648	6 385 338	20,0
744	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	49 750	44 560	51 476	15,5
Sum kategori 10.40		4 626 160	5 398 918	6 472 310	19,9

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper

					(i 1 000 kr)
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
01-23	Statens egne driftsutgifter	54 425	59 212	56 052	-5,3
60-69	Overføringer til kommunefovaltningen	2 493 003	2 954 694	3 512 791	18,9
70-89	Andre overføringer	2 078 732	2 385 012	2 903 467	21,7
Sum kategori 10.40		4 626 160	5 398 918	6 472 310	19,9

Programkategori 10.40 omhandler i hovedsak arbeid relatert til psykisk helseområdet.

Kapittel 742 omhandler bevilgningen og ordningen med kontrollkomisjonene for psykisk helsevern i henhold til lov av 2.7.1999 nr. 62, og hjemhenting av norske borgere med hovedsaklig alvorlig psykisk sykdom.

Kapittel 743 omfatter spesielle øremerkede stimulerings tiltak for å styrke psykisk helsearbeid i kommunene, psykisk helsevern i helseforetakene og statlige tiltak i henhold til gjennomføringen av St.prp. nr. 63 (1997-1998) Om opptrappingsplanen for psykisk helse. Det overordnede målet med satsningen er å styrke brukerens evne til å mestre eget liv. Bevilgningene over Opptrappingsplanen kommer i tillegg til de midler som tildeles kommunene gjennom rammebevilgningene fra Kommunal- og regionaldepartementets budsjettkapitler og gjennom basisbevilgningene til de regionale helse-

foretak (kapittel 732, post 71–75). Siden 1994 har det vært bevilget statlige stimulerings tilskudd til ulike tiltak for mennesker med psykiske problemer. Midlene inngår som en del av totalbevilgningen på kapitlet.

De øremerkede tilskudd som bevilges gjennom dette kapitlet må sees i sammenheng med den øvrige ressursbruk i kommuner og helseforetak. Midler til Norges forskningsråds programmer om psykisk helse er oppført under kapittel 701, post 50. For 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 avsatt over henholdsvis Kommunal- og regionaldepartementets og Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett.

Kapittel 744 omfatter tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede. Ordningen finansierer ikraftsetting av særreaksjoner iht. straffeloven §§

238 og 239. Bevilgningen på posten dekker kostnader forbundet til fagenhet for tvunget omsorg.

## Kap. 742 Kontrollkommisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
01	Driftsutgifter	33 738	32 823	33 528
70	Tilskudd	3 507	1 887	1 968
	Sum kap. 742	37 245	34 710	35 496

Overført fra 2006 til 2007:  
Post 01: 1635 mill. kroner.

Retningslinjer for kontrollkommisjonens saksbehandling er planlagt ferdigstilt i 2007.

### Post 01 Driftsutgifter

#### Formål og hovedprioriteringer

Der det er personer under psykisk helsevern etter lov av 02.07.1999 nr. 62, skal det være en kontrollkommisjon, som har til oppgave å behandle klager på avgjørelser i tilknytning til innlagte pasienter. Kontrollkommisjonen skal ved etterprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern uten klage også kontrollere om pasienter som har rett til en individuell plan har dette. Kontrollkommisjonene kan bare overprøves av domstolene når det gjelder avgjørelser i klagesaker. Kontrollkommisjonene avgir årsrapporter fra sitt arbeid til Sosial- og helsedirektoratet, som har et overordnet ansvar for kommisjonenes arbeid. Utgiftene til kontrollkommisjonene dekkes over dette kapitlet.

#### Resultatrapportering 2006

Landet har 57 kontrollkommisjoner. Kommisjonene er geografisk fordelt slik: Helse Sør-Øst 29, Helse Vest 10, Helse Midt-Norge 9, Helse Nord 9.

Sosial- og helsedirektoratet slutførte i 2005 på oppdrag fra departementet, en evaluering av kontrollkommisjonene i samsvar med Stortingets anmodning, jf. Innst. S. nr. 11 (2001–2002), som ledd i arbeidet med å kvalitetssikre kommisjonenes arbeid. Arbeidet med oppfølging av evalueringen er planlagt slutført i 2007.

#### Tilstandsvurdering 2007

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge opp resultatene av evalueringen og iverksette tiltak i 2006-07, blant annet for å sikre en mer ensartet forståelse av regelverk og lik praksis.

### Satsingsområder og resultatmål 2008

Kontrollkommisjonenes rapportering 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.

### Post 70 Tilskudd

#### Formål og oppgaver

Posten skal dekke utgifter til gjennomføring av tvungent psykisk helsevern for pasienter som ikke har bosted i riket, jf. lov om spesialisthelsetjeneste § 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.

#### Resultatrapportering 2006

I 2006 ble det foretatt 8 hjemsendelser av utenlandske borgere med alvorlig psykisk sykdom og 20 hjemhentinger av norske borgere med alvorlige psykiske lidelser som befant seg i utlandet. I tillegg har posten dekket utgifter til behandling og hjemtransport av én norsk statsborger med livstruende somatisk sykdom.

**Kap. 743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	20 687	26 389	22 524
62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	2 493 003	2 954 694	3 512 791
70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	333 806	363 754	403 295
72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	88 510		
73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	69 728	105 605	120 146
75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	1 533 431	1 869 206	2 326 582
	Sum kap. 743	4 539 165	5 319 648	6 385 338

Overført fra 2006 til 2007:

Post 21: 1 183 000

Post 62: 46 692 000

Post 70: 20 959 000

Post 73: 35 203 000

Post 75: 13 070 000

Arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) bygger 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 budsjettokumenter. Planens økonomiske rammer innebærer at driftsnivået i 2008 skal være 5,8 mrd. kroner høyere enn i 1998 og at det skal investeres for 8,5 mrd. kroner (2007-kroner).

Omfanget av psykiske lidelser varierer i varighet, alvorlighet og intensitet. Undersøkelser tyder på at om lag en sjettedel av den voksne befolkningen til enhver tid har en psykisk lidelse inklusive rusproblemer. Det er uklart hvor stor andel som har behov for profesjonell hjelp. For om lag en fjerdedel av de 900 000 personene i yrkesaktiv alder som står utenfor arbeidsstyrken, er psykiske problemer en vesentlig årsak. I 2006 var det registrert 89 500 yrkeshemmede, hvorav 20 450 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 personer med alvorlige psykiske lidelser er blant de som har svakest tilbud i kommunene og dårligst levekår.

Det er grunn til å tro at psykiske problemer og lidelser ikke vil bli mindre omfattende i framtiden. Verdens helseorganisasjon antar at den samlede

belastningen (uførhet og for tidlig død) på grunn av depresjon vil øke og at i 2020 vil psykiske lidelser, nest etter hjerte- og karsykdommer, være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning på verdensbasis. I vestlige land ventes det at depresjon vil utgjøre den største sykdomsbelastningen.

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 har sluttet seg til erklæringen og handlingsplanen.

Flere europeiske land (hvh. England, Sverige, Italia og Irland) har gjennomført en større omstrukturering av behandlingstilbudet med avvikling av de tradisjonelle psykiatriske sykehuse og fokus på mer lokalbaserte løsninger, kombinert med at sykehusfunksjonene integreres og ivaretas i alminnelige sykehus.

Den norske Opptrappingsplanen legger vekt på utbygging av kommunale tiltak, omstrukturering og utbygging av spesialisthelsetjenesten og forebyggende tiltak. I tillegg er dette understøttet av statlige kompetansehevede tiltak, arbeidsmarkedstiltak med mer. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008) bærer i seg de sentrale verdimeslige føringene som WHO-ministererklæring bygger på.

**Status for Opptrappingsplanen for psykisk helse**

Opptrappingsplanen for psykisk helse vil i 2008 være inne i sitt tiende og siste år. Med den foreslåtte bevilgningen for 2008 vil regjeringen ha fullført den økonomiske satsingen i henhold til St.prp.

nr. 63 (1997-1998) Om Opptrappingsplanen for psykisk helse. I henhold til offisiell statistikk, evalueringsrapporter, tilbakemeldinger fra brukerorganisasjonene og vurderinger fra Sosial og helsedirektoratet er det oppnådd:

- økt fokus på psykisk helse i kommunene og i spesialisthelsetjenesten
- om lag dobbelt så mange personer får hjelp fra psykisk helsevern sammenlignet med 1998
- økt vekt på bruker- og pårørendeperspektivet
- etablering av boliger og støttetiltak i kommunene
- etablering av 75 (per 2006) distriktpspsykiatriske sentre
- styrking av polikliniske og ambulante funksjoner, av akuttpsykiatriske funksjoner og generelt kapasitetsøkning, særlig innenfor psykisk helsevern for barn og unge
- større åpenhet og økte kunnskaper om psykiske lidelser
- vesentlig flere personer med psykiske lidelser får arbeidsstøttende tiltak
- etablering av en rekke kompetansehevende tiltak

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 vil gjenstå etter 2008. Dette handler om forebyggende tiltak, tilgjengelighet til tjenester, ventetider, lavterskeltiltak, oppfølging etter utskrivning, samarbeid, 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 må antas å kreve oppfølging også etter 2008. Utviklingen av det kommunale tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser, til personer med samtidig rusproblematikk og psykiske lidelser og tilbudet til særlig ressurskrevende voksne med sammensatte behov må prioriteres framover. Resultatrapportering i forhold til kommunene og spesialisthelsetjenesten blir gitt under post 62, psykisk helsearbeid i kommunene og post 75, styrking av psykisk helsevern.

### Psykisk helse etter 2008

Under behandling av statsbudsjettet for 2007 hadde helse- og omsorgskomiteen i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006-2007) følgende merknad «Komiteen ber Regjeringen legge fram for Stortinget i statsbudsjettet for 2008 hvordan arbeidet med psykisk helse skal videreføres etter 2008, når opptrappingsplanen utløper.»

Opptrappingsplanen for psykisk helse avsluttes ved utløpet av 2008. I tråd med forutsetningene for

Opptrappingsplanen bortfaller de øremerkede tilskuddene til styrking av tjenestene i kommuner og regionale helseforetak. For å sikre varig effekt av opptrappingsplanen, er det nødvendig å videreføre de samlede driftsmidler fra planen til kommuner og regionale helseforetak etter 2008.

Regjeringen vil holde tydelig fokus på arbeidet med psykisk helse også etter 2008, selv om opptrappingsplanen avsluttes. De overordnede mål og verdigrunnlag fra opptrappingsplanen vil fortsatt legges til grunn for Regjeringens politikk, jf. også den europeiske ministererklæringen fra WHO 2005 (Helsinki-deklarasjonen). Tilretteleggelse for selvstendighet og mestring av eget liv, et tydelig brukerperspektiv, desentralisering, nærhet til tjenestene, arbeidsrettede tiltak og forebyggende arbeid vil derfor fortsatt stå som sentrale elementer i den videre utviklingen av tilbudet.

Som hovedprinsipp vil ordinære virkemidler og gjeldende styringssystemer overfor kommuner og regionale helseforetak bli lagt til grunn for statens styring av området etter 2008. Staten vil utøve sin styring gjennom årlige skriv, jf. styrings- og informasjonshjulet for helse og sosialtjenesten i kommunene og tilsvarende styringsdokumenter og rapportering i forhold til de regionale helseforetakene.

Departementet vil i statsbudsjettet for 2009 komme tilbake til midler for å videreføre stimuleringstiltak for å styrke kompetanse og kvalitetsutvikling i tjenesten. Særskilte tiltak rettet mot barn og unge og særlig ressurskrevende voksne med stort hjelpebehov vil bli vurdert. Videre vil utviklingen av et mål og indikatorsystem legge et grunnlag for bedre å kunne følge med utviklingen i sektoren.

### Kommunene

I tråd med forutsetningene for Opptrappingsplanen foreslås det at det øremerkede tilskuddet til kommunene innlemmes i rammetilskuddet fra og med 2009, jf. omtale i St.prp. nr. 67 (2007-2008) Kommuneproposisjonen. Psykisk helsearbeid i kommunal sektor er imidlertid et ungt arbeidsfelt. Det er derfor behov for videreutvikling når det gjelder kvalitet, kompetanse, innhold og organisasjon. Det psykiske helsearbeidet er heller ikke tilstrekkelig bygget opp i alle kommuner når det gjelder forebygging, tilbud om tidlig intervensjon, og effektiv behandling og oppfølging av psykiske plager og lidelser.

Statlige stimuleringstilskudd har vist seg effektive med hensyn til kompetanseheving og rekruttering. Departementet anbefaler at kompetansebehov og tjenesteutvikling i kommunal sektor fra og med 2009 følges opp gjennom statlig stimuleringstilskudd til kompetansehevende tiltak og tjenesteut-

vikling. Omfanget vil bli nærmere vurdert i budsjettet for 2009. Dette innebærer at hele eller deler av øremerkede tilskudd til tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid videreføres etter 2008. Midlene skal ikke benyttes til ordinær drift av tjenester, men til utviklings- og kompetansetiltak og ses i sammenheng med Opptappingsplan for rus. Fylkesmannen har gjennom egne rådgivere for psykisk helsearbeid i kommunene fulgt opp kommunene i opptappingsplanperioden. Departementet foreslår at fylkesmannens rådgivningsfunksjon videreføres også etter 2008 for å følge opp utviklingen i kommunene. Rådgivningsfunksjonen må sees i sammenheng med fylkesmannens rådgivning på folkehelsefeltet og opptappingsplanen for rusfeltet.

Det er en spesiell utfordring for det forebyggende arbeidet at viktige faktorer som påvirker befolkningens psykiske helse i hovedsak ligger utenfor helsesektoren, og at mange sektorer har et stort ansvar. Kommunene bør derfor i større grad kople arbeidet for å forebygge psykiske problemer til det øvrige folkehelsearbeidet.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig aktør i det forebyggende arbeidet overfor barn og unge. Regjeringen har i St. meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* varslet at skolehelsetjenesten skal videreutvikles og styrkes.

#### *Spesialisthelsetjenesten*

Departementet legger til grunn at det øremerkede tilskuddet til styrking av psykisk helsevern innlemmes i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. De sentrale utfordringene for spesialisthelsetjenesten vil være å styrke DPS-tjenestene kvalitetsmessig, sørge for gode akuttjenester, og håndtering av krevende og farlige pasienter. Utfordringene for psykisk helsevern fra og med 2009 følges opp gjennom statlig stimuleringsstilskudd til kompetansehevede tiltak og tjenesteutvikling.

I statsbudsjettene for 2005, 2006 og 2007 er det forutsatt at rus og psykisk helsevern skal ha relativt større vekst enn somatikk. Dette kravet videreføres i 2008.

#### *Statlige stimulerings tiltak*

Gjennom opptappingsplanen er det avsatt om lag 500 mill. kroner til statlige stimulerings tiltak, i tillegg til at det ligger inne om lag 128 mill. kroner til tilsvarende formål fra den forutgående handlingsplanen, til sammen 628 mill. kroner. Departementet ser det som nødvendig at midler videreføres til stimuleringsformål også etter 2008, for å kunne møte de gjenstående utfordringer knyttet til kvalitet og

innhold i tjenestene. Departementet vil komme tilbake til dette i statsbudsjettet for 2009. Midlene for 2008 er knyttet til strategi og handlingsplan for psykisk helse og arbeidslivet (250 mill. kroner), jf. omtale under post 70, drift av regionale kompetansesentre for barn og ungdom og regionale ressursentre for vold og traumatisk stress og for øvrig til støtte til brukerorganisasjonene, til forskning, utdanning og andre kompetansehevede tiltak, informasjons og holdningsarbeid, gjennomføring av strategiplaner for økt brukermedvirkning og samarbeid med pårørende, samt plan for redusert bruk av tvang i psykisk helsevern. Omdisponeringer innenfor denne rammen og eventuelle overføringer av oppgaver og midler til kommunesektor eller regionale helseforetak vil bli vurdert i tilknytning til de årlige budsjettframlegg.

#### *Øvrige strategier og tiltak*

Selv om det har vært satset på evaluering og forskning gjennom hele opptappingsperioden, er det fremdeles et stort behov for mer kunnskap både om årsaker til psykiske lidelser og effektive tiltak for å forebygge og behandle lidelsene. Det betyr at arbeidet i regi av Norges forskningsråd, de regionale helseforetakene, Nasjonalt folkehelseinstitutt og andre relevante institusjoner bør videreføres.

Det samme gjelder innsatsen for å sikre en bedre oversikt over befolkningens psykiske helse. Det er behov for denne typen data som grunnlag for utvikling av indikatorer, prioritering av målgrupper og innsatsområder og som grunnlag for forskning. Dette er bakgrunnen for at Nasjonalt folkehelseinstitutt har fått i oppdrag å etablere et system for regelmessige diagnosebaserte befolkningsundersøkelser innen utløpet av opptappingsperioden.

#### *Styring og oppfølging gjennom mål og indikatorer*

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide mål og indikatorer for å følge utviklingen av det psykiske helsearbeidet etter 2008. Mål og resultatstyring vil være et sentralt virkemiddel i den videre utviklingen av det kommunale arbeidet. 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. Sosial- og helsedirektoratet 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.

Tjenestene skal ha fokus på betydningen av å støtte prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning. Det forebyggende arbeidet må ta utgangspunkt i faktorer som påvirker den psykiske helsen, for eksempel arbeidsledighet, arbeidsmiljø, sosiale forskjeller, diskriminering, oppvekst- og skolemiljø og foreldres psykiske helse og/eller rusproblemer.

#### Økonomiske rammer – bevilgninger for perioden 1999 – 2008

Opptrappingsplanen for psykisk helse er fulgt opp gjennom bevilgninger i de årlige statsbudsjetter. Gjennom budsjettframlegget for 2008 fullføres Opptrappingsplanen for psykisk helse i henhold til St.prp. nr. 63 (1997-1998) og de endringer som er foretatt gjennom de årlige budsjettbehandlinger. Det foreslås for 2008 en styrking på 850 mill. kro-

ner til psykisk helse over kapittel 743 i forhold til saldert budsjett 2007. Dette innebærer en samlet bevilgning på 6 385 mill. kroner over kapitlet til stimulerings tiltak innen psykisk helsefeltet.

5,2 mrd. kroner er bevilget i tilknytning til gjennomføringen av Opptrappingsplanen i planperioden 1999-2008. 1,1 mrd. kroner er knyttet til øremerkede tilskudd til psykisk helse bevilget i perioden 1994-1998.

Stortinget har gjennom de årlige budsjettbevilgninger foretatt enkelte budsjettmessige omprioriteringer mellom hovedtiltakene i planen. I tabellen nedenfor framkommer en oversikt over de samlede driftsutgifter fordelt mellom tiltakene. Oversikten viser de opprinnelige måltall (i 1998-kroner og i 2008-kroner) i forhold til St.prp. nr. 63 (1997-1998), og status mellom tiltakene ved fullføring av planen i 2008.

Tabell 5.6 Økte utgifter til drift bevilget til gjennomføring av Opptrappingsplanen 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	2769	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

I forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 1 (2006-2007) vedtok Stortinget en omfordeling av driftsmidler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Med bakgrunn i den raske 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 opptrappingsperioden har det framkommet et behov for å styrke arbeidet med vold og traumatisk stress, noe som ikke var prioritert gjennom 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 ovenfor. Investeringsvolumet i boliger målt i antall tilsagn viser at det er gitt tilsagn til om lag 3 400 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 5,4 mrd. kroner (2008-priser) som også tilsvarer måltallet i opptrappingsplanen.

#### Budsjettforslag for 2008

I budsjettforslaget for 2008 foreslås det å avsette 940 mill. kroner mer til psykisk helsearbeid sammenliknet med saldert budsjett for 2007. Fordelingen av beløpet er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 5.7 Styrking av arbeidet med psykisk helse i 2008. Mill. kroner

Kommunale tjenester (øremerkede tilskudd) <sup>1</sup>	434
Spesialisthelsetjenester (øremerkede tilskudd) <sup>2</sup>	392
Andre statlige tiltak <sup>3</sup>	114
Sum styrking psykisk helse 2008	940

<sup>1</sup> 434 mill. kroner går til å styrke bevilgningen til psykisk helsearbeid i kommunene (kap. 743, post 62).

<sup>2</sup> Av dette beløpet er det satt av 377 mill. kroner til styrking av psykisk helsevern over kap. 743, post 75. 15 mill. kroner er lagt på kap. 732, post 77 til økt poliklinisk aktivitet.

<sup>3</sup> Bevilgningen er avsatt til gjennomføring av Strategiplan for arbeid og psykisk helse. 25 mill. kroner bevilges over kap. 743, post 70 mens det er avsatt 75 mill. kroner på kap. 634, post 01 og kap. 605, post 71, Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett. De 4 mill. kroner til statlige tiltak er lagt på kap. 743, post 70. 10 mill. kroner bevilges over kap. 743, post 73.

## Post 21 Spesielle driftsutgifter

### Formål og hovedprioriteringer

Posten finansierer 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. Sentrale virkemidler er den statlige oppfølgingen og veiledningen overfor kommunesektoren gjennom fylkesmennene og de særskilte rådgiverne for kommunenes psykiske helsearbeid. Fylkesmannen skal gjennom rådgiverne for psykisk helse bistå kommunene i planarbeid, organisering, kompetanseutvikling og gjennomføring av arbeidet med å styrke tilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Sosial- og helsedirektoratet er tildelt sentrale oppgaver i gjennomføringen av Opptappingsplanen for psykisk helse. Gjennomføring og oppfølging av tiltak i planen videreføres i tråd med Stortingets vedtak og departementets føringer for arbeidet.

### Satsningsområder og mål 2008

Fylkesmannens rådgivende rolle for kommunesektoren skal videreføres. Arbeidet med psykisk helse vil bli sett i sammenheng med rusarbeidet og det øvrige folkehelsearbeidet i kommunene.

Det er fortsatt behov for en målrettet innsats overfor kommunene med råd og veiledning, faglig støtte og utvikling av nettverk mellom kommunene. Det er behov for en vurdering fra fylkesmannen av kvaliteten på tilbudet til mennesker med psykiske lidelser i den enkelte kommunene. Rådgivning og bistand fra fylkesmennene vil være et viktig bidrag til kommunenes videre utvikling av det faglige innholdet og kvalitetsarbeidet på dette feltet, også etter 2008. Fylkesmennene vil også være viktige samarbeidspartnere for NAVs koordinatører for arbeid og psykisk helse på fylkesnivå.

På bakgrunn av deres erfaring vil fylkesmennene gis i oppdrag å vurdere det kvalitative innholdet i kommunenes tilbud til mennesker med psykiske lidelser.

## Post 62 Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommunene, kan overføres

### Formål og hovedprioriteringer

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter tiltak og tjenester til mennesker med psykiske vansker og lidelser og deres familier og nettverk. Det omfatter forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid som motvirker stigmatisering og diskriminering. 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. Målet er å styrke den enkeltes mulighet til å mestre sin egen situasjon. Psykisk helsearbeid utføres i helse- og sosialtjenesten og andre sektorer i kommunen. For å oppnå et godt tilbud til brukerne er det viktig at kommunene har faglig kompetanse om psykisk helsearbeid.

Det er foreslått bevilget 434 mill. kroner mer i 2008 i forhold til saldert budsjett i 2007. I tillegg kommer priskompensasjon.

### Resultatrapportering 2006

Tabellen nedenfor viser faktisk økning i forhold til måltallene for Opptappingsplanen i perioden 1998 til 2006. Enkelte måltall var ikke definert ved oppstart av opptappingsplanen, men er utviklet i ettertid. De mål dette gjelder framkommer av tabellen nedenfor.

I tillegg kommer egen tilskuddsordning i forbindelse med storbyatsningen. Dette er ikke synliggjort i tabellen nedenfor.



Tabell 5.8 Kapasitetsøkning i kommunale tjenester 1999-2006 (Tall per 31.12.2006)

Tiltak	Planlagt økning fra 1998 til 2008	Faktisk økning fra 1998 <sup>1</sup> til 2005	Faktisk økning 1998 <sup>1</sup> til 2006	Andel økning 1999-2008 (pst.) til 2005	Andel økning 1999-2008 (pst.) til 2006
Omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser	3400	1952	2314	57	68
Årsverk totalt	4770	2929	3651	61	77
Årsverk voksne	3710	2096	2607	56	70
- hjemmetjenester mv.	3400	1524	1928	45	57
- behandlingstilbud, veiledning	309	572	679	185	220
- aktivitetstilbud	2	(437)	(532)		
Årsverk barn og unge	1060	833	1044	79	98
- helsestasjon, skolehelsetjeneste	800	450	561	56	70
- annen forbygging/ psykososialt arbeid	260	383	483	147	186
Støtte til brukerorganisasjoner (mill. kroner)	3	19	18		
Kompetansetiltak, rekruttering (mill. kroner)	3	31	28		

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Ikke definerte måltall. Med utgangspunkt i faktisk utvikling fram til 2003 og økonomiske måltall kan forventet nivå settes til 720 årsverk.

<sup>3</sup> Måltall er ikke definert i Opptrappingsplanen, 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)

Aktivitetsnivå og evaluering: Rapporteringen fra kommunene viser i likhet med tidligere år en tilfredsstillende økning i aktivitetsnivå målt i årsverk fra 2005 til 2006. En nødvendig prioritering av tilbudet til barn og unge, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2006-2007) har ført til at 98 pst. av måltallet for barn og unge er nådd. Tilsvarende er 70 pst. nådd for voksne. Totalt er 77 pst. av måltallet nådd i perioden 1998-2006. Dette er tilfredsstillende sett i lys av at nivået på bevilgningen til de øremerkede tilskuddene i 2006 var kommet opp i 76 pst. av det totale måltallet.

Evalueringen av Opptrappingsplanen gjennom Norges Forskningsråd viser en positiv utvikling i det kommunale psykiske helsearbeidet i opptrappingsperioden. Det er betydelige forskjeller mellom kommunene i hvilke tjenester de tilbyr, hvordan disse er organisert og hvor mange som får ulike tilbud. Det er behov for oppfølging og faglig støtte til kommunene i deres videre arbeid for å sikre befolkningen bedre tilgjengelighet til de ulike tjenestene, og for å bidra til styrking og utvikling av det faglige innholdet i tjenestene.

Rekrutteringen av fagpersonell er bedre enn forventet i Opptrappingsplanen. Rekrutteringen av psykologer i kommunene og personell til helsestasjons- og skolehelsetjenesten er imidlertid lavere enn forventet. Dette vil bli fulgt opp særskilt, jf. nærmere omtale under Personell og kompetanse.

*Særlige tilbud rettet mot barn og unge:* Veileder for kommunalt psykisk helsearbeid ble utarbeidet i 2006. Det er etablert ulike lavterskeltilbud i kommunene. Det satses blant annet på utbygging av familiesentre som er en lokalt forankret, samordnet virksomhet rettet mot foreldre og barn. Modellen omfatter helsestasjonsvirksomhet, barnehage, familieveileder, forebyggende barnevern og PP-tjeneste mv. For å sikre et helhetlig tilbud, og styrke det psykososiale arbeidet blant barn og unge er det ønskelig at kommunene tilrettelegger for familiesentre i tråd med den evaluerte modellen. Det var om lag 60 familiesentra i Norge i 2007. Sammensetting av tjenester er tilpasset lokale forhold. Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP) har ansvar for å bistå og legge til rette for

familiesentre. RBUP Nord har et nasjonalt koordinerende ansvar for faglig oppfølging av modellen.

Psykisk helse i skolen er en stor forebyggende satsing som drives av fem organisasjoner og består av seks ulike opplæringsprogrammer for elever, lærere, administrasjon og helsepersonell. Ni fylker deltok i Psykisk helse i skolen i 2006, og mer enn 50 000 elever har deltatt i ett av opplæringsprogrammene. De resterende fylkene vil bli invitert til å delta i satsingen Psykisk helse i skolen. Det er inngått avtale om effektevaluering av tre av opplæringsprogrammene.

*Boliger:* Opptappingsplanen har som mål å etablere 3 400 omsorgsboliger til mennesker med psykiske lidelser. 1.kvartal 2007 var 2 323 av 3 418 innvilgede tilsagn ferdigstilt. Ferdigstillingen har for mange kommuner tatt lengre tid enn planlagt. Dette henger sammen med press i boligmarkedet og lang saksbehandlingstid i kommunene. Flere av boligene vil først stå ferdige i 2008 og enkelte i 2009.

### Satsingsområder og mål for 2008

Psykisk helsearbeid er et arbeidsfelt i utvikling. Det er viktig i 2008 å forankre fagfeltet og gjøre tjenestene mer synlige og tydelige slik at både brukerne, befolkningen og samarbeidspartnere lett kan finne fram til adekvat hjelp. I Helsetilsynets rapport 8/2007 om helsetilbudet til personer med psykiske lidelser påvises mangler ved tilbudet til brukere med sammensatte og omfattende behov. Det er viktig at innsatsen rettes mot denne gruppen. Det må satses videre på etablering av psykososiale team og styrking av behandlings- og oppfølgingstilbudet til barn og unge med psykiske lidelser.

I arbeidet med å forebygge psykiske problemer og lidelser er det behov for en bred tilnærming med tverrsektoriell og systematisk innsats over tid. Kommunene bør i større grad kople arbeid for å forebygge psykiske problemer til det øvrige folkehelsearbeidet, bl.a. gjennom lokale partnerskap for folkehelse, og bruke kommuneplanen som arena for forankring og grunnlag for forpliktende samarbeid. Det vises til omtale under kapittel 719, post 60.

Alle kommuner og respektive helseforetak skal ha etablert et fast strukturert samarbeid om tjenester til mennesker med psykiske lidelser, både til barn, unge og voksne. Kommunene har kommet ulikt langt i sitt arbeid med individuelle planer, og det er fremdeles brukere som ikke mottar dette tilbudet. Arbeid med individuelle planer er en sentral indikator over kommunens kvalitetsarbeid på dette feltet.

### Barn og unge

Departementet forutsetter som tidligere at minst 20 pst. av øremerkede midler skal brukes til barn og unge. Midlene skal nyttes både til forebygging og tilbud innen utredning, behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker og lidelser.

Antall årsverk avsatt til arbeid med barn og unges psykiske helse innebærer en måloppnåelse på 98 pst. per 31. desember 2006. Måltallet om flere årsverk i kommunene totalt vil bli realisert innen 2008. Det er et mål i opptappingsplanen at det innenfor denne rammen skal rekrutteres 800 nye årsverk til helsestasjons- og skolehelsetjenesten og 260 nye årsverk til annet forebyggende og psykososialt arbeid for barn og unge. Utviklingen av tjenestene har vist at kommunene har prioritert å styrke psykososialt arbeid for barn og unge i andre deler av helse- og sosialtjenesten, slik at det gjenstår en del før måltallet for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er nådd. Samtidig er helsestasjons- og skolehelsetjenesten under Opptappingsplanen styrket gjennom forskjellige kompetansetiltak. Det blir i 2007 og 2008 rettet særskilt oppmerksomhet mot å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fastlegeordningen og andre tilbud om psykisk helsetjeneste er viktige aktører både for helsefremmende og forebyggende arbeid, oppfølging og behandling. Flere psykologer bør inngå i det tverrfaglige arbeidet. I mindre kommuner kan tverrkommunale løsninger være hensiktsmessige. Arbeidet med å videreutvikle og etablere gode lavterskeltilbud, videreføres i 2008. Tilbudene bør sikres tilstrekkelig faglig kompetanse mht. utredning og eventuelt behandling. Dette må sees i sammenheng med rekrutteringen av psykologer til kommunene og styrkingen av fastlegens arbeid.

### Voksne

Kommunenes innsats bør rettes inn mot mennesker med alvorlige eller moderate psykiske lidelser og vektlegge: bolig med tilstrekkelig bistand, meningsfylte aktiviteter, om mulig sysselsetting, sosiale fellesskap, nødvendige og tilpassede helse- og sosialtjenester, styrke bruker- og pårørendeorganisasjoner og brukerrettede tiltak. Fortsatt har ikke alle kommuner et tilfredsstillende tilbud til mennesker med psykiske lidelser på alle disse feltene. Departementet forutsetter derfor at utbygging av disse fem feltene prioriteres.

Undersøkelser viser at egnet utdanning og arbeid har stor betydning for behandlings- og reha-

biliteringsforløpet. Tilrettelegging av arbeid og sys-setting vil ha økt fokus i forbindelse med oppretting av ny arbeids- og velferdsetat (NAV) i kommunene og samarbeidet mellom NAV og Sosial- og helsedirektoratets arbeid med strategi for arbeid og psykisk helse, jf. omtale under post 70.

Omfanget av samtidig rusmiddelproblemer og psykiske lidelser er økende. Det er framover behov for å se kunnskap fra psykisk helsearbeid sammen med kunnskap fra rusarbeid. Kommunale erfaringer viser at arbeidsfeltene psykisk helsearbeid og rusarbeid har flere felles trekk når det gjelder metoder for sosialt arbeid, rus og avhengighet, psykisk helsearbeid, habilitering og rehabilitering. Tilrettelegging og tett oppfølging i forhold til arbeidsliv, boevne og sosial fungering er felles for brukergrupper som gjennom rusmiddelproblemer eller alvorlig psykisk lidelse har fått betydelig nedsatt funksjonsnivå. Andre grupper brukere som ikke har utviklet funksjonsnedsettelse, vil ha behov for en mer fag-spesifikk tilnærming. Det er stort behov for å utvikle metodikk som treffer de ulike brukergruppene bedre, herunder utvikling av metoder for funksjonskartlegging. Midler fra Opptappingsplanen skal ikke erstatte, men komme i tillegg til kommunalt finansiert rusarbeid. Se omtale av kommunalt rusarbeid i kap. 761.63 og Opptappingsplanen for rus, del III kapittel 8.

Tidligere kartlegginger viser et tilleggsbehov på om lag 2800 boliger. Tjenestebehovet anslås til om lag 1800 årsverk ut over Opptappingsplanens måltall for årsverk knyttet opp til revidert boligbehov for voksne mennesker med psykiske lidelser. For blant annet å møte denne utfordringen etableres det et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger fra 2008. Ordningen gjelder for personer med behov for heldøgns omsorgstjenester uavhengig av alder og diagnose. Ordningen er nærmere omtalt under programkategori 10.60 Omsorgstjenester.

Det vises i tillegg til omtale av Nasjonal strategi for å forebygge og bekjempe bostedsløshet «På vei til egen bolig», jf. St.prp. nr. 1 (2007-2008) Kommunal- og regionaldepartementet.

#### *Brukere med omfattende tjenestebehov*

Det vil bli lagt vekt på kommunens tilbud til mennesker med særlig omfattende og langvarig tjenestebehov. I St.prp. nr. 1 (2006-2007) ble det varslet en gjennomgang av hvordan tilbudet til brukerne med omfattende og langvarig tjenestetilbud kan utvikles og styrkes. Dette arbeidet er sterkt forsinket, men prioriteres nå og i 2008. Sosial- og helsedirektoratet vil høsten 2007 nedsette en arbeidsgruppe bestående av representanter fra Fylkes-

mannen, utvalgte kommuner, bruker- og pårørende organisasjoner og KS for å vurdere ulike behov og tilbudet til mennesker med omfattende tjenestebehov.

I perioden 2005-2007 er det årlig bevilget 52,2 mill. kroner (2007-kroner) til storbyatsningen. Satsningen er rettet mot personer med alvorlig psykisk lidelser, som bor i til dels svært dårlige boliger og som ikke selv oppsøker eller oppsøkes av hjelpeapparatet. De fleste av tiltakene er rettet inn mot voksne, men barn og unge med alvorlig psykisk lidelse omfattes også av satsningen. Det er i tillegg til ulike boligtiltak etablert mobile oppfølgingsteam i samtlige storbyer, kriseplasser, væresteder, oppfølgingstjenester mv. Mange av tiltakene er etablert i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Satsingen vil bli videreført i 2008.

#### *Personell og kompetanse*

Det er behov for å styrke det faglige innholdet i kommunalt psykisk helsearbeid, slik at det framstår som et tverrfaglig og tverretattlig fagfelt. For å sikre god kvalitet og effekt av tiltak og tjenester for brukerne må det utvikles kompetente fagmiljø innen psykisk helsearbeid både for barn og voksne i kommunene, herunder styrke helsestasjons- og skolehelsetjenestens kompetanse på sosiale problemer og psykisk helse. Det må legges til rette for at ansatte i kommunalt rusarbeid og psykisk helsearbeid utvikler felles forståelse og kompetanse i arbeidet med mennesker som har psykiske lidelser og rusmiddelproblemer samtidig.

Evalueringen fra Norges forskningsråd viser at en av fire fastleger opplever at de mangler kompetanse i forhold til å skulle gi barn og unge med psykiske problemer et adekvat tilbud. Rekruttering av psykologer til arbeid i kommunene er fortsatt en utfordring. Ved utgangen av 2006 var det ansatt 89 psykologer finansiert av øremerkede midler i kommunene, mot måltallet på 184. Det er nedsatt to arbeidsgrupper rettet mot henholdsvis barn og unge og voksenfeltet som skal komme med forslag til mulige tiltak for å øke rekrutteringen av psykologer til kommunene. Arbeidsgruppene for psykologer vil levere sine forslag innen utgangen av 2007. Det er også nedsatt en arbeidsgruppe som skal se på allmennlegetjenesten.

Sosial- og helsedirektoratets oversikt over kapasitetsøkning i Opptappingsplanen viser en økning i skole- og helsestasjonsvirksomhet på 561 årsverk, jf. tabell 5.8. Dette tilsvarer 70 pst. av måltallet i Opptappingsplanen. SSBs statistikk over kommunenes tjenester (KOSTRA) viser i samme periode en nettovækst på 440 årsverk. Det kan være flere forklaringer på et slikt avvik, og Sosial-

og helsedirektoratet vil bli gitt i oppdrag å finne fram til mulige årsaker og vurdere tiltak.

Tilskuddsordningen for høgskoleutdannede som gjennomfører tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid eller videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge er evaluert. Hovedfunn fra evalueringen er at tilskuddsordningen har vært vellykket og i stor grad bidratt til rekruttering av personell til arbeid med psykisk helse i kommunene. Evalueringen viste også at en stor andel ble værende i arbeid i kommunen etter videreutdanningen. Tilskuddsordningen for høgskoleutdannet personell ble utvidet i 2006 slik at kommunene stimuleres til å øke kompetansen i psykososialt arbeid med barn og unge.

Sosial- og helsedirektoratet og KS har innledet et samarbeid for å legge til rette for ledelsesprosjekter i kommunene med fokus på brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid innen psykisk helse og rus. Prosjektet er forankret i Kvalitetsavtalen mellom Regjeringen og KS. Prosjektperioden er fra desember 2006 til og med desember 2008.

I 2008 skal det satses særlig på:

- Lønnstilskudd til høgskoleutdannet personell som gjennomfører tverrfaglig utdanning i psykososialt arbeid for barn og unge i kommunene, jf. post 70.
- Tilskudd til høgskoler som tilbyr etterutdanningskurs for helsesøstre og annet personell ansatt i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Det nasjonale kompetansesentret i psykisk helsearbeid i kommunene skal etableres i januar 2008. Sentret skal arbeide med dokumentasjon og kunnskapsoppsummering, og forskning på feltet. Videre oppgaver for kompetansesentret vil bli vurdert. Senteret må samarbeide med andre ressurs- og kompetansemiljøer slik som ressursentrene for rus og regionsentrene for barn og unges psykiske helse.
- Iverksatte tiltak som bidrar til å rekruttere psykologer til kommunene, både når det gjelder tjenester for voksne og for barn og unge (jf. post 70).

#### *Vilkår for øremerkede tilskudd og rapportering*

For å få utbetalt tilskudd i 2007 ble det stilt krav om oppdatert og politisk vedtatt plan for det psykiske helsearbeidet for perioden 2007-2010. Planarbeidet skal være en integrert del av kommunenes ordinære økonomiplan.

For å sikre en løpende dokumentasjon av det samlede psykiske helsearbeidet i den enkelte kommune i årene framover skal kommunene fra og med 2007 rapportere på totalinnsatsen på dette feltet i tråd med vanlig praksis i kommune-statrapporteringen (KOSTRA).

I likhet med tidligere forutsettes at kommunene ikke reduserer sin egenfinansiering av tjenester. Vilkår for å få utbetalt tilskudd i 2008 er at:

- vilkårene for 2007 og tidligere er oppfylt
- rapport for bruk av tilskudd for 2007 og for kommunens samlede psykiske helsearbeid er motatt av fylkesmannen og funnet tilfredsstillende
- det foreligger politisk vedtak om bruk av eventuelle overførte midler fra 2007 til 2008
- det foreligger en oversikt over disponeringen av tilskuddet for 2008 som viser aktivitetsøkning sammenlignet med 2007. Disponeringen skal bygge på den politisk vedtatte planen for det psykiske helsearbeidet for perioden 2007-2010 som inngår i kommunens økonomiplan
- kravene satt til brukermedvirkning er oppfylt
- det foreligger etablerte skriftlige rutiner mellom helseforetak og kommune for utarbeidelse av individuell plan

#### **Post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, kan overføres**

##### Formål og hovedprioriteringer

Formålet med bevilgningen er å styrke brukermedvirkning og bedre befolkningens kunnskap om psykisk helse gjennom informasjonsvirksomhet, utvikle bedre tjenester for barn, unge og voksne gjennom personell- og kompetansetiltak, og forskning og utviklingsarbeid på særskilte satsingsområder. Posten skal sees i sammenheng med kompetansetiltak og styrkingstiltak i kommunene og spesialisthelsetjenesten som finansieres gjennom post 62 og post 75.

##### Brukerstyrking og informasjon

Økt brukermedvirkning og styrking av brukernes egne ressurser er et mål i Opptrappingsplanen. Sterke bruker- og pårørendeorganisasjoner, lokale brukermiljøer og reell brukermedvirkning er en forutsetning for å oppfylle intensjonene i Opptrappingsplanen. Tiltakene som omtales under hovedformålene brukerstyrking, selvhjelp, informasjon og holdninger bidrar til å fremme kultur- og holdningsendringer i tråd med Opptrappingsplanens mål.

##### *Brukerstyrking*

##### *Resultatrapportering 2006 – videreføring etter 2008*

Tiltaksplanene for pårørende til mennesker med psykiske lidelser og om brukermedvirkning innen psykiske helsefeltet ble fulgt opp. Det er etablert et Nasjonalt ressurscenter for bruker- og pårørendekompetanse, Mental Helse Kompetanse. Senteret

har oppgaver blant annet innenfor brukeropplæring. Evalueringen av Opptrappingsplanen i regi av Norges Forskningsråd viser at styrkingen av brukerorganisasjonene har økt brukernes kompetanse og styrket deres rettigheter. Brukermedvirkningen på systemnivå har økt ved at det etableres flere brukerråd/forum i tjenesteapparatet. Samtidig viser evalueringen at mange brukere opplever å ha lite innflytelse på egen behandling. Ivaretagelsen av pårørende varierer sterkt.

#### *Satsingsområder og mål 2008*

Driftstilskuddene til brukerorganisasjonene og deres tiltak videreføres i 2008. Nasjonalt ressurs-senter i bruker- og pårørendekompetanse, Mental Helse Kompetanse, skal evalueres i 2008. Arbeidet for å styrke og ivareta brukere og pårørende i deres møte med tjenestene vil være et kontinuerlig arbeid som må gis prioritet også i årene etter Opptrappingsplanens avslutning. Etablerte støtteordninger og tiltak på brukerfeltet foreslås derfor videreført etter 2008. Departementet vil komme tilbake til dette i budsjettet for 2009.

Helse- og omsorgsdepartementet har igangsatt et utredningsarbeid for å vurdere behov og mulig regelutforming for å styrke pårørendes rettigheter. Det tas sikte på å sende høringsnotat på alminnelig høring ved årsskiftet 2007/2008. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

#### *Selvhjelp*

Selvhjelpsmetodikk er et viktig supplement eller alternativ til behandling for mange som har behov for å styrke sin psykiske helse. Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp ble etablert i 2006 og er ett av tiltakene i Nasjonal plan for selvhjelp. I tillegg er det satt av forskningsmidler til selvhjelpsfeltet.

#### *Satsingsområder og mål 2008*

Arbeidet med nasjonal plan for selvhjelp videreføres. Det skal iverksettes en evaluering av Knutepunktet i 2008. På bakgrunn av resultatene skal videre satsning på selvhjelpsfeltet avklares. Bevilgningen til tiltak for selvhjelp videreføres og styrkes i 2008. Støtten til selvhjelpsarbeidet vil bli vurdert videreført etter 2008.

#### *Informasjon og holdninger*

##### *Resultatrapportering 2006*

Rådet for psykisk helse har i 2006 på oppdrag fra Sosial – og helsedirektoratet utarbeidet rapport om

ansattes brukerrelaterte holdninger. Prosjektet er i 2006 utvidet til også å gjelde utdanningene, og kartlegger hvordan videreutdanningene i psykisk helsearbeid, spesialiseringene for psykolog og psykiater ivaretar statlige helsepolitiske føringer som brukermedvirkning, samhandling og lokalbaserte tjenester. Informasjonsprosjektet mot arbeidslivet i regi av Rådet for psykisk helse ble avsluttet i 2006. Evalueringen av informasjonssatsningen viser at det er behov for tyngre satsninger rettet mot arbeidslivet og at arbeidslivet, arbeids- og velferdsmyndighetene og helsemyndighetene bør involveres bedre.

For å ytterligere forsterke og nå nye målgrupper ble det i 2006 igangsatt et samarbeid med brukerorganisasjoner og yrkesorganisasjoner innen psykisk helsefeltet. Kampanjen «Et åpent sinn» skal øke befolkningens kunnskap om psykisk helse, psykiske lidelser, hjelpetilbud og rettigheter. Herunder vil det fokuseres på hvordan folk selv kan bidra til bedre psykisk helse. Det er utviklet undervisningsmateriell som distribueres til alle landets ungdomsskoler og videregående skoler i forbindelse med Verdensdagen for psykisk helse 10. oktober.

#### *Satsingsområder og mål 2008*

Det vil utarbeides kommunikasjonstiltak for å øke befolkningens kunnskap om psykisk helse, hjelpetilbudet og rettigheter mot definerte målgrupper gjennom kampanjen «Et åpent sinn». Arbeidet med Verdensdagen fortsetter. Det utarbeides tiltak for å støtte tjenestene i å gi nødvendig og god informasjon om tjenestetilbudet. Departementet vil fortsette utviklingen av kommunikasjonsaktiviteter rettet mot tjenesteapparatet og mot minoritetsgrupper.

Det skal utarbeides og gjennomføres kommunikasjonstiltak for å implementere regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse i samarbeid med sentrale aktører som NAV og partene i arbeidslivet.

Det er behov for kommunikasjonstiltak rettet mot befolkning, tjenester osv. for å opprettholde oppnådde resultater og bidra til økt åpenhet også etter 2008. Departementet vil komme tilbake til dette i budsjettet for 2009.

#### *Kompetansehevende tiltak*

##### *Stimuleringstiltak for psykologer og psykiatere*

##### *Resultatrapportering 2006*

Rekruttering av psykologer finansiert over opptrappingsplanen viser liten vekst i kommunene, totalt 89 psykologer mot måltallet 189.

Det har vært en stor økning i årsverk for psykiatere og psykologer i psykisk helsevern i løpet av Opptappingsplanen med en prosentvis vekst på hhv 37 og 89 pst. Til tross for en stor prosentvis vekst i antall årsverk for psykologer og psykiatere i helseforetakene, er tilgangen til kvalifisert personell vanskelig flere steder i landet. Det gjelder særlig for kliniske psykologer (psykologspesialister) og psykiatere. Akuttgjennomgangen i 2006 avdekte store variasjoner og til dels stor underdekning når det gjelder lege- og psykologspesialister ved døgnenhetene i DPS. Psykisk helsevern for barn og unge er også preget av en vanskelig rekrutteringssituasjon.

#### *Satsningsområder og mål 2008*

Rekrutteringsprogrammene for psykiatere/barne- og ungdomspsykiatere og psykologer vil bli videreført i 2008.

Det er startet opp forsøk med turnustjeneste i psykiatri for leger flere steder i landet. Dette vil kunne bidra til å øke interessen for – og rekrutteringen til spesialisthelsetjenesten. Rekrutteringssituasjonen vil bli gjennomgått og relevante tiltak vurdert.

#### *Kompetansehevede tiltak for høyskoleutdannet personell*

##### *Resultatrapportering 2006*

I 2006 fullførte om lag 4400 studenter tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid ved 20 høyskoler. Rekrutteringen til videreutdanningen må sees i sammenheng med tilskuddsordningen, jf. post 62. Evalueringen av Opptappingsplanen gjennom Norges Forskningsråd viser at kommunene i stor grad har gjennomført kompetansehevede tiltak for sine ansatte. Den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid er mindre benyttet av små kommuner enn store kommuner. Det gjennomføres en evaluering av tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. I perioden 1998 – 2006 har 1 976 personer gjennomført SEPREP tverrfaglige utdanningsprogram. Programmet er rettet mot personell i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som har behandlings- og oppfølgingsansvar for personer med alvorlig sinnslidelser.

#### *Satsingsområder og mål 2008*

Det er etablert en ny tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge. Formålet med utdanningen er å utvikle kunnskap og kompe-

tanse i tråd med barn og unges behov, bedre samarbeid og koordinering av tjenestene. Videreutdanningen planlegges videreført ut 2009.

Støtten til videre- og etterutdanningen, SEPREPs utdanningsprogram videreføres.

#### *Innhold i grunn- og videreutdanningene*

Grunnutdanningene bør fange opp sentrale perspektiver i Opptappingsplanen som samfunns- og folkehelseperspektivet, bruker- og mestringsperspektivet i lokalbasert arbeid mv.

#### *Resultatrapportering 2006*

Det er igangsatt flere tiltak med relevans for innholdet i ulike grunn- og videreutdanningene. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet veiledende fagplaner for fagskoleutdanningene i helse- og sosialfag. Det er utarbeidet en tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge, og det er iverksatt en evaluering av den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid. Sosial- og helsedirektoratet har startet en evaluering av turnustjenesten for leger, og det gjøres forsøk med turnustjeneste i psykiatri flere steder i landet.

Rådet for psykisk helse har foretatt en vurdering av hvor godt videreutdanningen i psykisk helsearbeid og spesialistutdanningene for psykologer og psykiatere, ivaretar statlige føringer når det gjelder samhandling, brukermedvirkning og lokalbaserte tiltak. Rapporten konkluderer med at videreutdanningen i psykisk helsearbeid og spesialiteten i samfunnspsykologi er mer i takt med føringer og fremtidskrav på disse områdene enn spesialitetene i klinisk psykologi og psykiatri for voksne. Det er fortsatt grunn til å følge opp innholdet i grunn- og videreutdanningene.

#### *Satsingsområder og mål 2008*

Psykiatere og kliniske psykologer har en sentral plass i det psykiske helsevernet. Utdanningene må derfor ivareta gjeldende faglig tenkning når det gjelder samhandling, brukermedvirkning, pasientrettigheter og lokalbaserte tiltak. Innholdet i og organiseringen av legenes turnustjeneste og spesialistutdanning skal gjennomgås. Det vil høsten 2007 bli nedsatt en arbeidsgruppe ledet av Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeidsgruppen skal foreslå tiltak for å sikre at utdanningsløpene gir en kompetanse mer i tråd med de samlede behovene i helsetjenesten.

### *Regionsentrene for barn og unges psykiske helse*

#### *Resultatrapportering 2006*

Regionsentrene (RBUP) skal bidra til å utvikle, kvalitetssikre og forvalte vitenskaplig 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. Regionsentrene rapporterer om økt deltagelse fra ansatte i kommunene i de ulike utdanningstilbudene. Økningen er størst til de ulike etterutdanningstilbudene, hvor i overkant av 5000 personer deltok i 2006. Deltakerne var tilnærmet likt fordelt mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Ved de ulike videreutdanningstilbudene var det om lag 1300 deltakere hvorav 78 pst. var ansatte fra spesialisthelsetjenesten.

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse står for en vesentlig del av etter- og videreutdanningstilbudene for ansatte både i kommunale tjenester og i psykisk helsevern. Sentrene har i tillegg en vesentlig forskningsaktivitet. Regionsentrene samarbeider med de regionale helseforetak og kommunale tjenesteområder, og med andre relevante kompetansesentre for barn og unge.

#### *Satsingsområder og mål 2008*

Regionsentrene skal i 2008 videreutvikle sitt samarbeide med kommuner og spesialisthelsetjenester. De skal utarbeide en kommunikasjonsstrategi for formidling av sine aktiviteter. Sentrene skal fortsatt vektlegge forebygging og brukermedvirkning i arbeidet med barn og unges psykiske helse. Det vil bli fulgt opp hvordan regionsentrene har innrettet sin virksomhet for å øke fokuset på forebygging og kommunale tjenester i tråd med gitte føringer.

Regionsentrene står for en betydelig utdannings- og forskningsaktivitet som vurderes som avgjørende for den videre utviklingen av det psykiske helsetilbudet til barn og unge også etter avslutningen av Opptrappingsplanen. Departementet legger til grunn at Regionsentrene skal videreføres etter 2008.

### *Forskning*

#### *Resultatrapportering 2006*

Forskning på psykisk helse styrkes blant annet gjennom Opptrappingsplanen. Midler fordeles primært via Norges forskningsråd (NFR), 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 folkehelse-

seinstitut (FHI) (jf. kap.710, post 01 og 21). De regionale helseforetakene har et selvstendig ansvar for å drive forskning på psykisk helseområdet.

På oppdrag av departementet gjennomfører Norges forskningsråd en forskningsbasert evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Evalueringen omfatter i 2006 19 prosjekter. Evalueringen omfatter brukertilfredshet/brukerdeltagelse/brukerbasert evaluering av tjenester, 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 om Opptrappingsplanens betydning for bruk av tvang innen psykisk helsevern. Rapportene er av stor betydning for den fortløpende vurderingen av psykisk helsefeltet.

Forskning på arbeid og psykisk helse støttes med til sammen 6 millioner kroner, hvorav 3 mill. kroner over AIDs budsjett, til kunnskapsutvikling, utredning og forskning for å støtte videreutvikling på feltet. Se omtale av strategiplan for arbeid og psykisk helse under *Arbeid og arbeidsrettede tiltak*.

#### *Satsingsområder og mål 2008*

Forskningsrådets evaluering av Opptrappingsplanen vil fortsette ut 2008. Det planlegges utarbeidet en egen sluttrapport for evalueringen. Forskningsrådsevalueringen er med på å danne kunnskapsgrunnlag for prioriteringer videre, også etter Opptrappingsplanens avslutning.

### *Statistikkutvikling*

#### *Resultatrapportering 2006*

Det arbeides i 2007 videre for å etablere et statistikkgrunnlag som synliggjør den samlede innsatsen kommunene har overfor mennesker med psykiske lidelser og problemer. I forbindelse med rapporteringen på bruk av de øremerkede midlene vil kommunene for første gang bli bedt om rapportering for aktiviteten for totalinnsatsen i 2007, jf. omtale under post 62 om vilkår for øremerkede tilskudd og rapportering.

Dataene som rapporteres til pasientregisteret for det psykiske helsevernet har klare kvalitetsbrister. En registreringsveileder for det psykiske helsearbeidet har vært på høring våren 2007. Veilederen ferdigstilles høsten 2007. De regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet samarbeider om implementering.

*Satsingsområder og mål 2008*

Målet for statistikkutviklingen er å kunne måle om Opptrappingsplanens intensjoner ivaretas, og å legge til rette for et statistikkgrunnlag også etter at opptrappingsperioden er avsluttet.

Det arbeides videre med indikatorer for kommunene og spesialisthelsetjenesten som kan belyse innhold og kvalitet i tjenesten. Indikatorarbeidet tar utgangspunkt i målene for Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten...Og bedre skal det bli (2005-2015). Indikatorutviklingen skjer innenfor de etablerte systemene for datainn-samling, og i samarbeid med sektorene. Indikatorer skal være relevante både for nasjonale styringsformål og for lokal kvalitetsforbedring.

**Arbeid og arbeidsrettede tiltak***Arbeid og psykisk helse**Resultatrapportering 2006*

Økt fokus på yrkesrettet attføring har medført at antall registrerte yrkeshemmede på attføring har økt sterkt de seinere årene. I 1998 var det i gjennomsnitt registrert 53 100 yrkeshemmede, mens det i 2006 var 89 500 yrkeshemmede. Bortsett fra muskel- og skjelettlidelser er psykiske lidelser de mest vanlige diagnoser blant yrkeshemmede. Andelen med psykiske lidelser (der diagnose er registrert) har økt fra om lag 21 pst. i 1998 til om lag 23 pst. i 2006.

Gjennomsnittlig antall yrkeshemmede med psykiske lidelser som deltar i arbeidsmarkedstiltak har økt fra rundt 7000 personer i 1998 til om lag 13.800 i 2006. Opptrappingsplanens måltall på 4000 flere personer som får et tilbud gjennom Aetat/NAV Arbeid er dermed mer enn oppnådd. I 2006 benyttet NAV om lag 3,5 mrd. kroner til arbeidsmarkedstiltak for personer med psykiske lidelser, inkl. 123 mill. kroner som ble stilt til rådighet over Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Med bakgrunn i behovet for et økt fokus generelt og et sterkere rehabiliteringsfokus spesielt, har Regjeringen laget en egen strategiplan for arbeid og psykisk helse.

*Satsingsområder og mål for 2008*

Regjeringens strategiplan skal bidra til å hindre utstøting fra og lette inkludering i arbeidslivet for personer med psykiske lidelser og problemer, bl.a. gjennom samarbeid med aktuelle aktører i arbeidslivet. Den skal understøtte NAV-reformen, og de arbeids- og aktivitetsrettede tiltak som reformen kan gi. Strategien er et supplement til St.meld. nr. 9

(2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering, og skal bidra til ytterligere brobygging mellom arbeids- og velferdsetaten og helse- og sosialsektoren.

Strategien må ses i nær sammenheng med «Inkluderende arbeidsliv», sykefraværsoppfølgingen, samt øvrig tilbud i tiltaks- og tjenesteapparatet for at alle som ønsker det, og som kan det, skal kunne være i arbeid. 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. brukermidvirkning, tilgjengelighet til aktuelle tiltak og tjenester, kompetanse og nettverksbygging, informasjon, forskning og formidling. Et hovedtiltak i handlingsplanen er tettere oppfølging av den enkelte, blant annet ved å ansette egne personer i Arbeids- og velferdsetaten som skal gi veiledning og oppfølging.

Midler til Arbeids- og velferdsetaten over AIDs budsjett foreslås økt med til sammen 75 mill. kroner til iverksetting og oppfølging av strategiens handlingsplan (kap. 605, post 01 og kap. 634, post 71). Midlene fra 2007 videreføres til den målrettede satsingen i regi av Arbeids- og velferdsetaten, slik at samlet beløp i 2008 utgjør 218 mill. kroner. I tillegg foreslås 25 mill. kroner til SHdir over HODs budsjett til iverksetting og oppfølging av handlingsplanen, slik at innsatsen på feltet samlet i 2008 utgjør minimum 243 mill. kroner. Pågående satsing i NAV og satsingen i forbindelse med strategiplanen ses i sammenheng, inkl. disponering av midlene.

Det rapporteres særskilt på satsingen, inklusive om enkelte tiltak, resultater og ressursbruk. Det knyttes aktivitetskrav til midler over kap. 634, post 71.

**Post 72 Tilskudd til Modum Bads Nervesanatorium***Resultatrapportering*

Modum Bad er privat diakonal stiftelse. Hovedoppgaven er sykehusdrift med 127 plasser. Sykehuset er åpent for henvisninger fra hele landet og behandler enkeltmennesker og familier med psykiske lidelser. I 2006 dekket staten 80 pst. av driftsutgiftene og 20 pst. dekket av henvisende instans. Fra og med 2007 er bevilgningen til Modum Bad flyttet til kapittel 732, post 70.

**Post 73 Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, kan overføres***Formål og hovedprioriteringer*

Formålet med posten er å øke kunnskapsgrunnlaget og styrke kompetansen for å bedre tjenestene til



volds – og traumerammede som f. eks. traumatiserte flyktninger, personer som har vært utsatt for seksuelle og fysiske overgrep, mennesker som har vært utsatt for/vitne til vold i nære relasjoner. Posten omfatter også midler til forskning og kompetanseutvikling om voldsutøvere og overgripere, og til styrking av selvmordsforebyggende arbeid. Posten foreslås styrket med 10 mill. kroner. Det foreslås totalt bevilget 120 mill. kroner på posten i 2008.

### Nasjonal forskning og kompetanseutvikling

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble etablert i 2004 som en tverrdepartemental satsning for å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet. Senteret driver omfattende tverrfaglig forsknings- og utviklingsarbeid.

#### *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 tjenesteapparat (barnevern, helsetjenester, familievern, politi etc.), med informasjon, veiledning og kompetanseoppbygging. De skal bidra til å etablere nettverk mellom relevante samarbeidspartnere i regionen.

Fire av ressursentrene er forankret i helsefor- etakene. RVTS Nord ble offisielt åpnet høsten 2006. De regionale ressursentrene i Vest og Øst åpnet våren 2007. RVTS Midt-Norge er fortsatt i oppbyggingsfasen, men skal etter planen være i full drift i løpet av 2007. Det er besluttet at RVTS Sør skal forankres i Barne- ungdoms- og familieetaten region Sør. Etableringen følges opp av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet.

Sentrene har i 2007 fått nye oppgaver og ressurser knyttet til arbeidet mot kjønnslemlestelse og tvangsekteskap. Kunnskaps- og kompetanseutvikling i tjenesteapparatet for bedre behandling og oppfølging av flyktninger/ asylsøkere og andre traumatiserte fortsetter. Sentrene skal evalueres med særlig fokus på forankring.

### Særskilte tiltak og målgrupper

#### *Handlingsplan «Vold i nære relasjoner» (2004-2007)*

Handlingsplan «Vold i nære relasjoner» (2004-2007) har som hovedformål å styrke det samlede

hjelpetilbudet til ofre for vold i nære relasjoner og forebygge slik vold. Justisdepartementet har koordineringsansvaret, men HOD har ansvar for flere av tiltakene i planen. Planperioden går ut i 2007. Justisdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har startet arbeidet med en å utarbeide en ny.

De fleste av tiltakene i gjeldende handlingsplan er gjennomført. Med midler over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett er det etablert felles mottaksfunksjoner (overgrepsmottak) i alle fylker for personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner og/eller seksuelle overgrep. Mottaksfunksjonene (overgrepsmottakene) er lavterskeltilbud forankret i kommunale/interkommunale legevakter. Det er også gitt tilskudd til kompetanseutvikling både i primær- og spesialisthelsetjenesten med eksisterende voldtektsmottak. Overgrepsmottakene skal styrkes og videreutvikles, bl.a. med systematiske kompetansehevingstiltak. Det er foreslått bevilget 6 mill. kroner til styrking av mottakene i 2008.

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet Veileder for helsetjenestens mottak, behandling og oppfølging av personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep og/eller vold i nære relasjoner. Implementeringskonferanser i alle helseregionene skal gjennomføres i samarbeid med fylkesmennene. Kurspakker for kompetansebygging i overgrepsmottakene er under utvikling i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og andre fagmiljøer. Informasjonsmaterieil for fremmedspråklige er under forberedelse.

#### *Strategi mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn (2005-2009)*

Barne- og familiedepartementet 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 mfl.).

Arbeidet med gjennomføring av tiltakene på HODs ansvarsområde er i gang. Mange av tiltakene er svært omfattende og gjennomføres som delprosjekter ved NKVTS. Det ble avgitt halvårlige statusrapporter til BLD som har koordineringsansvaret. Strategiplanen følges opp og det gjennomføres konkrete tiltak i tråd med anbefalinger gitt av Sosial- og helsedirektoratet.

### *Barnehuset (Barnas Hus)*

På bakgrunn av Innst. S. nr. 123 (2004-2005) har Regjeringen satt i gang et pilotprosjekt med ny avhørsmodell for barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og vold mv. («Barnas Hus»). Prosjektet er et samarbeid mellom Justisdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Pilotprosjektet er lokalisert i Bergen. Ansvaret for gjennomføringen av prosjektet er lagt til Politimesteren i Hordaland.

Målet med Barnehuset er å gi et bedre tilbud til barn som utsettes for overgrep ved at blant annet medisinsk undersøkelse, dommeravhør og behandlingstilbud tilbys samlet. De regionale kompetansesentrene har et særlig ansvar for å bygge opp kompetanse på området og formidle kunnskap til tjenesteapparatet. Forventet oppstart for Barnehuset i Bergen er høsten 2007. Det er vedtatt å etablere et Barnehus på Hamar med forventet oppstart i løpet av 2007.

Etablering og finansiering av Barnehusene skjer i samarbeid mellom Justis- og politidepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Det er foreslått bevilget 4 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til Barnehus i 2008.

### *Regjeringens handlingsplan mot menneskehandel (2006-2009)*

Regjeringen utarbeidet i 2006 en ny handlingsplan mot menneskehandel for å styrke innsatsen på området. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i arbeidet som koordineres fra Justisdepartementet. Hovedmålgruppen er kvinner og mindreårige utnyttet i prostitusjon eller andre seksuelle formål. Mange av disse kan ha blitt utsatt for tvang, vold, seksuelle overgrep og andre traumatiserende situasjoner.

Det er etablert en koordineringsenhet mot menneskehandel 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 menneskesmugling er videreført og styrket gjennom handlingsplanen.

Arbeidet vil fremover blant annet legge vekt på å gi ofrene for menneskehandel forutsigbare og trygge sosial- og helsetjenester.

### *Psykososialt arbeid for flyktninger og asylsøkere*

Innvandrere og flyktninger med lovlig opphold har samme rett til helsetjenester som befolkningen for

øvrig. Både kommune- og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å møte pasienter med ikke-vestlig bakgrunn på en god måte ved å ta hensyn til språkkunnskaper, religiøse og kulturelle skikker og tradisjoner. Tjenestene må ha kunnskap om konsekvenser av forfølgelse, flukt og eksiltilværelse. Det er igangsatt egne forsknings-, kompetanse- og veiledningstiltak nasjonalt og regionalt for å styrke tjenestene til gruppen. NKVTS har etablert en egen seksjon for flyktninghelse og tvungen migrasjon for å styrke forsknings- og kunnskapsutviklingen på området. RVTSene skal ha spisskompetanse på behandling og psykososial oppfølging av traumatiserte flyktninger (barn og voksne)

Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI) ble etablert i 2003 og skal drive kunnskapsformidling, forsknings- og utviklingsarbeid, og informasjonsutveksling nasjonalt og internasjonalt om somatisk og psykisk helse og omsorg for mennesker med minoritetsbakgrunn. NAKMI har tidligere vært underlagt Helse Øst RHF, men fra og med 2007 styres enheten med oppdragsbrev fra Sosial- og helsedirektoratet.

### *Nasjonale tiltak mot selvmord*

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.

Det er utarbeidet strategiske mål og innsatsområder for selvmordsforebyggende arbeid frem mot 2010. Det gjelder bl.a. bedring av nasjonal statistikk, identifisering og vurdering av tiltak mot spesielle risikogrupper, intervensjonstiltak med effektvurdering og hjelp til etterlatte etter selvmord.

Arbeidet med kunnskapsutvikling og kompetanseoppbygging i tjenesteapparatet fortsetter i samarbeid med nasjonale og regionale ressurs- og kompetansemiljøer. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten har på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet kunnskapsstatus som grunnlag for utarbeidelse av retningslinjer for forebygging av selvmord i spesialisthelsetjenesten. Retningslinjer for forebygging av selvmord er under utarbeidelse.

For kommunal sektor er det særlig viktig å styrke den generelle kunnskapen og kompetansen hos ansatte i kommunene, dvs. fastlege, psykologer, ansatte ved helsestasjonen og i skolehelsetjenesten, lærere etc. Temaet må vektlegges i de ulike utdanningene for disse gruppene. Utdanningsprogrammet Vivat er et utdanningstilbud for

førstelinjen som gir grunnleggende kompetanse i risikovurdering i forhold til selvmord. Programmet er evaluert og vil bli videreført. Selvmordsforebygging vil bli synliggjort i den tverrfaglige videreutdanningen i psykososialt arbeid med barn og unge.

### **Post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, kan overføres**

#### Formål og hovedprioriteringer

Posten finansierer 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. Dette dreier seg om utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre (DPS) med poliklinikk, dagtilbud, ambulante tjenester og døgntilbud til både voksne og barn, etablering og drift av kompetansesentra i sikkerhets, fengsels- og rettspsykiatri, nasjonalt kompetansesenter i psykisk helsevern for den samiske befolkningen, landsfunksjon for døvblinde med psykiske lidelser, grupper med spesielle behov etc. jf. tiltak i St.prp. nr. 63 (1997-1998).

I 2008 foreslås det bevilget 2 326 mill. kroner over posten. Dette innebærer en styrking på 377 mill. kroner i 2008 ift saldert budsjett for 2007. Øvrige midler til psykisk helsevern bevilges over basisbevilgningen til de regionale helseforetak, jf. kapittel 732, post 71–75 og post 77 refusjon poliklinisk virksomhet. Tildeling av midler skjer gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Det er en forutsetning for tildelingen at den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern og rus skal være høyere enn innen somatikk. De øremerkede tilskuddene kommer i tillegg og ikke istedenfor de kostnader som finansieres over basisbevilgningen.

#### Aktivitetsmål i psykisk helsevern

I psykisk helsevern brukes antall pasienter og antall tiltak per fagårsverk som indikator på aktivi-

tet. Ideelt sett burde målet for aktiviteten i det psykiske helsevernet være behandlingseffekt for pasienten. Dette er det per i dag ikke mulig å fange opp i enhetlige kategorier, som lar seg måle. Det er verken faglig ønskelig eller mulig per i dag å fastsette normer for hvor lenge et spesielt tiltak skal vare, hyppighet, antall konsultasjoner og for omfanget av rådgivning og støtte til familie og nettverk. Pasientens diagnose, tilstand, behandlingsbehov og sosialt nettverk må ligge til grunn for utformingen av tilbudet.

Det er en utfordring å fremstille data og utforme refusjonssystemet på en slik måte at nye arbeidsmåter synliggjøres og premieres, som for eksempel ambulant virksomhet og annen utadrettet aktivitet.

Bruk av flere indikatorer bidrar til å gi et mer utfyllende bilde av en mangfoldig virksomhet. Det er i Sosial- og helsedirektoratet igangsatt et utviklingsarbeid for bedre aktivitetsmål innen rus og psykisk helsevern.

#### Resultatrapportering 2006 og status 2007

Nøkkeltall fra SAMDATA for 2006 viser at driftskostnadene til psykisk helsevern samlet sett utgjorde 13,2 mrd. kroner i 2006 (i 2006-kroner). Dette representerer en realvekst på 3 pst. i forhold til 2005. Veksten i totale driftskostnader var størst i psykisk helsevern for barn og unge med en økning på 7 prosent mot en økning på 2 prosent i psykisk helsevern for voksne.

Målt i faste priser har driftskostnadene i psykisk helsevern økt med 29 pst. totalt siden starten av Opptappingsplanen. I psykisk helsevern for barn og unge har driftskostnadene økt med 72 pst. i perioden, mens det innenfor psykisk helsevern for voksne har vært en vekst på 23 pst.

Korrigert for prisstigningen er det en realvekst på 2,1 prosent i somatikk fra 2005 til 2006. Det var dermed på nasjonalt nivå en sterkere vekst i kostnader i psykisk helsevern enn i somatisk sektor.

Tabell 5.9 Utvikling i totale driftsutgifter til psykisk helsevern ihht til SINTEF Helse og SSB. Periode 1998–2006. Mill. kroner målt i faste 2006-kroner. Prosentvis endring fra 1998–2006.

	1998	2002	2006	Prosentvis endring fra 1998 – 2006
Totale driftskostnad psykisk helsevern	10 246	11 524	13 217	29
Driftskostnader barn og unge	1 290	1 654	2 225	72
Driftskostnader voksne	8 956	9 871	10 992	23

### Status i gjennomføringen av Opptappingsplanen

#### Psykisk helsevern for barn og unge

De regionale helseforetakene har de siste årene tydelig prioritert styrking av psykisk helsevern for barn og unge. Det har vært en betydelig vekst både i kostnader, personell og aktivitet. De fleste målene i Opptappingsplanen er eller er i ferd med å bli nådd.

I 2006 fikk 47 280 barn og unge behandling i det psykiske helsevernet. Dette var i overkant av 3 800 flere enn i 2005, og 26 600 flere enn i 1998. Dekningsgraden i det psykiske helsevernet for barn og unge (andel barn og unge i befolkningen som mottar tilbud) har dermed økt fra 2,0 pst. i 1998 til 4,3 pst. i 2006. Siden 1998 har antall behandlede pasienter økt med 129 prosent. I 2006 ble 97 pst. av pasientene behandlet poliklinisk. Dersom denne veksttakten fortsetter ut opptappingsperioden vil målet om 5 pst. dekningsgrad kunne nås på nasjonalt nivå. Målet om 5 pst. står som et viktig mål i opptappingsperioden får å sikre riktig prioritering. Etter 2008 bør målet for utbyggingen gjennomgås og vurderes i sammenheng med andre mål på kvalitet og kvantitet.

I 2006 var det registrert 335 døgnplasser til barn og unge mens opptappingsplanen, med utgangspunkt i tall fra 1996 anslo behovet for totalt 500 plasser. I statsbudsjettet for 2004 ble det etter en gjennomgang av de regionale helseforetakenes plantall, redegjort for at det planlegges etablert færre døgnplasser (om lag 400) i løpet av planperioden enn de forutsetningen som ble lagt til grunn i 1998 gjennom planen. Bakgrunn for disse vurderingene er endringer i den faglige utviklingen med kortere liggetid og mer aktiv bruk av behandlingsplassene kombinert med økt satsning på ambulant og poliklinisk behandling. En foreløpig gjennomgang i 2007 viser at det nå planlegges kun om lag 350 døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge. Departementet vil følge situasjonen og vurdere behovet for sengeplasser.

De fleste aktivitetsmål i planen relatert til barn og unge er nådd eller ligger godt an til å nås ved

utgangen av 2008. Til tross for dette er ikke ventetiden for behandling i spesialisthelsetjenesten redusert i løpet av planperioden. Tall fra Norsk pasientregister viser at ved 1. tertial 2007 var det 4 599 barn og unge som ventet på behandling. Gjennomsnittlig ventetid var 79 dager, mot 77 dager på samme tidspunkt året før. Regjeringen har i 2007 lagt frem forslag til endringer i pasientrettighetsloven (lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter) med sikte på innføring av ventetidsgaranti i spesialisthelsetjenesten for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet. Forslaget fra Regjeringen innebærer en forskriftsfesting av at barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige får rett til vurdering av spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager, og at fristen for å oppfylle retten til nødvendig helsehjelp for disse gruppene maksimalt kan settes til 65 virkedager (90 kalenderdager som er om lag 3 måneder). Det tas sikte på å innføre ventetidsgarantien i løpet av 2008. Sosial- og helsedirektoratet arbeider i tillegg med å utforme nasjonale retningslinjer for prioritering i forbindelse med «Rett til nødvendig helsehjelp» for å understøtte ventetidsgarantien.

#### Psykisk helsevern for voksne

Det har vært en positiv utvikling innenfor det psykiske helsevernet i løpet av opptappingsperioden, og mange av målene er nådd eller er i ferd med å nås. Det er imidlertid fortsatt store utfordringer knyttet til geografiske forskjeller både på regionalt nivå og mellom helseforetakene. Antall polikliniske konsultasjoner og døgnopphold i forhold til folketallet varierer til dels mye, og reflekterer forskjeller når det gjelder struktur i behandlingstilbudet, faglig praksis, ressurstilgang, ressursfordeling og utnyttelse.

Det er fortsatt mange steder uløste oppgaver knyttet til utviklingen av en hensiktsmessig og effektiv ressurs- og oppgavefordeling innenfor denne delen av spesialisthelsetjenesten. Den nasjonale undersøkelsen blant brukere i døgninstitusjo-

ner i psykisk helsevern viser at tjenestene har et klart forbedringspotensial både når det gjelder holdninger til pasientene, målrettet og individuell tilpasset behandling, samarbeid med pårørende, informasjon om egen tilstand og behandlingsmuligheter.

Siden 1998 har antall polikliniske konsultasjoner for voksne økt med 96 pst. Målet i Opptappingsplanen var en økning på 50 pst. Noe av veksten skyldes sannsynligvis omlegginger i takstsystemet, blant annet gjennom innføring av en egen takst for konsultasjoner per telefon.

Antall døgnopphold økte med i overkant av 4 000 fra 2005 til 2006, dvs. 8 pst. Siden 1998 har antall døgnopphold økt med om lag 50 pst. Utviklingen siden 1998 er at døgnoppholdene har blitt flere, men kortere. Opptappingsplanen innebærer en omlegging av døgndriften til mer aktiv behandling og kortere opphold. Dette må ses i sammenheng med etablering av flere bo og omsorgstiltak i kommunene gjennom Opptappingsplanen.

Det er etablert 2 879 flere årsverk i tjenesten siden 1998. Årsverkmålet i planen er dermed nådd, men de regionale helseforetakene melder likevel om problemer med å rekruttere personell med behandlingskompetanse. Antall psykologer, leger, psykiatere og psykiatriske sykepleiere har økt mest hittil i perioden.

Det har vært en vesentlig høyere vekst i antall årsverk ved DPSene enn ved sykehusavdelingene i perioden 1998 til 2006 (101 pst. mot 14 pst.). Veksten ved DPSene må ses i sammenheng med reduksjonen ved sykehjemmene.

Det er uttalt mål i Opptappingsplanen å øke produktiviteten i de polikliniske tjenestene både for voksne og barn og unge. Det ble forventet en produktivitetsokning på 50 pst i poliklinikkene i løpet av opptappingsperioden. I psykisk helsevern for barn og unge er dette målet nådd. I psykisk helsevern for voksne har det kun vært en økning på 6 pst.

Ved 1. tertial 2007 var det 8 181 personer over 18 år som ventet på behandling. Gjennomsnittlig ventetid til behandling var 53 dager, dvs. 9 dager mindre enn på samme tidspunkt året før. Opptappingsplanen har tatt utgangspunkt i at det var et underforbruk av tjenester i forhold til reelt behov både for voksne og barn og unge. Økningen i antall ventende må sees i sammenheng med dette.

#### *Utbygging av distriktpsikiatriske sentre (DPS)*

I januar 2006 var det etablert til sammen 75 DPS i landet totalt sett. Flertallet av DPSene har et befolkningsgrunnlag på mellom 30 000 og 75 000 innbyggere.

Siden 2002 har det skjedd en økning i spesialiserte ambulante team ved DPS-ene, og det har vært en stor økning i DPSenes kontakt med andre tjenester og instanser.

De undersøkelsene som hittil er gjort, blant annet gjennom evalueringen av Opptappingsplanen gjennom Norges Forskningsråd, viser at det generelt sett gjenstår et vesentlig utviklingsarbeid før DPSene er i stand til å gi et helhetlig og velfungerende spesialisthelsetjenestetilbud som understøtter det psykiske helsearbeidet i kommunene i tråd med intensjonene i Opptappingsplanen. Sosial- og helsedirektoratet utga i 2006 en ny DPS-veileder som tydeliggjør forventningene til tjenestene og formidler klare føringer i forhold til faglig innhold, bemanning, tilgjengelighet, samarbeid og brukermedvirkning.

#### *Akuttfunksjoner i psykisk helsevern for voksne (akuttpsykiatri)*

Gjennomgangen av landets akuttavdelinger innebærer en kartlegging og vurdering av kapasitet, gjennomstrømning, samarbeid og bemanning ved sykehus og DPS i forhold til akuttpsykiatriske tjenester for voksne. Resultatene av kartleggingen viser at det er store variasjoner mellom helseforetakene når det gjelder beleggprosent, dekningsgrad og andel utskrivningsklare pasienter som synes vanskelig å forklare. Kartleggingen viser at kapasitetsproblemer innenfor de akuttpsykiatriske tjenestene ikke nødvendigvis skyldes mangel på plasser ved akuttavdelingene, men i stor grad manglende kapasitet i det kommunale tilbudet og for dårlige rutiner, samhandling og koordinering mellom de ulike tjenestene.

Som en oppfølging av akuttgjennomgangen foretok Sosial- og helsedirektoratet en gjennomgang av gjennomsnittlig beleggprosent i akuttavdelingene i juni 2007 for å vurdere effekt av de tiltak som ble identifisert i akuttgjennomgangen vinteren 2006. Resultatene viser en gjennomgående positiv tendens. Enkelte avdelinger har imidlertid fortsatt overbelegg, særlig i hovedstadsområdet. Situasjonen vil bli fulgt nøye i forhold til de regionale helseforetakene, og behovet for økt sengekapasitet vil bli vurdert.

#### *Tvang i psykisk helsevern*

En målsetting i opptappingsplanen er mest mulig frivillighet i behandlingen. Generelt skal det legges økt vekt på brukermedvirkning. I internasjonal sammenheng har Norge statistisk sett en høy andel av tvangsinnlagte pasienter og en høy andel tvangsbruk ovenfor mennesker med psykiske

lidelser. Sosial- og helsedirektoratet har derfor sammen med brukerorganisasjonene utviklet en tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Planen ble ferdigstilt i april 2006, og inneholder en rekke tiltak som følges opp.

En samlet helse- og omsorgskomiteé ba ved behandlingen av Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) Om endringer i lov om psykisk helsevern om en «grunnligere vurdering av behovet for behandlingskriteriet i loven, blant annet sett i lys av de ulike erfaringene som er gjort med bruk av tvang, variasjoner som allerede eksisterer i Norge, samt erfaringer fra sammenliknbare land». Komiteen viser i denne sammenhengen til Mental helses innspill til komiteen og viser spesielt til at det er viktig å lytte til deres erfaringer når det gjelder tvangsbruk og brukervedvirkning.

I dag etableres tvungent psykisk helsevern i om lag 95 pst. av tilfellene med grunnlag i behandlingskriteriet, mens om lag 5 pst. skjer etter det såkalte farekriteriet.

Brukernes erfaringer er av stor betydning ved vurderingen av hvordan tjenesteapparat og lovverk fungerer og ved utformingen av tiltak og lovregler. Brukervedvirkning har vært sentralt ved opptrappingsplanen for psykisk helse og ved utarbeidet tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang (april 2006). Tiltak gjennom opptrappingsplanen som antas å ha en positiv effekt i forhold til redusert tvangsbruk er blant annet økt vekt på kommunale tiltak, etablering av distriktpsikiatriske sentre med ambulante team, bedre oppfølging og tilgjengelighet, bedre akuttjenester med mer.

Det knytter seg vanskelige dilemmaer av etisk, klinisk, og juridisk karakter rundt en eventuell fjerning av behandlingskriteriet som grunnlag for å etablere tvungent psykisk helsevern. Fjerning av behandlingskriteriet i loven vil innebære en betydelig omlegging av dagens politikk. For å ha et godt beslutningsgrunnlag må det foretas et omfattende utredningsarbeid med beskrivelser og analyser av en eventuell omlegging. Departementet finner ikke grunnlag for å igangsette et så bredt utredningsarbeid. Med bakgrunn i komiteens innstilling og at problemstillingen er brakt inn fra sentrale aktører både fra bruker- og tjenestesiden, finner departementet det hensiktsmessig at det i regi av Sosial- og helsedirektoratet nedsettes en arbeidsgruppe, med deltagelse fra bl.a. interesse- og brukerorganisasjoner, som skal belyse problemstillingene. Dette arbeidet vil gi grunnlag for å vurdere om det skal gås videre med problemstillingene. Arbeidsgruppen skal se på de hensynene som ligger bak ønsket om fjerning av behandlingskriteriet, og hvordan disse best kan ivaretas. Dette skal ses i lys av tiltak som følger av «Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret

bruk av tvang i psykisk helsevern IS-137». Arbeidsgruppen skal i denne sammenhengen også vurdere om det kan være hensiktsmessig å tilføye tiltak i ovennevnte handlingsplan herunder om det er aktuelt å vurdere vilkårene for behandling med legemidler uten eget samtykke.

#### *Sikkerhet i psykisk helsevern*

Det arbeides kontinuerlig med tiltak som kan redusere risiko for voldelig atferd. Det er igangsatt et arbeid med en nasjonal standard for ivaretagelse av sikkerhet for å forhindre rømminger og uheldige hendelser innenfor sikkerhetspsykiatrien. For å bidra til økt bevissthet og kunnskap om gjennomføring av risikovurderinger for voldelig atferd ga Sosial- og helsedirektoratet i mai 2007 ut rundskriv IS-09/2007 «Vurderinger av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturerte kliniske verktøy». Kompetansesentrene innen sikkerhets, fengsels og rettspsykiatri gir tilbud om opplæring i risikovurderinger innen psykisk helsevern til alle som arbeider med denne problemstillingen.

#### *Psykisk helse og rusmiddelproblemer – dobbelttdiagnoser*

I revidert nasjonalbudsjett for 2007 ble det gitt en nærmere omtale av de viktigste funnene ved evalueringen av rusreformen. Denne evalueringen peker på at samhandlingen mellom det psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige er bedret. Samtidig understrekes det at det i mange sammenhenger fortsatt er behov for bedre samhandling og samtidighet i behandling av pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. Mange DPS tar i dag imot rusmiddelavhengige som er henvist til vurdering av rett til nødvendig helsehjelp for sine rusmiddelproblemer. Mange ruspoliklinikker har også blitt samlokalisert med DPS. Tjenestene må være organisert slik at de en best mulig måte er tilpasset de sammensatte hjelpebehovene som svært mange pasienter kommer med. Kartlegginger og undersøkelser viser at en betydelig andel av pasientene innen akutenhetene innen det psykiske helsevern har til dels omfattende rusmiddelavhengighet ved siden av sine psykiske lidelser.

Tilsvarende kartlegginger innen tverrfaglig spesialisert behandling viser at omfanget av psykiske lidelser blant rusmiddelavhengige er betydelig.

Det vil derfor være behov for å styrke kompetansen på diagnostisering av ruslidelser hos pasienter innen psykisk helsevern. Det er videre behov for å styrke kompetansen på å vurdere om personer innen tverrfaglig rusbehandling skal henvises

til behandling for sine psykiske lidelser. Målet er at pasienter med en samtidig psykisk lidelse og ruslidelse får helhetlige og sammenhengende tjenester.

#### Mål 2008

I 2008 vil det sentrale målet være å fullføre utbygging og omstrukturering av spesialisthelsetjenesten. 2008 vil være siste år med øremerkede midler til psykisk helsevern.

De store variasjonene i dekningsgrad for barn og unge, sammen med en redusert utbygging av døgnplasser enn opprinnelig forutsatt, gjør at departementet finner det nødvendig å foreta en kartlegging av status for utbyggingen av de ulike tjenestene i det psykiske helsevernet for barn og unge i den enkelte helseregion som grunnlag for en behovsvurdering og videre tiltak. Det skal satses videre på utbygging av ambulante behandlingsformer for barn og unge. Departementet vil vurdere behovet for å stimulere til mer forskning om effekt og nytte av ambulant behandling for ulike målgrupper blant barn og unge.

Det vil i samarbeid mellom de regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet bli gjennomført en egen kartlegging av ressursbruk, faglig innhold og organisering ved de distriktspsykia-

triske sentrene. Resultatene fra undersøkelse vil danne grunnlag for en vurdering av hvorvidt DPS-utbyggingen er gjennomført i tråd med Opptrappingsplanen og om ytterligere tiltak er nødvendig.

Departementet vil følge opp utviklingen innenfor de akuttpsykiatriske tjenestene overfor de regionale helseforetakene. Arbeidet må sees i sammenheng med utviklingen ved de distriktspsykiatriske sentrene og kommunale tilbud. Oppbygging av akutt- og krisetjenester ved distriktspsykiatriske sentrene er et prioritert satsningsområde.

Mål på økt produktivitet vil ikke bli nådd i løpet av planperioden. De eksisterende produktivetsmålene i Opptrappingsplanen gir ikke nødvendigvis et godt bilde på tilgjengelighet og av hva som faktisk produseres av tjenester i det psykiske helsevernet. Økt vektlegging av forebyggende arbeid og oppsøkende virksomhet fremfor døgnbehandling, er eksempler på dette. Det er viktig at produktivetsmålene er oppdaterte og tilpasset den faglige utviklingen for å hindre at ressursene benyttes til å produsere tjenester som ikke har en ønsket effekt for brukerne. Nye behandlingsmåter og økt bruk av poliklinisk behandling til brukere med omfattende behov viser nødvendigheten av å utvikle mer differensierte produktivetsmål. Det skal i 2008 startes et arbeid som vil se nærmere på dette.

## Kap. 744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
70	Fagenhet for tvungen omsorg	49 750	44 560	51 476
	Sum kap. 744	49 750	44 560	51 476

### Post 70 Fagenhet for tvungen omsorg

#### Formål

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 lovbrøtere.

Ansvar for drift av en fagenhet for tvungen omsorg forestås av Helse Midt-Norge RHF. Utgiftene til drift og videre investeringer dekkes særskilt over denne posten. Tilsvarende gjelder kostnader knyttet til gjennomføring av særreaksjonen

utenfor fagenheten. I Ot.prp. nr. 46 (2000–2001) er kapasitetsbehovet i fagenhet for tvungen omsorg anslått til totalt 15 personer, basert på at 1–2 personer dømmes til tvungen omsorg per. år. Det er her understreket at anslagene for antall personer er usikre, men så langt synes dette å være et riktig estimat.

Fagenheten er organisatorisk knyttet til St. Olavs hospital HF ved regionale sikkerhetsavdeling. Fagenheten har sin egen faglige identitet med basis i tverrfaglig habiliteringsarbeid. Det faglige ansvaret ligger hos fagenhetens ledelse. Fagenheten kan inngå avtale med en kommune om at en del av særreaksjonen kan gjennomføres der når hensynet til den domfelte tilsier det, og sikkerhets-hensyn ikke taler mot.

Ved gjennomføringen av dom på tvungen omsorg gjelder psykisk helsevernloven 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.

#### Resultatrapportering 2006 og status 2007

Fra 1. januar 2002 til mai 2007 er til sammen 17 personer dømt til tvungen omsorg. I mai 2007 var ingen personer innlagt i fagenheten, men gjennomsnittelig belegg har i årene vært 2-3 personer. 11 personer befinner seg i kommunale tiltak under fagenhetens ansvar. For 6 personer er dom til tvungen omsorg opphørt.

I tilknytning til avviklingen av midlertidig fagenhet ved Brøset, vil det bli etablert en permanent fagenhet ved Østmarka i Trondheim. Fagenhetens kapasitet og omfang videreføres.

I 2006 ble det nedsatt en utredningsgruppe som skal evaluere reglene om strafferettslig utilregnelighet og strafferettslige særreaksjoner herunder særreaksjonen tvungen omsorg. Dersom utredningsgruppen kommer frem til at det er behov for en utvidelse av anvendelsesområdet for særreaksjoner for utilregnelige skal gruppen legge

frem forslag til lovendringer. En eventuell utvidelse av anvendelsesområdet vil medføre enkelte økonomiske konsekvenser for gjennomføringen av særreaksjonene.

#### Mål 2008

I forbindelse med etableringen 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 via St.Olavs hospital HF har ansvaret for å etablere og eie nytt bygg, samt videre drift av fagenheten. Kostnadene dekkes over posten. For 2008 legges det inn en økning på 5 mill. kroner som skal fange opp halvårsvirkning i kostnadsøkningen.

Utredningsgruppen som evaluerer reglene om strafferettslig utilregnelighet og strafferettslige særreaksjoner herunder særreaksjonen tvungen omsorg, vil legge fram rapport fra arbeidet innen utgangen av 2007. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp rapporten i samarbeid med Justis- og politidepartementet i løpet av 2008 på egnet måte.



## Programkategori 10.50 Legemidler

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
750	Statens legemiddelverk	160 331	151 790	155 203	2,2
751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak	65 004	71 477	59 905	-16,2
Sum kategori 10.50		225 335	223 267	215 108	-3,7

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
01-23	Statens egne driftsutgifter	173 383	157 893	162 636	3,0
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	3 346	3 764	3 858	2,5
70-89	Andre overføringer	48 606	61 610	48 614	-21,1
Sum kategori 10.50		225 335	223 267	215 108	-3,7

Overordnet formål med programkategorien

Programkategorien er knyttet til oppfyllelsen av følgende legemiddelpolitiske mål:

- Befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne
- 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 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
01	Driftsutgifter	156 985	148 026	151 345
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 346	3 764	3 858
Sum kap. 750		160 331	151 790	155 203

Overført fra 2006 til 2007:  
Post 01: 3 980 000 kroner  
Post 45: 4 192 000 kroner

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 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 (markedsførings-tillatelse), 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 av alle typer har økt sterkt de siste årene, og Legemiddelverket har hatt problemer med å overholde behandlingstiden for enkelte typer søknader. Etaten ble fra høsten 2005 tilført ekstra midler for å styrke saksbehandlingsskapasiteten på dette området, jf St.prp. nr. 65 (2004-2005) og St.prp.nr.1 (2005-2006). Målet om å redusere restansene av søknader i 2006 ble nådd. Veksten i antall søknader har imidlertid fortsatt i 2007, og Legemiddelverket har igjen fått problemer med å holde kravene til saksbehandlingstider. Departementet er i dialog med etaten om mulige tiltak.

For kliniske utprøvinger følger Legemiddelverket spesielt godt med på rapportering om gjennomføring av studier, herunder meldinger om bivirkninger eller andre uventede og alvorlige hendelser.

Overvåking av legemidler er viktig for å sikre trygg og riktig bruk. Spontanrapporteringssystemet for bivirkninger er regionalisert gjennom legemiddelinformasjonssentra (RELIS). De fem sentrene legger bivirkningsrapporter inn i en nasjonal bivirkningsdatabase og gir respons tilbake til melde-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.

Den nasjonale kvalitetsovervåkingen fokuserte i 2006 på preparater med tidligere kvalitetsproblemer, prøver fra dagligvarehandelen og pro-

duksjonsapotek, samt på hjerte-/karmidler og influensavaksiner. Resultatene viser at legemidlene på det norske markedet og i EØS stort sett er av god kvalitet. Laboratoriene i EØS-samarbeidet etablerte i 2006 en ny meldetjeneste for rask varsling når kontrollanalyser avdekker forfalskede produkter eller andre ulovligheter.

Det foreslås å etablere en ny informasjonsenhet med medisinsk faglig tyngde ved Statens legemiddelverk. En slik enhet er viktig for å kunne informere om trygg medisinsk og riktig økonomisk forskrivning av legemidler, og balansere industriens markedsføring. Enheten må informere om gode og rimelige legemidler og formidle refusjonsvilkår ut til legene. Hensikten er å øke legenes tillit til myndighetenes refusjonsvurderinger og andre reguleringer, herunder foretrukket legemiddel og trinnpris, jf omtale under kap 2751. Kontaktpunktet, et samarbeidsforum mellom Legemiddelverket, Sosial- og helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet som skal sikre at myndighetenes legemiddelinformasjon er koordinert, har regelmessige møter og gjennomførte sitt første seminar i mai 2007.

Legemiddelverket deltar i arbeidet med e-Reseptprogrammet hvor de skal levere grunndata for forskrivings- og ekspedisjonsstøtte (FEST). FEST vil bidra til at forskriver får tilgjengelig informasjon om bruksområde, maksimalpriser og refusjonsvilkår for legemidler inn i sitt datasystem. Å bringe oppdatert legemiddelinformasjon ut til legens arbeidsbord er et viktig bidrag for å stimulere til riktig legemiddelbruk.

Legemiddelverket skal bidra til å videreutvikle systemet for refusjon av legemidler på blåresept. Etaten har utarbeidet den nye blåreseptforskriften som vil tre i kraft 1. mars 2008, jf kap 2751 post 70. I 2006 ble det behandlet 85 refusjonssøknader, og Blåreseptnemnda avholdt regelmessige møter.

Legemiddelverket jobber med å innføre foretrukket legemiddel på flere terapiområder, og det er planlagt gjennomgang av flere legemiddelgrupper innenfor blåreseptordningen i 2008, jf. kap 2751, post 70. Innenfor behandling av spiserørsbetennelse (protonpumpehemmere) ble ordningen med foretrukket legemiddel innført fra 1. februar 2007.

Maksimalprisene på 300 virkestoff ble revurdert i 2006. Trinnprismodellen, jf kap 2751 post 70, omfattet fra starten 21 virkestoff. Ytterligere 12 virkestoff er inkludert i modellen etter dette og ordningen omfattet ved utgangen av 2006 totalt 33 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 2006 ca 8 prosent av virksomhetene i legemiddelforsyningskjeden. I tillegg ble det gjennomført ti 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. Samarbeidet med Mattilsynet om inspeksjoner fungerer godt, men antallet inspeksjoner med virksomheter som selger legemidler utenom apotek ble lavere enn planlagt i 2006. Mattilsynet har som mål å øke antall inspeksjoner i 2007 til ca 900 inspeksjoner. Alvorlige avvik er sjeldne, og alvorlighetsgraden i avvikene er redusert. Det har særlig vært kravet om minimumsutvalg som ikke overholdes. Ved årsskiftet 2006/2007 var det 5485 utsalgssteder i ordningen.

Internetthandel øker risikoen for tilgang til legemidler av dårlig kvalitet. Legemiddelverket har informert om dette gjennom advarsler både på sine egne nettsider og gjennom media.

En rapport om ulike problemstillinger knyttet til internetthandel med legemidler har vært på høring. Rapporten foreslår en rekke tiltak for å begrense uheldig bruk av legemidler ved privatimport av legemidler fra EØS-området. Som oppfølging av denne høringsrunden ble en forskriftsendring som innebærer 18-årsgrense for privatimport av legemidler sendt på høring 4. juli 2007. Videre er det foreslått en hjemmel til å forby import av bestemte legemidler, som for eksempel antibiotika. Statens legemiddelverk skal videre styrke informasjonen om uheldige konsekvenser av privatimport av legemidler. Andre forslag i rapporten skal utredes nærmere. Dette gjelder forslaget om krav om dokumentasjon, i form av resept ved privatimport dersom legemidlet er reseptpliktig i Norge, og et forslag om totalforbud mot privatimport av reseptpliktige legemidler.

### Merknader til budsjettforslaget for 2008

Det foreslås å styrke budsjettet med 10 mill. kroner til en ny informasjonsenhet ved Legemiddelverket. Kontingenten til det europeiske legemiddelbyrået EMEA foreslås flyttet til kap 703 Internasjonalt samarbeid. Kap 750 post 01 er på denne bakgrunn redusert med 6,5 mill. kroner mot tilsvarende økning av kap 703 post 21. Videre foreslås det å samle finansieringen av Norsk Legemiddelhåndbok på kap 751 post 21, og kap 750 post 01 er derfor redusert med 2 mill. kroner mot tilsvarende økning av kap 751 post 21.

## Kap. 3750 Statens legemiddelverk

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
02	Diverse inntekter	20 420	1 759	1 835
03	Avgift utsalgssteder utenom apotek		4 200	
04	Registreringsavgift		78 626	82 007
05	Kontrollavgift		57 835	
06	Refusjonsavgift		2 215	2 310
16	Refusjon fødselspenger	1 518		
18	Refusjon sykepenger	1 752		
	Sum kap. 3750	23 690	144 635	86 152

**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 m.m.).

**Post 04 Registreringsavgift**

Registreringsavgiften er en avgift industrien betaler for å få behandlet søknader om markedsførings-

tillatelse eller vurdering av klinisk utprøving av et legemiddel.

**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 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	16 398	9 867	11 291
70	Tilskudd	48 606	61 610	48 614
	Sum kap. 751	65 004	71 477	59 905

Overført fra 2006 til 2007:

Post 21: 833 000 kroner

**Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Diverse tiltak på legemiddelområdet

Departementet har i 2006 brukt midler på posten til å følge opp stortingsmelding nr. 18 (2004–2005) om legemiddelpolitikken. Departementet vil videreføre denne prioriteringen i 2008. Departementet foreslår blant annet at midler benyttes til tiltak knyttet til riktig legemiddelbruk, informasjon om riktig bruk av legemidler og tiltak for å fremme økt bruk av multidoser. I tillegg foreslår departementet å benytte midler på posten til statlig fullfinansiering av Legemiddelhandboken.

**Legemidler til barn**

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.»

Sosial- og helsedirektoratet har utredet opprettelsen av et nasjonalt tverrfaglig kompetansenettverk

for legemidler til barn, samt vurdert forslagene som var fremkommet fra arbeidsgrupper nedsatt av Norsk Barnelegeforening. Sosial- og helsedirektoratet anbefaler i sin utredning av 15. mars 2007 at det etableres et kompetansesenter for legemidler til barn. Direktoratet anbefaler å bruke modellen for kompetansesentra slik de er regulert i FOR 2001-12-18 nr. 1539: Forskrift om godkjenning av sykehus og om landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesenterfunksjoner ved sykehus. Når det gjelder kompetansenettverk viser Sosial- og helsedirektoratet til at denne modellen ikke har samme struktur eller forskriftsfesting som et kompetansesenter. I anbefalingen fra Sosial- og helsedirektoratet fremheves det imidlertid at det er behov for midler til etablering av et nasjonalt medisinsk kompetansesenter (evt et kompetansenettverk) og for drift av dette, men det er ikke anslått beløp. Helse- og omsorgsdepartementet har merket seg at direktoratet i sin vurdering i liten grad har utdypet fordeler og ulemper knyttet til et nasjonalt kompetansenettverk versus etablering av et nasjonalt medisinsk kompetansesenter. Argumentasjonen er primært at modellen for kompetansesenter reguleres i forskrift. Helse- og omsorgsdepartementet har på denne bakgrunn bedt Sosial- og helsedirektoratet, innen utgangen av 2007, om på nytt å drøfte etablering av et nasjonalt medisinsk kompetansenettverk som et alternativ til et nasjonalt

medisinsk kompetansesenter. Videre er direktoratet bedt om å gi en vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene av de to ulike modellene.

### Post 70 Tilskudd

På grunn av mindreforbruk både innenfor fraktrerefusjon- og driftstøtteordningen for apotek, foreslås bevilgningen redusert med 15 mill. kroner.

#### Apotekdekningen

Pr. 2. juli 2007 var det til sammen 590 apotek i Norge. Departementet har inngått avtaler med Apotek 1 Norge AS, Alliance Unichem AS og Vitusapotek AS om opprettholdelse av apotektilbud i distriktene. Avtalene ble fornyet i 2007 og gjelder til 1. juli 2009. Avtalene sikrer videre drift av apotek i kommuner som pr 1. mars 2005 hadde minst ett privat apotek.

#### 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.

Det vises til anmodningsvedtak nr. 374, 30. mai 2005, jf. Innst. S. nr. 197 (2004-2005).

«Stortinget ber Regjeringen snarest mulig komme med en vurdering av om driftsstøtteordningen for apotek fungerer bra nok i forhold til å opprettholde og etablere nye distriktsapotek. En slik evaluering må også inneholde en vurdering av og løsning på spørsmålet om en apotekvaktordning som dekker behovet i alle deler av landet.»

Statens legemiddelverk oversendte rapport med vurdering av driftsstøtte- og apotekvaktordningen 4. september 2006. Rapporten konkluderer med at driftsstøtteordningen fungerer tilfredsstillende med hensyn til å opprettholde distriktsapotekene. Distriktsapotekavtalen, som departementet har med de tre grossist-/apotekkjedene, trekkes også fram som et virkemiddel for å opprettholde apotek i distriktene.

I St.meld. nr. 18 Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk (2004-2005) ble apotekdekningen vurdert som tilfredsstillende. Siden 1. januar 2005 har 54 nye apotek blitt etablert, med 16 nye bare i første halvår av 2007. Nyetableringen har i stor grad skjedd i tettbygde strøk, men en del av nyetablerin-

gen har også skjedd i distriktene. Ordningen med driftsstøtte er ment å være et sikkerhetsnett for distriktsapotekene. Behovet for driftsstøtteutbetalinger har i den siste tiden vært synkende. Støtte til apotekvakt skal sikre utvidede åpningstider der det er nødvendig. Etablering av nær 200 nye apotek etter ny apoteklov, gjeldende fra 1. januar 2001, har gitt mer konkurranse og bl.a. resultert i lengre åpningstider, og redusert behovet for pålegg om utvidet åpningstid. Ordningen med legemidler utenom apotek (LUA) har videre økt tilgjengeligheten av de mest solgte reseptfrie legemidler i helger og nattestid. I distriktene dekkes vanligvis akutte behov for legemidler av legevakt og veterinærsvakt, men befolkningen rundt de større byene kan også nyte godt av apotekvakt. Leger og legevakt i distriktene har derfor et større utvalg av legemidler som dekker behovet for rask igangsettning av behandling. Etter Legemiddelverkets vurdering dekker dagens ordninger, med apotek-, lege- og veterinærsvakt, behovet for legemidler i alle deler av landet på en tilfredsstillende måte. Helse- og omsorgsdepartementet slutter seg til vurderingen.

#### Tilskudd til fraktrerefusjon av legemidler

Fraktrerefusjonsordningen gjelder for pasienter som har uforholdsmessig lang vei til nærmeste apotek, eller som er for syke til å reise til apotek. Under denne ordningen dekkes inntil 50 prosent 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

Departementet vil over denne posten støtte etterutdanningstilbudet som gis ved Avdeling for videre- og etterutdanning (VETT) under Farmasøytisk institutt ved Universitetet i Oslo. Tilbudet er av betydning for å opprettholde og videreutvikle kompetansen på farmasøytiske arbeidsplasser i Norge.

Posten dekker også stipendier til etterutdanning for farmasøytiske kandidater og reseptarer, og tilskudd til litteratur og trykningsutgifter. Det gis også støtte til å arrangere etterutdanningsskurs.

#### Tilskudd til regionale legemiddelsentra

Det er i dag fem regionale legemiddelinformasjonsentra, RELIS. RELIS er en del av helsefore-

takssystemet og driften er lagt til universitetssykehusene. 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. I 2006 svarte sentrene på rundt 2100 henvendelser fra helsepersonell om legemidler og legemiddelbruk. Alle henvendelser lagres i en felles, søkbar database. Ved utgangen av 2006 var ca 12 600 ferdige utredninger lagt inn i denne databasen.

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 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
03	Tilbakebetaling av lån	232	157	164
	Sum kap. 3751	232	157	164

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 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
70	Legemiddelomsetningsavgift		156 025	156 025
71	Vinmonopolavgift		31 600	36 100
72	Avgift utsalgssteder utenom apotek			4 381
73	Legemiddelkontrollavgift			60 322
	Sum kap. 5572		187 625	256 828

#### Post 70 Legemiddelomsetningsavgift

I 2007 ble det budsjettert med 156,025 mill. kroner i avgift gjennom en avgiftssats på 1,3 prosent som ble lagt på all legemiddelomsetning ut fra grossist. Samme avgiftssats legges til grunn for avgiftsinngangen i 2008. Avgiften vil blant annet dekke utgif-

tene til tilskudd til fraktrefusjon av legemidler, drift av RELIS, stipendier og tilskudd til apotek mv. jf. omtale under kapittel 751, post 70, samt delfinansierer driften ved Statens legemiddelverk, jfr. Ot.prp. nr. 61 (2000–2001) og St.prp. nr. 1 (2000–2110)

**Post 71 Vinmonopolavgiften**

Vinmonopolavgiften utgjør i praksis det beløpet AS Vinmonopolet skulle ha betalt i kommuneskatt på bakgrunn av regnskapsåret 2006 og beregnes som 28 pst. av virksomhetens resultat. Avgiften skal innbetales til staten i januar 2008.

**Post 72 Avgift utsalgssteder utenom apotek**

Disse inntektene er tidligere ført under kap 3750 post 03. 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 kreves 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**

Disse inntektene er tidligere ført under kap 3750 post 05. Legemiddelkontrollavgiften legges på legemiddelprodusentenes omsetning og skal blant annet finansiere kvalitetskontroll, bivirkningsovervåkning, informasjonsvirksomhet m.v., jf St.prp. nr. 1 (1991-92).

## Programkategori 10.60 Omsorgstjenester

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
760	Utredningsvirksomhet m.v.	6 867	13 986	14 588	4,3
761	Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet	2 860 281	3 066 369	1 301 734	-57,5
Sum kategori 10.60		2 867 148	3 080 355	1 316 322	-57,3

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
01-23	Statens egne driftsutgifter	72 503	89 098	113 351	27,2
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	2 526 525	2 675 856	877 507	-67,2
70-89	Andre overføringer	268 120	315 401	325 464	3,2
Sum kategori 10.60		2 867 148	3 080 355	1 316 322	-57,3

Programkategori 10.60 omfatter bl.a.:

- Kommunalt tjenestetilbud til eldre, personer med nedsatt funksjonsevne og til personer med rusmiddelproblemer
- Forsknings- og dokumentasjonsvirksomhet
- Internasjonalt samarbeid
- Forsøks-, opplysnings- og utredningsvirksomhet
- Rekrutterings- og kompetansetiltak
- Tilskudd til kommunale tjenester
- Tilskudd til frivillig arbeid
- Drift av kompetansesentra

### Tilstanden i omsorgstjenesten

Kommunene har ansvaret for tjenestetilbudet til alle mennesker med behov for omsorgstjenester, uten hensyn til alder eller diagnose. I 2006 utgjorde disse tjenestene en tredjedel av de kommunale budsjettene. Det ble utført knapt 117 000 årsverk og mer enn 212 000 personer mottok tjenester. Omsorgstjenestene er av avgjørende betydning for mange mennesker med sykdom og/eller

funksjonsnedsettelse. Handlingsplan for eldreomsorgen og opptrappingsplanen for psykisk helse 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 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.

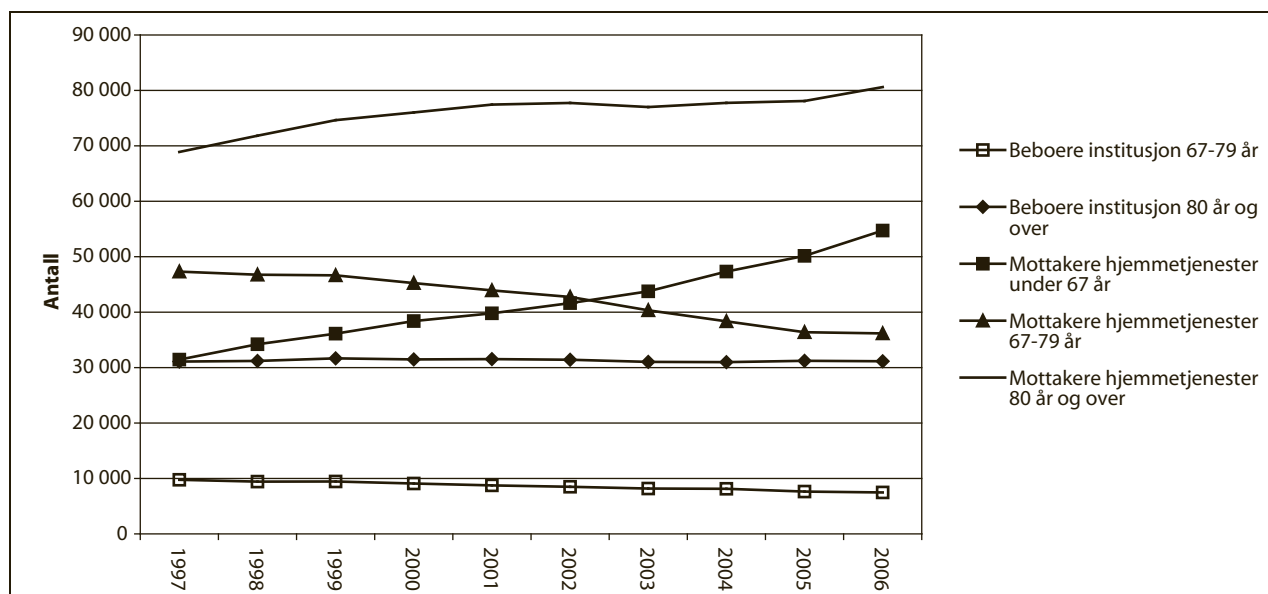
Statens styring av kommunesektoren må balanseres mellom hensynet til et likeverdig tjenestetilbud uavhengig av bostedskommune og kommunesektorens behov for å tilby tjenester i tråd med brukernes ønsker og behov i den enkelte kommune.



Personellet er omsorgstjenestenes viktigste ressurs. Ifølge Statens helsetilsyn synes omsorgstjenestens sårbarhet særlig å være knyttet til bemannings- og kompetansesituasjonen. Det dreier seg om å sikre en stabil bemanning med tilstrekkelig kompetanse til å møte faglige utfordringer som mange ganger er sammensatte og kompliserte. Målet om 10 000 nye årsverk i omsorgssektoren og den nye kompetanse- og rekrutteringsplanen Kompetanseløftet 2015 er sentrale virkemidler for å møte disse utfordringene.

### Tjenestemottakere

Om lag 41 000 personer mottar tjenester i institusjon, og 171 000 personer mottar tjenestetilbud i eget hjem eller kommunale boliger (herunder omsorgsbolig). I tillegg mottar 25 000 personer støttekontakt og 9000 avlastning.



Figur 5.3 Mottakere av pleie- og omsorgstjenester etter alder 1995–2006<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 2006-tallene er foreløpige per juli 2007.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år har de siste ti årene økt med over 80 pst. Denne utviklingen gjenspeiler at kommunene gjennom flere reformer har tatt et større ansvar for mennesker med utviklingshemming og mennesker med psykiske lidelser. I tillegg yter kommunene et omfattende tjenestetilbud til pasienter som skrives ut fra sykehus. Utviklingen viser også at antall mottakere av hjemmetjenester over 80 år har økt sterkt fra midten av nittitallet, men at veksten har avtatt de siste tre årene. Denne utviklingen gjenspeiler at det er blitt flere eldre over 80 år i

hele denne perioden. Dersom vi ser veksten i antall mottakere over 80 år i forhold til veksten i antall innbyggere over 80 år viser tabellen at dekningsgraden er om lag uendret fra 1995 til 2006, men at den er svakt redusert siden 2001. Tilsvarende viser utviklingen for aldersgruppen 67–79 år at antallet tjenestemottakere er vesentlig redusert i perioden 1995 til 2006. Dersom man tar hensyn til at antall innbyggere i denne aldersgruppen har vært avtakende i perioden ser vi i tabellen at dekningsgraden er om lag uendret.

Tabell 5.10 Andel mottakere av hjemmetjenester i ulike aldersgrupper 1995–2006<sup>1</sup>

Mottakere av hjemmetjenester etter alder per 100 innb i samme aldersgruppe	1995	1997	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0-66 år	0,7	0,8	1,02	1,05	1,1	1,2	1,2	1,3
67-79 år	10,3	10,8	10,8	10,7	10,2	9,8	9,3	9,2
80 år og eldre	36,5	37,4	38,4	37,9	36,8	36,4	36,2	37,0

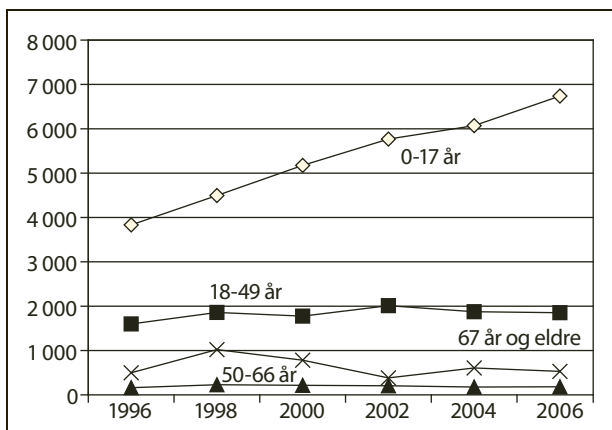
<sup>1</sup> 2006-tallene er foreløpige per juli 2007.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Sett i forhold til totalt antall mottakere av avlastning, utgjør aldersgruppen 0-17 år over 2/3. Andelen mottakere mellom 0-17 år har økt betraktelig de siste årene og det viser at avlastning er blitt en viktig omsorgstjeneste for barn og unge med nedsett funksjonsevne og deres familier. Utviklingen innen de andre aldersgruppene viser at de fleste aldersgruppene ligger stabilt, med kun små endringer fra år til år.

I rapporten «Vi vil, vi vil, men får vi det til?» har Sosial- og helsedirektoratet kartlagt levekår, tjenestetilbud og rettsikkerhet for personer med utviklingshemning. Rapporten viser at, til tross for systematisk arbeid med dette i flere år, gjenstår en rekke utfordringer knyttet til tjenestetilbudet til denne gruppen. Å se tjenester i sammenheng og sikre tjenester i samsvar med endringer i behov, som for eksempel overgang fra barnehage til skole, er blant de viktigste utfordringene.

Mennesker med utviklingshemning lever lenger enn før. For omsorgstjenesten gir dette utfordringer med tanke på kompetanse og for tjenestområdet for øvrig. Utvikling og bedring av kunnskapsgrunnlaget er fortsatt nødvendig.



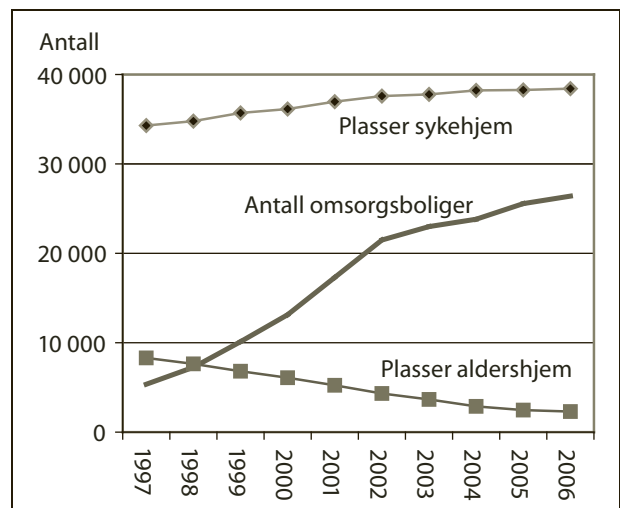
Figur 5.4 Antall mottakere av avlastning i ulike aldersgrupper 1996-2006<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 2006-tallene er foreløpige per juli 2007.  
Kilde: Statistisk sentralbyrå

### Botilbud – Handlingsplan for eldreomsorgen

Tallet på omsorgsboliger har økt med 21 000 fra Handlingsplanen for eldreomsorg ble vedtatt i 1997 og fram til 2006. Veksten de siste årene har flatet noe ut, noe som er rimelig ut fra de byggeprosjekter som er godkjent av Husbanken. Sett i forhold til veksten i tallet på eldre, har dekningsgraden for omsorgsboliger økt fra 3 til 12,1 per 100 innbyggere 80 år og over.

Det har også vært en forsiktig vekst med om lag 4000 sykehjemsplasser i perioden 1997 til 2006, mens antall aldershjemsplasser er betydelig redusert. Men siden veksten i antall innbyggere over 80 år har vært sterkere enn veksten i antall sykehjemsplasser, er sykehjemsdekningen noe redusert i perioden 1997–2006. Den reduserte sykehjemsdekningen må sees i sammenheng med at det ved utgangen av 2006 var mer enn 2800 sykehjemsplasser med tilskudd fra Husbanken som foreløpig ikke er ferdig bygd. Disse prosjektene vil bidra til å styrke dekningsgraden. Videre har det betydning for den samlede utviklingen at mange kommuner også yter heldøgns omsorgstjenester i omsorgsboliger. Per 2006 er det ifølge SSB om lag 16 000 personer som bor i omsorgsbolig der det er personale tilgjengelig hele døgnet. Utviklingen i eldreomsorgen må derfor vurderes ut fra det samlede tilbudet i både sykehjem og omsorgsboliger.



Figur 5.5 Botilbud i institusjon og omsorgsboliger 1997–2006<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 2006-tallene er foreløpige per juli 2007.  
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 5.11 Hovedtall før, nå og etter Handlingsplan for eldreomsorgen<sup>1</sup>

	Utgangspunkt 1997	Resultat 2001	Status 2006
Befolkningen 80 år +	184 400	201 500	218 162
Personell – årsverk	89 700	103 690	116 841
Personelldekning per 100 innb. 80+	48,6	51,5	53,6
Sykehjemsplasser	34 300	36 950	38 418
Omsorgsboliger	5 350	-	26 395
Aldershjemsplasser	9 100	5 250	2 303
Samlet dekning per 100 innb. 80+	26,4	-	30,8
Samlet dekning heldøgns plasser per 100 innb. 80+			27,0
Eneromsdekning	83,1	87,8	95,3

<sup>1</sup> 2006-tallene er foreløpige per juli 2007.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Personelldekningen var om lag uendret i perioden 2002-2004, både målt i forhold til antall eldre over 80 år og i forhold til antall mottakere av tjenester, ifølge SSB. I perioden 2004-2006 er personelldekningen derimot betydelig styrket. Kommunene økte innsatsen i omsorgstjenesten med hele 5,4 pst. i 2006. SSB viser imidlertid til at noe av den

rapporterte veksten for enkelte kommuner kan skyldes endrede rapporteringsrutiner. Et stort innslag av små stillinger, mange vikarer og timearbeidere gjør det krevende å benytte registertall. Der som man holder kommuner utenfor som avviker med mer enn 10 prosentpoeng fra den gjennomsnittlige veksten har det i 2006 blitt 3200 årsverk.

Tabell 5.12 Personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren 1997–2006<sup>1</sup>

Personell	1997	2002	2003	2004	2006
Antall årsverk	89 700	105 797	105 883	107 910	116 841
Årsverk per bruker	0,47	0,52	0,52	0,53	0,55
Årsverk per 100 innbygger 80 år og eldre	48,6	51,6	50,6	50,6	53,6

<sup>1</sup> Tabellen omfatter både personell knyttet til mottakere av hjemmetjenester og beboere innlagt i institusjon. 2006-tallene er foreløpige per juli 2007.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

### Kommunale rustjenester

Kommunene har ansvar for oppfølging og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer, etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Personer med rusmiddelproblemer har ofte behov for bistand fra flere offentlige instanser, herunder helse- og sosialtjenester, bolig, arbeid og utdanning. Kommunene må ha et samarbeid med bl.a. spesialisthelsetjeneste, statlig barnevern, Ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV), kriminalomsorgen og Husbanken, og med private og frivillige organisasjoner.

I en stor del av kommunene er sosialtjenestene hovedkontaktpunkt for personer med omfattende hjelpebehov som følge av rusmiddelproblemer. Samtidig har mange kommuner organisert egne rustjenester og driver oppsøkende virksomhet og individuell oppfølging. Fastlegene har fått økt kontakt med og behandlingsansvar for personer med rusmiddelproblemer.

Tjenester til rusmiddelbrukere i kommunene finansieres i hovedsak av frie inntekter. Evalueringen av rusreformen viser en ressursvekst i kommunenes innsats på rusfeltet, men det er store variasjoner mellom kommunene. Undersøkelser viser

at 40-60 pst. av langtids sosialhjelpsmottakere har et rusmiddelproblem. Dette utgjør anslagsvis vel 50 000 personer. Om lag 3000 personer med rusmiddelproblemer er også bostedsløse. Antall personer med kombinasjonen rusmiddelproblemer og psykiske lidelser er økende. Sosial- og helsedirektoratet og SSB arbeider med å videreutvikle KOSTRA og IPLOS slik at aktiviteten på rusfeltet kan dokumenteres bedre.

Statlige tilskuddsordninger på rusområdet skal bidra til utvikling og kompetanseheving i de kommunale tjenestene, og å støtte opp under frivillige og private aktørers virksomhet. Aktiviteten må ses i sammenheng med opptrappingsplan for psykisk helse og regjeringens innsats mot fattigdom.

### Opptrappingsplan for rusfeltet

Gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet, jf. omtale i del III, kap. 8, legges det til rette for en systematisk satsing for å styrke den individuelle oppfølgingen og øke bruk av individuell plan, kvalitetsheving og videreutvikling av det kommunale tilbudet. Brukermedvirkning i tjenestene og tilbudet til pårørende må styrkes. Gjennom Kvalitetsavtalen er rusfeltet satt på dagsorden i dialogen mellom regjeringen og KS. Sosial- og helsedirektoratet, fylkesmennene, de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og frivillige organisasjoner vil være sentrale medspillere i iverksettningen av opptrappingsplanen i kommunene.

Det foreslås en tiltakspakke for å styrke det individuelle arbeidet overfor personer med rusmiddelproblemer i kommunene, jf. omtale i Del III kap. 8, kap. 718 og kap. 761, post 21, 63, 70 og 77. Uprøving av en ordning med koordinerende «tiltitspersoner», styrking av fylkesmennes arbeid og rolle på feltet og mer målrettet bruk av tilskuddsordninger inngår i tiltakspakken.

### Omsorgsplan 2015

#### 1 Innledning

Regjeringen presenterte i St.meld. nr. 25 (2005-2006), Mestring, muligheter og mening en egen kompetanse- og rekrutteringsplan, mål om 10 000 nye årsverk, avtale med KS om kvalitetsutvikling i kommunene og satsing på omsorgsforskning. Regjeringen varslet samtidig en helhetlig demensplan og et nytt investeringsstilskudd til bygging av sykehjem og omsorgsboliger.

Med bakgrunn i Stortingets behandling av Omsorgsmeldingen i Innst. S. nr. 150 (2006-2007) legges det her fram en egen sak som konkretiserer innholdet i Omsorgsplan 2015 og rapporterer på

aktivitet i 2007. Omsorgsplan 2015 løfter fram tre hovedprosjekter:

#### – Nye omsorgsplasser

En langsiktig investeringsordning i Husbanken med målsetting om at det skal gis investeringsstilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden 2008–2015.

#### – Flere årsverk med økt kompetanse

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. Regjeringen vil utrede dimensjoneringen av ulike utdanninger som det er behov for innen kommunal sektor, for å sikre tilstrekkelig antall kvalifisert personell for helse- og omsorgssektoren, barnehagesektoren og grunnskolen. For 2008 legger de frie inntektene til rette for 2000 nye årsverk i omsorgstjenesten.

#### – Demensplan 2015

En egen plan som setter fokus på situasjonen for personer med demens og deres pårørende, med utbygging av tilpassede botilbud, dagaktivitetstilbud og økt kunnskap som hovedsaker.

I tillegg foreslås det en videre opptrapping av midler til omsorgsforskning i tråd med Stortingets vedtak.

Samlet foreslås det en styrking av Omsorgsplan 2015 på 136 mill. kroner fordelt på følgende formål

- nytt investeringsstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger, 100 mill. kroner, se Kommunal- og regionaldepartementets budsjett kap. 586, post 64
- Demensplan 2015, 12 mill. kroner, se kap. 761, post 21, og kap. 761, post 60
- opptrapping av midler til forskning, 15 mill. kroner, herunder 5 mill. kroner til styrket forskningsinnsats på demens, se kap. 701, post 50
- styrket opplæring og veiledning knyttet til helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse, 9 mill. kroner, se kap. 761, post 21

#### 1.2 Stortingets behandling av Omsorgsmeldingen

Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene. De kan ikke overlates til helse- og sosialtjenesten alene, men må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer de fleste samfunnssektorer, og ved å støtte og utvikle det frivillige engasjement fra familie, organisasjoner og lokalsamfunn. Omsorgsplan 2015 oppsum-

merer de fem viktigste framtid utfordringene på omsorgsfeltet:

- nye brukergrupper
- en aldrende befolkning
- knapphet på fagpersonell og frivillige omsorgsyttere
- medisinsk og tverrfaglig oppfølging
- aktiv omsorg

Regjeringens hovedstrategi for å møte morgendagens omsorgsutfordringer er å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden vi har foran oss til å planlegge og forberede den raske veksten i omsorgsbehov som forventes om 15 år og til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, særlig med sikte på utdanning og rekruttering av helse- og sosialpersonell og langsiktige investeringer i teknologi, lokaler og botilbud. Omsorgsplan 2015 oppsummerer regjeringens strategier og tiltak de nærmeste årene for å møte både dagens og framtidens omsorgsutfordringer.

Stortingets behandling av Omsorgsmeldingen viste at det er enighet om hovedutfordringene og et bredt flertall bak hovedlinjene og de langsiktige strategiene i planen. Når det gjelder de konkrete tiltak, vedtok Stortinget å be Regjeringen komme tilbake med en nærmere vurdering av enkelte spørsmål i tilknytning til statsbudsjettet for 2008 og en styrking av forskning. Stortingsvedtakene er gjengitt under:

*Anmodningsvedtak nr. 383, 26. mars 2007:*

«Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med en egen sak i tilknytning til St.prp. nr. 1 (2007- 2008). Denne må bygge på omsorgsmeldingens fem hovedstrategier:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitet og kompetanseheving
- Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og frivillige

Det vises særskilt til forslagene i omsorgsmeldingen når det gjelder satsingen på forskning, demensutfordringen, palliativ behandling, forebygging av ensomhet gjennom dagaktiviteter mv. og bedre vilkår for dem som har langvarige og krevende omsorgsoppgaver for pårørende. Stortinget ber i tillegg Regjeringen blant annet om å vurdere følgende tiltak:

- Gjennomgang av autorisasjonsordningene i sosial- og helsetjenestene
- Styrking av det nasjonale forskningsprogrammet på eldreomsorg tilknyttet Norges forskningsråd

- Retningslinjer for å sikre tverrfaglig kompetanse fra ulike typer fagpersonell i kommunehelsetjenesten
- Kartlegging av dagens fysioterapitjeneste og gjennomgang av finansieringsordningene for fysioterapeuter
- Tiltak for å sikre kompetanse ved sykehusene og i kommunene overfor familier som venter eller har fått et funksjonshemmet barn»

*Anmodningsvedtak nr. 381, 26. mars 2007:*

«Stortinget ber Regjeringen styrke det nasjonale forskningsprogrammet for forskning på eldreomsorg tilknyttet Norges forskningsråd.»

### 1.3 Resultatoppfølging for Omsorgsplan i 2015

Omsorgsplan 2015 er konkretisert gjennom en rekke målformuleringer og måltall knyttet til både investeringer, personellvekst og fagutdanning. Resultatet av planen vil imidlertid først og fremst bli målt i forhold til ambisjonen om nye årsverk og nye sykehjems plasser og omsorgsboliger fram mot 2015.

En viktig indikator på om målene i Kompetanseløftet nås, er knyttet til økningen i andelen ansatte med fagutdanning. I tillegg vil veksten i dagaktivitetstilbud være et sentralt mål på om omsorgsplanen når sine mål, spesielt i forhold til Demensplanen.

For å følge gjennomføringen av Omsorgsplan 2015, benyttes følgende hovedindikatorer:

- Tallet på nye sykehjems plasser og omsorgsboliger med samlet dekningsgrad for heldøgns omsorgsplasser
- Tallet på nye årsverk
- Andelen utførte årsverk med fagutdanning
- Veksten i dagaktivitetstilbudet

Utover dette har Omsorgsplan 2015 en rekke delmål knyttet til blant annet kvalitetsutvikling, forskningssinnsats, kompetanseheving, faglig bredde, legedekning og ledelse som er nærmere omtalt i omsorgsmeldingen, og som det vil bli mulig å følge gjennom statistikk og forskning.

## 2 Nytt investeringstilskudd

Regjeringen foreslår et nytt investeringstilskudd for sykehjem og omsorgsboliger til heldøgns omsorgstjeneste. Det legges til grunn en målsetting om at det skal gis investeringstilskudd til 12 000 sykehjems plasser og omsorgsboliger i perioden 2008–2015, med en samlet kostnad over statsbudsjettet på 6 mrd. kroner fram til 2015. Budsjettforslaget for

2008 innebærer at det vil bli gitt tilsagn til om lag 1000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Det gis maksimalt 600 000 kroner per sykehjemsplass og 400 000 kroner per omsorgsbolig. Til sammen foreslås en tilsagnsramme på 500 mill. kroner i 2008.

Tilskuddet skal finansiere både økt kapasitet og utskifting og renovering av gamle og uegnede bygninger. Målgruppen for ordningen er personer med behov for heldøgntjenester uavhengig av alder og diagnose. I tillegg til eldre inngår bl.a personer med langvarige somatiske sykdommer, utviklingshemming, psykiske og sosiale problemer. Det er spesielt behov for å tilpasse bygningsmassen til personer med demens og skille tydeligere mellom korttidsopphold og langvarige botilbud i sykehjem og omsorgsboliger.

Det nye investeringstilskuddet avløser de særskilte tilskuddene knyttet til Handlingsplanen for eldreomsorgen og opptrappingsplan for psykisk helse, og er i tråd med de signaler som ble gitt fra Regjeringen Stoltenberg I allerede i 2001.

### 2.1 Resultat av tidligere investeringsprogram

Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplan for psykisk helse har de siste 10 årene bidratt til en betydelig utbygging og opprustning av sykehjem og boliger til omsorgsformål. Det nye tilskuddet til investeringer bygger videre på de resultater som allerede er oppnådd.

Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplan for psykisk helse har i perioden 1998-2006 bidratt til bygging og utbedring av over 40 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Til sammen dekkes investeringskostnader for om lag 32 mrd. kroner over statsbudsjettet, fordelt over en periode på 30 år. Så langt er det bevilget om lag 17 mrd. kroner og den årlige bevilgningen til Husbanken utgjør nå 1,5 mrd. kroner. Det ble godkjent byggeprosjekter i perioden 1998-2003, mens de siste prosjektene ferdigstilles så sent som første halvdel 2008.

Handlingsplan for eldreomsorgen har bidratt til at eneromsdekningen i sykehjem er økt fra 83 pst. i 1997 til over 95 pst. i 2006 og at halvparten av alle sykehjemsplasser i landet nå enten er nybygd eller fullrenovert. Dette har bidratt til å heve kvaliteten og bostandarden ved norske sykehjem.

Videre har Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptrappingsplan for psykisk helse bidratt til en nasjonal dekning av sykehjem og omsorgsboliger som har passert 30 pst. i forhold til befolkningen over 80 år. Registreres bare tilbud der det er bemanning til stede hele døgnet, er dekningen om lag 27 pst. i forhold til befolkningen over 80 år. Tabellen under viser at det er betydelig variasjon i

dekningen av sykehjem og omsorgsbolig mellom kommune. I underkant av 100 kommuner har en dekningsgrad over 40 pst., mens de fleste kommunene har en dekningsgrad rundt 30 pst.

Tabell 5.13 Samlet dekningsgrad institusjon og omsorgsbolig 2006 – Kommunevis variasjon i ant. institusjonsplasser og omsorgsboliger pr 100 innb 80 år

Kommuner med:	Ant kommuner
Lav dekning (under 25%)	48
Middels dekning (25-30%)	93
Høy dekning (30-40%)	193
Svært høy dekning (over 40%)	98
I alt	432

Kilde: SSB, KOSTRA foreløpige tall juli 2007

### 2.2 Behov for fortsatt investering

I Omsorgsmeldingen antydes det behov for om lag 60 000 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger fram til 2030. Et jevnt utbyggingsnivå de nærmeste 20 årene innebærer 3000 plasser og boenheter per år. Behovsanslaget omfatter både eldre og yngre personer med behov for heldøgns omsorgstjenester.

Siden midten av nittitallet har det vært en betydelig vekst i yngre tjenestemottakere under 67 år, og gruppen utgjør nå 1/3 av de som mottar hjemmetjenester. Undersøkelser tyder på at denne tredjedelen bruker 2/3 av ressursene i hjemmetjenesten og utgjør en betydelig andel av de som bor i omsorgsbolig med heldøgns bistand.

Som en illustrasjon økte antall hjemmetjenestemottakere i 2006 med 7000 personer og 4500 av disse var under 67 år. Etter Opptrappingsplanen for psykisk helse har Sosial- og helsedirektoratet dokumentert et udekket behov for om lag 2700 omsorgsboliger. NIBR har i en ny rapport beregnet behovet for omsorgsboliger til utviklingshemmede til om lag 5000, og om lag 3500 antas å ha behov for heldøgns tjenestetilbud.

Ifølge SSBs nasjonale framskrivninger vil antall eldre mellom 67 og 79 år og gruppen over 90 år øke med om lag 30 pst. i perioden 2006 til 2015, samtidig som gruppen mellom 80 og 89 år reduseres med om lag 10 pst. Beregningene er basert på SSB's framskrivninger av middelalternativet (2005). Nasjonalt er det 2 pst. av de eldre mellom 67-79 år som benytter en sykehjemsplass, mens det samme gjelder om lag 11 pst. av de eldre mellom 80-89 år. Av de eldre over 90 år er det 34 pst. som har tilbud om en sykehjemsplass.

Sosial- og helsedirektoratet har i grunnlagsmateriale til Demensplan 2015 vurdert at det er behov for 4000 nye tilrettelagte omsorgsplasser i perioden 2007-2020 og ytterligere 13 -14 000 plasser for personer med demens fram mot 2030. Nesten 80 pst. av de som i dag bor på sykehjem har en demenslidelse. Dagens sykehjem er imidlertid ikke godt nok tilrettelagt for denne gruppen. Ifølge Sosial- og helsedirektoratet er det allerede i dag behov for å øke antallet plasser tilrettelagt for personer med demens med hele 20 000, eventuelt gjennom omgjøring av eksisterende institusjonsplasser.

For perioden fram til 2015 har fylkesmennene på oppdrag fra departementet utarbeidet en første vurdering av behovet for nye sykehjem og omsorgsboliger til heldøgntjeneste og behovet for utskifting og modernisering. Kartleggingen viser behov for om lag 12 000 sykehjemsplasser og 8000 omsorgsboliger med heldøgntjeneste:

Tabell 5.14 Oppsummering fylkesmannens behovsvurdering 2007

	Kapasitet	Utskifting	I alt
Sykehjemsplasser	5 000	7 000	12 000
Omsorgsbolig	7 000	1 000	8 000
I alt	12 000	8 000	20 000

Fylkesmennene oppgir at om lag 14 000 enheter er begrunnet i behovet til befolkningen over 67 år, mens de resterende 6000 enhetene knyttes til personer under 67 år. Om lag 3000 av de 6000 enhetene er knyttet til personer med psykiske lidelser.

Husbankens regionkontorer registrerer nå forhåndsvarslede søknader om tilskudd til sykehjem og omsorgsboliger. Før ordningen formelt er etablert registreres ikke ordinære søknader. Ved utgangen av august er om lag 400 sykehjemsplasser og 650 omsorgsboliger registrert.

Selv om det største utbyggingsbehovet først kommer om 10-15 år, er det behov for utbygging av flere sykehjem og omsorgsboliger til heldøgntjeneste fram mot 2015. Det nye investeringstilskuddet er et langsiktig tiltak. Det er derfor grunn til å tro at omfanget av søknader de nærmeste årene vil være begrenset. Langsiktigheten i ordningen vil gi kommunene tid til planlegging og anledning til å iverksette bygging når behovet tilsier det. Tilsvarende vurderes det at et tilskudd på i gjennomsnitt 25 pst. av investeringskostnaden innebærer en forsiktig stimulering. Ut fra en samlet vurdering legger regjeringen til grunn en ramme på 12 000 sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Regjeringen vil

følge søknadsinngangen nøye og vurdere behovet etter hvert som Husbanken mottar dokumenterte søknader som er politisk behandlet i kommunene.

### 2.3 Utforming av nytt tilskudd

Tilskuddet skal stimulere kommunene til å investere i sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns omsorgstjeneste. Målgruppen er personer med behov for heldøgns tjenester, uavhengig av alder, diagnose og funksjonshemming. Kommunene skal kunne bygge, kjøpe eller utbedre sykehjem og omsorgsboliger. Tilskudd forutsetter universelt utformede botilbud. Modernisering og utbygging skal være utformet slik at det også er tilrettelagt og tilpasset beboere med demens og kognitiv svikt, i tråd med det som er lagt til grunn i Demensplan 2015. Eksisterende boliger som er bygd uten tilfredsstillende fellesarealer, kan ytes tilskudd til f.eks personalrom og areal for dagaktivitetstilbud, dersom de oppfyller hovedformålet om heldøgns-tjeneste.

Tilskuddet skal styrke kommunenes tilbud om blant annet korttidsplasser i sykehjem og botilbud for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne med behov for heldøgns omsorgstjenester, herunder også personer med utviklingshemming, nedsatt funksjonsevne eller psykiske og sosiale problemer.

Kommuner som bygger ved hjelp av tilskuddet skal disponere omsorgsboligen og sykehjemsplassen for en periode på minst 20 år. Både omsorgsboliger og sykehjem skal oppfylle branntekniske krav i risikoklasse 6.

Ordningen skal forvaltes av Husbanken. Det er kommunen som skal søke Husbanken om tilskudd, men tilskuddene skal også kunne videreformidles til frivillige organisasjoner og andre som tilbyr egne boligløsninger med omsorgstjenester på non-profit-basis. Ved lokalisering av omsorgsboliger og sykehjem er det viktig å ta hensyn til de ulike brukergruppenes ønsker og behov.

Tilskuddet skal som hovedregel beregnes som en fast prosentvis tilskuddsandel begrenset oppover av et tak for samlet kostnad. Taket justeres i takt med utviklingen i anleggskostnadene for godkjente byggeprosjekter. Taket vil bidra til å holde kostnadene nede.

Investeringsstilskuddet utformes som et engangstilskudd som i gjennomsnitt dekker 25 pst. av anleggskostnadene. Med dagens kostnadsnivå tilsvarer dette om lag 500 000 kroner per boenhet. På samme måte som under Handlingsplan for eldreomsorgen foreslås det at tilskuddet til sykehjem settes høyere enn tilskudd til omsorgsboliger.

For 2008 foreslås:

- Sykehjemsplass gis tilskudd på 30 pst. av anleggskostnad, maksimalt 600 000 kroner per boenhet. For renovering settes taket noe lavere.
- Omsorgsbolig med fellesareal ytes tilskudd på 20 pst. av anleggskostnad, maksimalt 400 000 kroner per boenhet. For renovering settes taket noe lavere.
- Fellesareal nødvendig for å yte heldøgntjeneste i eksisterende boliger kan finansieres som utbedringsprosjekter med inntil 30 pst. av anleggskostnad.

Husbanken skal forvalte det nye tilskuddet på samme måte som under Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptappingsplan for psykisk helse. Husbanken skal innhente uttalelse fra fylkesmannen om prosjektet er i samsvar med kommunens behov, og om investeringer og drift knyttet til prosjektet er tatt inn i kommunens årsbudsjett og økonomiplan. I tillegg skal fylkesmannen utarbeide en innstilling til Husbanken om hvilke søknader som skal gis tilskudd innenfor det enkelte års tilsagnsramme, vurderes på nytt ved neste års tildeling eller avslås.

Det er summen av innbyggernes behov for omsorgstjenester som bør begrunne omfanget av kommunens tjenestetilbud. Store forskjeller i levealder, sosiale forhold, geografiske forhold, avstander, vertskommuneansvar og kommunestruktur illustrerer at dette er hensiktsmessig. Både fylkesmann og Husbanken må derfor utøve et skjønn når de vurderer behov for tilskudd til den enkelte kommune. Det skal legges vekt på den enkelte kommunes behov og likebehandling mellom kommunene, slik at fordelingen av tilskuddene får en utjevne effekt i forhold til kommunale variasjoner.

Investeringsstilskuddet skal ikke bidra til å forsterke ulikhetene i norsk omsorgstjeneste. Kommuner som har en høy samlet heldøgnstjenestekning i sykehjem og omsorgsboliger bør, om det ikke foreligger særskilte årsaker, i hovedsak bare få tilskudd til nødvendig standardheving innenfor rammen av en heldøgnstjenestekningsgrad av institusjonsplasser og omsorgsboliger på landsgjennomsnitt, som i dag er på 27 pst. (tallet på omsorgsplasser sett i forhold til antall eldre 80 år og over).

Fylkesmennenes vurdering skal bygge på en vurdering av søknadene innenfor det enkelte fylke. Nasjonale myndigheter må gjøre en samlet vurdering av situasjonen for hele landet og ivareta hensynet til lik fordeling. Dette vil skje gjennom at den årlige rammen for tilsagn fordeles mellom Husbankens fem regioner, og at Husbanken og de respektive fylkesmannsembeter deretter fordeler mellom kommunene. Erfaringen fra Handlingsplan for

eldreomsorgen viser at prioritering og styring med fordeling av tilskudd til sykehjem og omsorgsboliger mellom kommuner krever et flerårig tidsperspektiv. Med forbehold om Stortingets vedtak i det enkelte års statsbudsjett, vil Husbanken som foreløpig ramme for lokal planlegging og søknadsbehandling fordele totalrammen for perioden på Husbankregionene.

Det er viktig å sikre en helhetlig prioritering av prosjekter der kommunene med det største behovet innvilges tilskudd først. Basert på erfaringen med Handlingsplan for eldreomsorgen bør det unngås at den som kommer «først til mølla» får tilskudd først. Kommuner som igangsetter bygging før søknaden er behandlet kan undergis samme prioritering og behandling som andre, men får ingen forhåndsgaranti.

Investering i nybygging og utbedring av sykehjem og omsorgsboliger har økonomiske konsekvenser både for kommunene og staten. I tillegg til det statlige tilskuddet vil kostnadene dekkes gjennom husleie og vederlagsbetaling, samt kommunens frie inntekter. Den statlige bostøtten til personer med lav inntekt sikrer i tillegg at kommunen kan ta vanlig husleie i omsorgsboligene.

Tilskuddet plasseres på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. Det vises til nærmere omtale under kap. 586, post 64 Investeringstilskudd. Ordningens utforming skal evalueres underveis, herunder om satsene til omsorgsboliger og sykehjem virker prioriteringsvridende.

Forvaltningen av den nye tilskuddsordningen vil innebære nye oppgaver for Husbanken, mens oppgavene for fylkesmennene inngår som del av oppfølgingen av Omsorgsplan 2015 og ses som en videreføring av arbeidet med Handlingsplan for eldreomsorgen og Opptappingsplanen for psykisk helse.

#### 2.4 Heis

I Omsorgsmeldingen er det varslet at det nye investeringsstilskuddet til sykehjem og omsorgsboliger også kan gis til tilgjengelighetstiltak i egen bolig og atkomst, f.eks. installering av heis i eksisterende boligbygg. For regjeringen er det viktig å kunne bidra til at den eksisterende boligbebyggelsen blir mer tilgjengelig, og universell utforming er et prinsipp som regjeringen støtter.

Etterinstallering av heis i eksisterende boligbygg reiser imidlertid problemstillinger av både bygningsmessig, økonomisk og beslutningsmessig karakter. Det er derfor behov for å utrede dette spørsmålet nærmere. Ikke minst gjelder dette installering av heis i boligbygg hvor det bor mennesker med tyngre omsorgsbehov.



Husbanken er i ferd med å sette i gang flere forsknings- og utredningsprosjekter som fokuserer på installering av heis i eksisterende boligbygg. Dette gjelder bl.a. samfunnsøkonomiske effekter, kostnytteanalyser, erfaringer med etterinstallering av heis, ulike modeller for etterinstallering, m.m. Husbanken har for øvrig inngått en intensjonsavtale med NBBL om samarbeid rundt problemstillinger bl.a. knyttet til tilgjengelighet og universell utforming.

Kommunal- og regionaldepartementet har ute på høring forslag til endring i Teknisk forskrift til plan- og bygningsloven som skjerper kravet til heis i nye boligbygg. Forslaget innebærer at det må installeres heis i boligbygg med tre eller flere etasjer. I dag er det krav om heis fra fjerde etasje. Det tas sikte på at det nye regelverket trer i kraft fra 1. januar 2008.

### 3 Demensplan 2015 – Den gode dagen

En av de største omsorgsutfordringene samfunnet står overfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen, er at tallet på mennesker med ulike demenslidelser sannsynligvis vil bli fordoblet i løpet av de nærmeste 35 år. Den sterke veksten vil imidlertid først skje om 10–15 år. Dette gir tid til å forberede og planlegge, samtidig som det allerede nå er nødvendig å investere langsiktig i kompetanse, teknologi og bygningsmasse. Det tar mange år å rekruttere og utdanne tilstrekkelig helse- og sosialpersonell, og det tar ofte lang tid å planlegge og gjennomføre utbyggingen av sykehjem og botilbud.

Til grunn for demensplanen ligger en erkjennelse av at dagens omsorgstjeneste ikke i tilstrekkelig grad er bygd og tilrettelagt for mennesker med demens. De nærmeste årene er det nødvendig å foreta omlegging og endringer både i forhold til omsorgstjenestens kompetanse, organisering og arkitektur:

Omsorgstjenesten må kunne spille på et større fagrepertoar og rekruttere inn flere faggrupper med større vekt på aktivisering og sosiale forhold og tiltak. Den medisinske kompetanse må styrkes, med oppfølging fra spesialisthelsetjenesten spesielt i forhold til diagnostisering. Utbygging av hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud vil bli helt avgjørende for samspeilet med familie og lokalsamfunn, og vil i mange tilfeller kunne utsette institusjonsinnleggelse. Videre er ombygging og tilpasning av dagens sykehjem og omsorgsboliger nødvendig slik at de i større grad kan fungere som botilbud for mennesker med demens.

#### 3.1 Tre hovedsaker

På denne bakgrunn løfter Demensplan 2015 fram tre hovedsaker:

##### *Dagaktivitetstilbud*

Dagtilbudet er av mange omtalt som det manglende mellomledd i omsorgskjeden. Bare 4 pst. av de som bor hjemme med en demenslidelse har et slikt dagtilbud. Det skal først og fremst gi den enkelte et tilbud å gå til på dagtid, som kan fungere aktiviserende og stimulerende, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager. Det kan samtidig avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid, og på den måten bidra til at familie og ektefelle kan klare å stå i en krevende omsorgssituasjon.

Regjeringen har i et eget rundskriv om «Aktiv omsorg» presisert det kommunale ansvaret for slike tilbud i tråd med sosialtjenestelovens formål om å «*bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.*» Godt utbygde dagaktivitetstilbud kan sammen med hjemmetjenester i mange tilfeller bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse. Det blir spesieltpekt på den betydningen dagaktiviteter har for mennesker med ulike demenslidelser og andre med langvarige og sammensatte sykdomsforløp eller nedsatt funksjonsevne.

Demensplanen har som mål at dagaktivitetstilbud skal bli et sentralt ledd i omsorgskjeden for personer med demens. Regjeringen vil utrede spørsmålet om lovfesting av dagtilbud, i sammenheng med arbeidet med ny felles kommunal helse- og sosiallovgivning.

##### *Bedre tilpassede botilbud*

Til tross for at nesten 80 pst. av de som bor i sykehjem har en demenslidelse, er mange sykehjem fortsatt ikke bygd og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Om de skal fungere som botilbud for denne gruppen i framtida, krever det ombygging og tilpasning av en betydelig andel av dagens sykehjem og omsorgsboliger. Samtidig bør alt nytt som bygges og moderniseres med finansiering gjennom Husbankens nye tilskuddsordning til sykehjem og omsorgsboliger, bygges slik at det er tilpasset mennesker med demens. Da er små bokollektiv og avdelinger med aktivitetsmuligheter og direkte tilgang til tilrettelagte uteareal bedre enn gammeldagse institusjoner i mange etasjer med store avdelinger og lange korridorer.

*Økt kunnskap og kompetanse*

## – Informasjon

Demenslidelsene berører hele samfunnet, og er fortsatt forbundet med uvitenhet og lite rasjonelle forestillinger og holdninger. Det trengs derfor opplysning og informasjon både til pasienten selv, deres nærmeste og til allmennheten, og det planlegges en egen informasjonskampanje som skal nå alle målgruppene.

## – Opplæring

De nærmeste skal også nås gjennom egne samtalegrupper og pårørendeskoler i samarbeid med frivillige organisasjoner. Samtidig satses det på å gi alle ansatte i den kommunale helse- og sosialtjenesten nødvendig kunnskap gjennom ulike opplæringstiltak.

## – Ny kompetanse

Den medisinske kompetansen skal styrkes både lokalt og ved tettere oppfølging fra spesialisthelsetjenesten både i forhold til diagnostisering og behandling. Regjeringen legger gjennom sin utdanningspolitikk til rette for en omsorgstjeneste med større faglig bredde, der kulturell, fysisk og sosial aktivitet er sentrale elementer.

## – Forskning

Manglende kunnskap om årsaker, sykdomsutvikling og behandlingsformer skyldes også at demenslidelser ikke har hatt høy status innenfor medisinsk forskning. Medisinsk forskning og omsorgsforskning er derfor et svært sentralt satsingsområde.

*3.2 Virkemidler og tiltak i 2008*

Demensplanen er en av delplanene under Omsorgsplan 2015, og skal bidra til å målrette omsorgsplanens mer generelle virkemidler.

De 10 000 nye årsverkene i pleie- og omsorgssektoren, samt regjeringens styrking av kommuneøkonomien, gir kommunene rom til å kunne prioritere utbygging av dagtilbud og drift av kommunale tjenestetilbud til personer med demens. Videre vil utbygging av tilpassede bo- og institusjonstilbud og fellesareal med rom for dagaktiviteter bli finansiert som en del av den nye tilskuddsordningen til sykehjem og omsorgsboliger, dersom de oppfyller hovedformålet om heldøgntjeneste.

Demensplanen vil ta i bruk og målrette virkemidlene i Kompetanseløftet 2015 mot demensomsorgen. I tillegg foreslår regjeringen å benytte ytterligere 17 mill. kroner utover tidligere bevilg-

ninger til demensplanens særskilte forsknings-, utviklings- og kompetansetiltak i 2008. Av dette er 5 mill. kroner en del av regjeringens forslag til opptrapping av midlene til omsorgsforskning.

Demensplan 2015 er utarbeidet på bakgrunn av Rapport IS-1486 «Glemsk, men ikke glemte» fra Sosial- og helsedirektoratet, med utredning av utfordringer, behov og anbefalte satsingsområder. Demensplanen inneholder strategier i et langsiktig tidsperspektiv, resultatmål for perioden fram til 2015 og et fireårig handlingsprogram som oppdateres årlig og som sees i sammenheng med de årlige statsbudsjetter. Planen vil bli revidert i 2011 etter fire år.

Flere av demensplanens tiltak er allerede igangsatt i 2007, og av disse blir følgende videreført i 2008:

- Styrking av Demensforbundet i Nasjonalforeningen for Folkehelsen sitt lokale arbeid og veiledning til pårørende
- Spredning av tilbudet om pårørendeskoler og samtalegrupper til alle landets kommuner
- Utvikling av gode modeller for dagtilbud til personer med demens
- Utvikling av gode samhandlingsmodeller for utredning og diagnostikk av demens
- Utvikling av opplæringspakke om demens for personell uten fagutdanning
- Etablering av en nettbasert erfaringsbank og emnebibliotek om demens

Utover dette settes følgende nye tiltak i gang i 2008:

*Miljøbehandling og miljøterapi*

Det skal i 2008 iverksettes et treårig utviklingsprogram vedrørende miljøbehandling og miljøterapi. Utviklingsprogrammet skal sette søkelys på fysiske og psykososiale rammebetingelser, relasjon og samspill, kommunikasjon og miljøterapeutiske metoder.

*Yngre personer med demens*

Det skal i 2008 iverksettes et treårig nordisk utviklingsprogram for yngre personer med demens. Målet med programmet er å få økt kunnskap om belastning hos barn og ektefeller til yngre personer som utvikler demens, kartlegge og iverksette tiltak som gir ektefeller og barn bedre informasjon om demenssykdommen og utvikle gode modeller for utredning og oppfølging av yngre personer med demens.

### *Minoritetsspråklige med demens*

Kunnskapsgrunnlaget om minoritetsspråklige personer som utvikler demens er svært mangelfullt både nasjonalt og internasjonalt. Det skal i 2008 iverksettes et treårig nordisk utviklingsprogram for personer med minoritetsetnisk bakgrunn som utvikler demens. Programmet skal bidra til økt kunnskap om bistandsbehov, diagnostisering og behandling av denne brukergruppen.

### *Informasjon til brukere og pårørende*

Det skal i 2008 iverksettes en flerårig informasjons- og opplysningskampanje. Målsettingen er å skape større åpenhet, og gi både befolkningen og de som er spesielt berørt, økt kunnskap om demenssykdommene. Dette kan bidra til at personer som får denne lidelsen kommer tidligere til behandling og at belastningene for pårørende og omgivelser reduseres. Informasjonstiltakene skal rettes mot befolkningen generelt og pårørende spesielt. Den kommunale omsorgstjenesten vil både bli omfattet av og ta del i informasjonsarbeidet.

### *Opplæringspakke for frivillige og pårørende.*

Som en del av informasjons- og opplysningsarbeidet, skal det utarbeides en egen opplæringspakke for frivillige og pårørende. Formålet er å tilby opplæring og grunnleggende kunnskap om demens og demenssykdommer.

### *Videreutdanning*

Gjennom Kompetanseløftet 2015 økes videreutdanningstilbudet innen geriatri og demens for fagpersonell som arbeider i omsorgstjenesten.

### *Forskning*

Forskningsinnsatsen på demens styrkes med 5 mill. kroner i 2008, som i hovedsak vil bli kanalisert gjennom Forskningsrådets program for helse- og omsorgstjenester. Beløpet er en del av regjeringens samlede opptrapping av midler til omsorgsforskning på til sammen 15 mill. kroner.

## 4 Andre saker

### *4.1 Styrket omsorgsforskning*

Regjeringen foreslår å styrke forsknings- og utviklingsarbeidet med 15 mill. kroner. Styrkingen er knyttet til omsorgstjenestene, og eldres levekår og helse, med spesielt vekt på demens. Bevilgningsnivået til omsorgsforskningen er med dette økt med

20 mill. kroner i løpet av to år. Av dette er 5 mill. kroner knyttet til Demensplan 2015. Midlene til Program for helse- og omsorgsforskning, under Norges Forskningsråd økes. For å styrke praksisnær forskning og utvikling skal det i 2008 etableres inntil tre nye regionale FOU-sentra knyttet til høyskoler som utdanner helse- og sosialpersonell. Forskningsrådet vil høsten 2007 invitere høyskolene til konkurranse om funksjonen som regionale sentre for omsorgsforskning. I samsvar med målet i omsorgsmeldingen skal det innen utgangen av 2010 være etablert til sammen fem sentre. Satsningen på forskning skjer i samarbeid med Norsk Pensjonistforbund. Det vises til omtale av Program for helse- og omsorgstjenesteforskning i kap. 701, post 50.

### *4.2 Den kulturelle spaserstokken*

Den kulturelle spaserstokken skal gi brukerne av omsorgstjenesten et bredt og profesjonelt kulturtilbud. Gjennom økt samarbeid mellom kultursektoren og omsorgssektoren skal det utvikles gode kunst- og kulturprosjekter lokalt som skal være tilgjengelig for alle eldre. Kommuner og et bredt spekter av organisasjoner har i 2007 tatt utfordringen fra regjeringens omsorgsmelding om å gi omsorgstjenestene en mer aktiv profil. Tiltaket blir derfor utvidet fra 10 til 15 mill. kroner i 2008, fordelt med 5 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og 10 mill. kroner over Kultur- og kirke departementets budsjett. Det vises til omtale i Kultur- og kirke departementets budsjett kap. 320, post 78 og kap. 760, post 21.

### *4.3 Ny strategi for spesialisthelsetjenester til eldre*

Helse- og omsorgsdepartementet vil i løpet av høsten 2007 utarbeide en egen Strategi for styrking av spesialisthelsetjenesten for eldre 2008-2010, som gir rammene for det kommende utviklingsarbeidet for spesialisthelsetjenesten. Berørte departementer vil bli trukket inn i arbeidet med planen. Hovedformålet er å møte utfordringene knyttet til eldres behov for spesialisthelsetjenester på en helhetlig måte. Samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten vil bli særlig vurdert. Strategien vil ha en tidsramme tilsvarende Nasjonal helseplan (2008-2010). Samtidig må deler av strategien ses i et lengre tidsperspektiv. Dette gjelder særlig personell, forskning og kompetanseutvikling. Det legges opp til at det skal utarbeides regionale handlingsplaner for å styrke spesialisthelsetjenester for eldre. Noen regionale helseforetak har allerede utarbeidet slike planer.

#### 4.4 Tiltak overfor familier som har barn med funksjonsnedsettelse

Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte i perioden 2005-2006 et program kalt TaKT; tilrettelegging av det kommunale tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Målet med opplæringsprogrammet er å gi ny kompetanse og innsikt i familienes situasjon, samt å ha en helhetlig og tverrfaglig tilnærning med vekt på brukermedvirkning. Videre skal den enkelte settes i stand til å gi god informasjon og veiledning om tjenester og rettigheter, og å ha god kvalitet på saksbehandlingen. Det er stor pågang fra kommunene om deltakelse i opplæringsprogrammet, og stort behov for mer helhetlig tilrettelegging av tjenester til barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Opplæringen foreslås derfor videreført i 2008. I tillegg vil satsingen omfatte et pilotprosjekt kalt «Familieveiviser». Prosjektet skal utvikle modeller som kan bedre tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Det skal ledes av Sosial- og helsedirektoratet og bestå av delprosjekter forankret i kommuner/bydeler og helseforetak. Modellene skal sikre reell brukermedvirkning, individuell plan og hovedansvarlig tjenesteyter til familier som ønsker det.

Som en oppfølging av strategiplanen «Habilitering av barn. Helsetjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk syke barn, og deres foreldre – organisering og utvikling», som ble lagt fram i 2004, har Sosial- og helsedirektoratet gitt støtte til om lag 30 ulike prosjekter som har som mål å bedre tilbudet til barn med funksjonsnedsettelser og deres familier. Prosjektene forutsettes å gi ny kunnskap som kan bidra til å bedre innholdet i norske habiliteringstilbud. For ytterligere omtale av barnehabilitering og tiltak for bruk av individuell plan vises det til omtale av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering kap. 8 i del III.

#### 4.5 Tverrfaglig kompetanse

Regjeringens satsing på 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009 gir kommunene mulighet for å øke antallet helse- og sosialpersonell med fagutdanning, å rekruttere flere faggrupper og sørge for at omsorgstjenesten får større faglig bredde. Tall fra SSB viser at de 5900 nye årsverkene som kom i 2006, dekkes av utdannet fagpersonell, og at andelen årsverk uten helse- og sosialutdanning reduseres.

Individuell plan er et verktøy som skal sikre at brukere som har behov for det, får tjenester som er bredt og tverrfaglig sammensatt. Utarbeiding av individuell plan skal bidra til at brukeren får et hel-

hetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestebehov. Det vises til ytterligere omtale av tiltak knyttet til bruk av individuell plan i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering kap. 9 i del III.

Det er også satt i gang forsøk med Høgskole- og universitetssosialkontor (HUSK). Formålet med forsøket er å styrke samarbeidet mellom praksis, utdanning, forskning og brukere og å styrke praksisbasert forskning og kunnskapsbasert praksis. Forsøket omfatter oppgaver etter sosialtjenesteloven, med vekt på forvaltning av økonomisk sosialhjelp og arbeidsrettede tiltak, rehabiliteringsoppgaver og råd og veiledning overfor personer med helsemessige og sosiale problemer. Det vises til ytterligere omtale i kap. 761, post 77.

#### 4.6 Gjennomgang av autorisasjonsordningen

Under behandlingen av omsorgsmeldingen vedtok Stortinget å be regjeringen vurdere en gjennomgang av autorisasjonsordningene i sosial- og helse-tjenesten (vedtak 383).

Departementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å foreta en generell og prinsipiell gjennomgang av helsepersonellovens autorisasjonsordning.

Departementet tar sikte på å følge opp spørsmålet om autorisasjonsordning for sosialpersonell som en egen sak.

#### 4.7 Bedre vilkår for pårørende som yter langvarig og krevende omsorg

I Innst. S. nr. 150 (2005-2006) blir regjeringen bedt om å utrede muligheten for å etablere en overgangsordning med inntektssikring og tilknyttet kvalifiseringstiltak til dem som mangler inntekt og kvalifikasjoner for å komme i arbeid etter langvarig omsorgsinnsats overfor pårørende.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet er i gang med å utrede strategier og tiltak som kan gjøre det lettere for yrkesaktive å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for nære pårørende. Departementet tar sikte på å legge fram et høringsnotat med vurdering av mulige tiltak.

#### 4.8 Gjennomgang av finansieringsordningen for fysioterapi

Regjeringen har startet et arbeid med gjennomgang av finansieringen av fysioterapitjenesten i kommunene med sikte på økt kommunalt finansieringsansvar. I tillegg er det foretatt en gjennomgang av dagens betalings- og skjermingsordninger på fysioterapiområdet. Det vises til omtale på kap. 2755, post 71 under programområde 30.

#### 4.9 Harmonisering av den kommunale sosial- og helse Lovgivingen (Bernt-utvalget)

Det offentlige utvalget som skulle utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosial Lovgivingen (Bernt-utvalget), avga innstilling i oktober 2004, jf. NOU 2004: 18, Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten -Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester.

Utvalget har foreslått å erstatte dagens sosialtjenestelov og kommunehelsetjenestelov med en felles lov om sosial- og helsetjenester i kommunene, som regulerer kommunenes ansvar, krav til tjenestene, tjenestemottakernes rettigheter, beslutningsprosess og klageadgang.

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, forslag om endring i regler om saksbehandling, regulering av kommunenes oppgaver, tilsyn og klagebehandling m.m.

Departementet er i gang med oppfølgingen av utvalgets forslag. Arbeidet har vist at flere problemstillinger må utredes nærmere, særlig forholdet til annen helse Lovgiving og utviklingen av ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV). I tillegg vil spørsmålet om lovfesting av dagstilbud vurderes, se omtale under pkt. 3.1. Det vil bli sendt ut et høringsnotat fra departementet før det kan utarbeides en odelstingsproposisjon. Planen er å sende ut høringsnotatet våren 2008.

### 5 Omsorgsplan 2015 – aktivitet i 2007

Etter Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2006-2007) og St.meld. nr. 25 (2005-2006) har Helse- og omsorgsdepartementet iverksatt flere tiltak og planer som følger opp de fem hovedstrategiene for framtidens omsorgstjeneste:

#### 5.1 Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging

##### 5.1.1 Avtale om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Regjeringen inngikk i september 2006 en ny avtale med KS om kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Siktemålet med avtalen er at staten og KS i fellesskap skal bidra til å forbedre kvaliteten og etablere ordninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Partene er enige om at utfordringene må møtes ut fra lokale variasjoner og behov, og legger til grunn de fem hovedstrategiene for framtidens omsorgstjeneste.

Målsettingene i avtalen er i 2007 blant annet blitt fulgt opp gjennom den nye ledelsessatsingen Flink med folk i første rekke, rekrutteringssatsingen Aksjon helsefagarbeider, en satsing på etisk kompetanseheving i samarbeid med yrkesorganisasjonene og satsingen på legetjenester i sykehjem. Nye tiltak som skal bidra til måloppnåelsen av avtalen, er under vurdering.

##### 5.1.2 Kvalitetskommuneprogrammet

Kvalitetskommuneprogrammet er et samarbeid mellom Kommunal- og regionaldepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, KS, og Akademikerne, LO-Kommune, YS-Kommune og Unio. Målet med samarbeidet er å øke kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene og oppveksttjenestene slik at innbyggerne merker en forbedring. Arbeidet lokalt skal særlig rette seg mot medarbeiderne som møter innbyggerne, og skje i et samarbeid mellom lokalpolitikere, den administrative ledelsen og de tilsatte/tillitsvalgte. Kvalitetskommunesamarbeidet bygger videre på de initiativ som allerede er tatt for å utvikle tjenestekvaliteten i kommunesektoren, blant annet avtalen om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er et mål at halvparten av kommunene skal delta i kvalitetskommunearbeidet. Deltakerkommunene skal arbeide sammen i nettverk og få faglig bistand fra programmet.

##### 5.1.3 Kommunal planlegging

Omsorgsmeldingen har bidratt til å sette framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommuneplanarbeidet i en rekke av landets kommuner. Stortingsmeldingen er trykt i stort opplag og meldingens analyse av framtidens behov og utfordringer på dette området blir brukt som grunnlag for lokale framskrivninger og behovsvurderinger. Fylkesmannsembetene og KS har også bidratt aktivt til dette gjennom å arrangere kommunekonferanser og lage debattmaterieell med framtidens omsorgsutfordringer som hovedtema.

Omsorgsutfordringene berører mange samskapssektorer og hele den offentlige helse- og sosialtjenestens samspill med familie og lokalsamfunn. Det er derfor av stor betydning at planleggingen på dette området ikke begrenses til sektorplaner for omsorgstjenestene, men blir en del av kommuneplan- og økonomiplanarbeidet i den enkelte kommune.

#### 5.1.4 Omsorgsforskning

Programmet for Helse- og omsorgsforskning ble styrket med 5 mill. kroner til omsorgsforskning i 2007. Ved utlysning av midler i 2007 mottok programmet 36 søknader med et samlet søknadsbeløp på om lag 60 mill. kroner for 2008. Programmet har til fordeling om lag 8,5 mill. kroner per år i en treårsperiode. I tillegg er det allerede fire forskningsprosjekter om omsorgstjenester som mottar til sammen om lag 4,5 mill. kroner i 2007. Høgskolen i Gjøvik er etablert som landets første regionale FOU-senter for omsorgsforskning, og Norges forskningsråd har vedtatt at Gjøvik skal ha en nasjonal koordineringsrolle ved etablering av ytterligere fire regionale sentre for omsorgsforskning.

#### 5.1.5 Nettbasert erfaringsbank – Omsorgsportalen

Det er i gang et arbeid med å etablere en interaktiv, nettbasert erfaringsbank for den lokale helse- og sosialforvaltningen som også vil komme personell, brukere og pårørende til nytte. Erfaringsbanken skal formidle forskning og utviklingstiltak, synliggjøre gode eksempler og gi bedre muligheter for å utveksle kommunale erfaringer og styrke forvaltningskompetansen i omsorgstjenesten. Erfaringsbanken skal støtte kommunenes arbeid med å etablere gode systemer for forvaltning og drift av omsorgstjenestene. Økt forvaltningskompetanse vil bidra til å øke standarden på tjenestene og sikre brukernes rettigheter gjennom økt kvalitet i vedtaks- og tildelingsprosessen. Erfaringsbanken skal i tillegg styrke demensomsorgen ved å ha et spesielt tilbud til pårørende og personell som jobber med demens. Det tas sikte på en gjennomgang og samordning av flere nettportaler som er etablert på dette feltet. En nettbasert utgave av den nye håndboken om omsorgstjenester for tjenestemottakere og familie/pårørende, vil bli sett i sammenheng med omsorgsportalen.

#### 5.1.6 Utvidet pasientombudsordning

Forslaget om å utvide pasientombudenes ansvarsområde til kommunale helse- og omsorgstjenester har vært på høring. Departementet tar sikte på å legge fram et lovforslag for Stortinget i løpet av høsten 2007.

#### 5.2 Kapasitet og kompetanseheving

Regjeringen har gjennom styrking av kommuneøkonomien lagt til rette for en utvidelse av personellkapasiteten med 10 000 nye årsverk i den kommunale omsorgstjenesten innen utgangen av 2009.

For å sikre tilstrekkelig rekruttering av faglig kvalifisert personell gjennomføres samtidig Kompetanseløftet 2015.

#### 5.2.1 10 000 nye årsverk

Tall fra Statistisk Sentralbyrå viser at kommunene i 2006 økte innsatsen i omsorgstjenesten med hele 5900 årsverk eller 5,4 pst. I 2005-2006 er det til sammen etablert 7800 nye årsverk. SSB viser imidlertid til at noe av den rapporterte veksten kan skyldes endrede rapporteringsrutiner. Et stort innslag av små stillinger, mange vikarer og timearbeidere gjør det krevende å benytte registertall. Dersom man holder kommuner utenfor som avviker med mer enn 10 prosentpoeng fra den gjennomsnittlige veksten i 2006 ville veksten blitt 3200 årsverk. Departementet legger i utgangspunktet til grunn 5900 flere årsverk i 2006 slik SSB har rapportert, men erkjenner samtidig at det er usikkerhet om tallene, og at den reelle veksten kan ligge noe lavere.

Basert på SSB sin rapportering for 2005 og 2006 gjenstår 2200 årsverk for å nå målsettingen om 10 000 årsverk. Rapportering fra landets fylkesmenn til Sosial- og helsedirektoratet viser at kommunene planlegger med en vekst på om lag 2500 nye årsverk for 2007. Samlet viser dette at målsettingen om 10 000 årsverk kan nås før 2009. Realisering av målsetting om 10 000 årsverk innen 2009 følges gjennom konsultasjonsordningen mellom KS og regjeringen.

SSB sine tall for 2005 og 2006 viser videre at de nye årsverkene i omsorgstjenesten dekkes av utdannet fagpersonell, og at andelen årsverk uten helse- og sosialutdanning reduseres. Tallene viser også at antall ansatte som jobber tilnærmet heltid i omsorgstjenesten har økt med 10 000 personer, eller om lag 20 pst. fra 2004 til 2006. Denne endringen anslås isolert sett å gi en økning på om lag 2500 nye årsverk.

#### 5.2.2 Kompetanseløftet 2015

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale omsorgstjenestene og inngår i Omsorgsplan 2015. Planen omfatter tiltak for å sikre god rekruttering, høy kompetanse og stabil bemanning i pleie- og omsorgssektoren, og den inneholder strategier og tiltak som skal møte både kortsiktige og langsiktige utfordringer: Endrede rekrutteringsforhold, høy avgang fra sektoren, behov for styrking av ledelses- og veiledningskompetansen, behov for større faglig bredde, stort omfang av deltidsstillinger og at det er få menn i omsorgssektoren. Kom-

petanseløftet er også ett av regjeringens virkemidler for å realisere regjeringens målsetting om 10 000 nye årsverk. I rulleringen av handlingsprogrammet foreslås det å videreføre tiltakene fra 2007, slik at tiltakene i handlingsprogrammet for 2008-2011 blir følgende:

#### *Aksjon helsefagarbeider*

Aksjon helsefagarbeider er et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og arbeidsgiverorganisasjonene KS, HSH og NAVO, som skal sikre den nye helsefagarbeiderutdanningen god rekruttering og nye læreplasser. Søkertall til VG1 Helse og sosialfag viste en nedgang på om lag 7 pst. fra 2006 til 2007, og søkertall til VG2 Helsearbeiderfag i 2007 viste en nedgang på om lag 3 pst. sammenlignet med tilsvarende nivå innen hjelpepleie og omsorgsfag i 2006. Arbeidet vil i 2008 bestå av å etablere flere rekrutteringspatroljer og å fortsette arbeidet med å sikre et tilstrekkelig antall læreplasser høsten 2008 og 2009. Også i 2008 vil det bli arrangert NM i helsefag, et tiltak som bidrar til rekruttering og kompetanseheving.

#### *Kvalifisering av personell*

Det er et mål å kvalifisere voksne uten helse- og sosialutdanning til helsefagarbeidernivå gjennom tilpassede praksis- og opplæringsløp. Målgruppen er både personer som allerede er ansatt i pleie- og omsorgstjenesten og personer som ønsker å jobbe innenfor sektoren. Plantall som fylkesmennene har innhentet antyder en planlagt aktivitet i kommunene på om lag 1800 plasser i 2007.

#### *Rekrutteringskampanje*

Arbeidet har i 2007 blant annet bestått av prosjektet «Menn i omsorgsyrker» og informasjonsportalen helseogsosialfag.no. Det vil i 2008 bli prioritert å utvikle materiale for audiovisuell kommunikasjon.

#### *Øke andelen med høyere utdanning*

Regjeringen og KS har gjennom avtalen om kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å utvikle strategier og tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetent arbeidskraft i sektoren gjennom blant annet å øke andelen med høyskoleutdanning. Tall fra SSB viser en økning i andelen årsverk med høyere utdanning fra 24 pst. i 2005 til 25½ pst. i 2006.

#### *Desentraliserte høgskolestudier*

Det gis tilskudd til desentraliserte høgskolestudier i fag der kommuner har problemer med stabil dekning, som for eksempel innenfor sykepleie og ergoterapi. Plantall som fylkesmennene har innhentet antyder en planlagt aktivitet i kommunene på om lag 330 plasser i 2007.

#### *Videreutdanning*

Plantall som fylkesmennene har innhentet antyder en planlagt aktivitet i kommunene på om lag 1100 plasser i fagskole og 1300 plasser i høgskole i 2007. Fagskoletilbudet vil gi personell med videregående utdanning bedre muligheter til å ta videreutdanning, og bidra til å heve kompetansen og redusere avgangen fra sektoren. Fagskoleutdanningen innenfor helse- og omsorgsfag er fortsatt i en utbyggingsfase. I tråd med prioriteringene i Kompetanseløftet 2015 er det flest tilbud innenfor eldreomsorg og psykisk helsearbeid.

#### *Øke andelen som arbeider heltid*

I avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten har regjeringen og KS forpliktet seg til å legge til rette for å redusere bruken av deltidsstillinger i helse- og omsorgssektoren for å sikre kontinuitet og stabilitet både for brukere og ansatte. Tall fra Statistisk Sentralbyrå viser at antall ansatte som jobber tilnærmet heltid i omsorgstjenesten har økt med 10 000 personer, eller om lag 20 pst. fra 2004 til 2006. I samarbeid med KS er det igangsatt et arbeid med å kartlegge og vurdere ytterligere tiltak som skal bidra til måloppnåelsen.

#### *Flink med folk i første rekke*

Lederkompetansen i kommunene og dialogen og samarbeidet mellom leder og medarbeider er bedret gjennom satsingen Flink med folk. I løpet av fire år har om lag 270 kommuner og nær 40 000 medarbeidere i pleie- og omsorgstjenestene deltatt i lokale utviklingsprosjekter. Evalueringen av Flink med folk konkluderer med at den fireårige satsingen har vært svært vellykket. Den lokale forankringen fremstår som en av de viktigste suksessfaktorene.

Regjeringen og KS er enige om å videreføre de gode erfaringene fra Flink med Folk. Den nye satsingen heter Flink med folk i første rekke. Første del av den nye satsingen har fokus på tverrfaglig ledelse knyttet til psykisk helse og rus. Andre del av Flink med folk i første rekke skal styrke kommunenes arbeid med kompetanseplanlegging og

lokale utviklingsprosjekter. Dette arbeidet starter opp med lokal aktivitet høsten 2007.

#### *Forbedring av arbeidsmiljø*

Regjeringen og KS har i avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å legge til rette for godt arbeidsmiljø. Arbeidet med å implementere veiledningsmateriellet «Arbeidsmiljø i hjemmetjenesten» er videreført i 2007. Det er utviklet verktøy for mestring av emosjonelt arbeid i hjemmetjeneste og institusjon, og Universitetet i Oslo har ferdigstilt en studie om sykefravær blant norske hjelpepleiere. I samarbeid med KS er det igangsatt et arbeid med å kartlegge og vurdere ytterligere tiltak som skal bidra til måloppnåelsen.

#### *Undervisningssykehjem*

Undervisningssykehjemmene bidrar til økt kvalitet i omsorgstjenestene ved å drive forskning, fagutvikling og kompetanseheving gjennom prosjekter i eget sykehjem eller i samarbeid med sykehjem i andre kommuner. Erfaringene fra det enkelte undervisningssykehjem skal spres og prosjektene skal ha nasjonal overføringsverdi. Det er i 2007 seks hovedundervisningssykehjem og 11 satellitter som mottar statlig tilskudd. Det finnes undervisningssykehjem i alle fylker unntatt tre. For 2008 er det et mål å ha minst ett satelittsykehjem i hvert fylke og minst etablere satellitter i de tre gjenværende fylkene.

#### *Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt*

Tiltaket styrker tilbudet og bidrar til kompetanseoppbygging i landets kommuner. Prosjekter som sikrer kvalitetsutvikling gjennom fagutvikling og kompetanseheving med nasjonal overføringsverdi prioriteres. Tiltakene ses i sammenheng med nasjonal kreftstrategi og aktiviteten i undervisningssykehjemmene.

#### *Etisk kompetanseheving*

Regjeringen har i samarbeid med KS, og yrkesorganisasjonene etablert prosjektet «Samarbeid om etisk kompetanseheving.» Prosjektets hovedmål er å styrke den etiske kompetansen i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Gjennom prosjektet skal det utvikles opplæringsprogram som sikrer at alle ansatte får tilbud om grunnleggende opplæring i yrkesetikk og stimulere kommunene til å etablere arenaer for systematisk refleksjon i det daglige arbeidet. Prosjektet har et hovedfokus på opplæ-

ring av førstelinjeledere og nøkkelpersoner i helse- og omsorgstjenesten, og det forutsettes at deltakere bidrar med kunnskapsoverføring og veiledning av medarbeidere i tjenestene. I løpet av prosjektperioden skal 100 kommuner ha etablert arenaer for etisk refleksjon og deltatt i program for etisk kompetanseheving.

### *5.3 Samhandling og medisinsk oppfølging*

#### *5.3.1 Ny avtale for samhandling*

I 2007 har regjeringen og KS undertegnet en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Avtalen er treårig og legger vekt på å etablere likverdige rammer for samhandling. Samhandlingsutfordringene skal løses ut fra lokale variasjoner og behov. Det vises til ytterligere omtale i del III Oppfølging av nasjonal helseplan (2007-2010).

#### *5.3.2 Status demensplan*

For å bedre kvaliteten og styrke kompetansen og kapasiteten i tiltakskjeden for mennesker med demens, har regjeringen utarbeidet Demensplan 2015 «Den gode dagen». Allerede i 2007 ble det iverksatt en rekke tiltak for en styrking av demensomsorgen:

#### *Dagtilbud til personer med demens*

Det er i 2007 iverksatt et treårig utviklingsprogram for dagtilbud til personer med demens. Utviklingsprogrammet skal samle erfaringer om dagsenterdrift, dagtilbud/avlastning i eget hjem og i institusjon. Programmet skal utvikle gode modeller for dagtilbud og implementere modellene i kommunene.

#### *Utredning og diagnostisering av demens*

Det er fra 2007 iverksatt et treårig utredningsprogram som har som mål å finne fram til gode modeller for utredning og diagnostisering av personer med demens. I løpet av programperioden skal det utarbeides en veileder som beskriver gode modeller og rutiner for å bedre kvaliteten og øke kapasiteten i demensutredningen. 25 kommuner deltar i programmet. Arbeidet med opplæring og implementering av diagnoseverktøy blant landets fastleger og kommuner er videreført i 2007.

#### *Pårørendeskoler og samtalegrupper*

Det er i 2007 startet et treårig utviklingsprogram for spredning av pårørendeskoler og samtalegrup-



per. Programmet består i å utarbeide opplæringsmaterieil, opplæring av kursledere og implementering av tiltak. Det er innledet et samarbeid med de frivillige organisasjonene for å nyttiggjøre seg deres erfaringer og kompetanse.

#### *Informasjon til brukere og pårørende*

Demensforbundet i Nasjonalforeningen for folkehelse har på bakgrunn av tildelte midler i 2007 utvidet tilbudet av veiledningsmaterieil og økt aktivitetene i de lokale foreningene. Støtten foreslås videreført i 2008. Sosial- og helsedirektoratet har i 2007 forberedt en informasjons- og opplysningskampanje rettet mot pårørende, ansatte og allmennheten.

#### *Opplæring og erfaringsutveksling*

En opplæringspakke i demens for ufaglærte er under utarbeiding, og det skal etableres et samarbeid med fylkesmannen for gjennomføringen av undervisning og opplæring på området. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å etablere en erfaringsbank og et emnebibliotek om demens. Tiltakene skal formidle forskning og utviklingstiltak og oppdatert fagkunnskap, samt synliggjøre gode eksempler og erfaringer fra fagfeltet. Arbeidet videreføres i 2008.

#### *5.3.3 Nasjonal standard for legetjeneste i sykehjem*

Det er bred enighet om at innsatsen i legeårsværk i sykehjem er for lav. For å legge til rette for en nasjonal standard for legetjenesten i sykehjem, og som et foreløpig mål har regjeringen i St.meld. nr. 25 (2005-2006) varslet at det er behov for å øke innsatsen av legeårsværk med minst 50 pst. i perioden fra 2005 til 2010.

Helse og omsorgsdepartementet har i rundskriv til kommunene gitt kriterier for fastsettelse av lokal norm for legetjeneste i sykehjem, med presisering av de krav som følger av kvalitetsforskriften og internkontrollforskriften. Målsettingen om økt innsats av legeårsværk vil bli drøftet med KS etter at kommunene har fastlagt sin norm og fylkesmennene har oppsummert kommunenes samlede behov. Sosial- og helsedirektoratet har i 2007 ferdigstilt en veileder for å bistå kommunene i arbeidet med å fastsette et lokalt nivå for legetjeneste i kommunene. Det forventes at økningen i antall legeårsværk finansieres innenfor veksten i kommunale inntekter og som en del av regjeringens målsetting om 10 000 nye årsværk i omsorgstjenesten.

I 2007 ble det bevilget 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 feilbehandling. For 2007 og 2008 er det 335 sykehjem som får tilbud om gratis deltakelse.

Som ledd i styrkingen av legers kompetanse i fagområdet aldersmedisin gjennomgås hele det medisinske utdanningsløpet. Sosial- og helsedirektoratet har på oppdrag fra departementet kommet med forslag til slik styrking innenfor turnustjenesten og i spesialistutdanningen av leger. Forslagene er til vurdering i departementet.

Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte i 2006 en kartleggingsundersøkelse og utarbeidet rapporten «Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon». Sosial- og helsedirektoratet vil i 2008 utarbeide forslag til videre tiltak for å styrke legetjenestene til grupper med store behov.

#### *5.4 Aktiv omsorg*

Regjeringen legger vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Omsorgsmeldingen peker på dette som en viktig utfordringene og beskriver «Aktiv omsorg» som en hovedstrategi for framtidens omsorgstjenester.

En rekke undersøkelser tyder på at det er på det sosiale og kulturelle området dagens omsorgstjenester kommer til kort. Tilbud om dagaktiviteter framstår mange steder som det manglende leddet i omsorgskjeden. Departementet har i rundskriv til kommunene om «Aktiv Omsorg» understreket at tilbud om dagaktiviteter er en del av det kommunale omsorgstjenestetilbudet, enten brukeren bor på sykehjem eller mottar omsorgstjenestetilbudet hjemme eller i omsorgsbolig.

Regjeringen vil utrede spørsmålet om lovfestning av dagtilbud i sammenheng med arbeidet med ny felles kommunal helse- og sosiallovgivning.

#### *5.4.1 Den kulturelle spaserstokken*

I statsbudsjettet for 2007 ble det bevilget 10 mill. kroner til Den kulturelle spaserstokken. Kommuner og et bredt spekter av organisasjoner har tatt utfordringen fra regjeringens omsorgsmelding om å gjøre kunst- og kultur mer tilgjengelig for eldre og bidra til å gi omsorgstjenesten en mer aktiv profil. I 2007 er det gitt tilskudd til 67 kommuner i alle

landets fylker til ulike typer arrangementer og tiltak innen ulike kulturområder. Departementet mottok i alt 239 søknader fra kommuner over hele landet med en samlet søknadssum på om lag 43,6 mill. kroner. Søknadene viser et omfattende engasjement og stor bredde i kulturtiltak for eldre. Ordningen blir derfor utvidet i 2008.

#### 5.4.2 *Mat og måltider*

Arbeidet med faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernærte pasienter og pasienter i ernæringsmessig risiko ferdigstilles i 2007. Disse skal implementeres i 2008 gjennom kurs og kompetansetilbud. Om lag 10 pst. av norske eldre har risiko for underernæring. Kartlegging av mat og måltidssituasjonen i sykehjem gjennomføres i 2007 og følges opp i 2008 med relevante tiltak og eventuell kartlegging av kosthold og ernæringsstatus hos enkelte brukergrupper. Tiltaket sees i sammenheng med oppfølging av St.meld. nr. 25 (2005–2006) og Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011).

#### 5.4.4 *Fritid for alle*

Som et ledd i arbeidet med å utvikle kommunal tilrettelegging av støttekontakt og kultur- og fritidsdeltakelse med bistand, har Sosial- og helsedirektoratet i 2007 etablert et treårig prosjekt. Kristiansand kommune skal veilede andre kommuner og drifter nettstedet Fritid for alle.

#### 5.4.5 *Støttekontakt, avlaster og frivillige – mv.*

Videreutdanningstilbud for personell som organiserer og gir opplæring/veiledning av støttekontakter, avlaster og frivillige, tilbys ved Høgskolen i Bergen. I tillegg er det et desentralisert undervisningstilbud i Arendal og Troms. Videreutdanningen ble evaluert i 2006/2007 og foreslås videreført med støtte fra Sosial- og helsedirektoratet i 2008.

### 5.5 *Partnerskap med familie og lokalsamfunn*

#### 5.5.1 *Frivillighet*

Regjeringen la høsten 2007 fram St.meld. nr. 39 (2006–2007), frivillighet for alle. I meldingen pre-

senteres 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 26 nye frivillighetssentraler i 2007, og det tas sikte på å opprette 13 nye i 2008.

#### 5.5.1 *Ny kontakttelefon for eldre utsatt for vold*

Regjeringen vil i samarbeid med kommuner og aktuelle frivillige/ humanitære organisasjoner etablere en ny kontakttelefon for eldre utsatt for vold. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere kontakttelefonen. Målet er at telefonen skal være operativ i løpet av 2008.

#### 5.5.2 *Håndbok til pårørende*

Det er under utarbeidelse en håndbok (veileder) rettet mot tjenestemottakere og familie/pårørende. Håndboken skal beskrive rettigheter og plikter etter helse- og sosiallovgivningen og gi praktiske anvisninger på hvordan en kan forholde seg til helse- og sosialtjenestens forvaltning, for eksempel ved søknader, vedtak og klagebehandling. Den skal gi en orientering om de viktigste tjenestetilbud den kommunale helse- og sosialtjenesten kan gi. Håndboken vil bli utgitt i 2008. Den vil også bli tilgjengelig og oppdatert i en nettbasert versjon.

### 5.6 *Andre saker*

#### 5.6.1 *Egenandeler – brukerbetaling*

Regjeringen varslet i St.meld. nr. 25 (2005–2006), Mestring, muligheter og mening, om behovet for presiseringer av reglene for beregning av egenandeler for trygghetsalarm og matombringning. Bakgrunnen er at slike tjenester i stadig større grad ytes for å oppfylle et hjelpebehov som gir brukeren et krav på tjenester etter sosialtjenesteloven, jf. § 4-3. Regjeringen har fulgt opp dette ved å presisere lovforståelsen gjennom et eget rundskriv.

**Kap. 760 Utredningsvirksomhet m.v.**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	3 268	10 249	10 690
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	3 599	3 737	3 898
	Sum kap. 760	6 867	13 986	14 588

Overført fra 2006 til 2007:

Post 21: 205 000 kroner

**Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan nyttes under post 70**

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 midlene for 2008 delt mellom post 21 og post 70 Tilskudd. Av praktiske årsaker er det gitt en samlet beskrivelse av formålene under post 21.

**Midler fordelt 2006**

- Tilskudd til kvalitetsutvikling og oppfølging av avtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, bl.a. Etikkprosjektet
- Utredningsarbeid i forbindelse med St.meld. nr. 25 (2005-2006), Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer
- Kompetanse om kommunal planlegging
- Forsknings- og utviklingsprosjekter innen helse- og sosialfagutdanning og pleie- og omsorgstjenester
- Diverse tilskudd til enkelttiltak innen pleie- og omsorgstjenester

**Prioriterte saker 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
- Handlingsplan: Bedre tilbudet om helsehjelp og sosiale tiltak til ofre for menneskehandel
- Utvalg: Harmoniseringen av den kommunale sosial- og helselovgivningen (Bernt-utvalget)

- Satsing på kulturtiltak i omsorgssektoren: «Den kulturelle spaserstokk»
- 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 2008**

- Avtale mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgssektoren, herunder prosjektet «Etisk kompetanseheving»
- Satsing på kulturtiltak i omsorgssektoren: «Den kulturelle spaserstokk»
- Utvalg: 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

**Kontakttelefon for eldre utsatt for vold**

Sosial- og helsedirektoratet er i gang med å planlegge opprettelse av en egen landsdekkende kontakttelefon for eldre som er utsatt for vold.

**Den kulturelle spaserstokk**

For 2007 er det i alt bevilget 10 mill. kroner til Den kulturelle spaserstokk over Helse- og omsorgsdepartementets og Kultur- og kirkedepartementets budsjett. Det foreslås bevilget 5 mill. kroner til en fortsatt kultursatsing i pleie- og omsorgssektoren i 2008. Midlene skal nyttes til kulturelle begivenheter i sykehjem og omsorgstjenesten for øvrig. Det vises til omtale av Omsorgsplan 2015 i innledningen til kategori 10.60

Avtale mellom Regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Regjeringen inngikk i september 2006 en ny avtale med KS om kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Det vises til utfyllende omtale av Omsorgsplan 2015 i innledningen til kategori 10.60.

#### Etisk kompetanseheving

Satsingen på etisk kompetanse inngår som en del av regjeringens strategi for å styrke kompetansen i omsorgstjenesten. Det vises til omtale av Omsorgsplan 2015 i innledningen til kategori 10.60.

For 2007 er det bevilget 2 mill. kroner til avtalen mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder prosjektet Etisk kompetanseheving. Bevilgningen foreslås videreført i 2008.

#### Tjenester til personer med demens

For å målrette og tilpasse det kommunale omsorgstjenestetilbudet bedre til personer med demens og sammensatte lidelser, trengs ytterligere utredning knyttet til mer konkret utforming

av bo- og institusjonstilbud og hvordan tjenestene kan organiseres slik at de styrker samspillet med familie og pårørende som står i langvarig og tyngende omsorgsoppgaver.

#### Hjemmetjenestene og deres nye brukere

Statistikk og undersøkelser viser at antall yngre brukere (under 67 år) av den kommunale omsorgstjenesten er fordoblet på 10 år og utgjør nå 1/3 av de som mottar hjemmetjenester. De mottar en relativt stor andel av omsorgstjenestens ressurser og botilbud. Yngre personer utgjør et stort flertall av dem som mottar avlastning og støttekontakt. Ved siden av dem som har vært omfattet av reformen for mennesker med utviklingshemming og opptrappingsplan for psykisk helse, er dette en sammensatt gruppe med mange ulike diagnoser. For å kunne lage sikrere prognoser i forhold til framtidig hjelpebehov, vil regjeringen sette i gang et utredningsarbeid. Hensikten er å kartlegge disse nye brukernes diagnose og tjenestebehov, og utrede virkningene for omsorgstjenestenes framtidige bemanning og faglige kompetanse.

#### Post 70 Tilskudd, kan nyttes under post 21

Midlene foreslås videreført. Når det gjelder bruk av midler på denne bevilgningen, vises det til nærmere omtale under post 21.

**Kap. 761 Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	69 235	78 849	102 661
60	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	109 440	118 079	126 038
61	Tilskudd til vertskommuner	485 881	484 773	481 033
63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	138 646	143 695	172 730
64	Ressurskrevende tjenester, <i>overslagsbevilgning</i>	1 700 221	1 832 663	
66	Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse	71 237	74 704	77 842
67	Tilskudd til særskilte utviklingstiltak	21 100	21 942	19 864
70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i>	92 015	118 671	119 774
71	Tilskudd til frivillig arbeid	15 045	15 619	16 291
72	Tilskudd til Landsbystiftelsen	54 974	57 063	59 517
73	Tilskudd til døvblinde og døve	10 457	10 854	11 321
75	Kompetansetiltak.	3 603	3 887	3 554
76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	6 398	6 867	7 162
77	Kompetansesentra mv.	81 035	87 493	92 255
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	994	11 210	11 692
	Sum kap. 761	2 860 281	3 066 369	1 301 734

Overført fra 2006 til 2007:

Post 60: 4 484 000 kroner

Post 63: 477 000 kroner

Post 70: 3 233 000 kroner

**Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan nyttes under post 79**

Bevilgningen har hittil blant annet dekket utgifter til fylkesmennenes virksomhet, utredningsvirksomhet, informasjonsvirksomhet, mv. For å få et klarere skille mellom de midlene som går som tilskudd og dem som går til dekning av statlige driftsutgifter, er midlene delt mellom post 21 og post 79 Andre tilskudd. Av praktiske årsaker er det 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,

avslutning av handlingsplanen for eldreomsorg 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 fram til og med 2007. 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 den nye 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 økt med 10 mill. kroner for 2008. Økningen foreslås brukt til finansiering av rusrådgivere som skal følge opp kommunenes

arbeid på rusfeltet, jf. opptrappingsplanen for rusfeltet, del III, kap. 8.

#### FoU-prosjekter og informasjonsvirksomhet m.v.

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, forsøk, 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 kategori 10.60.

#### Demensplan 2015

Demensplan 2015 «Den gode dagen» inneholder langsiktige strategier og konkrete tiltak for en bedre demensomsorg. Sosial- og helsedirektoratet skal ha en sentral rolle i gjennomføring, monitorering og evaluering av planen. Tiltakene skal sees i sammenheng med eksisterende tiltak i Sosial- og helsedirektoratet og koordineres med strategi for styrking av spesialisthelsetjenesten for eldre 2008-2010.

Det ble i 2007 bevilget 10 mill. kroner over kap. 761, post 21 til demensarbeidet. For 2008 foreslår regjeringen å bevilge til sammen 18,5 mill. kroner over kap. 761, post 21 og kap. 761, post 60 til Helhetlig demensplan. Det foreslås også bevilget 5 mill. kroner til styrket forskningsinnsats knyttet til demens under Helseomsorgsprogrammet i Norges Forskningsråd, se kap. 701, post 50.

#### Tilskudd til oppfølging av avtalen mellom Regjeringen og KS

Regjeringen har inngått en ny avtale med KS om kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tiltakene i avtalen knytter seg

til utvikling av tjenestene, personell, kompetanse, arbeidsmiljø og ledelse, samt styring, planlegging og kvalitetssikring. Kommunenes arbeid med rus og psykisk helse inngår også i avtalen. Se også omtale under kap. 761, post 77. Sosial- og helsedirektoratet vil ha en sentral rolle i utvikling og oppfølging av tiltak i avtalen.

#### Nasjonal standard for legetjenesten i sykehjem

Kommunene vil i løpet av 2007 fastsette lokale normer for legedekningen i sykehjem. Fylkesmannsembetene skal oppsummere kommunenes samlede behov. Deretter skal målsettingen om 50 pst. økning i legeårsverk drøftes med KS.

For å bedre kvalitet og sikkerhet på laboratorietjenestene i sykehjem, ble det i 2007 bevilget et øremerket tilskudd til spredning av NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) til landets kommuner. Deltaelse i NOKLUS gir sikrere diagnostisering og prøvetaking, reduserer antall unødvendige henvisninger og konsultasjoner til spesialisthelsetjenesten og minsker risikoen for feilbehandling. Det ble bevilget 4 mill. kroner til formålet i 2007. Bevilgningen foreslås videreført i 2008.

#### Pårørendehåndbok

Sosial- og helsedirektoratet utarbeider en håndbok om helse- og omsorgstjenester i kommunene. Håndboken skal fungere som veileder både for tjenestemottakere og familie/ pårørende.

#### Nettbasert erfaringsbank – Omsorgsportal

Sosial- og helsedirektoratet er i gang med å etablere en nettbasert erfaringsbank for den lokale helse- og sosialforvaltningen, personell, brukere og pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

#### Rekrutteringskampanje

Tiltaket er omtalt i Kompetanseløftet 2015 i innledningen til kategori 10.60. Departementet foreslår å avsette inntil 6 mill. kroner til rekrutteringskampanje, utvikling av fagstruktur og arbeidsmiljø under Kompetanseløftet. I tillegg foreslår departementet å avsette inntil 3,5 mill. kroner til kompetanseutviklingstiltak under Demensplan 2015.

#### Helsehjelp uten samtykke

Stortinget har vedtatt nye regler i nytt kap. 4A i pasientrettighetslovens om helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse, jf. Ot.prp. nr. 64 (2005-

2006) og Innst. O. nr. 11 (2006-2007). Før de nye reglene trer i kraft, er det behov for kompetanseoppbygging, opplæring og rettleiding. Regjeringen foreslår 9 mill. kroner bevilget over post 21; 5 mill. kroner til kompetanseoppbyggende tiltak og 4 mill. kroner til styrking av Helsetilsynet i fylkene.

### Kompetansemiljø på området psykisk utviklingshemming

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) ble etablert i 2006 og har nasjonale fagutviklings- og formidlingsoppgaver. Sosial- og helsedirektoratets gjennomgang av levekår for utviklingshemmede i 2007 viser at det i praksisfeltet er lite kunnskap og mangelfull oppfølging av helsetilstanden til mennesker med utviklingshemming. NAKU foreslås styrket for også å kunne bidra til fagutvikling og informasjon om helsepørsmål.

### Barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier

Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte 2005-2006 et program kalt TaKT; tilrettelegging av det kommunale tjenestetilbudet for gruppen. Programmet var rettet mot kommunale ledere, saksbehandlere og andre som arbeider med familiene. Det er utviklet et opplæringsprogram som retter seg mot kommunale saksbehandlere og andre som arbeider med familiene. Samlet kostnadsramme var 15 mill. kroner som ble finansiert likt mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet, jf. kap. 621, post 22.

Opplæringsprogrammet er videreført i 2007 med en kostnadsramme på 7,5 mill. kroner som ble finansiert likt mellom de to departementene. Det er stor pågang fra kommunene om deltakelse i opplæringsprogrammet. Det er fortsatt stort behov for mer helhetlig tilrettelegging av tjenester til denne gruppen. Opplæringen foreslås derfor videreført i 2008. I tillegg vil satsingen omfatte et pilotprosjekt kalt «Familieveiviser». Det vises til omtale under programkategori 10.60, punkt 4.4 i Omsorgsplanen 2015. Bevilgningen foreslås videreført i 2008 med 3 750 000 kroner fra hvert av departementene.

### Støttekontakt, kultur- og fritidsdeltakelse mv.

Videreutdanningstilbudet for organisering, opplæring og veiledning av støttekontakter, avlastere og frivillige ved Høgskolen i Bergen har desentralisert undervisning i Arendal og Troms og er delvis basert på IKT-løsninger. Videreutdanningen ble

evaluert i 2006/2007 og foreslås videreført med støtte fra Sosial- og helsedirektoratet i 2008.

Som et ledd i arbeidet med å utvikle kommunal tilrettelegging av støttekontakt, kultur- og fritidsdeltakelse med bistand har Sosial- og helsedirektoratet i 2007 etablert et treårig prosjekt. Kristiansand kommune skal veilede andre kommuner og drifter nettstedet Fritid for alle. Nettstedet skal formidle kunnskap, erfaringer og nyhetsstoff gjennom reportasjer, artikler, kurstilbud mv. og tilbyr diskusjonsforum.

### Videreutvikling av kommunale rustjenester og Opptrappingsplan for rusfeltet

Den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet, se del III kap. 8, skal bidra til at den enkelte skal få en helhetlig oppfølging basert på individuelle behov. Opptrappingsplanen skal bidra til å styrke kommunenes arbeid med individuell plan og videreutvikle det kommunale rusarbeidet, blant annet med mer fleksible arbeidsmetoder. Det er nødvendig å styrke kompetansen i kommunene om rusproblematikk og om virkningsfulle tiltak. Det er satt av midler til delfinansiering av videreutdanning i rusrelatert arbeid ved høyskolene for å øke fagkompetansen om rusmiddelproblematikk hos personell i sosial- og helsetjenesten og innen kriminalomsorgen og i politiet.

Det er nødvendig å videreutvikle statistikk og dokumentasjon om behov og innsats i kommunene, for å få en mer fakta- og kunnskapsbasert innsats. For å styrke iverksettingen av opptrappingsplanen i kommunene, vil det bli etablert en ordning med rusrådgivere hos fylkesmannen. De skal blant annet følge opp kommunenes arbeid med å styrke den individuelle oppfølgingen.

Det foreslås å styrke formålene med 12 mill. kroner for 2008. Se merknader til budsjettforslaget.

### Hørselshjelpsordningen

Sosial- og helsedirektoratet har nedsatt en bredt sammensatt arbeidsgruppe som skal gi anbefalinger og forslag til løsninger/tiltak som skal sikre en god formidling og oppfølging av høreapparater og andre hørselstekniske hjelpemidler i et helhetlig rehabiliteringsperspektiv. Rapporten ble oversendt departementet i september 2007. Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet vurdere tilrådingene med sikte på fremtidige endringer på området. Hørselshemmedes Landsforbunds hørselshjelpsordning vil bli videreført som et prosjekt ut 2008.

### Elektronisk samhandling i helse- og omsorgstjenesten – Kommunale fyrtårn

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 gjennomfører et treårig kommuneprogram som går ut i 2007. Programmet har 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). Fyrtårnene skulle identifisere behov, gevinstpotensiale og prøve ut mulige løsninger for elektronisk samarbeid innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Sesam Tromsø var det første fyrtårnet og ble avsluttet i 2006. De andre fyrtårnene ble startet opp i 2005, og av disse ble fyrtårnsprosjektene Eidskog/Kongsvinger og Nord-Gudbrandsdalen avsluttet etter forprosjektperioden, mens fyrtårnsprosjektet i Stavanger avsluttes i 2007. Fyrtårnsprosjektene i Trondheim og Sandefjord foreslås videreført i 2008. Det vises forøvrig til omtalen av IKT i kapittel 6 i del III Oppfølging av Nasjonal helseplan.

Det er en stor interesse i mange kommuner for å kunne samhandle på nye måter, men det tar tid å implementere nye løsninger i systemene og gjøre nødvendig tilrettelegging i kommunene, før elektronisk samhandling kan utbres i stor skala. Statlig medvirkning er viktig for å koordinere dette arbeidet i forhold til andre aktører og tiltak. Om lag 15 pst. av kommunene er koblet til Norsk Helsenett per juni 2007. Det er i 2007 påbegynt et arbeid med å spre erfaringene fra fyrtårnsprosjektene og KS/Norsk sykepleieforbund sitt prosjekt ELIN-k gjennom 10 regionale seminarer. Det foreslås å videreføre denne satsingen i 2008.

### Diakonstilling i Spania

Fra 2003 ble det, etter forslag fra Stortinget, bevilget et tilskudd til opprettelse av en diakonstilling i Spania. Tilskuddet forvaltes i dag av Sosial- og helsedirektoratet og organiseres gjennom Menighetssøsterhjemmet som en diakonstilling ved Sjømannskirken i Torrevieja. Prosjektfasen, som opprinnelig var satt til 3 år, ble besluttet videreført i 2007. Departementet ser det som lite hensiktsmessig at stillinger som er organisert under Sjømannskirken varig finansieres av Helse- og

omsorgsdepartementet og gjennom Menighetssøsterhjemmet som mellomledd. Det foreslås å overføre tilskuddet til diakonstilling i Spania fra Helse- og omsorgsdepartementets kap. 761, post 21 Spesielle driftstilskudd til Kultur- og kirkedepartementets 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. Statistikken gjennom IPLOS vil dels erstatte og dels supplere dagens rapportering fra kommunene gjennom KOSTRA innen pleie- og omsorgssektoren.

Gjennom IPLOS blir opplysninger om bistandsbehov og tjenester for alle søkere og mottakere av kommunale omsorgstjenester registrert og sendt til et sentralt pseudonymt register. IPLOS-registeret er hjemlet i helseregisterloven gjennom egen forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Forskriften trådte i kraft 1. mars 2006. IPLOS-registeret inneholder ikke identifiserbare opplysninger om enkeltpersoner.

Formålet er å gi lokale, regionale og sentrale myndigheter et bedre kunnskapsgrunnlag. IPLOS er en integrert del av saksbehandlingen og tjenestetokumentasjonen i kommunene.

IPLOS ble obligatorisk i kommunene fra 1. mars 2006. Alle landets kommuner har i løpet av 2006 innført IPLOS. Flere kommuner tar ut lokal statistikk til lokal planlegging og styring. Nasjonalt vil IPLOS-data blir publisert for første gang i 2007 (med data for 2006).

IPLOS skal videreutvikles i tråd med endringer i brukernes behov, utviklingen i de kommunale tjenestene og samfunnsutviklingen for øvrig. Utviklingsarbeidet skjer i tett dialog med blant annet bruker- og fagorganisasjonene og KS/enkeltkommuner. Det er nedsatt en ekstern arbeidsgruppe som skal foreta en gjennomgang av beslutningsprosessene i forbindelse med planlegging og implementering av IPLOS. Gruppen skal gi en samlet beskrivelse av prosessen i en egen rapport til Sosial- og helsedirektoratet i løpet av 2007.

### Offentlig støtte til ferie for mennesker med store bistandsbehov

Kommunene har etter sosialtjenesteloven ansvar for å yte nødvendig praktisk bistand og hjelp til mennesker med store bistandsbehov. ECON har



på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet gjennomført en undersøkelse om behovet for en offentlig støtteordning til ferie for mennesker med bistandsbehov. Sosial- og helsedirektoratet fastslår på bakgrunn av undersøkelsen at personer med store bistandsbehov reiser mindre på ferie enn øvrig befolkning, og at dette synes å skyldes dårlig økonomi framfor at det ikke finnes tilrettelagte ferietilbud. Sosial- og helsedirektoratet mener imidlertid det vil være vanskelig å etablere en feriestøtteordning begrunnet i denne gruppens dårlige økonomi, fordi det også er andre økonomisk vanskeligstilte grupper i samfunnet som reiser mindre på ferie.

Departementet vurderer at kommunenes ansvar etter sosialtjenesteloven fortsatt bør ligge fast og tilrår på denne bakgrunn ikke å etablere en egen tilskuddsordning for feriemål. Helse- og omsorgsdepartementet viser også til Arbeids- og inkluderingsdepartementets tilskuddsordning til ferie- og velferdstilbud for personer med nedsatt funksjonsevne. Ordningen vil fra 2008 bli lagt om for å oppnå en større målretting mot barn med særskilt store hjelpebehov. To tredjedeler av bevilgningen går til sommerleir for barn med særskilt store hjelpebehov i regi av funksjonshemmedes organisasjoner og en tredjedel retter seg mot leire og idretts- og kulturarrangementer i regi av frivillige organisasjoner. Arbeids- og inkluderingsdepartementet foreslår at det i 2008 samlet settes av 7,5 mill. kroner til ferie- og velferdstilbud i regi av frivillige organisasjoner og til sommerleir i regi av funksjonshemmedes organisasjoner for barn med særskilt stort hjelpebehov. I tillegg vil det for 2008 bli utarbeidet retningslinjer for tilskudd til ferie- og velferdstilbud for personer med nedsatt funksjonsevne i regi av frivillige organisasjoner og tilskuddet til sommerleir for barn i regi av funksjonshemmedes organisasjoner.

#### Unge personer med nedsatt funksjonsevne i alders- og sykehjem

Unge personer med nedsatt funksjonsevne bør ikke bo i institusjoner beregnet på eldre. Foreløpige tall for 2006 fra Statistisk sentralbyrå, viser at 173 beboere under 50 år er innskrevet for langtidsopphold i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Av disse var 114 beboere i alders- og sykehjem. Dette er en klar nedgang i forhold til antallet i 2005.

Fylkesmennene har i 2007, som i 2005 og 2006, fulgt opp kommuner som har unge personer under

50 år bosatt i alders- eller sykehjem. Gjennomgangen for 2007 viser at syv personer ønsker et annet botilbud uten at det foreligger plan for utflytting. For noen få personer er situasjonen uavklart. Flere beboere enn tidligere får utarbeidet individuell plan. Fylkesmannen vil høsten 2007 følge opp kommuner hvor vedkommende ønsker et annet botilbud og hvor det ikke foreligger plan for utflytting. Tidspunkt for utflytting må vurderes individuelt.

En kontaktgruppe med representanter fra Norges Handikapforbund, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, KS, Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet skal følge utviklingen på området og komme med forslag til tiltak.

Helse- og omsorgsdepartementet vurderer toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester som hensiktsmessig for å sikre unge personer et godt tjenestetilbud. Kommunal- og regionaldepartementet vil i budsjettforslag for 2008 foreslå en omlegging av ordningen, kombinert med at staten overtar en økt andel av finansieringen av ordningen. Dette innebærer at merkostnadene knyttet til å gi en ung funksjonshemmet et tilbud utenfor eldreinstitusjon reduseres betydelig.

#### Merknader til budsjettforslaget

Som en del av arbeidet med Omsorgsplan 2015 er det foreslått å styrke bevilgningen med:

- 9 mill. kroner til Demensplan 2015. I tillegg foreslås det å flytte 3 mill. kroner fra kap. 761, post 67 til kap. 761, post 21 til det samme formålet.
- 9,0 mill. kroner til helsehjelp uten samtykke.

Til arbeidet med opptrappingsplanen for rusfeltet er det foreslått å styrke bevilgningen med:

- 12,0 mill. kroner til rådgivere hos fylkesmannen i kommunalt rusarbeid mv. videreutdanning og kompetansetiltak, og utviklingsprosjekt russtatistikk.

For øvrig foreslås det å redusere driftsbevilgningen med 10 mill. kroner.

Tilskuddet på 549 000 kroner til diakonstilling i Spania foreslås flyttet til Kultur- og kirkedepartementets kap. 340, post 71.

Bevilgningen foreslås satt ned 1,6 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 725, post 01, settes opp tilsvarende. Det vises til omtale av Helsebiblioteket i merknader til budsjettforslaget under kap. 725.

## Post 60 Tilskudd til omsorgstjenester, kan overføres

### Kompetanseløftet 2015

Det vises til omtale i innledningen til kategori 10.60 om Omsorgsplan 2015.

Bevilgningen går til følgende formål:

- Tilskudd til kommunene og fylkesmennene til oppfølging av Kompetanseløftet 2015
- Tilskudd til fylkesmannsembetene til oppgaver i forbindelse med avslutningen av Handlingsplanen for eldreomsorgen. Midlene skal sees i sammenheng med midlene til fylkesmannsembetene over kap. 761, post 21.

Tilskudd til Kompetanseløftet 2015 gis i 2008 over kap. 760, post 21 Utredningsvirksomhet mv., kap. 761, post 21 Spesielle driftsutgifter, kap. 761, post 60 Tilskudd til omsorgstjenester, kap. 761, post 67 Tilskudd til særskilte utviklingstiltak og kap. 761, post 77 Kompetansetiltak. Samlet foreslås det bevilget 155,8 mill. kroner til tiltakene i 2008.

### Avsluttende rapportering fra rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell: Rekruttering for bedre kvalitet 2003-2006

Målsettingen om å øke tilgangen på helse- og sosialfagutdannet personell i kommunenes omsorgstjeneste med 4-5 pst. per år ble nådd, med en gjennomsnittlig økning på i overkant av 6 pst. per år i perioden 2003-2006. Det er særlig de siste to årene rekrutteringen av fagpersonell til tjenesten har vært god, med en økning på 9 pst. fra 2005 til 2006. Rekrutteringsplanen har bestått av 13 tiltak, og erfaringene er som følger:

#### *Styrke tilgangen på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere*

Resultatene viser en årlig vekst på i overkant av 5 pst. i gjennomsnitt for 2003-2006, som er i samsvar med målsettingen på 5 pst. Veksten i 2006 var i overkant av 7 pst.

#### *Program for kvalifisering av ufaglærte 1998-2006*

3000 personer deltok i kvalifiseringstiltak i 2006, hvorav 1600 fikk kompetansegivende opplæring fram til avsluttende fagprøve eller eksamen. Antallet med avsluttet kompetansegivende utdanning tilsvarende om lag 3 pst. av de tilsatte uten helse- og sosialfaglig utdanning i kommunenes omsorgstjeneste. I hele planperioden har om lag 6000 personer gjennomført kvalifiseringsløp fram til hjelpe-

pleier/omsorgsarbeider. Dette har vært et godt bidrag til den sterke veksten i fagpersonell.

#### *Tilgang på personell med høyere utdanning*

Resultatet viser en årlig vekst på i overkant av 8 pst. i gjennomsnitt for 2003-2006, som er vesentlig over målsettingen på 5 pst. Høgskolegruppens andel av årsverk i de kommunale omsorgstjenestene har i denne perioden økt fra 22 pst. til 25 pst.

#### *Desentralisert sykepleierutdanning*

I 2006 var det 225 studenter som fullførte desentraliserte sykepleierstudier med støtte fra rekrutteringsplanen. Omfanget i dette tiltaket har vært stabilt i planperioden.

#### *Rekruttering av personell med utdanning fra utlandet*

Norge har avsluttet aktiv rekruttering av helsepersonell fra utlandet. Det forholder seg imidlertid annerledes for utdannet helsepersonell fra andre land som på eget initiativ kommer til Norge.

#### *Videreutdanning for helse- og sosialpersonell med yrkesutdanning fra videregående opplæring*

I 2006 avsluttet 875 hjelpepleiere og omsorgsarbeidere en videreutdanning i fagskoleordningen med tilskudd fra rekrutteringsplanen. I planperioden har om lag 4400 gjennomført videreutdanning på dette nivået.

#### *Helse- og sosialfag i videregående opplæring – rekruttering, fagstruktur og yrkestitler*

Foreløpige tall fra inntaket 2007 viser en andel på i underkant av 11 pst. til helse- og sosialfag, det samme som i 2006. Når en sammenligner opptaket til VG2 Helsefagarbeider med tilsvarende opptak for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere høsten 2006, ligger dette på om lag samme nivå. Innfasingen til ny yrkestittel helsefagarbeider, med overgang til lærefag for alle, ser ikke ut til å ha påvirket søkning og opptak første året.

#### *Videreutdanning av høgskoleutdannet personell*

Samlet deltakelse i videreutdanninger på høgskolenivået var i overkant av 1100 i 2006, med den største deltakelsen innenfor psykisk helse og eldreomsorg. I planperioden har drøyt 4500 gjennomført videreutdanning på dette nivået med støtte fra Rekrutteringsplanen.

### *Program for utvikling av kliniske spesialiteter/kliniske stiger*

Det er gjennomført et pilotprosjekt med tverrfaglig klinisk stige i kommunehelsetjenesten i fire kommuner i Hordaland. I samarbeid med KS gjennomføres det et prosjekt med kliniske stiger i Rogaland om legevakter i flere kommuner i Sandnesområdet. Begge prosjektene avsluttes i 2007. Drammen kommune startet opp et tilsvarende prosjekt i 2005 som avsluttes i 2007. Universitetet i Oslo startet i 2005 et evalueringsprosjekt for å belyse behovet for og betydningen av kompetanseheving i de kommunale tjenestene, og evalueringen skal foreligge i løpet av 2007.

### *Program for utvikling av kompetansehevede tiltak gjennom samarbeid mellom kommuner og sykehus*

Det er igangsatt prosjekter i samarbeid med fylkesmann, kommune og sykehus i Arendal og Bodø. Prosjektene samarbeider med andre samhandlingstiltak mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste for å få felles utbytte av erfaringer. Det ble våren 2007 holdt avslutningskonferanser for begge prosjekter. Sluttrapporter foreligger høst 2007.

### *Kvalitet, forskning og fagutvikling i undervisningssykehjem*

Aktiviteten har ført til kvalitetsforbedring innenfor ulike fagområder, økt status og en bedre rekruttering av kompetent fagpersonell. Ervervet kunnskap er formidlet til andre kommuner og omkringliggende sykehjem. Det har ført til entusiasme for fagutvikling og kvalitetsforbedring i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Se forøvrig omtalen av undervisningssykehjemmene under kap. 761, post 67.

### *Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv og tiltak rettet mot arbeidsmiljøet*

Det er gjennomført en omfattende studie av hjelpepleieres helse- og arbeidsforhold, og resultatene skal publiseres i 2007. Det er videre utarbeidet to veiledere om arbeidsmiljøet i hjemmetjenestene i 2006, som er blitt distribuert til alle kommuner. Pilotprosjekt med fokus på mestring av følelsesmessige påkjenninger i pleie- og omsorgsarbeid ble avsluttet i 2006, hvor både hjemmetjenester og institusjoner i tre kommuner deltok. Prosjektet resulterte i en håndbok som vil bli lansert i løpet av 2007.

### *Motvirke økende geografiske forskjeller*

I perioden 2004-2005 ble det forsøkt en storbysatsing for de fem største byene i Norge med særskilte bevilgninger for kvalifisering av voksne til hjelpepleier/omsorgsarbeider. Resultatene var ikke i samsvar med forutsetningene for satsingen, med unntak av Trondheim. De fylkesvise forskjellene i fagdekningen har bestått i planperioden 2003-2006. Oslo har fortsatt den laveste dekningen. Nord-Trøndelag og Agder-fylkene har den beste fagdekningen med henholdsvis 77 og 75 pst.

### *Kompetanseutvikling for personell i spesialisthelsetjenesten*

Et kompetansehevingsprogram for sykepleiere på avdelinger som arbeider med for tidlig fødte barn ble avsluttet i 2006. Det ettårige studiet «Videreutdanning i nyfødtmedisin» ved Lovisenberg diakonale høyskole ble første studieår 2005 finansiert gjennom rekrutteringsplanen, og studiet er videreført uten statlig finansiering. En utredning om videreutdanning i hygienesykepleie (smittevern) ble ferdigstilt våren 2007, og det startes i 2007 opp studietilbud både ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg, ved Diakonova høyskole i Oslo og ved Høgskolen i Bergen.

### *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).

### **Merknader til budsjettforslaget**

Som ledd i tiltakene i Demensplan 2015 foreslås det å styrke posten med 3 mill. kroner til kompetanseoppbyggende tiltak.

### **Post 61 Tilskudd til vertskommuner mv.**

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 vel 450 mill. kroner fra tilskuddet til vertskommunene innlemmet i inntektssystemet til kommunene. Det vises til nærmere omtale av innlemmingen i St.prp. nr. 61 (2005-2006).

### *Reduksjon i det øremerkede tilskuddet kap. 761 post 61 som følge av frafall av brukere*

Det er fra 2004 innført årlige tellinger av antall psykisk utviklingshemmede som omfattes av verts-kommunetilskuddet. De midlene som trekkes ut av det øremerkede tilskuddet som følge av frafall, overføres til inntektssystemet i tråd med tidligere praksis, og trappes for den enkelte kommune ned iht. overgangsordningen i inntektssystemet over en femårsperiode. 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 20,6 mill. kroner i 2007, og gjelder frafall av 42 brukere i 2006.

### *Eldre personer med psykisk utviklingshemning*

Antall eldre personer med psykisk utviklingshemning er økende og stiller kommunene overfor nye utfordringer med hensyn til å skaffe et kvalitativt godt tjenestetilbud. Utviklingsprosjektet aldring hos mennesker med utviklingshemning (UAU) har utviklet kunnskapssenter, faglige nettverk for spredning og utvikling av kompetanse så vel nasjonalt som internasjonalt, avholdt kurs og konferanser, utviklet nettsider og publikasjoner (lærings- og informasjonsmateriell) og igangsatt en rekke utviklingsprosjekter. Det er etablert et samarbeid med fylkesmennene, kommuner, RHF, tjenestemottakerne og brukerorganisasjoner. Den økonomiske rammen for prosjektet har vært på 10 mill. kroner over 3 år, og 2 mill. kroner til ½ års utvidelse av prosjektiden ut 2007.

Prosjektet er evaluert i 2007. På bakgrunn av evalueringen foreslås prosjektet avsluttet og virksomheten videreført tilknyttet Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse ved Helse Sør-Øst. Midlene foreslås overført til kap. 732, post 78. Den overordnede målsettingen skal være å bedre kvaliteten på tjenester til eldre mennesker med utviklingshemning ved å øke kunnskap og kompetanse om aldring og utviklingshemning i praksisfeltet, og øke norske kommuners kunnskap om gode omsorgsmodeller og gode tjenester.

### **Merknader til budsjettforslaget**

20,6 mill. kroner av vertskommunemidlene foreslås flyttet til inntektssystemet for kommunene

over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, kap. 571. Et beløp på 3,5 mill. kroner foreslås flyttet til kap. 732, post 78.

### **Post 63 Tilskudd til kommunale rustiltak, kan overføres**

Bevilgningen går 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
- forsøk med sprøyterom

Tilskuddet har som formål å fremme metodeutvikling i kommunalt rusarbeid for å styrke individuell oppfølging og utvikle tilgjengelige og fleksible tjenester, jf. opptrappingsplanen for rusfeltet, se del III, kapittel 8.

Opgaver som skal vektlegges er avklaring av hjelpebehov og oppfølging før, under og etter behandlingsopphold i institusjon eller fengselsopphold. Målet er å øke bruken av individuell plan. Det er også behov for å øke innsatsen overfor unge som befinner seg i risikozonen. Evalueringen av LAR viser at kommunene arbeider mer systematisk med deltakere i LAR enn med andre personer med rusmiddelproblemer, og disse erfaringene bør spres til kommunalt rusarbeid generelt. Kommunene må også bedre innslaget av brukermedvirkning innen rusfeltet og styrke oppfølgingen av pårørende til personer med rusmiddelproblemer. Arbeidet med tiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer fordrer samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Derfor skal samarbeidsavtalen mellom Sosial- og helsedirektoratet og Barne- ungdoms- og familiedirektoratet som ble inngått i 2005, videreføres. Midlene kan også brukes til samarbeidstiltak med Kriminalomsorgen (jf. rundskriv G-8 2006 utarbeidet av Justis- og politidepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet). Oppfølging av samhandlingsavtalen mellom regjeringen og KS vil være vesentlig for å sikre at brukerne får et helhetlig hjelpetilbud. Rusarbeidet i kommunene må også tilpasses innføringen av NAV-reformen. Omfanget av samtidig rusmiddelproblemer og psykiske lidelser er økende i kommunene. Kommunalt rusarbeid må derfor ses i sammenheng med psykisk helsearbeid i kommunene, jf. nærmere omtale under kap. 743, post 62.

### En mer målrettet tilskuddsordning

I 2006 mottok 42 kommuner tilskudd, og tilskuddsbeløpene varierer fra 75 000 kroner til 1,4 mill. kroner. Ordningen er ment å stimulere til nødvendige utviklingstiltak, men synes ikke i tilstrekkelig grad å treffe kommuner med de største utfordringene. I tillegg er det indikasjoner på at tilskuddet i noen tilfeller går til alminnelige driftsoppgaver på feltet. For å sikre bedre individuell oppfølging av brukerne på landsbasis er det nødvendig at tilskuddsordningen når flere kommuner. Derfor foreslår regjeringen å legge om tilskuddsordningen slik at flere kommuner kommer i betraktning for tilskudd. Hovedformålet med tilskuddsordningen bør være å bidra til at kommunene utvikler og styrker arbeidet med individuell plan, slik at langt flere rusmiddelavhengige omfattes av dette tiltaket. Det er behov for å utvikle kommunenes kompetanse i forhold til individuell oppfølging, blant annet gjennom bedre veiledning og bruk av oppsøkende og ambulans virksamhet.

Departementet vil med virkning fra 2008 innføre en gradvis endring av kriteriene for tilskuddsordningen, for å sikre en smidig overgang fra dagens tilskudd. Det foreslås at tilskuddsordningen nyttes til å samfinansiere kommunale tiltak, og at kommunene selv må bidra med en delfinansiering for en periode på inntil fire år. På denne måten vil en i større grad sikre lokal forankring og at gode utviklingstiltak blir videreført som en del av ordinære tjenestetilbudet etter at finansieringssamarbeidet er avsluttet. Tilskuddsordningen kan på denne måten nå langt flere kommuner enn i dag. Fylkesmannen vil få en sentral rolle i forvaltningen av tilskuddene og oppfølging av deltakende kommuner, jf. forslag om å styrke fylkesmannsembetene med rusrådgivere under kap. 761, post 21. Tilskudd som i dag går til formålene kommunalt rusarbeid og LAR-tiltak i kommunene vil gradvis bli integrert i ordningen, mens tilskudd til lavterskel helsetiltak skjermes fra endring inntil videre.

Tilskuddsordningen må også sees i lys av satsingen på kompetanse- og fagutvikling og styrking av ledelses- og medarbeiderperspektivet i kommunalt rusarbeid, jf. kap. 761, post 21 og 761, post 77.

### *Styrke personlig veiledning og individuell oppfølging*

Regjeringen vil prøve ut en ordning med koordinerende «tillitspersoner» i kommunene. De skal gi rusmiddelavhengige veiledning gjennom hjelpeapparatet, bidra til at de mottar tjenester de har behov for, og bidra til at de deltar i aktiviteter og i kvalifiseringsprogrammet i NAV etc. Oppfølging av LAR-brukere omfattes av ordningen. Målet er at

flere får individuell plan med helhetlig oppfølging og at tilbakefall etter institusjons- og fengselsopphold reduseres.

Det foreslås en delfinansiering mellom kommune og stat, med et statlig tilskudd over fire år, for å forankre tilbudet lokalt. Kommunene kan samarbeide om opplegget med frivillige organisasjoner i et partnerskap, men tilbudet må være forankret i sosialtjenesteloven. Sosial- og helsedirektoratet vil utarbeide nærmere retningslinjer for ordningen. Fylkesmannen vil få en sentral rolle i å forvalte tilskuddene i samarbeid med kommunene. Utprøvingen av ordningen skal følgeevalueres og inngå i et rapporteringssystem. Erfaringene skal benyttes i det generelle arbeidet med å utvikle individuell plan, også for andre brukergrupper, jf. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, se del III kap. 9. Gjennom Opptappingsplanen for rusfeltet, se del III, kap. 8, settes det av 23 mill. kroner til utprøving av en ordning med koordinerende «tillitspersoner» i kommunene.

### Tilskudd til kommunalt rusarbeid, herunder LAR-tiltak

Det gis tilskudd til kommunalt rusarbeid for å styrke helhetlige oppfølgingstjenester til personer med rusmiddelproblemer, og det gis tilskudd til LAR-tiltak i kommunene. Tilskuddene er styrket betydelig de siste årene.

Til oppfølgingstjenester i kommunene ble det i 2006 fordelt 32 mill. kroner til 112 tiltak i kommunal regi. Det er store variasjoner i utformingen av tiltakene, tilpasset lokale behov og utfordringer. Flere av prosjektene benytter metodikk hvor bruker- og nettverksarbeid er kombinert med det kommunale hjelpeapparatet, andre vektlegger samarbeid mellom sosial- og helsetjenestene, bruk av individuell plan, og utforming av tverrfaglige ambulante team. Det er satt i gang prosjekter som skal ivareta barn av rusmiddelavhengige og ungdom som står i fare for å utvikle et rusmiddelproblem. Flere prosjekter bygger på interkommunale samarbeidsløsninger. Sosial- og helsedirektoratet har mottatt 145 søknader for 2007.

Til LAR-arbeid i kommunene fordelte Sosial- og helsedirektoratet i 2006 46,5 mill. kroner til 40 kommuner. Det gis tilskudd til kommuner med mange LAR-brukere for å heve kvaliteten på tilbudet. Det legges vekt på at det er helhet og samordnede tjenester og bruk av individuell plan. Det vises også til omtale av LAR under kap. 726, post 70 Tiltak for rusmiddelavhengige.

Det foreslås å videreføre tilskuddene i 2008, men at de videreutvikles i tråd med opptappingsplanen for rusfeltet og innrettes ytterligere som sti-

muleringsmiddel for utvikling av kommunalt rusarbeid og utprøving av en ordning med koordinerende «tillitspersoner».

#### *Lavterskel helsetiltak til rusmiddelavhengige*

Formålet med ordningen er å bedre livssituasjonen til mennesker med omfattende og sammensatt rusmiddelproblematikk og dårlig helsetilstand. Gjennom lavterskel helsetiltak skal personer som har problemer med å benytte vanlige helsetjenester, få et tilgjengelig helsetilbud som kan bidra til å bedre deres helse, livssituasjon og redusere faren for overdoser. Tiltakene skal også fungere som koordinerende ledd for helse- og sosialtjenestene og bidra til at ordinære tjenester kan benyttes. Tilskudd gis til kommuner med mange personer med omfattende rus- og helseproblemer og høy forekomst av overdoser.

Tilskuddsordningen er styrket de siste årene og for 2007 er det satt av 47,5 mill. kroner til formålet, inkludert 5 mill. til tannhelsetiltak. Kommunenes tilbakerapportering viser at man når målgruppen. Det har bidratt til tverrfaglig tilnærming og bedre samarbeid mellom sosial- og helsetjenesten i mange kommuner. Flere kommuner har utviklet tiltakene i samarbeid med frivillige organisasjoner. Flere steder er det etablert feltsykepleie og oppsøkende virksomhet. De fleste tiltakene er tilknyttet legetjeneste. Erfaringene med lavterskeltiltak skal spres til andre kommuner som del av arbeidet med kompetanse- og kvalitetsutvikling av kommunalt rusarbeid.

Ordningen er under evaluering, og evalueringen vil være en del av grunnlaget for å vurdere videreutvikling av tjenestetilbudet til målgruppen. Se også omtale av tilskudd til Gatehospitalet, kap. 761, post 70.

Tilskudd til lavterskel helsetiltak foreslås videreført.

#### **Prøveordning med sprøyterom**

Stortinget vedtok i 2004 en treårig lov som åpner for utprøving av sprøyterom i tre år. I 2007 ble loven forlenget med to år, til 2009. Oslo åpnet landets første og hittil eneste sprøyterom i februar 2005. Prøveordningen finansieres av Oslo kommune og staten. Sprøyteromsordningen er en helsetjeneste. Det stilles krav til bl.a. lokaler, åpningstider, innhold og bemanning.

Ved utgangen av 2006 hadde sprøyterommet 440 registrerte brukere. Dette er en økning fra 2005 på vel 200 personer. Det er registrert 8082 besøk i 2006, men få brukere benytter rommet daglig. Det var 23 overdoser inne i rommet, hvor

ambulansse bisto etter kort tid. To tredeler av brukerne er menn, og nær halvparten av brukerne er i 30-årene. En tredel av brukerne har brukt heroin under 10 år, mens en tredel har brukt heroin mellom 11 og 20 år, og en tredel i mer enn 20 år. En evaluering i regi av Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ventes høsten 2007.

Tilskuddet til delfinansiering av sprøyterom foreslås videreført i 2008.

#### **Tannhelsetiltak for personer med rusmiddelproblemer**

Det ble i 2006 bevilget midler til et utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud rettet mot personer med rusmiddelproblemer. Midlene ble tildelt som økt rammetilskudd til fylkeskommunene og foreslås videreført. For øvrig vises det til omtale under kap. 718, om tannbehandling til rusmiddelavhengige som er under legemiddelassistert rehabilitering. Spørsmål om ytterligere utvidelse av tannhelsetilbudet og lovforankring av tjenestene vil være en del av oppfølgingen av St.meld. nr. 35 (2006-2007), Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester (jf. omtale under programkategori 10.20 Helsetjeneste).

#### **Tilskudd til magasinet «= Oslo» og liknende tiltak**

Stortinget vedtok å øke bevilgningen for 2006 med 0,7 mill. kroner som komiteen forutsetter skal gå til økt tilskudd med 0,5 mill. kroner til magasinet «= Oslo» og 0,2 mill. kroner til liknende tiltak som f.eks. «Klar Kristiansand» jf. Innst. S. nr. 205 (2005-2006). Tilskuddene forutsettes videreført.

#### **Merknader til budsjettforslaget 2008**

Bevilgningen foreslås styrket med 23,0 mill. kroner til utprøving av en ordning med koordinerende «tillitspersoner» i kommunene.

#### **Post 64 Ressurskrevende tjenester, overslagsbevilgning**

Regjeringen har i St.prp. nr. 67 (2006-2007), Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2008 (kommuneproposisjonen), foreslått en omlegging av ordningen, kombinert med at staten overtar en større andel av finansieringen av ordningen. Kompensasjonsgraden som i 2007 er på 70 pst. vil bli foreslått økt til 85 pst. Dette betyr en halvering av kommunenes utgifter utover innslagspunktet, som i 2007 er på 770 000 kroner per bruker. Innslagspunktet vil bli prisjustert fra 2007 til 2008. Modellen for beregning av egenandel endres slik at

den enkelte kommune får kompensert en fast andel av egne utgifter utover innslagspunktet. Administrativt vil ordningen bli flyttet over fra Helse- og omsorgsdepartementet til Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. Sosial- og helsedirektoratet vil fortsatt administrere ordningen. Det vises til videre omtale i Kommunal- og regionaldepartementets budsjett for 2008.

Kommunene har med bakgrunn i regnskapstall for 2006 rapportert lønnsutgifter knyttet til den enkelte bruker. Kommunene har for 2007 rapportert utgifter utover innslagspunktet på i underkant av 2,9 mrd. kroner. I dette beløpet er øvrige øremerkede tilskudd kommunene mottar til enkeltbrukere og finansieringen gjennom rammetilskuddet trukket fra. Statens tilskudd beløper seg i 2007 til 2017 mill. kroner. 323 kommuner mottar tilskudd til totalt 4013 brukere. Det er for 2007 bevilget 1832 mill. kroner til formålet. De rapporterte tallene fra kommunene medfører en overskridelse på 185 mill. kroner. Økningen i beregnet beløp for 2007 og kommunenes faktiske utgifter skyldes økning i antallet brukere som mottar tilskudd, samt økte lønnsutgifter knyttet til den enkelte bruker.

Med bakgrunn i overskridelsen vil Helse- og omsorgsdepartementet i omgrupperingsproposisjonen for 2007 fremme forslag om ytterligere bevilgninger til ordningen.

### **Merknad til budsjettforslaget**

Bevilgningen foreslås flyttet til Kommunal- og regionaldepartementets kap. 571.

### **Post 66 Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse**

Bevilgningen går til stimuleringstilskudd til kommunene for å ta i bruk ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

BPA er en måte å organisere tjenesten «praktisk bistand og opplæring». BPA innebærer at tjenestemottakeren har egne faste assistenter som han eller hun har arbeidslederansvaret for. Ordningen er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-2 a, og er en ordning alle kommuner plikter å ha på linje med de andre lovregulerte tjenestene etter sosialtjenesteloven.

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 2007 er tilskuddet fordelt på kommuner i alle fylker til 1203 brukere i 274 kommuner og 15 byde-

ler. Det er 392 nye brukere i forhold til 2006. Ordningen med brukerstyrt personlig assistanse er fra 2006 utvidet til også å omfatte brukere som ikke alene kan ivareta arbeidslederrollen. Dette gjelder særlig voksne utviklingshemmede og familier med barn med nedsatt funksjonsevne.

I St.prp. nr. 1 (2005–2006) varslet Helse- og omsorgsdepartementet at det vil sende forslag om nødvendige lovendringer på høring. I Budsjettinnst. S. nr. 11 (2005–2006) ba komiteen om at »regjeringen Stoltenberg følge(r) opp regjeringen Bondeviks arbeid ved å komme tilbake til Stortinget med et lovforslag om rettighetsfesting av BPA.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 29. juni 2007 ut et høringsnotat på en bred høring til aktuelle organisasjoner og myndigheter. Høringsfrist er satt til 1. november 2007. Forslaget i høringsnotatet innebærer å endre sosialtjenesteloven slik at alle som fyller de alminnelige vilkårene for å motta praktisk bistand og opplæring, og som har behov for omfattende tjenester, får en rett til å få hele eller deler av denne tjenesten organisert som BPA.

Regjeringen vil eventuelt komme tilbake til Stortinget med forslag til endringer i egen sak.

### **Budsjettforslaget 2008**

Bevilgningen foreslås videreført etter nåværende opplegg i 2008.

### **Post 67 Tilskudd til særskilte utviklingstiltak**

Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

#### *Formål og hovedprioriteringer*

Tilskuddsordningen skal prioritere prosjekter som sikrer god fagutvikling, kompetanseheving og har nasjonal overføringsverdi. Aktiviteten skal ses i sammenheng med tiltak i undervisningssykehjemmene.

#### *Statusrapport 2006*

Som en følge av ordningen er det gjennomført en rekke kompetansehevende tiltak for personalet i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene og gitt tilskudd til en rekke Hospice-plasser. Det er også bygget opp flere regionale kompetansesentre i regi av helseforetakene. Disse sentrene har en rådgivende og samarbeidende funksjon overfor kommunene.

#### *Tilstandsvurdering 2007*

Tilskuddsordningen er lagt om fra 2007, slik at ansvaret for ordningen nå er flyttet fra de regionale helseforetak til Sosial- og helsedirektoratet. Under-

visningssykehjemmene og de regionale palliative sentrene gir i samarbeid en faglig vurdering og prioritering av søknadene, mens det endelige ansvaret for tildelingen av tilskudd ligger i Sosial- og helsedirektoratet.

### Undervisningssykehjem

#### *Formål og hovedprioriteringer*

Undervisningssykehjemmene er basert på avtaler om samarbeid mellom kommune/ sykehjem, høgskole og universitet. Undervisningssykehjemmene bidrar til økt kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene ved å drive forskning, fagutvikling og kompetanseheving gjennom prosjekter forankret i sykehjemmet og samarbeid med sykehjem i andre kommuner. Erfaringer fra forskning, fagutvikling og kompetanseheving ved det enkelte undervisningssykehjem skal spres og ha en nasjonal overføringsverdi til andre kommuner og samarbeidspartnere.

#### *Resultatrapport 2006*

Tiltaket har så langt vært vellykket når det gjelder å rekruttere og beholde personell. Flere forskningsprosjekter pågår. Det er etablert et samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og andre forskere i landet med kompetanse på eldreomsorg. Det er opprettet en egen nettside for landets undervisningssykehjem der alle undervisningssykehjemmene er presentert.

I 2006 ble det opprettet tre satellitter i nettverk med hovedundervisningssykehjemmene i Oslo, Bergen og Agder.

#### *Tilstandsvurdering 2007*

Det er i 2007 seks hovedundervisningssykehjem og 11 satellitter i nettverk med hovedundervisningssykehjemmet som mottar et statlig tilskudd. For 2007 er fem av de elleve nye satellitter. Det statlige tilskuddet forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet i nært samarbeid med landets Fylkesmenn og kommuner.

Det vises for innledningen på kategori 10.60 om Omsorgsplan 2015.

### **Budsjettforslaget 2008**

Bevilgningen foreslås satt ned med 3 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 761, post 21 settes opp tilsvarende. Forslaget må ses i sammenheng med styrkingen av arbeidet med demens og demensplan 2015.

### **Post 70 Frivillig rusarbeid mv., kan overføres**

Bevilgningen går til følgende formål:

- oppfølging, omsorg og rehabilitering i regi av frivillige organisasjoner og private virksomheter
- selvhjelps- og interessegrupper og pårørende-arbeid
- tiltak for prostituerte
- tilskudd til Gatehospitalet i Oslo

Frivillige organisasjoner, private stiftelser og virksomheter utfører et betydelig arbeid for svakerestilte grupper, og er et supplement til kommunale tjenester overfor rusmiddelavhengige. Tiltak omfatter hovedsakelig institusjonsopphold, og ulike former for individrettet bistand i nærmiljøene, som bolig-/overnattingstilbud, møtesteder, gatenære tiltak, kvalifiserings- og nettverksarbeid. Det gis også støtte til brukerorganisasjoner og pårørendearbeid. Det er et stort behov for å styrke brukermedvirkning og brukerinitierte tiltak innen rusfeltet for å støtte opp om egen læring og mestring, og tiltak overfor pårørende. I 2006 ble det fordelt i alt 95,1 mill. kroner i tilskudd til om lag 90 tiltak i regi av stiftelser, lag og frivillige organisasjoner (Stiftelsen Pinsevennens Evangeliesentre, Stiftelsen KRAFT, Frelsesarmeen, Stiftelsen Rusnett, Blå Kors i Norge, Nathjemmet for prostituerte, Kirkens Bymisjon, Stiftelsen P22, Røde Kors, RIO, Kirkens sosialtjeneste m.fl.)

Bevilgningen til tilbud i regi av frivillige og private virksomheter ble styrket med 20 mill. kroner for 2007. Kommunene har ansvaret for forebyggende tiltak, støtte-, hjelpe- og rehabiliterings tiltak og nødvendige samarbeidstiltak med spesialisthelsetjenesten. Det er behov for å styrke samarbeidet mellom kommunene og de frivillige organisasjonene for å øke kvaliteten på tjenestene som tilbys og å få bedre slagkraft i det lokale oppfølgings- og ettervernsarbeidet. Særlig er oppfølging etter institusjons- og fengselsopphold viktig for å motvirke tilbakefall.

Vilkårene for å få tilskuddet er at:

- det arbeides med lokale rehabiliterings-, etterverns-, nettverks- og boligtiltak
- det er etablert et samarbeid med kommunen
- institusjonen/virksomheten utarbeider en serviceerklæring for sin virksomhet som tydeliggjør innholdet i tilbudet
- Institusjonen/virksomheten etablerer et system for brukermedvirkning

Prosjekter som strekker seg over flere år vil bli prioritert for å sikre nødvendig kunnskapstilfang. Bedre samarbeid med kommuner og helseforetak



er viktig for at også de frivillige og private virksomhetene får del i kvalitets- og utviklingsarbeidet som skjer på rusfeltet.

Fra og med 2008 foreslår departementet at tilskuddsordningen også skal kunne omfatte private virksomheter uavhengig av selskapsform, men hvor formålet er ideell virksomhet.

Rusreformen innebar et systemskifte som har påvirket de frivillige og private rusinstitusjonenes situasjon. Evalueringen av rusreformen viste at de undersøkte kommunene bruker ressurser til tiltak utenom helseforetakene i samme grad som før, og at ressursene går til omsorgsfunksjoner og andre kommunenære oppgaver. Private virksomheter må forholde seg til anbudsinnbydelser fra helseforetakene, og i økende grad også fra kommuner, og med en oppgavebeskrivelse som ikke alltid er tilpasset tilbudet i private virksomheter. Dette krever omstilling. For å unngå at gode tiltak faller bort på grunn av manglende finansiering, foreslår departementet å videreføre denne delen av tilskuddsbevilgningen i 2008. Departementet vil foreta en evaluering av tilskuddsordningen for å få en bedre dokumentasjon av tilbudet og innsatsen i det frivillige feltet og for på den måten vurdere om ordningen er tilstrekkelig målrettet. I opptrappingsplanen for rusfeltet (se del III kap. 8) legger regjeringen vekt på å styrke partnerskapet mellom offentlige tjenester og frivillige aktører.

#### *Gatehospitalet*

Rusmiddelavhengige med store og sammensatte helseproblemer kan ha behov for et døgnbasert helse- og omsorgstilbud etter utskrivning fra sykehus og institusjonsopphold. Departementet ba derfor Frelsesarmeen, i samarbeid med Oslo kommune, om å etablere en klinikk for målgruppen. Gatehospitalet ble åpnet januar 2005, og er et treårig prosjekt som er statlig fullfinansiert. Gatehospitalet består av en sengepost med 10 senger og noen kriseplasser. Det gis tilbud til rusmiddelavhengige som ikke er i behov av ordinær sykehusinnleggelse, men som bør få omsorg og medisinsk døgngleie ved langvarig sykdom. Gatehospitalet samarbeider med sosial- og helsetjenesten og sykehus i Oslo. En foreløpig evaluering i regi av Diakonhjemmets høgskole viser at det er oppnådd gode resultater med å stabilisere pasientenes medisinske og helsemessige tilstand. Departementet vil videreføre tilbudet ved Gatehospitalet etter prosjektperioden, og vil også gi støtte til arbeide med å utvide tilbudet slik at det kan åpnes en avdeling som gir et særskilt tilbud til kvinner.

#### **Budsjettforslaget 2008**

Driftsbevilgningen foreslås redusert med 4,0 mill. kroner.

#### **Post 71 Tilskudd til frivillig arbeid**

Formålet med bevilgningen er å fremme visse organisasjoners særskilte informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid mv.

Bevilgningen går til følgende formål:

- informasjon/telefon tjenester og kontaktskapende arbeid
- driftsstøtte til diverse tiltak

For 2007 ble det gitt tilskudd til følgende organisasjoner til informasjon og kontaktskapende arbeid:

- Telefonkontakt
- Kirkens SOS i Norge
- Frelsesarmeens telefon- og besøktjeneste
- Frelsesarmeens ettersøkelsesarbeid
- Norsk helse- og sosialforum
- Demenslinjen, Nasjonalforeningen for folkehelses kontakttelen for pårørende til demente
- Informasjonstelefonen for tinnitus og morbus meniere (T/M-linjen).
- Trastad samlinger.

Sosial- og helsedirektoratet følger virksomhetene gjennom årsmeldinger og regnskap.

#### **Budsjettforslaget 2008**

Bevilgningen foreslås videreført i 2008.

#### **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 arbeidsfelleskap 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 fordeles til institusjonene. Sosial- og helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap, og følger opp arbeidet med fastlegging av beleggskrav i forhold til antall og type plasser.

### Budsjettforslaget 2008

Bevilgningen foreslås videreført i 2008.

### 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 tre 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.

### Budsjettforslaget 2008

Bevilgningen foreslås videreført i 2008.

### Post 75 Kompetansetiltak

Bevilgningen nyttes i 2007 til; Styrking av syndromdiagnostikk, andre kompetanseutviklingstiltak og informasjon om sjeldne medisinske tilstander som ikke har et kompetansesentertilbud, tilskudd til Nasjonalt senter for telemedisin (NST) for å dekke IKT-basert undervisning, veiledning og faglig nettverksbygging rettet mot ansatte i pleie- og omsorgstjenesten.

Styrking av syndromdiagnostikk skjer bl.a. i samarbeid med internasjonale fagmiljøer. Det er startet et utviklingsprosjekt for å få datagrunnlag for forekomst av enkelte sjeldne tilstander og gruppenes levekår. Informasjon om diagnoser uten kompetansesentertilbud i Norge er økt bl.a. gjennom nordisk samarbeid.

Fra 2004 er det gitt et tilskudd til NST for å dekke IKT-basert undervisning, veiledning og faglig nettverksbygging rettet mot ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. NST bistår nasjonale kompetansesentra og høyskoler med å utvikle og gjennomføre ulike nettbaserte utdanningstilbud.

### Tilbud til mennesker med Huntington sykdom (HS)

Huntington sykdom er en arvelig, sjelden og fremadskridende sykdom som debuterer i voksen alder. Tilstanden medfører spesielle behov i senere faser av livet. Det er om lag 250 kjente tilfeller i Norge.

Sosial- og helsedirektoratet har på bakgrunn av en arbeidsgrupperapport gitt sin tilrådning av oppfølging av pasienter i sykdommens siste faser.

Helse- og omsorgsdepartementet vil gi Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å vurdere en hensiktsmessig organisering av et mer omfattende kompetansesentertilbud enn det som nå finnes ved Senter for sjeldne diagnoser. Et kompetansesenter forutsettes å ha nasjonale fagutviklings- og formidlingsoppgaver i forhold til sykdommen og inkludere kompetanseoppbygging innenfor pleie- og omsorg i senfasen.

### Budsjettforslaget 2008

Bevilgningen foreslås satt ned 0,5 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 725, post 01, settes opp tilsvarende. Det vises til omtale av helsebiblioteket i merknader til budsjettforslaget under kap. 725.

### 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. Sosial- og helsedirektoratet følger institusjonenes bruk av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap. For disse institusjonene gjelder for øvrig de finansieringsordninger som ellers gjelder for sykehjem.

### Budsjettforslaget 2008

Bevilgningen foreslås videreført i 2008.

### Post 77 Kompetansesentra mv.

Bevilgningen går til;

- de regionale kompetansesentrene for rusmiddelsspørsmål
- opplæring og kompetanseutvikling overfor sosialtjenesten i kommunene
- delfinansiering av «Flink med folk i første rekke»
- stimuleringstilskudd til samarbeidsprosjekter mellom KS og Sosial- og helsedirektoratet om ledelses-, kunnskaps- og organisasjonsutvikling
- fengsels- og prostitusjonsprosjekt

### Regionale kompetansesentre for rusmiddelsspørsmål

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelsspørsmål 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 kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten.

Det er lagt vekt på å utvikle kompetanse i kommunene i forebyggingsstrategier basert på forskningsbasert kunnskap. Arbeidet med tidlig intervensjon og høyrisikogrupper bl.a. som følge av forslaget til nasjonal strategi for tidlig intervensjon og forslag til nasjonal strategi for å hindre alkoholskader (FAS/FAE) hos fostre og barn er styrket. Det ble også prioritert å styrke samarbeidet med fylkesmannsembetene i arbeidet med kompetanseutvikling i de kommunale rustjenestene.

Videreutvikling av sentrene i 2007 skjer innenfor den eksisterende strukturen. Det har blitt lagt vekt på å gjøre driften av sentrene mer målrettet overfor kommunene og de regionale helseforetakene. Det er lagt opp til at RHFene, fylkesmennene og kommunene aktivt skal bidra i utformingen av bestillingen fra Sosial- og helsedirektoratet til de regionale kompetansesentrene.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelsspørsmål vil få en viktig rolle som medspiller i opptrappingsplanen for rusfeltet (se del III, kap. 8) hvor satsing på kompetanse og kvalitet er sentralt. Sentrene skal ha fokus på de store behovene i kommunene og behovet for å styrke samhandlingen mellom de ulike tjenestenivåene. De vil også få oppgaver knyttet til å styrke kunnskapen om rusproblematikk og arbeidsmetoder innen NAV, barne- og ungdomsvernet, kriminalomsorg og politi. Samarbeidet med høgskolene, høgskole- og universitetssosialkontor, Rusmiddelforskningssenteret ved UiO og andre kompetansemiljøer skal styrkes. Helse- og omsorgsdepartementet vil legge disse utfordringene til grunn i vurderingen av egnet plassering og organisering av kompetansesenterfunksjonene.

Tilskuddet foreslås styrket med 2 mill. kroner i 2008.

### Opplæring og kompetanseutvikling

Fylkesmennene har et ansvar for å tilrettelegge for kompetanseutvikling overfor ansatte i sosialtjenestens førstelinje. Utformingen og gjennomføringen er basert på et samarbeid med flere instanser, bl.a. de regionale kompetansesentrene for rusmiddelsspørsmål.

Fylkesmennene vil også i 2008 ha en sentral rolle i arbeidet med å forbedre kvaliteten og kompetansen. Arbeidet vil bestå av å bistå kommunene med å tilrettelegge for fag- og tjenesteutvikling i førstelinjes samlede arbeidsområde – med vekt på å styrke den individuelle oppfølging i bolig, økonomisk rådgivning, deltakelse i kvalifiseringsprogrammet i NAV. Bruk av individuell plan må økes i kommunene, saksbehandling og tilrettelegging av kartleggingsverktøy må bedres. Opplæring må også sees i sammenheng med tiltakene i opptrappingsplan for rusfeltet, opptrappingsplanen for psykisk helse, Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering og regjeringens innsats mot fattigdom, og er et viktig virkemiddel for å nå målene på de kommunale innsatsområdene, se også omtale kap. 761, post 21.

### *Ledelses- og organisasjonsutvikling innen kommunalt rusarbeid*

I opptrappingsplanen for rusfeltet legges det vekt på å styrke kommunalt rusarbeid som fagfelt gjennom satsing på kompetanse-, kvalitet- og metodeutvikling. Det er behov for å styrke den individuelle oppfølgingen i kommunene, gjennom mer bruk av individuell plan, mer fleksible arbeidsformer, bruk av ambulant og oppsøkende virksomhet, mv. Det skal legges til rette for økt satsing på organisasjonsutvikling av sosialtjenestens arbeid med personer med rusmiddelproblemer. Behov for å styrke samhandling med NAV, psykisk helse feltet, spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner er noen stikkord.

Rus og psykisk helse er tatt inn i samarbeidstalen om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene mellom regjeringen og KS (for nærmere omtale se kap. 761, post 21). Det skal utvikles samarbeidsprosjekter om utvikling metoder og organisering i kommunalt rusarbeid gjennom å prøve ut ulike modeller for organisering av tjenester. Det er satt av 3 mill. kroner til samarbeidsprosjekter mellom Sosial- og helsedirektoratet og KS. Videre er det satt av 2 mill. kroner til «Flink med folk i første rekke», et nettverksbasert samarbeid om organisering, ledelse, fagutvikling og arbeidsmiljø i kommunalt rusarbeid etter modell fra Effektiviseringsnettverkene og Flink med folk. Regjering og KS har i kvalitetsavtalen forpliktet seg på å legge til rette for god ledelse og stimulere til ledelsesutvikling lokalt. Et samarbeid om slike prosjekter vil kreve egeninnsats fra de deltakende kommunene og KS.

Totalt videreføres 5 mill. kroner til formålet. Det skal legges ytterligere vekt på at prosjektene skal bidra til å øke bruken av individuell plan og til å styrke brukermedvirkning innen kommunalt rusarbeid.

### *Høgskole- og universitetssosialkontor*

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet ble det i 2006 igangsatt forsøk med Høgskole- og universitetssosialkontor (HUSK). Formålet med forsøket er å styrke samarbeid og kopling mellom praksis, utdanning, forskning og brukere, samt å styrke praksisbasert forskning og kunnskapsbasert praksis. Forsøket omfatter oppgaver etter sosialtjenesteloven som forvaltes av sosialkontortjenesten med vekt på forvaltning av økonomisk sosialhjelp og arbeidsrettede tiltak, rehabiliteringsoppgaver og råd og veiledning ovenfor personer med helsemessige og sosiale problemer. Sosial- og helsedi-

rektoratet samarbeider med Arbeids- og velferdsdirektoratet om gjennomføring av tiltaket.

Høsten 2006 ble det igangsatt fire HUSK-prosjekter med samarbeids-/intensjonsavtale med 19 kommuner.

- Høgskolen i Agder med kommunene Flekkefjord, Kristiansand, Mandal, Songdalen og Søgne
- Universitetet i Stavanger med kommunene Randaberg, Sandnes, Sola og Stavanger
- Universitetet i Trondheim og Høgskolen i Sør-Trøndelag med kommunene Kristiansund, Midtre Gaudal, Namsos, Surnadal, Trondheim, Verdal
- Høgskolen i Oslo og Diakonhjemmets sosialhøgskole med bydelene Bjerke, Sagene og St.hanshaugen i Oslo og Bærum kommune.

Kommunene deltar i fra to til fem delprosjekter hver. De fleste prosjektene startet opp i 2007. Det er inngått intensjonsavtale med brukerorganisasjonene Mental Helse, Velferdsalliansen, KREM og ROM. Nordlandsforskning har fått i oppdrag å evaluere forsøket, og evalueringen starter opp høsten 2007. Tiltaket videreføres i 2008.

Det vises for øvrig til omtale i kap. 621, post 63 i St.prp. nr.1 (2007-2008) for Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

### *Fengsels- og prostitusjonsprosjekt*

Fengsels- og prostitusjonsprosjektene mottok i 2007 et samlet tilskudd på 9 mill. kroner, en økning på 0,5 mill. fra 2006. Tilskuddsordningens formål er å følge opp brukere i fengsel- og prostitusjonstiltak, herunder ofre/mulige ofre for menneskehandel.

Tilskudd til Bredtveidt fengsel og Tyrilistiftelsen videreføres. Flere tiltak for rehabilitering av innsatte ble igangsatt av Sosial- og helsedirektoratet i 2003. I disse prosjektene samarbeider fengselstjenesten med kommunen med sikte på bedre integrering i samfunnet. Målet med fengselstiltakene er å medvirke til å rehabilitere innsatte og at ingen løslates til midlertidige botilbud.

Tilskudd til Oslo kommunes nasjonale kompetansesenter for prostitusjon, (PRO-senteret) videreføres. Andelen utenlandske brukere av PRO-senteret er økt fra 19 pst. i 2001 til 70 pst. i 2007. Tilskuddet må ses i sammenheng med gjennomføringen av regjeringens Handlingsplan mot menneskehandel (2006-2009). Dette arbeidet må målrettes inn mot oppsøkende virksomhet i prostitusjonsmiljøene, økt innsats for å stimulere til selvhjelp og egenorganisering, samt styrke tilbudet om helsehjelp og sosiale tiltak.

**Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen foreslås satt ned med 1 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 725, post 01, settes opp tilsvarende. Det vises til omtale av helsebiblioteket i merknader til budsjettforslaget under kap. 725.

Bevilgningen foreslås styrket med 2 mill. kroner til de regionale kompetansesentrene for rusfeltet.

**Post 79 Andre tilskudd, kan nyttes under post 21**

Samme tiltak finansieres over post 21 og 79. Det er gitt en samlet omtale på post 21.

Bevilgningen foreslås videreført i 2008.

## 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. Foruten det ansvarlige forvaltningsnivåets egenfinansiering av tjenestene, bidrar folketrygden og pasientene til finansieringen av en del tjenester gjennom refusjoner og egenandeler.

I spesialisthelsetjenesten omfatter folketrygdens finansieringsansvar bl.a. private laboratorier og røntgeninstitutt, 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 og tannhelsetjenester overfor definerte pasientgrupper.

### Egenandeler

Det finnes to nasjonale ordninger med utgiftstak for betaling av egenandeler. Når utgiftstaket er nådd, slipper pasienten å betale fastsatte egenandeler for de tjenestene som omfattes resten av kalenderåret. Egenandelstak 1 gjelder utgifter til legehjelp, psykologhjelp, legemidler og sykepleieartikler på blå resept og reiser til og fra behandling. Egenandelstak 2 omfatter fysioterapi, refusjonsberettiget tannbehandling med visse unntak, opphold i opptreningsinstitusjon og behandlingsreiser til utlandet (klimareiser). I Helse- og omsorgsdepartementets budsjettproposisjon 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.

Prisjustering av alle satsene (dvs. både den enkelte egenandel og nivået på egenandelstakene) ville medført til sammen om lag 150 mill. kroner i økt egenbetaling i 2008. I samband med behandlingen av St.prp. nr. 1 (2006/2007) vedtok Stortinget å øke egenandelene for legehjelp mv. fra 1. juli 2007. Denne økningen medfører at samlet egenbetaling øker med om lag 80 mill. kroner fra 2007 til 2008. I budsjettframlegget for 2008 foreslås ingen endring i selve egenandelene som dekkes av tak 1- og tak 2-ordningen, og det foreslås heller ikke å heve årsbeløpet for egenandelstak 2. Derimot foreslås det å heve egenandelstak 1 fra 1660 kroner til 1740 kroner, som svarer til 70 mill. kroner i økt egenbetaling. Sammen med egenandelsøkningen i 2007 gir dette 150 mill. kroner i økt egenbetaling fra 2007 til 2008, tilsvarende en generell prisjustering av alle satsene. Egenbetalingen opprettholdes dermed på samme reelle nivå som i 2007. Tiltak på legemiddelområdet medfører på den annen side at pasientenes egenbetaling reduseres med 33 mill. kroner i 2008.

### Arbeids- og velferdsetaten

#### Legemidler

Myndighetene ønsker å ha en målrettet refusjonsordning for legemidler. Dette innebærer blant annet at staten skal refundere utgifter til legemidler som gir sikker helsegevinst for pasienten og har god effekt i 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 redusere antall søknader om individuell refusjon er noen av områdene Arbeids- og velferdsetaten (NAV) arbeider med.

Myndighetene har fokus på tiltak som kan bedre legenes kunnskap om og etterlevelse av refusjonsvilkår for blå resept. NAV har foretatt kontroll av legenes forskrivning i flere år, jf. omtale under kap. 2751 post 70.

Sosial- og helsedirektoratet leder gjennomføringen av tiltaket med innføring av elektroniske resepter (eResept). 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 eReseptløsningen 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 kontrollert maskinelt av etatens «regelmotor». 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.

Det var en økning i antall søknader om individuell refusjon i 2006, og denne utviklingen ser ut til å fortsette i 2007. Det er i 2007 satt i gang en prosess med overføring av legemidler fra § 10a til § 9 i blåreseptforskriften, og videre vil det i 2008 bli overført legemidler fra bidragsordningen (folketrygdloven § 5-22) til forhåndsgodkjent refusjon, jf. omtale under kap. 2751 post 70. Dette er eksempler på tiltak som på sikt skal bidra til å redusere antall søknader om individuell refusjon. For å motvirke økt saksbehandlingstid ble det bevilget 10 mill. kroner til trygdeetaten i 2006, og dette ble videreført i 2007. I tillegg er enkelte effektiviserings- og kvalitetshevende tiltak iverksatt internt i etaten.

### Modernisering

Den helhetlige strategien for helsetjenesteområdet, som inntil videre skal ligge i arbeids- og velferdsetaten, går i hovedsak ut på å samle helserefusjoner i én linje – NAV Helsetjenesteforvaltning (HTF). I 2006 ble legemiddelsaker overført til NAV HTF. 1. september 2007 ble tannhelsesaker, bidrag etter § 5-22 og utlandssaker på helsetjenesteområdet overført fra NAV lokalt til NAV HTF. Pasientformidling overføres 1. januar 2008.

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 ble innfaset i første halvår 2007, og krav fra psykologer kan mottas i løsningen fra

andre halvår 2007. Det arbeides også med å tilrettelegge løsningen for refusjonskrav på tannhelseområdet. Dette vil kunne realiseres mot slutten av 2007, eventuelt i løpet av første halvår 2008. 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. Saksbehandlernes 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.

«Elektronisk løsning behandleroppgjør» er et ledd i en helhetlig IKT-strategi for helserefusjonsområdet. Løsningen vil bidra til at forvaltningen av helserefusjoner vil være digitalisert i løpet av de nærmeste årene. Arbeids- og velferdsdirektoratet arbeider også med å utvikle en elektronisk frikortløsning, som innebærer at brukerne ikke lenger trenger å sette fram krav om frikort overfor NAV. Frikortet vil sendes automatisk til brukeren per post når egenandelstaket nås. Løsningen forutsetter innhenting og utveksling av egenandels- og frikortopplysninger mellom etaten og behandlere/tjenesteytere. Løsningen er planlagt produksjonsatt i løpet av 2009.

Forvaltningsansvaret for helserefusjoner skal flyttes ut av arbeids- og velferdsetaten senest innen 2010 og organiseres som en del av sosial- og helseforvaltningen. Reformen er omtalt i St.prp. nr. 66 (2005-2006), Om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2006, og Innst. S. nr. 205 (2005-2006). 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 sosial- og helseforvaltningen og arbeids- og velferdsforvaltningen. Arbeids- og velferdsetaten kan rette innsatsen mot å få flere i arbeid og aktivitet. En egen helserefusjonsforvaltning kan sette fokus på forenkling av tjenestene for brukerne, samt å styrke kontroll- og styringssystemene. Tjenestene knyttet til refusjon skal etter noen år kunne utføres fullt ut elektronisk. Dette er i tråd med regjeringens mål for fornying av offentlig sektor.

Helserefusjoner omfatter bl.a. refusjon til poliklinikk, lege, psykolog, legemidler, tannlege, laboratorier og røntgeninstitutter, i tillegg til forvaltning av frikort for enkeltpersoner. Samtidig med overføringen av forvaltningsansvaret arbeides det med utvikling av elektronisk frikortløsning. Disse investeringene vil på sikt bidra til en mer effektiv

forvaltning av helserefusjoner. Innenfor bevilgningsrammen vil arbeidet med overføring av forvaltningsansvaret for helserefusjoner bli videreført. Dette gjelder oppgaver knyttet til nødvendige omstillingsaktiviteter for å kunne overføre forvalt-

ningsansvaret fra Arbeids- og velferdsetaten til sosial- og helseforvaltningen innen utgangen av 2009 og fortsatt innsats for å realisere en elektronisk frikortløsning.



## Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester mv.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
2711	Spesialisthelsetjenester mv.	2 420 583	2 509 000	2 651 700	5,7
	Sum kategori 30.10	2 420 583	2 509 000	2 651 700	5,7

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
70-89	Andre overføringer	2 420 583	2 509 000	2 651 700	5,7
	Sum kategori 30.10	2 420 583	2 509 000	2 651 700	5,7

### Kap. 2711 Spesialisthelsetjenester mv.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
70	Refusjon spesialisthjelp	1 010 610	1 060 000	1 065 000
71	Refusjon psykologhjelp	157 528	174 000	167 000
72	Refusjon tannlegehjelp	743 219	810 000	1 035 000
76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	442 150	465 000	384 700
78	Opptreningsinstitusjoner m.fl.	67 076		
	Sum kap. 2711	2 420 583	2 509 000	2 651 700

#### Post 70 Refusjon spesialisthjelp

Hovedtrekk ved regelverket

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 hos 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

Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende spesialister 2005 og 2006:

	(i mill. kroner)		
	2005	2006	Endring i pst.
Spesialister med avtale	966,9	996,0	3,0
Spesialister uten avtale	22,1	14,6	-33,9
Sum kap. 2711, post 70	989,0	1 010,6	2,2

Saldert budsjett for 2007 var 1 060 mill. kroner medregnet en egenandelsøkning på 5 prosent per 1. juli 2007. Takstoppgjøret for leger per 1. juli 2007 anslås å gi merutgifter på 14 mill. kroner for 2007 på denne posten, og det vil bli fremmet forslag om økning av bevilgningen høsten 2007.

## Utfordringer og hovedprioriteringer

Det vises til St.prp. nr. 1 (2005-2006) der det fremgår at forslag om anledning til å henvise til legespesialist og offentlig poliklinikk for optikere, tannleger og psykologer er til vurdering i Helse- og omsorgsdepartementet, og at psykologers sykmeldingsadgang vurderes av Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet tar i løpet av 2007 sikte på å sende på høring et forslag om optikers henvisningsadgang. Når det gjelder psykologers og tannlegers henvisningsadgang, vil departementet komme tilbake til dette.

## Budsjettforslag og nye tiltak for 2008

For 2008 foreslås bevilget 1 065 mill. kroner.

### Post 71 Refusjon psykologhjelp

Hovedtrekk ved regelverket

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 gjelder likevel ikke for inntil tre utredende undersøkelser eller samtaler.

Stønaden ytes etter fastsatte takster. Dette innebærer vanligvis at pasienten må betale en egenandel. Ved behandling av barn og ungdom under 18 år, ved hiv-infeksjon og ved visse former for krisepsykologisk behandling er pasienten fritatt for å betale egenandel.

## Resultatrapport

Regnskapsførte utgifter til privatpraktiserende psykologer i 2005 og 2006:

	(i mill. kroner)		
	2005	2006	Endring i pst.
Psykologer med avtale	152,1	148,9	-2,1
Psykologer uten avtale	8,4	7,4	-11,9
Avsetning til fond	1,3	1,3	0,0
Sum kap. 2711, post 71	161,7	157,5	-2,6

Saldert budsjett for 2007 var 174 mill. kroner medregnet en egenandelsøkning på 5 prosent per 1. juli 2007. Ved behandlingen av St.prp. nr. 69 (2006-2007) ble bevilgningen satt ned til 160 mill. kroner på bakgrunn av utgiftsutviklingen i første halvår 2007. Takstoppgjøret for psykologer per 1. juli 2007 anslås å gi merutgifter på 5 mill. kroner for 2007, og det vil bli fremmet forslag om økning av bevilgningen høsten 2007.

### **Budsjettforslag og nye tiltak for 2008**

For 2008 foreslås bevilget 167 mill. kroner.

### **Post 72 Refusjon tannlegehjelp**

Hovedtrekk ved regelverket

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 tannsykdommer, munnsykdommer og kjevesykdommer. Dette gjelder blant annet operative inngrep, periodontittbehandling, rehabilitering av tannsett i de tilfeller tenner er tapt som følge av periodontitt, og kjeveortopedi (tannreguleringer). Med unntak for rehabilitering av tannsett og kjeveortopedi inngår refusjonsberettiget behandling 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).

Folketrygden gir full refusjon etter fastsatte takster ved behandling hos tannlege for yrkesskade som går inn under folketrygdloven kap. 13. Det samme gjelder ved tannlegehjelp for personer med sjeldne medisinske tilstander når det er dokumentert en sammenheng mellom tilstanden og den reduserte tannhelsen.

Det er utarbeidet mønsteravtale for direkte oppgjør mellom tannlege og NAV-kontor. Hensikten med direkte oppgjør er at pasienten skal slippe å legge ut for den delen av tannlegehonoraret som trygden refunderer. Av om lag 3500 tannleger/tannklinikker hadde om lag 700 tannleger/tannklinikker direkteoppgjør i 2006.

### **Resultatrapport**

Utgiftene til tannlegehjelp var 743,2 mill. kroner i 2006, en økning på 14,9 prosent fra året før. Av dette gjelder 355,2 mill. kroner kjeveortopedi.

Saldert budsjett for 2007 var 810 mill. kroner.

### **Utfordringer og hovedprioriteringer**

I St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidens tannhelse-tjenester varslet regjeringen regelendringer som innebærer at ordningen med bidrag til tannbehandling for visse pasientgrupper etter folketrygdloven § 5-22 faller bort og erstattes av refusjon etter § 5-6. I 2006 hadde trygden utgifter til tannbehandling på i alt 846,6 mill. kroner, hvorav 743,2 mill. kroner som refusjon og 103,4 mill. kroner som bidrag, jf. kap. 2790 post 70.

I 2006 ble det behandlet om lag 155 000 søknader om forhåndsgodkjenning for dekning av utgifter til tannbehandling. Om lag 9 000 av disse sakene gjaldt søknad om bidrag. Søknadene behandles og avgjøres av det lokale NAV-kontoret. Krav om forhåndsgodkjenning av utgifter til tannbehandling etter § 5-6 ble opphevet 1. september 2007.

Som ledd i moderniseringen av forvaltningen av helserefusjonsområdet legger Arbeids- og velferdsdirektoratet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet opp til at alle yrkesutøvere som praktiserer med trygderefusjon etablerer elektronisk direkteoppgjør med Arbeids- og velferdsetaten.

Opphevelsen av forhåndsgodkjenning innebærer at pasient og behandler sparer tid og ressurser. Det innebærer også at kontrollfunksjoner skal ivaretas gjennom etterkontroller etter samme systematikk som for andre behandlergrupper (leger, psykologer og fysioterapeuter). Tiltaket er dessuten en forutsetning for å kunne samle administrasjonen av helserefusjoner i én linje.

### **Budsjettforslag og nye tiltak for 2008**

Det foreslås at ordningen med bidrag til tannbehandling for visse pasientgrupper etter folketrygdloven § 5-22 faller bort fra 1. januar 2008 og erstattes av refusjon etter § 5-6. I denne forbindelse er 120 mill. kroner overført fra kap. 2790 post 70 Bidrag, lokalt.

Overføringen reiser spørsmålet om egenandel for disse gruppene. Egenandelen etter offentlig honorartakst for dem som fikk bidrag i 2006, er av Arbeids- og velferdsdirektoratet beregnet til 20-25 prosent av honorartakstene. Beløpet utgjør i gjennomsnitt om lag 3 000 kroner per person. Departementet vil utforme en egenbetalingsordning innenfor gjeldende økonomisk ramme ved overføring til stønad under § 5-6.

For 2008 foreslås bevilget 1035 mill. kroner.

## Post 76 Private laboratorier og røntgeninstitutt

### Hovedtrekk ved regelverket

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 laboratorier ytes etter fastsatte takster. Til røntgeninstitutt ytes refusjon etter fastsatt refusjonssystem.

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 ut over 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 rekviert av lege, tannlege eller jordmor. Undersøkelser ved røntgeninstitutt må være rekvirert av lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut.

### Resultatrapport

Refusjonstakstene ble ikke fullt ut prisjustert fra 1. januar 2006. Fritaket for egenandeler ble fra 1. januar 2006 utvidet til å gjelde barn under 12 år mot tidligere 7 år. Samlede utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt for 2006 var på 442 mill. kroner, fordelt med henholdsvis 182 mill. kroner til laboratorier og 260 mill. kroner til røntgeninstitutt. Reduksjonen i utbetalingene fra 2005 til 2006 skyldes halveringen av takstene som skjedde 1. september 2005 og som får helårsvirkning for første gang i 2006.

### Regnskapsførte utgifter til private laboratorier og røntgeninstitutt 2003-2006

Spesialitet/år	(i mill. kroner)			
	2003	2004	2005	2006
Laboratorium	289	277	281	182
Røntgen	356	425	417	260
Total	645	703	698	442

Basert på regnskapstall i perioden januar til mai er samlede utbetalinger i 2007 anslått til 490 mill. kroner. Dette er om lag 25 mill. kroner over saldert budsjett. Anslaget legger til grunn en aktivitetsvekst på 10 pst. for laboratorievirksomhet og 15 pst. for radiologisk virksomhet.

Takstene er fra 1. januar 2007 redusert til tilsvarende 30 mill. kroner, fordelt på 10 pst. innen lab og 5 pst. innen røntgen.

Det ble i 2007 innført oppdatert versjon av finansieringssystemet for radiologi. Det er ikke meldt om problemer med innføringen.

### Budsjettforslag og nye tiltak for 2008

Det er i St.meld. nr. 8 (2003-2004), jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004) lagt til grunn at aktivitetsbaserte til-

skudd fra staten til regionale helseforetak skal utgjøre om lag 40 prosent av gjennomsnittskostnadene ved pasientbehandling og diagnostikk. Beregninger fra NAV viser at nivået på takstene for private laboratorier er 46 pst. og for private røntgenvirksomheter 55 pst. Det foreslås på denne bakgrunn at basisbevilgningen til de regionale helseforetakene økes med 175,3 mill. kroner og at takstene til privat laboratorie- og røntgenvirksomhet reduseres tilsvarende, slik at andel aktivitetsbasert finansiering av laboratorie- og røntgenvirksomhet tilsvarer om lag 40 pst. av gjennomsnittskostnadene.

For 2008 foreslås bevilget 384,7 mill. kroner.

## Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler mv.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
2751	Legemidler mv.	8 730 474	8 985 000	8 690 700	-3,3
2752	Refusjon av egenbetaling	3 311 601	3 686 000	3 696 000	0,3
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	3 920 711	4 398 000	4 462 000	1,5
	Sum kategori 30.50	15 962 786	17 069 000	16 848 700	-1,3

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	190 591	215 000	210 000	-2,3
70-89	Andre overføringer	15 772 195	16 854 000	16 638 700	-1,3
	Sum kategori 30.50	15 962 786	17 069 000	16 848 700	-1,3

### Kap. 2751 Legemidler mv.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
70	Legemidler	7 639 906	7 830 000	7 470 700
72	Sykepleieartikler	1 090 568	1 155 000	1 220 000
	Sum kap. 2751	8 730 474	8 985 000	8 690 700

#### Post 70 Legemidler

##### Refusjonspolitiske mål

Refusjonsordningen for legemidler skal bidra til å nå de refusjonspolitiske mål slik disse er skissert i 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).

##### Hovedtrekk ved regelverket

Offentlige utgifter til legemidler dekkes hovedsakelig 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 § 4 og § 9, jf. legemiddelforskriften

§ 14-4. Refusjonskravet for legemidlene inntre straks legen skriver en blå resept. For andre legemidler må Arbeids- og velferdsetaten først ta stilling til refusjon gjennom en søknad fra pasientens lege. Refusjon er da hjemlet i blåreseptforskriften §§ 2 og 10a. Pasienten har rett til å få dekket legemiddelutgiftene over blåreseptordningen når vilkårene i enten §§ 2, 4, 9 eller 10a er oppfylt. For legemidler som ikke omfattes av blåreseptordningen, kan det søkes utgiftsdekning gjennom folketrygdloven § 5-22 (bidragsordningen), jf. kap. 2790, post 70.

Statens legemiddelverk fatter vedtak som førstinstans i saker hvor legemiddelindustrien har søkt om å få et legemiddel godkjent for forhåndsgodkjent refusjon. Departementet er klageinstans. En særskilt nemnd, «blåreseptnemnda», kvalitetssikrer det faglige beslutningsgrunnlaget som Legemiddelverket legger til grunn i sin avgjørelse

av om et legemiddel skal godkjennes for refusjon etter § 9 i viktige saker.

#### Egenandel

Pasienten betaler en egenandel på 36 prosent, men maksimalt 510 kroner per ekspedisjon for legemidler på blå resept i 2007. Barn under 12 år og minstepensjonister betaler ikke egenandel. Egenandel betales heller ikke for legemidler som brukes ved yrkesskade eller krigsskade, eller som refunderes i forbindelse med allmennfarlig smittsom sykdom.

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 1660 kroner i 2007, får brukeren frikort, og ytterligere utgifter dekkes fullt ut av folketrygden.

#### Folketrygdens utgifter til legemidler de siste 5 årene

År	Utgifter i mill. kroner	Endring i mill. kroner	Endring i prosent
2002	7 137	944	15,2
2003	7 274	137	1,9
2004	7 984	710	9,8
2005	7 994	10	0,1
2006	7 640	-354	-4,4

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, samt at flere viktige legemidler har mistet sin patentbeskyttelse.

Fra 2005 til 2006 sank utgiftene med 4,4 prosent, mot en gjennomsnittlig økning på 6,7 prosent per år i perioden 2001-2005. Nedgangen må ses i sammenheng med at finansieringsansvaret for legemiddelgruppen TNF-hemmere ble overført til de regionale helseforetakene fra 1. juni 2006, noe som isolert sett reduserte utgiftene med i underkant av 400 mill. kroner. Videre skyldes nedgangen trinnprissystemet, som gir stegvise prisreduksjoner for legemidler som har fått generisk konkurranse. Ordningen med foretrukket legemiddel har også medvirket til å redusere utgiftene, spesielt innenfor kolesterolbehandling.

#### Ny blåreseptforskrift

I 2004 påpekte Riksrevisjonen at presisjonsnivået på refusjonsvilkårene innenfor blåreseptordningen ikke var tilfredsstillende, og at kontrollen med at refusjonsvilkårene ble etterlevd ikke var god nok. Regelverket for forhåndsgodkjent refusjon etter blåreseptforskriften § 9 må derfor tydeliggjøres og oppdateres, jf. St.meld. nr. 18 (2004-2005).

En ny blåreseptforskrift er vedtatt og vil bli implementert med virkning fra 1. mars 2008. I den nye forskriften forenkles og tydeliggjøres regelverket. Vilråene knyttet til forskrivning av det enkelte legemidlet på blå resept samles i en refusjonsliste der refusjonsberettiget bruksområde beskrives. I stedet for dagens sykdomspunkt, skal blåresepten påføres en refusjonskode. Denne angir pasientens diagnose i kodet form, og er mer presis enn dagens sykdomspunkt.

De foreslåtte endringene endrer ikke pasientenes rettigheter med hensyn til hvilke legemidler som refunderes, og vilråene for refusjon av det enkelte legemiddel endres ikke som en følge av

forskriftsendringen. Endringene innebærer først og fremst at refusjonsvilkårene kommer klarere fram når legen forskriver på blå resept. Refusjonslisten gjøres også tilgjengelig for legene i elektronisk form. Refusjonskoden som er angitt på resepten, sikrer en effektiv førstelinjekontroll av utbetalinger av stønad. Ordningen med direkteoppgjør mellom apotek og NAV videreføres.

Effektiv informasjon om regelverket og refusjonsvilkårene vil kunne øke etterlevelsen av blåreseptordningen. Under forutsetning av en styrkning av Legemiddelverkets informasjonsvirksomhet, er det anslått at tiltaket vil gi en innsparing på 15 mill. kroner i 2008, jf. omtale av produsentuavhengig legemiddelinformasjon.

#### Kontroll av legenes etterlevelse av blåreseptforskriften

Arbeids- og velferdsdirektoratet har foretatt kontroller av legenes forskrivning på blå resept i flere år, og i 2006 ble det kontrollert 3177 forskrivninger fra totalt 2847 leger. I 2007 er det planlagt å kontrollere om lag 3500 forskrivninger. Kontrollene har avdekket en høy andel brudd på regelverket. Gjennom ny blåreseptforskrift, innføring av elektronisk refusjonsliste og bedret informasjon vil refusjonsvilkårene være lettere tilgjengelig for legene. Det forventes at dette vil føre til lavere andel brudd på regelverket i årene framover.

#### Oppdaterte refusjonsvilkår

I St.meld. nr. 18 (2004-2005) ble det fokusert på at det måtte knyttes klare refusjonsvilkår til hvert enkelt legemiddel på forhåndsgodkjent refusjon, at refusjonsvilkårene måtte oppdateres løpende, at legene måtte informeres om vilkårene, samt at det måtte kontrolleres at vilkårene ble etterlevd. Dersom legemidlene ikke lenger oppfyller de kravene som er stilt for refusjon, gir legemiddelforskriften hjemmel til å fjerne legemidler fra forhåndsgodkjent refusjon (blåreseptordningen). Gjennom endringer i legemiddelforskriften som trådte i kraft 1. mars 2007, ble saksbehandlingsprosedyrene for oppdatering og eventuell omgjøring av refusjonsvedtak presisert. Forskriftsendringene bringer ytterligere struktur og forutsigbarhet inn i arbeidet med revurderingene. Basert på de nye saksbehandlingsprosedyrene har Statens legemiddelverk startet arbeidet med å vurdere refusjonsstatus og refusjonsvilkår for visse legemidler. Prosessen for vurdering av legemidler er gjort kjent, og det vil bli lagt vekt på å involvere berørte parter i prosessen.

#### Foretrukket legemiddel

Ordningen med foretrukket legemiddel (jf. St.meld. nr. 18 (2004-2005)), er innført for behandling av ukomplisert hypertensjon (høyt blodtrykk), for kolesterolsenkende behandling, allergilegemidler og for legemidler mot spiserørsbetennelse (protonpumpehemmere). Ordningen innebærer at myndighetene, ut fra kunnskap om legemidlenes effekt, bivirkninger og kostnader, angir hvilket legemiddel som først skal prøves ved valg av behandling. Det er et vilkår for refusjon at legen forskriver det foretrukne legemidlet, men legen kan gjøre unntak av medisinske årsaker innenfor ordningen. Ved iverksetting av tiltak med foretrukket legemiddel vil man følge utviklingen i markedsandeler nøye.

Ordningen med foretrukket legemiddel ble innført for behandling av spiserørsbetennelse fra 1. februar 2007. Det er lagt til grunn en innsparing på 20 mill. kroner i 2008.

I St.prp. nr. 1 (2006-2007) ble det redegjort for planene om å innføre sumatriptan som foretrukket legemiddel for migrenebehandling. Forslaget har vært på høring og er planlagt innført høsten 2007.

Statens legemiddelverk vil vurdere om det er aktuelt å innføre foretrukket legemiddel innenfor legemiddelgruppene antidepressiva, antipsykotika (mot schizofreni og andre psykiske lidelser) og angiotensin II hemmere (mot høyt blodtrykk).

#### Fjerning av legemidler fra forhåndsgodkjent refusjon

Loratadin og cetirizin ble innført som foretrukne legemidler mot allergi (annengenerasjons antihistaminer) fra mai 2006. Til grunn for innføring lå en kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt kunnskapssenter som ikke viste at enkelte av legemidlene har bedre virkning eller bivirkningsprofil enn andre. Til tross for ordningen er det mange allergipasienter som ikke har byttet behandling, og dermed får unødig dyre legemidler uten at de billigere er prøvd. Statens legemiddelverk har derfor startet prosessen med oppdatering og eventuell omgjøring av refusjonsstatus for de tre dyreste legemidlene i denne gruppen. Det er anslått at tiltaket vil kunne gi en innsparing for folketrygden på 16 mill. kroner i 2008.

#### Videre arbeid med revurdering av refusjonsstatus

Statens legemiddelverk vil i 2008 arbeide videre med revurderinger av refusjonsstatus innenfor andre sykdomsområder. Ifølge planen vil det i løpet av 2008 settes i gang prosesser for revurde-

ring av refusjonsstatus for legemidler mot inkontinens og BPH (benign prostatahyperplasi).

#### *Overføring fra § 10 a til § 9*

Statens legemiddelverk har startet arbeidet med å vurdere forhåndsgodkjent refusjon for enkelte legemidler som i dag refunderes etter individuell søknad (jf. St.meld. nr. 18 (2004 – 2005) ). Fra juni 2007 er midler mot hyperfosfatemi overført til § 9 for pasienter med kroniske lever- og nyresykdommer. Legemiddelverket vil i løpet av 2007 komme med en vurdering av andre legemidler som kan være aktuelle for overføring.

#### Produsentuavhengig legemiddelinformasjon

Legemiddelmarkedet i Norge har gjennomgått endringer ved at store og viktige legemiddelgrupper har fått generisk konkurranse. Dette er en utvikling som vil fortsette. Legemiddelindustrien stopper som regel markedsføringen av legemidler som har fått generisk konkurranse. Uten myndighetstiltak vil bruken av disse legemidlene falle, og nye dyre legemidler få unødvendig stor markedsandel uten tilsvarende helsegevinst. Det er innført en rekke tiltak på legemiddelområdet de senere årene som svar på dette, jf. ordningen med foretrukket legemiddel og trinnprissystemet. Dette er tiltak som har som mål å sikre en riktig og kostnadseffektiv legemiddelforskrivning i Norge. Utfordringen har vært å få disse tiltakene til å fungere på en god måte. Gjennom Arbeids- og velferdsetatens kontroll av legenes forskrivning er det dokumentert at det gis refusjon til pasientgrupper som ikke oppfyller kravene til slik refusjon. Implementering av ny blåreseptforskrift skal tydeliggjøre refusjonsvilkårene, men for å bedre etterlevelse av regelverket må det også gis god informasjon til legene.

For å møte disse utfordringene vil det bli etablert en informasjonsenhet i Statens legemiddelverk, jf. omtale under kap. 750. Det bærende elementet i en slik enhet vil være leger med praktisk erfaring og spesialkompetanse på sitt felt som kan få gjennomslag for myndighetenes budskap. Enheten skal således ha medisinsk faglig tyngde, men også ha medarbeidere med kompetanse og gjennomføringsevne innen markedsføring og informasjon. Målsettingen for enheten skal være å sikre en trygg medisinsk og riktig økonomisk forskrivning av legemidler gjennom effektiv informasjon til leger og pasienter. Videre skal den ha en beredskapsfunksjon når aktuelle legemiddelspørsmål blir reist.

Det foreslås at tiltaket evalueres i løpet av andre halvår 2011. Dersom enheten bidrar til større etterlevelse av statlige reguleringer, og såle-

des bidrar til en riktigere legemiddelbruk, opprettholdes enheten som et permanent tiltak.

#### Trinnpris

Apotekene omsetter reseptpliktige legemidler for over 14 mrd. kroner. Dette inkluderer legemidler på blå og hvit resept og legemidler som benyttes i spesialisthelsetjenesten og finansieres av helseforretakene. I tillegg kommer omsetning av reseptfrie legemidler i apotek på nærmere 2 mrd. kroner. Folketrygden dekker årlig utgifter til patentbeskyttede legemidler for om lag 8 mrd. kroner, og i størrelsesorden 1 mrd. kroner for byttbare legemidler (generika).

Myndighetene fastsetter maksimalpriser og maksimal apotekavanse for patentbeskyttede legemidler. Prisene fastsettes som apotekets innkjøpspris. I tillegg kan apoteket beregne en avanse begrenset oppad til fastsatt maksimal avanse. For å sikre prisreduksjon når et legemiddel får generisk konkurranse reguleres prisene på byttbare legemidler gjennom trinnprismodellen. Modellen, som ble innført 1. januar 2005, gir prosentvise kutt i utsalgsprisen i to trinn i løpet av seks måneder. Med virkning fra 1. januar 2007 ble trinnprisene ytterligere redusert. Samtidig ble grossistenes garanti om levering av legemidler til nærmere bestemte priser og avanser til uavhengige apotek, erstattet av krav fastsatt i forskrift.

Etter departementets vurdering foreligger det indikasjoner på at det fremdeles er rom for ytterligere reduserte priser. Dette legges til grunn etter en vurdering av apotekenes totale økonomiske situasjon, en vurdering av apotekenes avanse for legemidler som er trinnprisregulert sammenliknet med avansen på patenterte legemidler, og ut i fra en sammenlikning av prisene på generiske legemidler i Norge, Sverige og Danmark.

I høringsnotat av 22. juni 2007 foreslo departementet en ytterligere reduksjon i trinnprisene med virkning fra 1. januar 2008. Ulike modeller for trinnpriskutt ble presentert i høringsnotatet. Reduksjon i apotekenes maksimalavanse ble presentert som et subsidiært forslag. Legemiddelindustrien og apoteknæringen har i høringen vært negative til forslagene. I valget mellom reduserte priser innenfor trinnprissystemet og redusert apotekavanse foretrekker høringsinstansene gjennomgående at prisreduksjonene gjennomføres innenfor trinnprissystemet.

Departementet har fastsatt endringer i legemiddelforskriften som innebærer prisreduksjon på visse legemidler innenfor trinnprissystemet fra 1. januar 2008. Etter dagens system fastsettes den prosentvise reduksjonen i prisen etter omsetningen før



generisk konkurranse inntreffer. Over tid kan det skje store vridninger i forbruket mellom ulike legemidler. Det er fastsatt en ny kuttsats som benyttes for de legemidler som har en årlig omsetning over ett gitt beløp, slik at prisreduksjonene får virkning for de legemidler innenfor trinnprissystemet som har vist seg å ha relativt høy omsetning. Trinnprisen kuttes med ytterligere 5 prosentpoeng for legemidler som har fått en prisreduksjon på 75 prosent og som fremdeles omsetter for mer enn 30 mill. kroner årlig. For legemidler som har fått prisreduksjon på 55 prosent og som fremdeles omsetter for mer enn 15 mill. kroner årlig, kan trinnprisen kuttes med ytterligere 10 prosentpoeng. Ny trinnpris kan tidligst fastsettes med virkning ett år etter at siste ordinære kutt er gjort gjeldende. En slik ny kuttsats trefrer de legemidlene som har høyest omsetning og dermed de legemidler der det ventelig er sterkest konkurranse blant leverandørene.

Tiltaket er beregnet å redusere folketrygdens utgifter i 2008 med om lag 80 mill. kroner, og pasientenes egenbetaling til de aktuelle legemidlene med om lag 33 mill. kroner.

#### 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 overføring 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. Videre vises til St.prp. nr. 69 (2006-2007) der det ble redegjort for en utsettelse og at endringene i bidragsordningen og blåreseptordningen trer i kraft fra 1. januar 2008.

#### Forsøksordningen med anbud på gråsonelgemidler

I november 2004 ble det iverksatt en forsøksordning med anbud på såkalte gråsonelgemidler, det vil si legemidler som dels finansieres via folketrygden og dels brukes og finansieres gjennom sykehusenes legemiddelbudsjetter. Utgangspunktet for forsøksordningen var at legemiddelprodusentene gav store rabatter på legemidler som ble forskrevet i sykehus, mens det ikke ble gitt rabatter når pasientene var ute av sykehusene og de samme legemidlene ble finansiert av folketrygden. Målet med ordningen var å få rabatt på legemidler der behandlingen institueres i sykehus og fortsetter etter at pasienten er utskrevet.

Når ordningen ikke har fungert etter intensjonen har dette flere årsaker. De viktigste er at nød-

vendige krav til merking av resepten er omfattende, og mange av reseptene er ikke fylt ut av sykehuslegene i henhold til disse kravene. Legemiddelprodusentene har på sin side få incentiver til å gi rabatt på gråsonelgemidler. De som har gitt rabatt, har ikke fått innfridd sine forventninger til økt salg. Det var kun to legemiddelprodusenter som leverte anbud for 2007, og de administrative kostnadene er ventet å overstige rabattene. Departementet foreslår derfor å avvikle ordningen fra og med 2008.

#### Overføring av finansieringsansvaret for immunmodulerende MS-behandling og legemidlet efalizumab fra folketrygden til de regionale helseforetakene

Legemiddelet natalizumab (Tysabri) for behandling av MS, gis som infusjon på sykehus. Utenfor sykehus behandles denne pasientgruppen i dag med selvadministrerte injeksjonspreparater. Det foreslås å overføre 259 mill. kroner til kap 732 slik at finansieringsansvaret for legemidlene samles i helseforetakene. Det vises til nærmere omtale under kapitel 732.

Stortinget vedtok å overføre finansieringsansvaret for legemiddelgruppen TNF-hemmere fra folketrygden til RHF fra 1. juni 2006, jf. St.prp. nr. 1 (2005-2006) og Budsjettinnst. S.nr. 11 (2005-2996). Legemidlet efalizumab (Raptiva) ble ikke overført sammen med de andre TNF-hemmerne i 2006. Det foreslås derfor at ansvaret for finansiering av legemidlet efalizumab overføres til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2008 og at 15 mill. kroner overføres til kap. 732. Det vises til nærmere omtale under kap. 732.

#### Budsjettforslag og nye tiltak for 2008

Det vises til gjennomgang foran med forslag til innsparinger som beløper seg til totalt 131 mill. kroner. Det vises videre til forslagene om å overføre henholdsvis 259 mill. kroner og 15 mill. kroner til kap 732 slik at finansieringsansvaret for MS-legemidler og legemidlet efalizumab legges til de regionale helseforetakene. I forbindelse med flytting av legemidler fra bidragsordningen er det overført 255 mill. kroner fra kap. 2790, post 70. Samlet foreslås det bevilget 7 470 mill. kroner.

#### Post 72 Sykepleieartikler

##### Hovedtrekk ved regelverket

Posten omfatter utgifter til spesielt medisinsk utstyr og forbruksmaterieell som dekkes med hjemmel i folketrygdloven § 5-14.

Det kan ytes stønad til sykepleieartikler ved en rekke ulike sykdommer. De dominerende pasientgruppene er diabetikere (sukkersyke), 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.

### Resultatrapport

Utgiftene til sykepleieartikler var 1090,6 mill. kroner i 2006, mot 1032,7 mill. kroner i 2005, dvs. en økning på 5,6 prosent.

Saldert budsjett for 2007 var 1155 mill. kroner. Den maksimale egenandelen per resept ble økt fra 500 til 510 kroner fra 1. januar 2007.

### Budsjettforslag og nye tiltak for 2008

For 2008 foreslås bevilget 1220 mill. kroner.

## Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	3 184 096	3 561 000	3 486 000
71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	127 505	125 000	210 000
	Sum kap. 2752	3 311 601	3 686 000	3 696 000

### Post 70 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1

Hovedtrekk ved regelverket

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler, egenandelstak 1, gjelder utgifter til legehjelp, psykologhjelp, viktige legemidler og sykepleieartikler og reiser i forbindelse med behandling. Når

utgiftstaket 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 2007 er utgiftstaket 1660 kroner.

### Resultatrapport

Utgifter til dekning av egenandeler i 2005 og 2006:

		(i mill. kr)		
		2005	2006	Endring, pst.
Legehjelp		1 495,3	1 575,2	5,3
Psykologhjelp		88,3	91,3	3,4
Legemidler og sykepleieartikler		1 102,8	1 080,8	-2,0
Syketransport		477,8	430,8	-9,8
I alt		3 164,2	3 184,1	0,6

Utgiftene til refusjon av egenandeler økte fra 3164 mill. kroner i 2005 til 3184 mill. kroner i 2006, eller med 0,6 prosent. Den beskjedne økningen har sammenheng med hevingen av aldersgrensen for egenandelsfritak for barn fra 7 til 12 år fra 1. januar 2006. Av frikortbrukerne var 49 prosent alders- og uførepensjonister.

Økninger i egenandelene kombinert med en forholdsvis begrenset heving av utgiftstaket har ført til at refusjonsutgiftene samlet sett har økt sterkt de siste årene. 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. I 2006 gikk antall frikort ned

til 919 000 som følge av den nevnte utvidelsen av egenandelsfritaket for barn.

Egenandelstak 1 ble hevet fra 1615 kroner for 2006 til 1660 kroner for 2007.

Saldert budsjett for 2007 var 3562 mill. kroner. Ved behandlingen av St.prp. nr. 69 (2006-2007) ble bevilgningen satt ned til 3401 mill. kroner på bakgrunn av utgiftsutviklingen i første halvår.

### Utfordringer og hovedprioriteringer

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 – gjenspeilte dette. Sammenholdt med utviklingen i konsumprisindeksen er utgiftstaket i dag reelt sett på om lag samme nivå som i 1984, mens de egenandelene som inngår i ordningen er blitt vesentlig høyere i løpet av perioden. Som følge av dette ble det utstedt 919 000 frikort i 2006. Ordningen omfatter en betydelig del av befolkningen, også mange med et relativt moderat forbruk av helsetjenester.

### Budsjettforslag og nye tiltak for 2008

Egenandelstak 1 foreslås hevet fra 1660 kroner i 2007 til 1740 kroner i 2008. Innsparingen for trygden anslås til 70 mill. kroner. Det foreslås bevilget 3486 mill. kroner for 2008.

### Post 71 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2

Hovedtrekk ved regelverket

Ordningen med et eget utgiftstak, egenandelstak 2, for visse tjenester som ikke inngår under egenandelstak 1, ble innført 1. januar 2003.

Takordningen omfatter egenandeler for følgende tjenester:

- fysioterapi
- refusjonsberettiget tannbehandling med visse unntak
- opphold ved opptreningsinstitusjoner
- 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 tjenestene resten av kalenderåret.

Utgiftstaket 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.

### Resultatrapport

Utgiftene i 2006 ble 127,5 mill. kroner, mot 38,2 mill. kroner i 2005. Økningen har sammenheng med senkingen av taket fra 3500 til 2500 kroner og innføringen av en egenandel på 50 kroner for diagnoselistepasienter i fysioterapiordningen fra 1. januar 2006. Denne egenandelen ble fjernet igjen 1. juli 2006. Det ble i 2006 utstedt 47 500 frikort, mot 12 700 i 2005. Av frikortbrukerne var 36 prosent alders- og uførepensjonister.

Saldert budsjett var 125 mill. kroner for 2007.

### Budsjettforslag og nye tiltak for 2008

For 2008 foreslås bevilget 210 mill. kroner. Det foreslås ingen endringer i beløpsgrensen på 2500 kroner på egenandelstak 2.

## Kap. 2755 Helsetjeneste i kommunene mv.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	190 591	215 000	210 000
70	Refusjon allmennlegehjelp	2 369 310	2 516 000	2 551 000
71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 189 788	1 470 000	1 493 000
72	Refusjon jordmorhjelp	33 307	37 000	40 000
73	Kiropraktorbehandling	73 674	93 000	84 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	64 041	67 000	84 000
	Sum kap. 2755	3 920 711	4 398 000	4 462 000

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, kan nyttes under post 71

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. Fastlønnsstilskudd gis i stedet for stykkprisrefusjoner. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-21.

Utgiftene til fastlønnsstilskudd for fysioterapeuter var 190,6 mill. kroner i 2006, mot 188,9 mill. kroner i 2005.

Saldert budsjett for 2007 var 215 mill. kroner. Ved behandlingen av St.prp. nr. 71 (2006-2007) ble bevilgningen økt til 220 mill. kroner som følge av takstoppgjøret for fysioterapeuter.

### Budsjettforslag og nye tiltak for 2008

For 2008 foreslås bevilget 210 mill. kroner.

### Post 70 Refusjon allmennlegehjelp

Hovedtrekk ved regelverket

Etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4 ytes

### Resultatrapport

Utgifter til allmennlegehjelp 2005 og 2006:

	(i mill. kr)		
	2005	2006	Endring, pst.
Fastleger mv.	1 830,7	1 907,7	4,2
Legevakt	303,7	332,5	9,5
Avsetning til fond	125,5	129,2	2,8
Sum kap. 2755 post 70	2 259,9	2 369,3	4,8

Utgiftene på posten økte fra 2260 mill. kroner i 2005 til 2369 mill. kroner i 2006, eller med 4,8 prosent.

Saldert budsjett for 2007 var 2516 mill. kroner medregnet en egenandelsøkning på 5 prosent per 1. juli 2007. Ved behandlingen av St.prp. nr. 69

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 ved Arbeids- og inkluderingsdepartementet, de regionale helseforetakene, KS og Den norske legeförening.

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.

Posten omfatter også tilskudd til legers fellesformål (fondsavsetninger).

(2006-2007) ble bevilgningen satt ned til 2461 mill. kroner på bakgrunn av utgiftsutviklingen i første halvår. Takstoppgjøret for leger per 1. juli 2007 anslås å gi merutgifter på 40 mill. kroner for 2007 på denne posten, og det vil bli fremmet forslag om økning av bevilgningen høsten 2007.

**Budsjettforslag og nye tiltak for 2008**

For 2008 foreslås bevilget 2551 mill. kroner.

**Post 71 Refusjon fysioterapi, kan nyttes under post 62**

Hovedtrekk ved regelverket

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 vilkår for stønad. Det er et vilkår for 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 ved Arbeids- og inklude-

ringsdepartementet, KS og Norsk Fysioterapeutforbund. Hovedregelen er at pasienten selv skal betale differansen mellom fysioterapeutens honorar og trygdens refusjonsbeløp (egenandeler).

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.

**Resultatrapport**

*Utgifter til privatpraktiserende fysioterapeuter i 2005 og 2006:*

	(i mill. kr)		
	2005	2006	Endring, pst.
Fysioterapeuter med avtale	1 260,6	1 160,2	-8,0
Fysioterapeuter uten avtale	7,2	6,7	-7,0
Avsetning til fond	19,9	22,9	15,1
Sum kap. 2755 post 71	1 287,7	1 189,8	-7,6

Utgiftene gikk ned fra 1288 mill. kroner i 2005 til 1190 mill. kroner i 2006, eller med 7,6 prosent. Nedgangen må ses på bakgrunn av at det fra 1. januar 2006 ble innført en egenandel på 50 kroner per behandling for pasienter som tidligere var fritatt for egenandel på grunnlag av diagnose. Egenandelen ble fjernet igjen fra 1. juli 2006.

Saldert budsjett for 2007 var 1470 mill. kroner medregnet en egenandelsøkning på 5 prosent per 1. juli 2007. Ved behandlingen av St.prp. nr. 69 (2006-2007) ble bevilgningen satt ned med 70 mill. kroner som følge av utgiftsutviklingen i første halvår. Ved behandlingen av St.prp. nr. 71 (2006-2007) ble bevilgningen økt med 16 mill. kroner som følge av takstoppgjøret per 1. juli 2007. Etter dette er bevilgningen 1416 mill. kroner for 2007.

**Utfordringer og hovedprioriteringer**

Regjeringen har startet et arbeid med en gjennomgang av finansieringen av fysioterapitjenesten i kommunene med sikte på økt kommunalt finansieringsansvar. En arbeidsgruppe med deltakelse fra blant annet KS og Norsk Fysioterapeutforbund

har sett på ulike tiltak som kan bidra til at kommunene får et større finansieringsansvar, og har vurdert ulike finansieringsmodeller. Departementet vil vurdere gruppens arbeid, med sikte på eventuelle forslag til endringer.

En arbeidsgruppe med representanter fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, Sosial- og helsedirektoratet og Norsk Fysioterapeutforbund har foretatt en gjennomgang av dagens betalings- og skjermingsordninger på fysioterapiområdet. Rapport forelå mai 2007. Gruppen viser til at dagens skjermingsordning kjennetegnes av utstrakt skjerming på grunnlag av diagnose, ved at en betydelig andel av brukerne faller inn under diagnoselisten som gir rett til fritak for egenandel. Det påpekes at dette skiller fysioterapiområdet fra andre refusjonsområder der bare en mindre andel brukere er fritatt fra første behandling. Vel 60 prosent av det samlede behandlingsvolumet er relatert til pasienter som får dekket egenandelen i tillegg til ordinær refusjon. Gruppen har skissert ulike alternative modeller for skjerming. Departementet vil komme tilbake til oppfølgingen.

**Budsjettforslag og nye tiltak for 2008**

For 2008 foreslås bevilget 1493 mill. kroner.

**Post 72 Refusjon jordmorhjelp**

Hovedtrekk ved regelverket

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.

**Resultatrapport**

Utgiftene i 2006 var 33,3 mill. kroner, mot 31,4 mill. kroner i 2005. Beløpene inkluderer refusjoner for svangerskapskontroller utført av lege i helsestasjon. Saldert budsjett for 2007 var 37 mill. kroner.

**Budsjettforslag og nye tiltak for 2008**

For 2008 foreslås bevilget 40 mill. kroner.

**Post 73 Kiropraktorbehandling**

Hovedtrekk ved regelverket

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 behandlingsår.

**Resultatrapport**

Utgiftene til kiropraktorbehandling var 73,6 mill. kroner i 2006, mot 23,8 millioner kroner i 2005. Økningen skyldes at det fra 1. januar 2006 ikke lenger er krav om henvisning fra lege for å få stønad til behandling hos kiropraktor. Tilsvarende gjelder ved behandling hos manuellterapeut (fysioterapeut med mastergrad/videreutdanning i manuellterapi). Samtidig fikk kiropraktor og manuellterapeut anledning til å sykmelde pasienter for inntil 8 uker og henvise pasienter til legespesialist og offentlig poliklinikk.

Saldert budsjett for 2007 var 93 mill. kroner.

**Budsjettforslag og nye tiltak for 2008**

For 2008 foreslås bevilget 84 mill. kroner.

**Post 75 Logopedisk og ortoptisk behandling**

Hovedtrekk ved regelverket

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.

**Resultatrapport**

De samlede utgiftene økte fra 61,2 mill. kroner i 2005 til 64,0 mill. kroner i 2006. Av utgiftene i 2006 gjaldt 2,6 mill. kroner ortoptisk behandling. Det er bevilget 67 mill. kroner for 2007.

**Utfordringer og hovedprioriteringer**

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 skrive regning til 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 2006 utbetalte folketrygden 64 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger.

Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere å 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.

**Budsjettforslag og nye tiltak for 2008**

Det foreslås bevilget 84 mill. kroner for 2008.

## Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
2790	Andre helsetiltak	550 993	371 000	320 000	-13,7
	Sum kategori 30.90	550 993	371 000	320 000	-13,7

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008	Pst. endr. 07/08
70-89	Andre overføringer	550 993	371 000	320 000	-13,7
	Sum kategori 30.90	550 993	371 000	320 000	-13,7

### Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2006	Saldert budsjett 2007	Forslag 2008
70	Bidrag, lokalt	550 993	371 000	320 000
	Sum kap. 2790	550 993	371 000	320 000

#### Post 70 Bidrag, lokalt

Hovedtrekk ved regelverket

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, tannbehandling og briller til barn.

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 fullt ut uten nedre beløpsgrense, eller etter andre regler.

Når det gis bidrag til behandling, kan det også gis bidrag til eventuelle nødvendige reise- og oppholdsutgifter.

#### Resultatrapport

Utgiftene økte fra 524 mill. kroner i 2005 til 551 mill. kroner i 2006, eller med 5,1 prosent.

Bidrag etter § 5-22 til opphold ved Montebello-Senteret, til opphold for krigspensjonister ved Krigsinvalidehjemmet Bæreia og til opphold ved institusjoner for blinde og svaksynte, ble tidligere bevilget under kap. 2711, post 78 Opptreningsinstitusjoner mfl. Som følge av at ansvaret for opptreningsinstitusjoner mv. er overført til de regionale

helseforetakene, ble bevilgningen til opphold ved de nevnte institusjonene overført til denne posten fra 2007.

Framdriftsplanen for Montebello-Tunet er forsinket i forhold til opprinnelig plan, og det nye Montebello-Senteret/Montebello-Tunet planlegges åpnet i desember 2008.

Saldert budsjett for 2007 var 371 mill. kroner som følge av en overføring av 255 mill. kroner til kap. 2751, post 70 Legemidler. Endringene i regelverket for legemidler som var tenkt iverksatt per 1. januar 2007, ble imidlertid utsatt til 1. januar 2008, og beløpet ble tilbakeført ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 69 (2006-2007). Samtidig ble bevilgningen satt ned med 16 mill. kroner på bakgrunn av utgiftsutviklingen i første halvår 2007, og

økt med 4,6 mill. kroner som følge av utvidet dekning av smertestillende legemidler fra 1. juli 2007. Etter dette er bevilgningen for 2007 614,6 mill. kroner.

#### **Budsjettforslag og nye tiltak for 2008**

Av utgiftene til legemidler under bidragsordningen er 255 mill. kroner overført til kap. 2751, post 70 Legemidler. Utgiftene til tannbehandling under bidragsordningen, anslått til 120 mill. kroner i 2008, er overført til kap. 2711, post 72 Refusjon tannlegehjelp. Det vises til omtale under de respektive postene.

For 2008 foreslås bevilget 320 mill. kroner.



*Del III*  
*Omtale av særlige tema*



## 6 Oppfølging av Nasjonal helseplan (2007–2010)

Nasjonal helseplan ble lagt fram for Stortinget til behandling i tilknytning til St.prp. nr. 1 (2006–2007). Helseplanen drøfter de utfordringer helse-tjenesten vil møte i lys av samfunnsutviklingen. Det blir flere eldre, de sosiale helseforskjellene øker, sykdomsbildet i befolkningen forandrer seg, stadig nye kostbare medikamenter og behandlingsmetoder utvikles, og vi har høye forventninger til hva helsevesenet kan gjøre for oss. For å møte disse utfordringene lanserte regjeringen gjennom Nasjonal helseplan seks bærebjelker, eller verdier, som skal kjennetegne hele helsetjenesten framover. Disse er helhet og samhandling, nærhet og trygghet, styrket brukerrolle, demokrati og legitimitet, faglighet og kvalitet, arbeid og helse. Nasjonal helseplan trekker opp strategiske hovedlinjer for utviklingsarbeidet på disse områdene og angir også viktige tiltak som skal gjennomføres i planperioden. Nedenfor omtales hvordan arbeidet er igangsatt og om konkrete tiltak som så langt er gjennomført. Statsbudsjettet for 2009 vil bli første ordinære rapporteringsår for Nasjonal helseplan.

### 6.1 Helhet og samhandling

Den overordnede målsettingen med Nasjonal helseplan er å samordne innsatsen for bedre helse. Helse- og omsorgstjenestene blir ofte kritisert for å være oppstykket og lite koordinert. Helsetjenesten er preget av stor variasjon når det gjelder arbeidet med å bedre samhandlingen innad og mellom tjenestenivåene. Utfordringene dreier seg like mye om den praktiske organiseringen som grunnleggende holdninger, kommunikasjon og vilje til å finne fram til helhetlige løsninger for pasientene. Gjennom Nasjonal helseplan har departementet satt en ambisjon om at samhandling blir en integrert del av oppdrag til og innhold for den enkelte virksomhet. Tiltak for å styrke samhandling er derfor en viktig prioritering i denne helseplanperioden.

#### Samhandlingsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS

I 2007 har departementet og KS undertegnet en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse-

og omsorgsområdet. Den er forankret i konsultasjonsordningen mellom Regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Rammeavtalen varer i tre år, og legger vekt på å etablere likeverdige rammer for samhandling. Partene legger vekt på at rammeavtalen sees i sammenheng med en tidligere inngått avtale mellom KS og departementet om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten. Formålet med den nasjonale rammeavtalen er todelt. Den skal understøtte arbeidet med inngåelse av lokale avtaler, og danne grunnlag for samhandling mellom likeverdige parter. De lokale avtalene skal legge til rette for bedre samarbeid om pasienter og brukere som trenger både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Det er utarbeidet en veileder som skal understøtte arbeidet med inngåelse og forhandling av lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak som likeverdige parter. Videre skal rammeavtalen bidra til systematisk oppfølging på nasjonalt nivå.

I rammeavtalen legger KS og departementet vekt på at utfordringene først og fremst skal løses lokalt ut fra lokale variasjoner og behov. Partene mener likevel det er grunn til å trekke fram enkelte pasientgrupper som er avhengig av velfungerende samhandling mellom flere tjenesteutøvere. Dette er blant annet pasientgrupper innen psykisk helse, rusmiddelområdet og rehabilitering og habilitering, samt grupper med multidiagnoser og kroniske sykdommer.

Oppfølgingen av den nasjonale rammeavtalen vil bl.a. ta utgangspunkt i lokale avtaler for å analysere status og utfordringer, og identifisere prioriterte oppgaver fremover, samt aktivt bidra til å viderefremme eksempler på vellykket samhandling.

#### Samhandlingstiltak for syke eldre

Mange konkrete samhandlingstiltak er under utvikling lokalt, særlig tilbud til syke eldre mennesker. Intermediærenheter, sykestueplasser og distriktsmedisinske sentra, er tiltak der syke eldre mennesker får tilbud i et samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Tiltak av nyere dato, inkludert intermediærenheter, er under planlegging og etablering i Ålesund, Namdalsregionen,

Stavanger, Arendal, Elverum, Gjøvik, Drammen og Halden. Disse tiltakene har mottatt støtte over midlene i St.prp. nr. 44 (2006–2007). Ut over stimuleringsmidler er tiltakene organisert og finansiert i et samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Rammeavtalen for samhandling tar sikte på å understøtte og sette rammer for det lokale samarbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i løpet av høsten 2007 utarbeide en strategisk plan som gir rammene for det kommende utviklingsarbeidet for å bedre tjenestetilbudet til eldre i spesialisthelsetjenesten. Hovedformålet med strategien er å møte utfordringene knyttet til eldres behov for spesialisthelsetjenester på en helhetlig måte. Under utarbeiding av strategien vil også samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten bli vurdert. Strategien vil i likhet med Nasjonal helseplan ha en tidsramme fram til 2010.

### Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Nasjonal helseplan legger opp til at det skal skje en intensivering av arbeidet for å utvikle et nasjonalt koordinert IKT – opplegg som på en sterk måte understøtter samhandlingen i helse- og sosialtjenesten. Mange enkeltstående strategier og tiltak har i de senere årene vært under utvikling, men det er departementets vurdering at det i den kommende perioden bør skje en sterkere nasjonal styring. Dette må inkludere samarbeidsformer med kommunene og KS som tar tilstrekkelig hensyn til kommunenes rolle i den offentlige forvaltningen. Bedre bruk av Norsk Helsenett og aktiv bruk av de nasjonale kompetansesentre på området, vil stå sentralt i arbeidet. Sosial- og helsedirektoratet vil ha en koordinerende rolle i arbeidet. Nedenfor trekkes fram noen av tiltakene som nå er under gjennomføring.

For å stimulere til økt samhandling og utvikling av elektroniske tjenester har departementet pålagt regionale helseforetak å stille krav til sine leverandører om at alle meldinger i helsesektoren skal være standardiserte og godkjent av Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH). Utveksling av pasientinformasjon skal gå over helsenettet. Det er også stilt krav om å forsere utviklingen av tjenester for bruk i kommunehelsetjenesten og til pleie- og omsorgssektoren.

I juli 2007 sendte Helse- og omsorgsdepartementet på høring et forslag om krav til elektronisk kommunikasjon mellom leger og arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). Forslaget innebærer at leger (allmennleger og spesialister) innen 1. januar 2009 skal pålegges et rettslig krav om bruk av elek-

tronisk kommunikasjon ved innsending av krav på direkteoppgjør (legeregninger), sykmeldinger og legeerklæringer til NAV. Forslaget innebærer betydelige administrative forenklinger, spesielt for NAV.

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppgave å utrede en ordning med nasjonal godkjenning av standarder for meldingsutveksling og elektronisk pasientjournal (EPJ) som leverandørene skal være forpliktet til å implementere i systemene. Godkjenningsordningen tar også sikte på å forplikte helsepersonell, helseforetak og ansvarlige for helsetjenester til å ta i bruk standardene. Ulike sikkerhetsmekanismer skal vurderes for å ivareta personvernet.

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide forslag til nødvendige lovendringer som skal muliggjøre at informasjon kan deles eller gjøres tilgjengelig for behandlende helsepersonell i og mellom helseforetak, i og mellom private sykehus og mellom private sykehus og helseforetak. Direktoratet skal også vurdere ansvarsforhold for pasientopplysningene samt lage utkast til forskrift hvor det framgår hvilke sikkerhetsmessige tiltak som skal iverksettes av hensyn til personvernet og taushetsplikt for å få tillatelse til å åpne opp for en slik utvidet adgang.

## 6.2 Demokrati og legitimitet

Retten til et likeverdig tilbud for alle er viktig for helsetjenestens legitimitet og tillit i befolkningen. Tradisjonelt har helsetjenesten hatt høy tillit i befolkningen. De senere årene har vi sett en tendens til at befolkningens generelle tillit til helsetjenesten har vært synkende, samtidig som folk stort sett har tillit til, og er tilfredse med, de tjenestene de har kontakt med. I Nasjonal helseplan vektlegges at helsetjenesten skal være politisk styrt, profesjonelt drevet og være preget av åpenhet og medvirkning. Helseplanen drøfter virkemidler som kan bidra til dette.

### Større åpenhet og gjennomføring av inkluderende prosesser

For at alle skal oppleve helsetjenesten som sin skal det gjennomføres inkluderende prosesser med involverte aktører. Helse- og omsorgsdepartementet arrangerte den første nasjonale helsekonferansen i mai 2007 med mer enn 1000 deltakere. Nasjonal helseplan var fundamentet for konferansen. Helsekonferansen skal være en viktig årlig møteplass for å utveksle synspunkter og erfaringer på tvers av roller og ståsted. Målet er å skape en møteplass der ulike aktører kan lære av hverandre,

utveksle erfaringer, knytte kontakter og diskutere hvordan vi skal få framtidens helsetjenester enda bedre.

Helse- og omsorgsdepartementet har i vedtektene til de regionale helseforetakene lagt inn krav om jevnlig kontaktmøter mellom foretakene, fylkeskommunene, kommuner og øvrige relevante interessenter. Åpen kommunikasjon, god prosesshåndtering og systematisk involvering av ulike interessenter er viktige faktorer for å sikre tillit og legitimitet til helsetjenesten.

### 6.3 Nærhet og trygghet

I Nasjonal helseplan fastslås at helsetjenesten skal organiseres ut fra at behandling og oppfølging skal ytes på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Lokalsykehusene er en viktig del av helsetjenesten og har mange fortrinn, for eksempel nærhet, breddekompetanse og lokalkunnskap. Dette betyr trygghet til befolkningen. Gjennom Nasjonal helseplan legges det opp til at det faglige innholdet i lokalsykehusene skal tilpasses lokale betingelser og befolkningens behov, og bl.a. i større grad innrettes på behovene hos pasienter som trenger nærhet til tjenestetilbudet, som syke eldre og kronisk syke. Nærhet og lokalkunnskap gir de beste mulighetene for å få til et individuelt tilpasset tjenestetilbud. Den medisinske utviklingen forutsetter også tilgang til avansert diagnostikk og behandling som ofte krever spesialkompetanse. Målet er å levere tjenestene nært nok brukeren og samtidig med høy faglig kvalitet.

#### Tilgjengeligheten til fastlegene

Det er gjennomført tiltak for å øke tilgjengeligheten til fastlegene. Formålet med fastlegeordningen er at alle innbyggere som ønsker det skal få en fast allmennlege å forholde seg til. Kommunene er gjennom rundskriv bedt om å sørge for tilstrekkelig kapasitet på fastlegenes lister slik at innbyggernes rettigheter kan innfris. I tillegg er kommunene bedt om å sikre kapasitet hos fastlegene samlet sett for å ivareta behov for nødvendig legehjelp hos tilreisende, personer som ikke er tilknyttet fastlegeordningen mfl.

#### Interkommunalt legevaktsamarbeid

Norsk Gallup gjennomførte på oppdrag av Helsetilsynet i 2002 en kartlegging av tilgjengelighet til legevaktordningene på dagtid i kommunene. Resultatene var ikke tilfredsstillende. I bare 43 pst. av tilfellene fikk man kontakt med et legekantor som hadde vakt. Nasjonalt kompetansesenter for

legevaktmedisin har ved hjelp av TNS Gallup gjennomført en oppfølgingsundersøkelse i 2006. Resultatene er betydelig bedre enn i 2002. I 67 pst. (292 av 438 tilfeller) av tilfellene fikk man direkte kontakt med et legekantor som hadde vakt. I 62 tilfeller ble man henvist til egen fastlege eller annen lege i kommunen, hvor man fikk kontakt med 49. Samlet sett fikk man altså hjelp i 78 pst. (341) av tilfellene, altså nesten åtte av ti, mot fire av ti i 2002. Antall oppringninger som ikke besvares umiddelbart er redusert i forhold til 2002 (fra 144 til 51). Også tilfeller der man henvises til tilfeldig lege i kommunen er redusert (fra 114 til 62). I samme periode er tiden det tar å nå gjennom på telefon redusert fra 2,5 minutter til 2,0 minutter.

På landsbasis er det nå etablert om lag 35 interkommunale legevaktordninger med bemannet legevaktsentral på natt og i helger/helligdager (IKL). For å bidra til at flere kommuner kan etablere interkommunalt legevaktsamarbeid har Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med berørte departement, KS og Legeforeningen vurdert om kostnadsnivået for kommunene i IKL kan bidra til å begrense etableringen av slik samarbeid ut over det som følger av geografiske, befolkningsmessige og andre forhold. Det ble ikke trukket noen generell konklusjon om at drift av interkommunale legevaktsamarbeid medfører betydelig merutgifter for de involverte kommuner. Kostnadene avhenger bl.a. av organisering i forkant, innbyggertall, antall kommuner mv. og fører til merkostnader for noen kommuner og innsparinger for andre. Merkostnadene kan svekke motivasjonen for interkommunale samarbeid. I statsbudsjettet for 2008 foreslår helse- og omsorgsdepartementet en tilskuddsordning til dekning av etableringskostnader og kvalitetsutviklings tiltak, som et rent stimulerings tiltak for å få fortgang i etableringen av IKL-samarbeid, jf. omtale under kap. 724, post 21. Departementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet oppdrag knyttet til faglig utviklingsarbeid for kommunal legevakt. I tillegg vil Sosial- og helsedirektoratet i 2008 få ansvar for at det gjennomføres en undersøkelse av brukertilfredshet i legevaktjenesten.

#### Lokalsykehus

Som varslet i Nasjonal helseplan ble det høsten 2006 nedsatt en bredt sammensatt arbeidsgruppe for å utrede lokalsykehusenes oppgaver knyttet til akuttfunksjoner og en samlet behandlingsskjede. Rapporten, Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede, ble avlevert departementet i mars 2007. Arbeidsgruppen står samlet bak hovedlinjene og forslagene i rapporten.

Arbeidsgruppen tar utgangspunkt i at det eksisterer en bred enighet om at lokalsykehusene utgjør en viktig del av norsk helsetjeneste. Gjennom sine fortrinn; nærhet, breddekompetanse og lokalkunnskap, representerer de en trygghetsbase i lokalsamfunnene. Når de kan utnytte disse fortrinnene, leverer de også tjenester av høy kvalitet. Lokalsykehusene er derfor, slik arbeidsgruppen ser det, den foretrukne tjenesteleverandør av et flertall av spesialisthelsetjenester, herunder akuttjenester. 50–70 pst. av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten kan ferdigbehandles i lokalsykehusene.

Arbeidsgruppen mener likevel at det er et betydelig behov for å videreutvikle lokalsykehusene. Det skyldes særlig endringer i demografi og epidemiologi, ny kunnskap og teknologi, men også erkjennelsen av at det er betydelige utfordringer når det gjelder koordinering og samhandling mellom tjenestenivåene, yrkesgrupper og spesialiteter. Utfordringene er tydelige når det gjelder akutfunksjonene, der kvaliteten avhenger av at leddene i den akuttmedisinske kjeden er tilstrekkelig samordnet.

#### *Arbeidsgruppens tilrådinger*

Arbeidsgruppen tar utgangspunkt i at det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehusene må ses i sammenheng med, og tilpasses lokale forhold. Den har likevel konkludert med at det er behov for å definere noen veiledende faglige standarder for akutfunksjonene ved lokalsykehus.

Lokalsykehus med akutfunksjoner (akuttsykehus) må, ifølge arbeidsgruppen, være organisert for å kunne ta imot og håndtere hardt skadde pasienter. Dette innebærer at akuttsykehus må oppfylle nasjonale krav til traumesystem og kompetanse, herunder beherske et bredt sett av kirurgiske prosedyrer (jf. rapport av 18.12.06 om Traumesystem i Norge). Akuttsykehus skal i tillegg ha relativt bred kompetanse i kirurgi og indremedisin, samt radiologi og laboratoriefunksjoner. Lokalsykehus med tilpassede akutfunksjoner bør som et minimum ha indremedisinsk akuttberedskap på døgnbasis. Slike sykehus skal i tillegg drive planlagt kirurgi og ha en enklere kirurgisk beredskap (dvs. beherske visse enkle akuttkirurgiske prosedyrer). Arbeidsgruppen viser til at vi har lite erfaring med denne type driftskonsept og at det er behov for å utrede og kvalitetssikre dette nærmere.

Arbeidsgruppen er positiv til etablering av felles akuttmottak (FAM), der både legevakt, skadestue, sykehusets akuttmottak og ambulansestasjon

er samlokalisert. Slik organisering forutsetter imidlertid at ansvarsforholdene utredes nærmere og finansieringsordningene gjennomgås. Arbeidsgruppen anbefaler også at det etableres lokale akuttmedisinske team, som trenes regelmessig.

Det er, ifølge arbeidsgruppen, behov for å styrke den akuttmedisinske kompetansen i alle ledd. For lokalsykehusene er det også viktig å inneha riktig kompetanse, det vil si bredere faglig kompetanse enn ved større og mer spesialiserte sykehus. Det foreslås flere mulige tiltak for å etablere slik kompetanse.

Arbeidsgruppen er opptatt av at lokale omstillingsprosesser, i tillegg til å bidra til kvalitet i den akuttmedisinske behandlingsskjeden, også skal bidra til trygghet for befolkningen. Arbeidsgruppen skisserer derfor en rekke prinsipper som bør legges til grunn for å skape gode prosesser, herunder nødvendig forarbeid (felles mål og virkelighetsoppfatning), bred deltakelse, reell innflytelse, forpliktende deltakelse, god informasjon og godt lederskap. Omstillingsprosessene bør evalueres, slik at man sikrer en kunnskapsbasert utvikling.

Arbeidsgruppen har også fokus på at det må legges til rette for forskning og utvikling ved lokalsykehusene. Akutfunksjonen innen rus og psykisk helse bør styrkes og samordnes bedre med det somatiske akutttilbudet.

#### *Høring*

Det er gjennomført bred høring med berørte aktører, både av arbeidsgruppen som ledd i utarbeidelsen av rapporten, og av departementet i etterkant. Høringsinstansene støtter generelt opp om arbeidsgruppens beskrivelse av dagens situasjon og utfordringer, samt tilnærming til løsning med fokus på bedre samhandling og økt/riktig kompetanse i alle ledd. Flere høringsinstanser påpeker imidlertid at forskyvninger i oppgaver og ansvar må følges av økte ressurser, og flere etterlyser virkemidler for å sikre nødvendig rekruttering til lokalsykehus og distriktene.

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt de akuttmedisinske tjenestene ved lokalsykehusene bør tilpasses lokale forhold, eller om det bør eksistere tydelige faglige minstestandarder, varierer synspunktene. Det er dessuten uenighet om hvorvidt en eventuell minstestandard kan bestå av indremedisinske akuttjenester, eller om den i tillegg bør inkludere akuttjenester i kirurgi, samt støttefunksjoner i form av røntgen, anestesi og laboratorietjenester. Det gis imidlertid utstrakt støtte til prinsippene for gode omstillingsprosesser.

### Videre oppfølging

I tråd med Regjeringens forslag i St.prp. nr. 44 (2006-2007), vedtok Stortinget en tilleggsbevilgning på 50 millioner kroner til oppfølging av lokalsykehusrapporten, jf. Innst. S. nr. 167 (2006–2007). Formålet med bevilgningen er å bidra til videreutvikling av lokalsykehusene og samhandling med de kommunale tjenestene. Departementet har høsten 2007 fordelt midler til 42 prosjekter med utgangspunkt i innsendte og prioriterte søknader fra de regionale helseforetakene. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 70.

Departementet vil med bakgrunn i arbeidsgruppens rapport og høringsrundene følge opp arbeidet for å etablere tilpassede behandlingsskjeder der lokalsykehusene i større grad tilpasses lokale forhold. Det skal legges vekt på gode og bredt involverende lokale prosesser ved utviklings- og omstillingsprosesser. Regjeringen vil komme tilbake til saken i revidert nasjonalbudsjett i 2008.

### Helhetlige pasientforløp

Helse- og omsorgsdepartementet ga i februar 2007 Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å foreta en gjennomgang av aktivitetsbasert finansiering blant annet med sikte på utgiftskontroll, unngå uhenksmessige vridninger mellom områder og pasientgrupper, bedre pasientforløp og foreslå evt. tiltak som kan forbedre pasientforløpet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet har vurdert finansieringssystemenes rekkevidde og begrensninger og anbefalt flere forbedringstiltak, jf. omtale under kap. 732, post 76.

### Fysioterapi i kommunene

Helse- og omsorgsdepartementet har startet et arbeid med en gjennomgang av finansieringen av fysioterapitjenesten i kommunene med sikte på økt kommunalt finansieringsansvar. Departementet vil i senere budsjettsammenheng komme tilbake til finansieringen av fysioterapitjenesten.

### Logopeder og audiopedagoger

Privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger gir tilbud til mennesker med språk- og talevansker. Virksomheten er trygdefinansiert. Kommuner og fylkeskommuner, som etter loven har ansvar for opplæring, har i dag ingen innvirkning på den private virksomheten på dette området. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer å foreta kartleg-

ging av virksomheten i samarbeid med Kunnskapsdepartementet.

### Private avtalespesialister

Departementet utfører et utrednings- og utviklingsarbeid for å få en bedre integrering av de private avtalespesialistene i de regionale helseforetaks sørge for ansvar. Departementet vil sende ut forslag til endrede rammebetingelser på en bred høring i løpet av høsten. Departementet vil vurdere å fremme et lovendringsforslag i etterkant av høringen.

Departementet har identifisert et selvstendig behov for å styrke tilgjengeligheten hos avtalespesialister i psykiatri og klinisk psykologi. Behovet varierer mellom regionene og kan også variere lokalt. I Oppdragsdokumentene for 2008 vil derfor departementet gi regionale helseforetak i oppdrag å starte et arbeid som tar sikte på å finne regionale og/eller lokale løsninger som skal bedre tilgjengeligheten til disse behandlerne. Departementet vil legge til grunn at arbeidet skal skje i samarbeid med profesjonsforeningene.

## 6.4 Sterkere brukerrolle

Brukere av helsetjenestene er en viktig ressurs fordi systematisk medvirkning fra brukerne skaper en bedre helsetjeneste for alle. De er eksperter på sin egen situasjon og egen mestring. Sentralt i fireårsperioden for Nasjonal helseplan står virkemidler som brukererfaringer, åpenhet i informasjon, valgmuligheter og videreutvikling av brukeres posisjon i forhold til kommuner og helseforetak.

### Informasjon om tjenestene og brukererfaringer

Brukeren skal være sentral i egen behandling og rehabilitering. For å sikre pasienter og brukere mulighet til å medvirke i utviklingen av egen behandling og tjenestetilbud skal det bli større åpenhet og lettere tilgang på informasjon om tjenestene. Viktige ordninger som fremmer pasientnære samhandlingstiltak, slik som individuell plan og legenes praksiskonsulentordning, skal styrkes.

Videre skal bruk av brukererfaringer som ledd i kvalitetsforbedring økes. Helse- og omsorgsdepartementet vektlegger å gjennomføre brede prosesser med involvering av brukere både i utarbeidelsen og oppfølgingen av ulike strategier og planer. Ett sentralt punkt i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008–2011) er at den politiske styringen av utviklingsarbeidet skal styrkes med sterkere medvirkning fra brukerorganisa-

sjonene. Det skal bl.a. etableres et oppfølgingssystem som etablerer et fast kontaktpunkt mellom politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet og brukerorganisasjonene.

For å sikre god oppfølging av den inngåtte rammeavtalen på helse- og omsorgsområdet mellom departementet og KS skal det holdes halvårslige møter hvor blant annet bruker- og pasientorganisasjonene vil bli trukket inn i arbeidet på et systematisk måte. Partene skal i fellesskap sammenstille status og synliggjøre utfordringer på samhandlingsområdet, og identifisere prioriterte mål framover.

Arbeidet med å utføre regelmessige nasjonale pasienterfaringsundersøkelser videreføres etter plan fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

### Pasientombudsordningen

Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått å utvide pasientombudenes ansvarsområde til kommunale helse- og omsorgstjenester. Departementet tar sikte på å legge fram et lovforslag for Stortinget.

### Brukerstyrt personlig assistent

Brukerstyrt personlig assistent (BPA) er en måte å organisere tjenesten praktisk bistand og opplæring. BPA innebærer at tjenestemottakeren har egne faste assistenter som han eller hun har arbeidslederansvaret for. Ordningen er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-2 a, og er en ordning alle kommuner plikter å ha på linje med de andre lovregulerte tjenestene etter sosialtjenesteloven. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring et forslag som innebærer å endre sosialtjenesteloven slik at alle som fyller de alminnelige vilkårene for å motta praktisk bistand og opplæring, og som har behov for omfattende tjenester, får en rett til å få hele eller deler av denne tjenesten organisert som BPA. Regjeringen vil eventuelt komme tilbake til Stortinget med forslag til endringer mv. i egen sak i 2008. Det vises til øvrig omtale under kap. 761, post 66.

## 6.5 Faglighet og kvalitet

Personellet og deres faglige kvalitet er helse- og sosialtjenestens fremste ressurs. Tilfanget av ny kunnskap er akselererende, og det utvikles stadig nye metoder for diagnostikk, behandling og rehabilitering. Det er krevende å gjøre de nødvendige prioriteringer. Det er store forskjeller mellom helseregionene og helseforetakene når det gjelder vurdering av rettighetsstatus, individuelle behandlingsfrister og valg av behandlingsnivå for pasien-

ter innenfor de fleste fagområdene. Disse utfordringene drøftes i Nasjonal helseplan og det gis ulike virkemidler for å styrke faglighet og kvalitet i helsetjenesten. Herunder ble det lagt fram en samlet strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering.

### Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ble opprettet i 2007. Rådet skal bidra til felles situasjons- og problemforståelse hos aktørene i helsetjenesten slik at de ulike institusjoners tiltak og prosesser blir godt koordinert. Det skal medvirke til dialog mellom myndigheter, tjenesteytende virksomheter, brukerorganisasjoner og faglige organisasjoner/fagforeninger. Rådet skal blant annet drøfte spørsmål knyttet til utvikling av uakseptable forskjeller i tjenestetilbudet på tvers av fagområder, geografi eller sosiale grupper og gi råd om hvordan slike forskjeller kan motvirkes. Andre temaer er samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og spørsmål knyttet til innføring av ny og kostbar teknologi/legemidler i sykehus. Rådet er sammensatt av medlemmer fra virksomheter med ansvar for helsetjenester, fra forvaltningen, fra brukerorganisasjoner og fra universiteter og høyskoler.

### Pasientsikkerhet

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet er etablert i tilknytning til Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten. 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 risiko-områder innen pasientsikkerhet og evaluere iverksatte tiltak for bedre pasientsikkerhet.

### Kvalitet i de kommunale helse- og sosialtjenestene

Regjeringen har inngått ny avtale med KS om samarbeid om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Rus og psykisk helse er tatt inn som nye områder i avtalen, og en arbeidsgruppe arbeider med å konkretisere tiltak for å heve kvaliteten på kommunenes tilbud til personer med rusmiddelproblemer og med psykiske lidelser.



Det er igangsatt prosjekter innen ledelses- og medarbeiderutviklingsprosjektet, Flink med folk, i første rekke med fokus på psykisk helse. Oppgavene skal også ses i lys av NAV og innføring av kvalifiseringsprogrammet.

I rundskriv IS-1/2007 til kommunene understreker Sosial- og helsedirektoratet betydningen av samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene for planlegging, utvikling og evaluering av helse- og omsorgstjenester, psykisk helsearbeid, rusarbeid mv. I rundskrivet oppfordres også kommunene til å sikre tilstrekkelige legeressurser til allmennmedisinsk offentlig legearbeid blant annet i sykehjem. Kommunene bes om å utnytte de muligheter som ligger i avtaleverket når det gjelder å sikre nødvendig kapasitet til allmennmedisinsk offentlig legearbeid. En fastlege i full stilling kan tilpliktes inntil 7,5 timer offentlig legearbeid per uke.

Sosial- og helsedirektoratet la i april 2007 fram rapporten *Vi vil, vi vil, men får vi det til?* Rapporten er en oppsummering av foreliggende kunnskap om levekår, tjenestetilbud og rettsikkerhet for personer med utviklingshemning. Statens råd for funksjonshemmede vil holde en høringskonferanse om levekår for mennesker med utviklingshemning høsten 2007. Rapporten fra direktoratet og høringskonferansen vil danne grunnlag for vurdering av behovet for tiltak på området.

#### *Kvalitetskommuneprogrammet*

Kvalitetskommuneprogrammet er et samarbeid mellom Kommunal- og regionaldepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, KS, og Akademikerne, LO-Kommune, YS-Kommune og Unio. Målet med samarbeidet er økt kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene og oppveksttjenestene slik at innbyggerne merker en forbedring. Arbeidet lokalt skal særlig rette seg mot medarbeiderne som møter innbyggerne, og skje i et samarbeid mellom lokalpolitikere, den administrative ledelsen og de tilsatte/tillitsvalgte.

Programmet bygger på samarbeidsavtalen mellom Regjeringen, KS, og arbeidstakersammenslutningene UNIO, YS-K, Akademikerne og LO-K fra oktober 2006. Kvalitetskommunesamarbeidet bygger videre på de initiativ som allerede er tatt for å utvikle tjenestekvaliteten i kommunesektoren, bl.a. avtale om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene, samarbeidsavtalen om kvalitetsutvikling i skolen og avtale mellom regjeringen og KS om barnehageløftet. Invitasjon om å delta i kvalitetskommunearbeidet ble sendt til alle kommunene før jul 2006, og over 60 kommuner søkte innen fristen. Det er nytt opptak i år, og neste år. Det er et mål at halvparten av kommunene skal delta i kvalitets-

kommunearbeidet. Deltakerkommunene vil arbeide sammen i nettverk og få faglig bistand.

#### *Kultur for kvalitetsforbedring og utvikling*

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å vurdere metoder for innhenting av nøkkeldata fra allmennlegetjenesten som grunnlag for nasjonal statistikk, planlegging, forskning og kvalitetsforbedring i den enkelte allmennlegepraksis. For å få til et felles datauttrekk med forsvarlig oppbevaring av data og for å kunne gi kvalifiserte faglige tilbakemeldinger til allmennleger som avgir data, er Sosial- og helsedirektoratet bedt om å ta kontakt med miljøer som per i dag har utarbeidet aktuelle systemer for innsamling av data fra allmennleger. Det vil bli opprettet en arbeidsgruppe der de fire allmennmedisinske forskningsenhetene også vil være representert.

#### *Personell og kompetanse*

Helsetjenesten er i rask utvikling når det gjelder f.eks. organisering, teknologiske og medisinske nyvinninger, samtidig som det skjer demografiske og epidemiologiske endringer. Det er derfor viktig med en dynamikk i utdanningssystemene slik at dimensjoneringen av og innholdet i utdanningene i størst mulig grad er i samsvar med oppgavene og utfordringene i helsetjenesten. Et tilstrekkelig og kompetent helsepersonell vil i de kommende årene være en av de største utfordringene i helsetjenesten. En god håndtering av koblingen mellom myndighetenes utdanningspolitikk på den ene siden og tjenestenes kompetansestrategier på den andre siden, er en forutsetning for å få et tilstrekkelig og kompetent helsepersonell og realisere helsepolitiske målsetninger på nasjonalt nivå. Nedenfor redegjøres for tiltakene som er igangsatt eller gjennomført på dette området.

#### *Kompetanseløftet 2015*

Regjeringen presenterte kompetanse- og rekrutteringsplanen *Kompetanseløftet 2015* i St.meld. nr. 25 (2005-2006), om fremtidens omsorgstjenester. Hovedmålet er å sikre de kommunale pleie- og omsorgstjenestene tilstrekkelig, kompetent og stabil arbeidskraft, både i et kortsiktig og langsiktig perspektiv. Den langsiktige strategien er å benytte den demografisk sett stabile perioden de nærmeste 15 årene til å heve utdanningsnivået i omsorgssektoren, slik at kommunene står kompetansemessig rustet før den raske behovsveksten setter inn for alvor rundt 2020.

I de nærmeste årene har Kompetanseløftet 2015 som mål å:

- øke bemanningen i omsorgssektoren ut fra nivået i 2004 med 10.000 nye årsverk med relevant fagutdanning innen utgangen av 2009
- heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene, gjennom blant annet å legge til rette for at andelen personell med høyskoleutdanning i omsorgstjenesten økes
- sikre bruttotilgang på helsefagarbeidere på om lag 4.500 per år gjennom rekrutterings- og kvalifiseringstiltak
- skape større faglig bredde med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglighet
- styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning

Kompetanseløftet 2015 består av et rullerende 4-årig handlingsprogram som oppdateres årlig i tilknytning til statsbudsjettet, innenfor en planperiode på ni år fra 2007 fram til 2015. Kompetanseløftet 2015 forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet, med fylkesmannen som en sentral aktør i forhold til både kommunene og utdanningssektoren.

#### *Legenes turnustjeneste og spesialistutdanning*

I de senere årene har det skjedd store endringer i forhold som nevnt ovenfor, uten at betydningen for legenes turnustjeneste eller spesialistutdanning har blitt vurdert. I en desentraliserte helsetjeneste med vekt på lokalsykehus og samhandling med primærhelsetjenesten, ses et økende behov for legespesialister med breddekompetanse og akuttmedisinsk kompetanse. Dette er sentrale begrunnelser for at det høsten 2007 vil bli nedsatt en arbeidsgruppe ledet av Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeidsgruppen skal vurdere innholdet i og organiseringen av legenes turnustjeneste og spesialistutdanning, og foreslå tiltak for å sikre at utdanningsløpene gir en kompetanse mer i tråd med de samlede behovene i helsetjenesten. Arbeidet har en tidsramme på 1 ½ år.

#### *Bedre beslutningsgrunnlag for dimensjonering av legenes spesialistutdanning*

Sosial- og helsedirektoratet er gitt i oppdrag å videreutvikle det nåværende datasystemet for legestillingene i spesialisthelsetjenesten. Dette skal skje på en måte som ivaretar myndighetenes behov for å følge med på legestillingene, samtidig som systemet skal fungere som et styringsverktøy for helseforetakene. Det er forventet at dette arbeidet kan lede til at både myndigheten og helseforetakene får et bedre beslutningsgrunnlag for fordeling av

legestillinger (utdanningsstillinger og overlegestillinger) mellom helseregionene, helseforetakene og mellom spesialitetene.

#### *Samfunnsmedisin*

Nye regler om gjennomføringen av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin, fastsatt av departementet gjeldende fra 1. juli 2006 med presiseringer fastsatt 29. juli 2007, stiller krav om fire års samfunnsmedisinsk tjeneste hvorav ett år på enten kommunalt eller statlig nivå. Spesialistutdanning i samfunnsmedisin skiller seg ut fra de sykehusbaserte spesialitetene bl.a. ved at det er behov for andre typer utdanningsarenaer/-institusjoner. For å ivareta utdanningstilbudet for leger i spesialistutdanning i samfunnsmedisin på en formålstjenlig måte, er den statlige sentrale og regionale helseforvaltningen oppfordret til å benytte ledige legestillinger til spesialistutdanning i samfunnsmedisin. Sosial- og helsedirektoratet har i 2007 opprettet tre utdanningsstillinger. Dette utdanningstilbudet vil kunne være en form for prototyp for slike utdanningsstillinger i den statlige sentrale helseforvaltningen. Når det gjelder samfunnsmedisinsk tjeneste på kommunalt nivå, vil erfaringene fra Finnmark gjennom flere år, bli nyttige å ta med seg i det videre arbeid. Det vises til kap. 724, post 21.

#### *Samarbeidsprosjekt for å styrke breddekompetanse og akuttmedisinsk kompetanse*

Departementet har tildelt midler til et prosjekt som skal utrede og foreslå hvordan sykehuslegenes breddekompetanse og akuttmedisinske kompetanse kan styrkes, jf. omtale under kap. 732, post 70. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom de regionale helseforetakene, ledet av Helse Nord RHF. Dette prosjektet vil kunne bidra med viktige innspill til vurderingene og tilrådingene til arbeidsgruppen som skal gjennomgå legenes turnustjeneste og spesialistutdanning.

#### *Endret rammeplan for sykepleiere*

De nasjonale rammeplanene for høyskolestudiene i helsefag er viktige styringsverktøy og beskriver mål for teoridelen og praksisdelen av studiet, slik at de som utdannes kan fyller kravene til autorisasjon og godkjenning for faglig forsvarlig yrkesutøvelse. Helse- og omsorgsdepartementet har ovenfor Kunnskapsdepartementet tatt initiativ til at rammeplanen for sykepleiere er blitt endret på en måte som sikrer nødvendige fleksibilitet for helsetjenesten som praksisarena, samtidig som nasjonale krav til det faglige innholdet i praksisdelen ivaretas.

### *Medarbeidermedvirkning*

For å skape et forutsigbart og innovativt arbeidsmiljø i helseforetakene hvor ansattes kompetanse understøtter og medvirker i nødvendige omstillingsprosesser, mener departementet at det er viktig at partene medvirker for å tilrettelegge for et trygt arbeidsmiljø der ansatte opplever at deres kompetanse blir brukt og verdsatt. Departementet legger til grunn at et forpliktende og avtalebasert system for medarbeidermedvirkning vil være et positivt bidrag i omstillingsprosessene.

### *Gjennomgang av autorisasjonsordningen*

Departementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å foreta en generell og prinsipiell gjennomgang av helsepersonellovens autorisasjonsordning. Fristen er satt til januar 2008. Departementet tar, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, sikte på å følge opp spørsmålet om autorisasjonsordning for sosialpersonell som en egen sak.

### *Forskning*

Helse- og omsorgsdepartementet og Næringsdepartementet har etablert en femårig satsing på innovasjon som InnoMed, Innovasjon Norge, Norges forskningsråd og de regionale helseforetakene et gitt et felles ansvar for å følge opp.

På oppdrag fra departementet er det i 2007 startet et femårig rusmiddelforskningsprogram i regi av Norges Forskningsråd. Dette omfatter midler både til et universitetstilknyttet rusmiddelforsknings-senter og til forskningsprosjekt på feltet. De regionale helseforetakene har iverksatt tiltak for å sikre oppbygging av forskningskompetanse på forsknings-svake områder, jf. omtale under kap. 732.

Det er stilt krav om at de regionale helseforetakene arbeider for å sikre et godt internkontrollsystem for kvalitetssikring av forskning. Ot.prp. nr. 74 (2006-2007), Om lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven), ble fremlagt i juni d.å.

Etableringen av allmennmedisinske forskningsenheter er godt i gang, og er omtalt under kap. 724.

Departementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet utrede muligheter for nordisk samarbeid om utprøvende kreftbehandling, forankret i arbeidet med etablering av Nasjonale handlingsprogrammer på området.

### *Norsk pasientregister*

Stortinget vedtok i februar i år å gjøre Norsk pasientregister til et personidentifiserbart register på lik linje med de andre sentrale helseregistrene som følger av helseregisterloven § 8 tredje ledd. Registrering av opplysninger om ulykkesskader skal inngå som en del av rapporteringen til Norsk pasientregister.

### *Nasjonal koordinering på fagområder*

Strategiene på kreft-, diabetes- og KOLS-området ble alle lansert i 2006, og Sosial- og helsedirektoratet er gitt en koordinerende rolle i oppfølgingen av disse. Implementering av strategiene er i gang.

### *Folkehelsearbeid*

Regjeringen la i februar 2007 fram St.meld. nr. 20 (2006–2007), Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Målet er å redusere de sosiale helseforskjellene uten at noen grupper får dårligere helse. Utgangspunktet for strategien er at 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. Sosiale helseforskjeller henger sammen med forhold på en rekke samfunnsområder og strategien omfatter derfor flere departementers ansvarsområder. Det slås fast at utfordringen for folkehelsearbeidet er å løfte resten av befolkningen opp på det samme nivået som de med best helse. Det vises til omtale under kap. 9.

### *Partnerskap for folkehelse*

Alle fylkeskommuner og et stort antall kommuner i fylkene er i løpet av 2007 involvert i satsingen på partnerskap for folkehelse. Partnerskapene er viktige redskap for å sikre et helhetlig folkehelsearbeid med forankring i forvaltningsorganer og demokratiske prosesser, samt samarbeid med frivillige organisasjoner både i fylker og kommuner slik at de kan bidra med sin kompetanse og nettverk. St.meld. nr. 12 (2006–2007), Regionale fortrinn – regional framtid, og Innst. S. nr. 166 (2006–2007), understøtter satsingen og legger opp til en tydeliggjøring av fylkeskommunen sin rolle i folkehelsearbeidet, herunder forebyggende tannhelse tiltak, som ledd i en vitalisering av lokal- og regionaldemokratiet. Det vises til omtale under kap. 719, post 60.

### *Bedre veiledning i helsetjenesten og lavterskeltilbud*

Det legges økt vekt forebyggende tiltak overfor risikogrupper. Individuelt tilpasset veiledning er nødvendig for å påvirke enkelte gruppers helseatferd i retning av en sunnere livsstil. Dette er også viktig for å utjevne sosiale helseforskjeller. I en travelt hverdag kan det være vanskelig for helsepersonell å ta seg tid til å snakke med pasienter om helse og endring av helseatferd. Samtidig opplever mange at de går over pasientens privatsfære når de tar opp slike spørsmål og er usikre på hvordan de skal nærme seg emnet. For å lette arbeidet for helsepersonell er det utviklet kommunikasjonsverktøy med vekt på endringsfokusert veiledning, som for eksempel veiledningsheftet – «Å snakke om endring». Veiledningsmetoden brukes overfor ulike pasientgrupper som har behov for endring av helseatferd. For eksempel gjelder dette hjelp til røykeslutt for pasienter med KOLS.

Det er etablert samarbeid med Oslo kommune om en områdebasert satsing i Groruddalen for å styrke innvandrerbefolkningens helse. Det vises til omtale under kap. 719, post 21 og post 60. Evalueringresultater fra prosjekt Fysisk aktivitet og måltider i skolen, hvor nærmere 400 skoler fra hele landet har deltatt, viser god vilje i skole-Norge til å skape en helsefremmende skole. Suksessfaktorer er bl.a. at tilbudet når alle elevene, at det er forankret i skolens ledelse og er en integrert del av skolens virksomhet. Det er modellskoler i alle fylker, og med grunnlag i evaluering og erfaringer fra prosjektskolene er det utviklet en veileder til bruk for skoler og myndigheter i det videre spredningsarbeid og implementering som del av framtidig helsehelagskole.

### *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen*

Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007–2011 ble lagt fram i januar 2007. 12 departementer har samarbeidet i utarbeidelsen av planen. Aktører innen matvarebransjen, frivillige organisasjoner, private aktører, forsknings- og utdanningsinstitusjoner bidro med innspill. Planen inneholder mer enn 70 tiltak innen 10 innsatsområder. Barn og unge er prioriterte målgrupper og det er et overordnet mål å redusere sosiale forskjeller i kosthold. Arbeidet med å vurdere økonomiske virkemidler for å fremme sunne kostvaner er påbegynt og videreføres. Gratis frukt og grønt i skoler med ungdomstrinn ble innført fra høsten 2007.

Som del av arbeidet med å finne fram til modeller for å styrke ernæringskompetanse i kommunene, er det gitt økonomisk støtte til oppfølgingstiltak i «Stor og sterk» prosjektet ved Ullevål univer-

sitetssykehus HF, der kosthold står sentralt. Videre har St. Olav Hospital HF fått støtte til pilotprosjekt om kommunale mestringsverksteder i forbindelse med behandling av overvekt. Det vises også til omtale under kap. 719, post 21 og kategori 10.60 om omsorgsplan 2015.

Det er avholdt fylkesvise kurs for helsestasjonspersonell som kompetansehevende tiltak på sped- og småbarnsernæring og som ledd i arbeidet med etablering av ammekyndige helsestasjoner for oppfølging av Mor-barn vennlig initiativ i sykehus. Det er iverksatt et arbeid med gratis D-vitamintilskudd til spedbarn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Videre er det igangsatt et arbeid for å prøve ut modeller for å styrke ernæringskompetansen i kommunene, der samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten står sentralt.

Det er startet opp kartlegging av mat og måltidstilbud i sykehjem som grunnlag for tiltak. Det er utarbeidet nye retningslinjer for mat og måltider i barnehager som er presentert for barnehagepersonell og relevant helsepersonell. Arbeidet for å få på plass ernæringsmerking av mat er intensivert og det er opprettet god dialog med matvarebransjen på området.

### **Bioteknologi**

Utviklingen innen medisinsk bruk av bioteknologi har synliggjort hvilken verdi og potensial bioteknologi kan ha ved medisinske undersøkelser, behandling og næringsutvikling. Departementet ønsker å fremme utviklingen av moderne bioteknologi til individets og samfunnets beste. Dette skal gjøres innen forsvarlige rammer for etikk og sikkerhet for helse og miljø. Etter hvert som teknologien utvikler seg og ny kunnskap genereres åpnes også nye muligheter for forskning og behandling. Regjeringen har derfor fremmet Ot.prp. nr. 26 (2006–2007), Om lov om endringer i bioteknologiloven (preimplantasjonsdiagnostikk og forskning på overtallige befruktede egg). Lovendringene ble vedtatt av Stortinget i mai 2007. Endringen innebærer for det første at det åpnes for forskning på overtallige befruktede egg på klart avgrensede områder. Dette vil gjøre det mulig å utvikle og forbedre metoder for blant annet assistert befruktning og å oppnå ny kunnskap med sikte på behandling av alvorlige sykdommer. Endringene innebærer også at det åpnes for en begrenset bruk av genetisk undersøkelse av befruktede egg utenfor kroppen før innsetting i livmoren med sikte på å oppdage alvorlig arvelig sykdom og at man i kombinasjon med dette også kan teste vevstypen til det befruktede egget. Formålet med endringene er først og

fremst å gjøre det mulig for par med anlegg for en alvorlig, arvelig sykdom å oppnå graviditet uten at den arvelige sykdommen blir videreført til fosteret.

#### Framtidig utvikling av tannhelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører flere forenklinger av regelverket for folketrygdens stønad til tannbehandling. Endringene innebærer bl.a. at krav om forhåndsgodkjenning ved refusjon faller bort, og at det isteden innføres systematiske etterkontroll av tannlegenenes praktisering av regelverket.

Regjeringen la i juni i år fram St.meld. nr. 35 (2006–2007), Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning (Framtidas tannhelsetjenester). Det vises til omtale av forslagene i meldingen under Programkategori 10.20 Helsetjeneste.

## 6.6 Arbeid og helse

Nasjonal helseplan legger vekt på forebygging og rehabilitering hvor arbeidslivet – og spesielt samarbeidet mellom arbeids- og velferdsetaten, helse-tjenesten, arbeidsmiljømyndighetene og arbeidslivets parter, står sentralt.

#### Raskere tilbake

Som oppfølging av Sykefraværsutvalgets rapport av 6. november 2006 er det etablert en tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester for å bringe personer som mottar sykepenger raskere tilbake i arbeid og dermed redusere sykefraværet, jf. omtale under kap. 732, post 79.

#### Strategier for særlig utsatte grupper

Det er utarbeidet en egen strategiplan for arbeid og helse 2007-2012 for å styrke den arbeidsrettede innsatsen i opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen viderefører Vilje viser vei satsingen på arbeid og psykisk helse i NAV. Regjeringens mål med denne planen er å hindre utstøting og å lette inkludering i arbeidslivet for personer med lettere og omfattende lidelser/problemer, samt personer som i tillegg har rusmiddelproblemer. Strategiplanen er for en stor del innrettet mot personlig oppfølging og kompetanseheving, samt arbeidsrettede tiltak. Det

vises til nærmere omtale av strategiplanen under kap. 743, post 70.

Opptrappingsplanen for rusfeltet legger vekt på at de ordinære tjenestene har et hovedansvar for alle brukergrupper, men at det vil være behov for å styrke og utvikle tjenestene slik at de er tilgjengelige også for dem som har vanskelig for å oppsøke de ordinære tjenestene. Ordningen med lavterskel helsetiltak er under evaluering, og denne vil være en del av grunnlaget for videreutvikling av tiltaket.

#### Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering

Rehabilitering med arbeid som mål handler om å hjelpe folk til å mestre de problemer som hindrer aktivitet og deltakelse, og om å tenke nytt om hvilke muligheter den enkelte har for å delta i arbeidslivet. Helse- og sosialtjenestene skal gjennom arbeidsrettede rehabiliteringstiltak bidra til at alle gis likeverdige muligheter til å delta i arbeidslivet. Rehabilitering har ikke den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering som har som overordnet mål å endre dette, jf. omtale i kap. 9.

#### Grønn resept

Utvikling og utprøving av lavterskeltilbud om kosthold for langtidssykmeldte og andre som i perioder er utenfor arbeidslivet er igangsatt bl.a. i samarbeid med NAV og «Aktiv på dagtid». Arbeidet ses i sammenheng med utprøving av lavterskeltilbud som en oppfølging av ordningen med Grønn resept, jf. omtale under kap. 719, post 21.

#### Aktive sykehus

Arbeidsmiljøprosjektet, Aktive Sykehus, ble i 2007 etablert og skal gjennomføres ved et utvalg sykehus i hver helseregion i perioden 2007-2009. Målet er økt fysisk aktivitet blant ansatte, bedre trivsel og redusert sykefravær. Arbeidsmiljøtiltak med vekt på fysisk aktivitet skal innarbeides som et varig innslag i HMS-arbeidet ved sykehusene. Det vises til omtale under kap. 719, post 73.

## 7 Oppfølging av nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

I vår la regjeringen fram St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. 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. Regjeringen har derfor styrket fordelingsprofilen i skatteoppleggene for 2006 og 2007. Det er blant annet gitt betydelige lettelser (opptil 2500 kroner) til personer med lave inntekter gjennom økninger i minstefradragene. 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. Skattelettelser har derfor ikke vært vektlagt i Regjeringens budsjettforslag.

Ved å øke skattene for personer med høye aksjeinntekter og formuer og ved å gjøre skattetilpasninger vanskeligere og mindre lønnsomme, kan vi imidlertid øke skatteinngangen og dermed få rom blant annet til å styrke velferdsordningene og det offentlige tjenestetilbudet. Regjeringens innstramminger og forbedringer av formuesskatten 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 opprettholdes og forsterkes 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. Tiltak for et mer inkluderende arbeidsliv er nærmere omtalt under 7.3. Regjeringen har i 2007 bl.a. styrket innsatsen når det gjelder målrettede arbeidsmarkedstiltak innenfor handlingsplanen, kompetanse- og utviklingstiltak for å forebygge og redusere barnfattigdom, 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 er i 2007 økt med 5 pst. ut over konsumprisindeksen.

### 7.2 Oppvekst

Målet er trygge oppvekstvilkår og like muligheter til utvikling uavhengig av foreldres økonomi, utdanning, etniske og geografiske tilhørighet.

En tilskuddsordning 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.

Det er i 2007 initiert et utviklingsarbeid i utvalgte kommuner, rettet mot ungdom i risikosonen, for å forhindre marginalisering av unge mellom 15 og 25 år som faller utenfor videregående opplæring og arbeidsliv. Som ett ledd i dette arbeidet har Statistisk sentralbyrå fått i oppdrag å utarbeide en rapport om målgruppens levekår. Rapporten forventes ferdigstilt i løpet av året.

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.

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 skal vurdere tiltak for å bedre samarbeidet mellom barnehage og barnevern.

Det er etablert et kunnskaps- og kompetanseprogram (2007–2011) for det kommunale barnevernet i samarbeid med høyskoler og universiteter, KS og ansattes organisasjoner. Programmet videreføres og styrkes ytterligere 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 situasjonen til, og oppfølgingen av, barn og unge som utsettes for overgrep og vold i nære relasjoner. Erfaringer fra prosjektet Barn som lever med vold i familien viser at det er et stort kunnskapsbehov i de tjenester som møter barn som er utsatt for vold, overgrep og utnytting. Det er videre stor usikkerhet og variasjon i kvalitet og tilnærming med hensyn til hvordan hjelpeappa-

ratet 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. Barne- og likestillingsdepartementet vil videreføre støtten til prosjektet i 2008, og prosjektet vil ha hovedvekt på kunnskapsmetodeformidling til barnevernet. Justis- og politidepartementet skal utarbeide en ny handlingsplan om vold i nære relasjoner i 2008, som vil inneholde tiltak rettet mot barn.

Regjeringen har satt i gang pilotprosjektet Barnehuset. Målet er å gi et bedre tilbud til barn som utsettes for overgrep ved at blant annet medisinsk undersøkelse, dommeravhør og behandlingstilbud tilbys samlet. De regionale kompetansesentrene 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. Dette arbeidet vil videreutvikles i 2008.

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 risikosonen. Regjeringen forslår i budsjettet for 2008 en forsterket innsats overfor barn og unge i risikosonen.

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. I 2008 vil tiltaket videreføres og styrkes. Fra høsten 2007 blir det prøvet ut en toårig praksisbasert opplæring i bedrift for lærekandidater som ønsker mer praktisk opplæring og et nærmere mål enn det

som følger av det ordinære utdanningsløpet med to år i skole og to år i bedrift. Tiltaket skal øke andelen som gjennomfører videregående opplæring med kompetansebevis.

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. Derfor vurderer Kunnskapsdepartementet å innføre en kommunal plikt til språkstimulering av alle barn i førskolealder som har et behov, uavhengig av om de går i barnehage eller ikke.

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 foreslår 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 skal gjennomføres flere forsøk med utvidet skoledag på barnetrinnet gjennom skoleåret 2007–2008. Formålet er å øke undervisningstiden, gi større rom for elevens selvstendige læring og gi mer tid til varierte fysiske aktiviteter. Dette vil styrke kvaliteten på opplæringen for alle elever. Det 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 innføres gratis frukt og grønt for alle elever på skoler med ungdomstrinn fra høsten 2007. Kostholdet varierer systematisk med familiebakgrunn, samtidig som forskningen har avdekket sammenhenger mellom kosthold og læring. Tilbud om frukt og grønt vil virke positivt inn på alle elevers kosthold og helse, men vil være særlig gunstig for de mest sårbare gruppene. Det er rene ungdomsskoler (8.–10. trinn) og skoler med alle trinn (1.–10. trinn) som starter opp regjeringens satsing på frukt og grønt. Dette vil omfatte om lag 285 000 elever. Regjeringen vil samtidig prøve ut ulike ordninger med skolemat og se dette i sammenheng med forsøk med utvidet skoledag skoleåret 2007–2008.

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. Ved hovedfordelingen av spillemidlene i 2007 ble det avsatt egne midler til aktivitetsutvikling og sosial integrasjon i idrettslag i utvalgte bydeler i de største byene. Ordningen vil bli videreført i 2008.

### 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.

Hovedforslagene i meldingen er å innføre en enklere og mer arbeidsrettet tidsbegrenset inntektssikring til erstatning for dagens rehabiliteringspenger, atføringspenger 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.

I forbindelse med Ot.prp. nr. 6 (2006–2007) fremmet Regjeringen i vår forslag til endringer i arbeidsmiljøloven og folketrykkløven. Hensikten er å bidra til bedre tilrettelegging og oppfølging under sykdom. På bakgrunn av Sykefraværutvalgets rapport av 6. november 2006 ble det bevilget 604 mill. kroner til tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester i statsbudsjettet for 2007. 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 videreføres og styrkes i 2008.

IA-avtalen er et strategisk 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 for å senke tersklene inn i arbeidslivet og heve tersklene ut av arbeidslivet. 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 velferds-etaten 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. Arbeidslivsentrene vil få en sentral rolle i implementeringen av ordningen med IA-plasser. Ordningen vil bli satt i gang i løpet av høsten 2007.

Regjeringen foreslo i Ot.prp. nr. 70 (2006–2007) å etablere 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.

## 7.4 Helseatferd

Målet er reduserte sosiale forskjeller i helseatferd. Livsstilsfaktorer som kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, alkohol og ulike miljøfaktorer påvirker helse tilstanden og antall leveår i befolkningen. Disse livsstilsfaktorene varierer langs sosiale skillelinjer.

I Oslo kommune er det satt i gang en områdebasert satsing på lavterskeltiltak i flere bydeler i Groruddalen. 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. Sosial- og helsedirektoratet er gitt i oppdrag å følge opp satsingen. I år er det etablert et samarbeid med Oslo kommune og bydelene. Satsingen omfatter flere delprosjekter som bygger på erfaringer fra MoRo-prosjektet i bydel Romsås og på initiativ fra samarbeidende bydeler. Tiltak rettes mot risikogrupper i innvandrerbefolkningen. Satsingen videreføres og styrkes i 2008. Det

vises til omtale under kap. 719 post 60 samt i vedlegg til St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Røyking er en viktig årsak til sosiale forskjeller i helse. Røykere er overrepresentert i grupper med lav inntekt, kort utdanning og manuelle yrker. Et lovforslag om forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer på utsalgssteder som ble sendt på høring i mars i år er nå til behandling i departementet.

Ordningen med tilskuddsmidler til lokale folkehelse tiltak videreføres 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 er i 2007 lagt vekt på å støtte opp om lokale initiativ, utløse lokalt engasjement og etablere regionale ressursgrupper som støtte til partnerskapenes arbeid med å fremme sunt kosthold og økt fysisk aktivitet og forebygge tobakksskader, støtte opp om innsats i grunn- og videregående skoler og arbeidslivet, samt i arbeidet med tilrettelegging av lokale lavterskeltilbud for å fremme fysisk aktivitet.

Kostholdet i befolkningen varierer etter utdanning og inntekt. Et overordnet mål i arbeidet med ernæring er å redusere sosiale forskjeller i helse. Hovedføringene for arbeidet innen ernæring er lagt i den tverrdepartementale Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) som ble lagt fram januar 2007. Planen beskriver en rekke tiltak, hvorav en del er igangsatt i 2007 og vil bli videreført i 2008.

Det er i 2007 ferdigstilt en ny, rimelig kokebok som er lett tilgjengelig for alle og tilbys kommunene til selvkost. Kokeboka distribueres også årlig gratis til alle ungdomsskoleelever i mat- og helsefaget. Arbeid for å styrke skolemåltidet har vært prioritert bl.a. gjennom prosjektet Fysisk aktivitet og måltider i skolen.

20 000 skoleelever på barneskoler i Oslo, Drammen og Finnmark vil fra høsten av få tilbud om gratis skolefrukt. Ordningen vil foregå parallelt med den gratisordningen som fra høsten av introduseres i regi av kommunene for skoler med ungdomstrinn. Gratistilbudet er et bidrag i arbeidet med å redusere sosiale og geografiske forskjeller i kosthold. Fra høsten av er det satt av midler til gratis frukt og grønt til alle barneskoler i bydelene Gamle Oslo, Alna, Grorud og Søndre Nordstrand, Drammen kommune og Finnmark fylke dersom skolene og skoleeier ønsker det. Tilskuddet videreføres i 2008, og ordningen vil evalueres. Sosial- og helsedirektoratet og Opplysningskontoret for frukt og grønnsaker har ansvaret for oppfølgingen

av gratisordningen overfor rene barneskoler. Gjennom ordningen vil de høste erfaringer med tilbud om gratis skolefrukt til alle elevene ved disse skolene. Det vil også sendes en frukt- og grøntbrosjyre til alle landets elever på 1.-4. trinn med tips og oppskrifter til hvordan frukt og grønt kan brukes og hvorfor det er lurt å spise mer frukt og grønnsaker.

Det er satt i gang arbeid med utprøving av tilbud om kosthold for langtidssykmeldte og andre som i perioder er utenfor arbeidslivet. Arbeidet ses i sammenheng med lavterskeltilbud som oppfølging av ordningen med grønn resept og med tilbudet Aktiv på dagtid. Arbeidet med faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernærte pasienter og pasienter i ernæringsmessig risiko ferdigstilles i 2007. Disse skal implementeres i 2008 gjennom kurs og kompetansetilbud.

## 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 tilstanden skal sosiale forskjeller i helsetjenestebruk kartlegges. Sosial- og helsedirektoratet vil få i oppdrag å vurdere hvordan dette kan gjennomføres.

Dagens helseregistre gir ikke spesifikke data om innvandrerbefolkningens helsetilstand, behov for og forbruk av helsetjenester. 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. For 2008 foreslår regjeringen ingen økning i egenandeler på helsetjenester som kommer inn under de nasjonale egenbetalingsordningene – egenandelstak 1 og 2. Beløpsgrensen på egenandelstak 1 heves imidlertid fra 1660 kroner i 2007 til 1740 kroner i 2008. Beløpsgrensen på egenandelstak 2 foreslås ikke endret i 2008.

Trinnprissystemet gir prisreduksjoner for legemidler som har såkalt generisk konkurranse, dvs. konkurranse etter at patenttiden er ute. Forslag til justeringer av trinnprismodellen har vært på høring. Det vil gjennomføres endringer i trinnprissystemet fra 1. januar 2008 som gir en beregnet innsparing for folketrygden på 80 mill. kroner. I tillegg vil pasientenes egenbetaling reduseres med 33 mill. kroner.

Opptappingsplanen for rusfeltet legges fram sammen med budsjettet, jf. kapittel 8. Opptappingsplanen 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.

De regionale helseforetakene vil høsten 2007 sette ned en strategigruppe for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Denne gruppa vil ha som sitt hovedmandat å identifisere strategier og tiltak for tilgjengelighet, kompetanse og faglig kvalitet innenfor disse to tjenesteområdene.

Regjeringen har nylig lagt fram St.meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. 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. Regjeringen vil gradvis utvide tannhelsetilbudet til de som trenger det mest. I meldingen foreslås det at utvidelsen blant annet skal omfatte personer med alvorlige psykiske lidelser, personer med funksjonstap, personer med svært lav inntekt, sykehuspasienter og 19–20-åringer. Videre foreslås det å innføre en friskhetskontroll for eldre og en utvidelse av skjermingsordninger mot høye utgifter til tannbehandling som refunderes fra trygden.

## 7.6 Sosial inkludering

Målet er å bedre levekårene for de vanskeligst stilte.

Regjeringen la frem 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. For å lykkes med integrering og inkludering er det behov for en helhetlig og langsiktig satsing over flere år. Regjeringen vil derfor videreføre og styrke satsingen på integrering og inkludering i 2008. 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.

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 tilbudet om økonomisk rådgivning underlagt sosialtjenesten. Sosial- og helsedirektoratet følger opp arbeidet i kommunene og skal sørge for kompetansehevende tiltak for å sikre best mulig kvalitet i tilbudet.

Et overordnet mål i boligpolitikken er at alle skal bo godt og trygt. 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. Regjeringen har gjennom de seneste årene forsterket innsatsen på området blant annet gjennom strategien På vei til egen bolig. 2007 er imidlertid strategiens avsluttende år. Målet om å avskaffe bostedsløshet er ikke nådd og arbeidet med å forebygge og bekjempe bostedsløshet fortsetter med økt styrke og prioritet. Regjeringen følger utviklingen nøye og vil i årsskiftet 2007/2008 gjennomføre en ny bostedskartlegging.

Det er i 2007 igangsatt forsøk i de fire storbyene samt 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. Flere studier viser at et flertall av innsatte og domfelte har vesentlig dårligere helse enn gjennomsnittet. Å skaffe bolig er et viktig tiltak for å bedre levekårene og forebygge tilbakefall til ny kriminalitet. I kriminalomsorgen legges det vekt på oppfølging av Boligavtalen og strategien På vei til egen bolig, hvor et viktig mål er at ingen skal måtte tilbringe tid i midlertidige løsninger ved løslatelse fra fengselsopphold. Husbanken har på søknad gitt kompetansemidler til enkelte fengsler.

Rusmestringsenheter er nå under etablering i 3 fengsler. Hensikten er blant annet å gjøre helsetjenestene mer tilgjengelige for innsatte rusmiddelavhengige med behov for rehabilitering. Helsetjenes-

tetilbud til innsatte er styrket i tråd med økningen i antall nye fengselsplasser.

Etter oppdrag fra daværende Helsedepartementet og i samarbeid med Oslo kommune etablerte Frelsesarmeen i 2005 Gatehospitalet som et treårig prosjekt. Regjeringen vil foreslå å videreføre tilskuddet til Gatehospitalet i samarbeid med Oslo kommune, og bidra til at det kan utvikles et eget tilbud til kvinner. Prosjektet evalueres og erfaringene vil 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 som ikke klarer å bruke det ordinære helsetilbudet. Tiltakene skal, gjennom variert aktivitet og gatenære tilbud, 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. Ordningen med lavterskel helsetiltak er under evaluering, og sluttrapporten vil bli lagt fram ved utgangen av 2007. Foreløpige rapporter viser at tiltakene ser ut til å nå målgruppen. 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 26 nye frivillighetssentraler i 2007 og det tas sikte på å opprette 13 nye i 2008. Regjeringen la nylig 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.

## 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 skal etableres et interdepartementalt samarbeid om utvikling av indikatorer. Sosial- og helsedirektoratet skal ha ansvaret for å koordinere arbeidet 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 vil gjøre det enklere å ivareta folkehelse i kommunale plan- og beslutningsprosesser. Arbeidet utføres av Sosial- og 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.

Planlovutvalget avga 13. mai 2003 sin utredning NOU 2003: 14 til Miljøverndepartementet med forslag til nye planbestemmelser i plan- og bygningsloven. Miljøverndepartementet arbeider med en ny plandel i plan- og bygningsloven. Forslaget vil bygge på utredningene fra planlovutvalget og høringen av disse. Lovforslaget skal legges fram i høst. De nye planbestemmelsene vil underbygge den sektorovergripende planleggingen i fylker og kommuner og bli et viktig verktøy for planlegging av kommunale helse- og sosialtjenester.

## 7.9 Kunnskapsutvikling

---

Regjeringen har fra 2007 satt i gang en ny og helhetlig satsing på forskning om sykefravær og utstøting. Formålet med Program for forskning om årsaker til sykefravær, uførhet og utstøting (2007–

2016) i Norges forskningsråd er bl.a. å bidra til bedre kunnskap om årsakene til sykefravær, uførhet og utstøting fra arbeidslivet. I 2007 ble satsingen på 10 mill. kroner finansiert med midler fra avkastningen fra forskningsfondet. I 2008 er satsingen økt til 20 mill. kroner. Programstyret for forskningsprogrammet vil bli oppnevnt i løpet av høsten 2007. Det vises for øvrig til kap. 286, post 50, i St.prp. nr. 1 (2007–2008) Kunnskapsdepartementet.

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. I år er Forskningsrådet bedt om å 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. I år er Forskningsrådet bedt om å 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 skal i 2008 styrkes 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 Opptrappingsplan for rusfeltet

Rusmiddelpolitikk handler om solidaritet med enkeltmennesker og om samfunnets evne til solidaritet. Rusmiddelproblemer handler om sosial ulikhet, om samfunnsutvikling, om utstøting av dem som ikke lykkes og om å mestre utfordringer i skole og arbeidsliv. Det er de grunnleggende politiske veivalgene som betyr mest for rusutviklingen i samfunnet og som bestemmer om vi har et samfunn med et sterkt fellesskap, eller om hver enkelt skal være sin egen lykkes smed.

Opptrappingsplanen viser regjeringens satsingsområder på rusfeltet. Hele rusfeltet ses i sammenheng, samtidig som det forankres i regjeringens helhetlige politikk. Det handler om å få til de gode tjenestene der brukeren står i sentrum. Det holdes fast ved menneskers rett til verdighet selv i de mest krevende situasjoner. Tjenestene skal bygges rundt enkeltmenneskers behov for hjelp samtidig som vi må holde fast ved de brede strategiene som vi vet virker.

Ennå finnes ingen endelig oppskrift på hvordan vi skal få bukt med de negative konsekvensene ved rusmiddelbruk for enkeltpersoner og samfunnet. Vi må leve med dilemmaer og avveininger underveis. En vellykket rusmiddelpolitikk kan ikke organiseres, bevilges eller reguleres fram. Dette handler også om holdninger, handlinger, om følelser og om å ville noe for folk som av ulike grunner er i en vanskelig livssituasjon.

Ingen kan forbedre situasjonen på rusfeltet alene. For å nå målene må vi arbeide sammen. Regjeringen vil bidra til at kommuner, regionale helseforetak, fylkesmenn, frivillige organisasjoner og andre aktører skal ha et best mulig grunnlag for å lykkes med tiltak og satsinger.

Rusmiddelpolitikken handler om å gjøre politiske valg og prioriteringer. Regjeringens rusmiddelpolitikk skal bygges på solidaritet med dem som rammes av rusmidlenes negative konsekvenser.

Når et menneske sliter med rusmiddelproblemer rammes også barn, søsken, foreldre og andre pårørende av sosiale og helsemessige skader som bruk av rusmidler fører med seg. Rusmiddelpolitikken handler om å gi bedre hjelp, at fellesskapet stiller opp, og ikke minst om å bruke ressursene til pårørende. De som blir berørt direkte eller indi-

rette, skal i større grad trekkes med i utforming av politikk og tiltak.

Det å forebygge at rusmiddelproblemer oppstår er det beste for individ og for samfunn. Det trengs både bred innsats rettet mot hele befolkningen og smale tiltak for de gruppene som vi vet er i faresonen. Særlig må vi bygge rusfrie arenaer for barn og unge, for å forebygge rusmiddelproblemer som kan følge dem resten av livet. Vi vet at årsakene til at noen får rusmiddelproblemer er kompliserte og sammensatte. Både i forebygging, behandling og rehabilitering vil vi bruke og utvikle den kunnskapen vi har om sammenhenger, for eksempel mellom rus og psykiske lidelser.

Hjelpen må komme så tidlig som mulig. Det er liten mening i at motiverte rusmiddelavhengige står lenge i kø for å få behandling. Regjeringen er opptatt av å tilby hjelp på et tidligere tidspunkt enn i dag. Mange av de tyngste brukerne har et atypisk levesett preget av stress, kaos og jakten på ny rus i uoverensstemmelse med en «ni til fire»-hverdag. Behandlingsapparatet og rehabiliteringstilbudet for denne gruppen må være så fleksibelt at brukerne kan følges opp og hjelpes der de er og når de er der. Både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten trenger vi flere lavterskeltilbud. Vi trenger «flere folk med støvla på», det vil si mer oppsøkende og ambulerende virksomhet og flere tilbud utenom normal arbeidstid som kan møte brukerne der de er med motivasjon og oppfølging.

I alkoholpolitikken står bransjehensyn ofte mot hensynet til folkehelsen. Bransjeinteresser vinner i mange tilfeller fram på bekostning av folkehelsen. Det som er lønnsomt for enkeltvirksomheter er ikke nødvendigvis det beste for samfunnet. Vi vil arbeide for at balansen mellom folkehelsehensyn og bransjehensyn på globalt, nasjonalt og lokalt nivå forskyves til fordel for folkehelsen. Det må sikres at internasjonale handelsavtaler legger tilstrekkelig vekt på folkehelse, og at bransjeinteresser ikke blir utslagsgivende i kommunenes bevilningspolitikk. Selv om alkohol er en lovlig vare som flertallet av den voksne befolkningen bruker kontrollert, er det viktig å holde fast ved at alkohol ikke er en ordinær handelsvare:

Det er både i Norge og i våre naboland gjort ulike forsøk på å anslå de samfunnsmessige kostnader knyttet til skadelig bruk av alkohol. Det er

knyttet mange usikkerhetsfaktorer til slike tall, og det arbeides med å forbedre slike anslag. Det er likevel utvilsomt at det handler om store samfunnsmessige omkostninger, både i form av tapt arbeidsinnsats og behandlings- og omsorgsomkostninger. Både i et folkehelseperspektiv og i et samfunnsøkonomisk perspektiv er det klart at satsing på forebygging er formålstjenlig. Det er grunn til å tro at tiltak som kan redusere omfanget av alkoholskader i befolkningen er positivt for næringslivet generelt og for verdiskapningen. Sammenstillinger som er gjort av internasjonal litteratur om effekter av ulike forebyggingstiltak viser at reguleringer og avgifter er både de mest effektive tiltakene, samtidig som de også klart er de minst kostnadskrevene. En rapport bestilt av EU-kommisjonen viser til virkemidlene i norsk alkoholpolitikk som de mest effektive. Vi skal bygge videre på denne politikken.

I narkotikapolitikken er det mange vanskelige avveininger mellom juridiske og sosialpolitiske hensyn. Narkotika er og skal være forbudt. Likevel er det vår plikt å ta vare på de som er rusmiddelavhengige. Alle har rett til et verdig liv og til å møtes med respekt av samfunn og behandlingsapparat. Arbeidet med legemiddelassistert rehabilitering viser dilemmaet. Der behandles mennesker med sterke, vanedannende medikamenter. Det er ønskelig at flest mulig greier seg uten vanedannende medikamenter. For mange opiatavhengige vil likevel dette være det beste alternativet. Bruk av slike legemidler må derfor gis etter en helhetlig og grundig vurdering av den enkeltes tilstand. Vi har et tungt ansvar for å gi god psykososial rehabilitering til alle i legemiddelassistert rehabilitering.

Individuelt tilpassede behandlings- og rehabiliteringstilbud skal være tilgjengelige for alle som ønsker det. Tjenestene skal være helhetlige, sammenhengende og preget av respekt og solidaritet. Det stiller krav til oss, både som enkeltmennesker og som samfunn. Målet må være å ta vare på alle, men det er særlig viktig å ta vare på de unge som er i en rehabiliteringsprosess. Aksept og inkludering fra omverdenen er ofte helt avgjørende for om de lykkes. Stigmatisering av mennesker med rusmiddelproblemer og deres nærmeste kan ikke aksepteres. Vårt samfunn må være robust nok til å ha rom for alle.

Vi må akseptere at rusmiddelavhengige kan få tilbakefall og tar irrasjonelle valg. Tilbakefall kan gi viktig lærdom og må ikke bare betraktes som et tilbakeskritt i rehabiliteringsprosessen.

Rusmiddelavhengige skal gis mulighet til arbeid, sosial inkludering og til reintegrering i nærmiljøet. Alle skal kunne bo trygt og godt. Bolig skal ikke være noe man må kvalifisere seg til gjen-

nom behandling. Mange rusmiddelavhengige har psykiske problemer og lever under uverdige forhold og i fattigdom. Tiltak for å begrense forbruket av rusmidler bidrar til å redusere fattigdom og sosiale forskjeller i helse. Arbeidet på rusfeltet må ses i sammenheng med regjeringens innsats for å styrke inkluderingen i arbeidslivet, tiltak mot fattigdom, sosiale helseforskjeller, opptrappingsplan for psykisk helse, strategi for habilitering og rehabilitering og strategien På vei til egen bolig.

Vi skal bygge videre på samarbeidet med de frivillige organisasjonene. De gjør et svært viktig arbeid for å forebygge rusmiddelproblemer og for å hjelpe rusmiddelavhengige. De er viktige samarbeidspartnere både for kommunene og spesialisthelsetjenesten, og for regjeringens arbeid med å utvikle rusmiddelpolitikken.

Rusfeltet skal gis et faglig løft. Det skal arbeides for bedre kvalitet på hele feltet. Forskning og forskningsformidling, kunnskapsutvikling og kompetanseheving skal danne plattform for satsingen. Folkehelseperspektivet skal ligge til grunn for forebyggingarbeidet. Det er ingen tiltak som fungerer for alle. Både forebygging og tjenesteutvikling skal legge større vekt på lokal tilpassing, sosiale forskjeller, kjønnsperspektiv og etnisk bakgrunn.

Det brukes betydelige ressurser på rusfeltet, men ressurser alene er ikke nok for å nå målet. Det er viktig at midlene benyttes på en kvalitativt god måte. Et velfungerende lokaldemokrati er avgjørende for å sikre gode velferdstilbud.

Spilleavhengighet og doping er beslektet med rusmiddelproblematikk. Planen redegjør ikke for innsatsen på disse områdene, men problemstillingene ses i sammenheng der det er naturlig.

Planen, som vil løpe fram til og med 2010, er blitt til i samarbeid mellom berørte departementer, og det er kommet viktige innspill fra Sosial- og helsedirektoratet. Videre har landets fremste forskere på feltet, kommuner, regionale helseforetak, frivillige organisasjoner og andre aktører deltatt. Til sammen er det kommet mange verdifulle innspill som er med å prege planen.

### Mål og utfordringer

Regjeringens politikk på rusfeltet har som overordnet mål å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og for samfunnet.

Det overordnede målet deles opp i fem hovedmål:

- Mål 1: Tydelig folkehelseperspektiv
- Mål 2: Bedre kvalitet og økt kompetanse
- Mål 3: Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering

- Mål 4: Forpliktende samhandling
- Mål 5: Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende

Det satses betydelig på rusforebygging og -behandling i Norge, og det gjøres svært mye godt arbeid både i kommuner, i spesialisthelsetjenesten, i private virksomheter og i frivillige organisasjoner. På enkelte områder både innen forebygging, behandling og rehabilitering er det særskilte utfordringer.

Selv om tiltak som er rettet mot spesielt utsatte grupper også er viktige, må folkehelseperspektivet være utgangspunktet for rusmiddelpolitikken. For å nå målet om å redusere de negative helsemessige og sosiale konsekvensene av rusmiddelbruk må vi ha en tilnærming som er rettet mot befolkningen som helhet.

For personer som allerede har utviklet rusmiddelproblemer skal tjenestene i stat og kommune være innrettet slik at de er tilpasset den enkelte brukers behov. Tilbud i det ordinære tjenesteapparatet er bedre enn særtiltak, ikke minst fordi personer med rusmiddelproblemer ofte har sammensatte problemer. Rusreformen var en viktig systemreform for rusfeltet. Med den overtok staten ved de regionale helseforetakene ansvaret for behandlingstilbudet for personer med rusmiddelproblemer. Tiltakene i denne planen handler mye om å gi reformen et innhold som fungerer på en god måte for brukerne. Til det trengs det en opprustning av kapasiteten i kommuner og spesialisthelsetjeneste og av kvaliteten på det samlede arbeidet på feltet.

For en nærmere gjennomgang av status på rusmiddelområdet vises til Helse- og omsorgsdepartementets statusrapport om rusmiddelsituasjonen i Norge (oktober 2006) og til Sosial- og helsedirektoratets rapport Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren (2007).

De fem hovedmålene i opptrappingsplanen tar utgangspunkt i hovedutfordringene på rusområdet:

- *Tydelig folkehelseperspektiv:* Vi må forebygge mer og bedre. Det gjelder både alkohol- og narkotikafeltet. Vi skal beholde en virkningsfull, befolkningsrettet alkoholpolitikk samtidig som vi må målrette forebyggingen slik at den er tilpasset kjønn, etnisk bakgrunn og spesielt utsatte grupper. Norge skal være aktiv deltaker, samarbeidspartner og pådriver i internasjonale prosesser både på alkohol- og narkotikafeltet. Tiltak for å møte utfordringene på folkehelseområdet er omtalt under mål 1.
- *Bedre kvalitet og økt kompetanse:* Vi må heve kompetansen og kvaliteten på rusfeltet. Det er behov for å styrke rusmiddelforskning og

undervisning, og for å sikre at kunnskap blir gjort kjent og tatt i bruk. De som jobber i rusfeltet må få bedre kompetanse, vi må rekruttere flere og arbeide systematisk for bedre kvalitet i tjenestene. Vi trenger bedre dokumentasjon og kvalitetssikret statistikk. Tiltak for å møte disse utfordringene er omtalt under mål 2.

- *Mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering:* Vi må tilby hjelp så tidlig som mulig og sørge for at tjenestene er tilgjengelige når det er behov for dem. Det er derfor behov for å øke antall behandlingsplasser på alle nivåer. Alle rusmiddelavhengige skal møtes med et utgangspunkt om at de har behov for akutt hjelp. Rusmiddelavhengige må sikres tilgang til raskere hjelp på alle nivåer. Målet må være at de som ønsker det får tilbud om hjelp uten unødig opphold. De som er kommet i gang med behandling, gjennom for eksempel avrusning, må sikres videre oppfølging med en gang. Oppfølging, rehabilitering og inkludering skal integreres i den enkeltes behandlingssopplegg. Tiltak for å møte disse utfordringene er omtalt under mål 3.
- *Forpliktende samhandling:* Vi må få til mer og bedre samhandling på hele rusfeltet, både på individnivå og på systemnivå. Særlig er det behov for at instanser som arbeider med barn og ungdom får bedre systemer for samordning. Tiltak for å møte disse utfordringene er omtalt under mål 4.
- *Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende:* Vi må sikre at brukere får innflytelse over eget tjenestetilbud og at barn og pårørende blir bedre ivaretatt. Særlig viktig er bedre oppfølging og hjelp til barn og søsken av personer med rusmiddelproblemer. Vi må sikre at brukererfaringer nyttes systematisk i kvalitetsarbeidet, og at brukere i større grad får anledning til å påvirke organiseringen av tjenestene og politikktutformingene på feltet. Tiltak for å møte disse utfordringene er omtalt under mål 5.

For å nå målene i opptrappingsplanen skal vi blant annet:

- Styrke kommunens oppfølgingsarbeid, opprette flere behandlingsplasser innen tverrfaglig spesialisert behandling og korte ned ventetidene på behandling
- Sikre at alle får individuell plan
- Gjennomføre forsøk med koordinerende «tillitspersoner» for rusmiddelavhengige
- Etablere rusrådgivere hos fylkesmennene
- Heve kvaliteten på tjenestene ved å innføre kvalitetsindikatorer, kartleggingsverktøy, veiledere og faglige retningslinjer

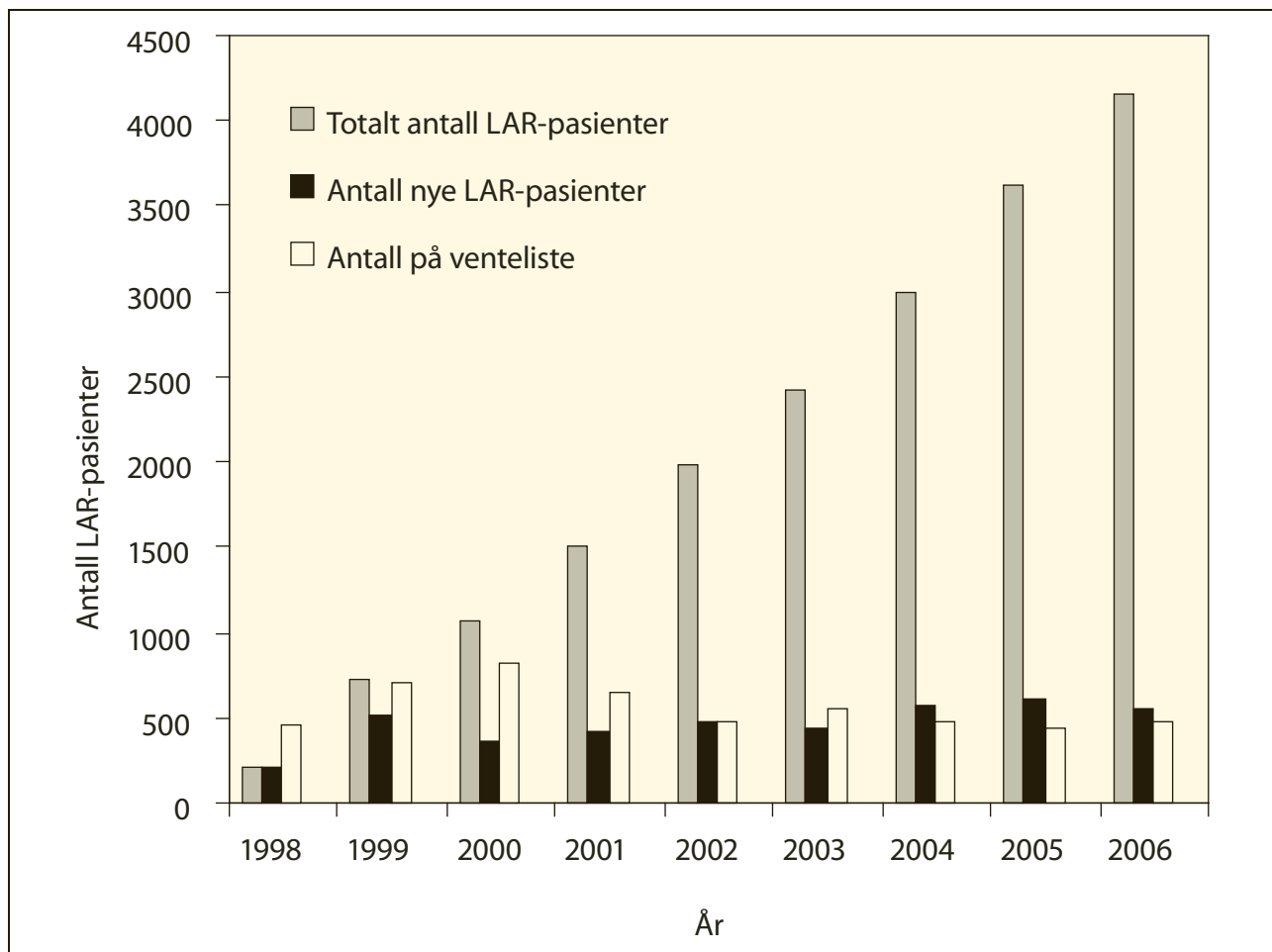
- Innføre ventetidsgaranti for barn og unge rusmiddelavhengige under 23 år
- Utarbeide veiledere til tjenestene om barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige
- Heve kunnskapen om barn som trenger hjelp, utarbeide en strategi for tidlig intervensjon og styrke det regionale barnevernet
- Talfeste udekket behov i kommunene og i spesialisthelsetjenesten
- Dele ut ungdommens forebyggingspris

#### Særlig om behovet for kapasitetsøkning i tiltaksapparatet

Evalueringen av rusreformen viste at det har vært en betydelig økning i antall henvisninger og at det etter rusreformen er opprettet mange nye behandlingssplasser for rusmiddelavhengige. Helseforetakene har økt budsjettene til tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere med 60 pst. i peri-

oden 2004 til 2006. Dette innebærer en økning fra 1,3 mrd. til 2,1 mrd. kroner – altså en økning på 0,8 mrd. kroner. Både i 2005 og i 2006 var den prosentvise veksten i ressursbruk større for rusbehandling enn for somatikk og psykisk helsevern. (2005: Prosentvis vekst for rusfeltet 7,7 pst., for psykisk helsevern 6,6 pst. og for somatikk 2,8 pst. 2006: Prosentvis vekst for rusfeltet 7,8 pst., for psykisk helsevern 3,0 pst. og for somatikk 5,1 pst. Dette i følge Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten.)

Helse- og omsorgsdepartementet foretok i begynnelsen av 2007 en kartlegging av den totale kapasiteten på døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert behandling. Kartleggingen viste at antall plasser har økt med 380 døgnplasser – eller 25 pst. – på tre år. Evalueringen viser også at antall helse- og sosialfaglige årsverk innen tverrfaglig spesialisert behandling har økt med om lag 10 pst. Samtidig vet vi at tilbudet ikke er tilstrekkelig og at mange ikke får de tjenestene de har behov for.



Figur 8.1 Antall pasienter i legemiddelassistert rehabilitering, antall nye hvert år og antall på venteliste 1998–2006.

Kilde: Klinik for Rus og avhengighet ved Aker Universitetssykehus HF

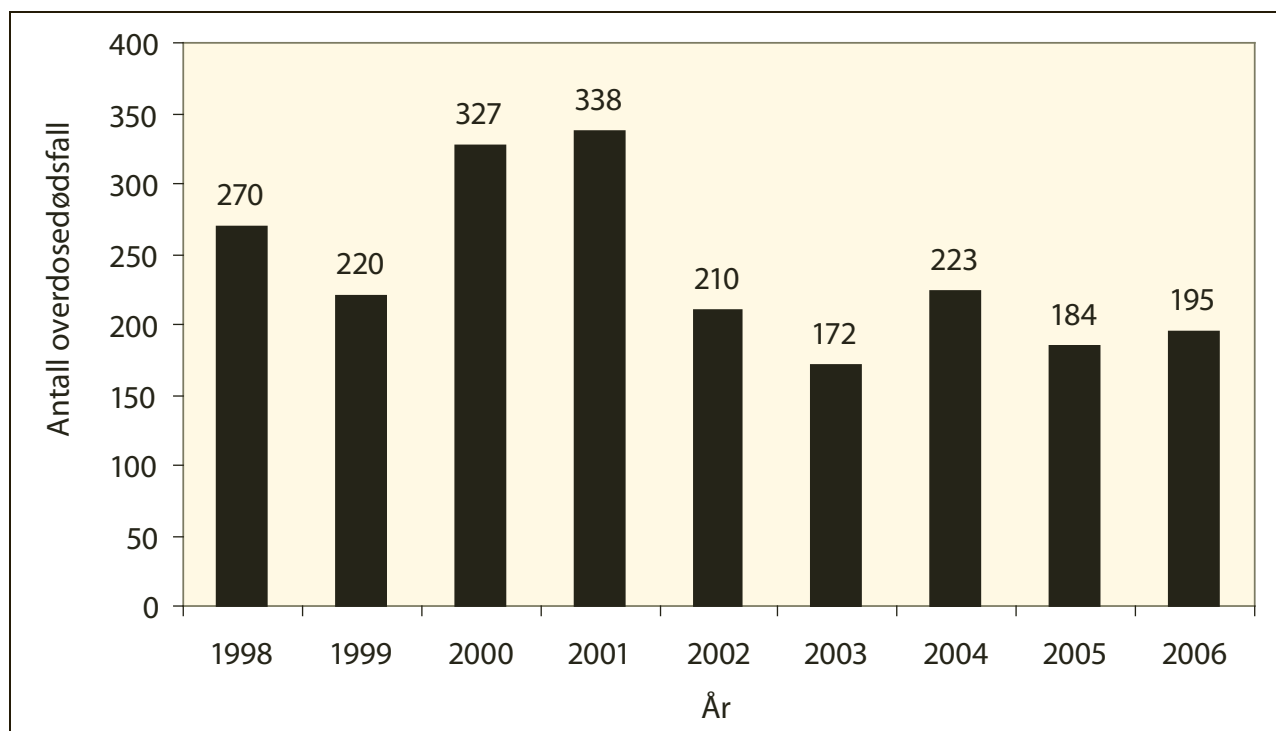


Per 30. april 2007 sto 439 personer på venteliste for legemiddelassistert rehabilitering. Tall fra Norsk pasientregister viser at det ved utgangen av april 2007 stod 3655 personer på venteliste til øvrig rusbehandling. Gjennomsnittlig ventetid var 70 dager. Det er registrert en økning i antallet personer som blir behandlet for alkoholforgiftning ved norske sykehus. Tall fra Norsk pasientregister viser også en økning i antall innleggelser for alkoholisk leversykdom. Behovet for alternativ soning i behandlings- eller omsorgsinstitusjon øker også. Det er antatt at om lag 60 pst. av innsatte har et rusmiddelproblem (Fafø 2004).

Det har også vært en økning i årsverk og ressurser i kommunene på rusfeltet. Men også behovet for kommunale tjenester øker. Det er store variasjoner mellom kommunene i ressurser og tjenestetilbud. Helsetilsynet påpeker at en økende andel rusmiddelavhengige har omfattende og sammensatte problemer, og at ikke alle mottar nødvendige og forsvarlige tjenester. Statistisk sentralbyrå anslår at det er vel 122 000 mottakere av økonomisk sosialhjelp, og et forsiktig anslag anslår at ca. 40 pst. av dem, dvs. om lag 50 000 personer, har rusmiddelproblemer og en opphopning av levekårsproblemer (Sintef Unimed 2004). I en undersøkelse fra Fafø om landets vel 5300 bostedsløse, blir det anslått at 60 pst. har et rusmiddelproblem. Det er nødvendig med bedre oppfølging i kommunene, ikke minst etter institusjons- og fengselsopphold,

og bedre bolig- og aktivitetstilbud. Vi vet også at bruken av individuell plan, som er lovpålagt, er for lav. Det er også et økende behov for omsorgstjenester i kommunene. Det vil framover være et stort behov for gi bedre oppfølging til personer med rusmiddelproblemer i det nye kvalifiseringsprogrammet i NAV. I følge evalueringen av legemiddelassistert rehabilitering, er oppfølgingen av brukere i legemiddelassistert rehabilitering mer strukturert enn oppfølgingen av andre personer med rusmiddelproblemer. På den annen side er det lang ventetid i mange kommuner på å få startet arbeidet med å søke om legemiddelassistert rehabilitering, slik at den totale ventetiden oppleves som lengre enn registrert ventetid i spesialisthelsetjenesten.

Vi har også tall for andre indikatorer som er nyttige når behandlings- og rehabiliteringsbehovet skal beregnes. Nye tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning tyder på at antallet sprøytemisbrukere i Norge økte fram til 2001, hvorefter det falt inntil 2003 og deretter flatet ut. For 2005 kan det antas at det var mellom 8200 til 12 500 sprøytemisbrukere i Norge, en nedgang fra anslaget som sist ble gjort i 2002. Selv om antall overdosedødsfall har sunket kraftig fra 2001 til 2006 (338 til 195), er tallet fortsatt for høyt. Statens institutt for rusmiddelforskning anslår videre at det finnes mellom 66 000 og 122 000 personer som har et stort alkoholkonsum (2005).



Figur 8.2 Årlige registrerte narkotikarelaterte dødsfall 1998–2006.

Kilde: KRIPOS

Mange instanser, blant annet Statens institutt for rusmiddelforskning, Statistisk sentralbyrå, kommune–stat-rapporteringen og Norsk pasientregister, bidrar til å gi informasjon om kapasitetsbehovet i rusfeltet. Statistisk sentralbyrå og Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å utvikle bedre rusindikatorer i kommunal statistikk. Videre medfører endringer i lovgrunnlaget for Norsk pasientregister og nye ventelistedata for spesialisert tverrfaglig behandling at vi nå og i nærmeste framtid kan si mer om behovene enn vi har kunnet si tidligere.

Vi vet altså nok til å kunne sette i gang tiltak med sikte på å øke kapasiteten. Samtidig er det klart at vi har for dårlig kunnskap om det faktiske behovet. Derfor vil vi, samtidig som vi arbeider for å øke kapasiteten, sette i gang arbeid for en nærmere kartlegging av behov på rusfeltet – både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

### Mål 1: Tydelig folkehelseperspektiv

Regjeringen skal føre en alkoholpolitikk som reduserer de negative konsekvensene for enkeltmennesket og for samfunnet. Det er klare sammenhenger mellom pris, tilgjengelighet, totalforbruk, helserisiko og skadeomfang. Alkoholpolitikken må være rettet mot befolkningen som helhet og begrense tilgjengeligheten til alkohol. Forbudene mot omsetning, oppbevaring og bruk av narkotika skal opprettholdes og innsatsen målrettes for å hindre produksjon, innførsel og omsetning. Samtidig skal vi satse mer på tiltak mot illegal innførsel og bruk av legemidler. Informasjon om skadevirkningene av rusmidler skal målrettes bedre og engasjere ungdom og foreldre på en aktiv måte. Vi skal lytte mer til hva ungdommene selv mener og det skal deles ut en pris til beste forebyggingskommune. Også voksne med et skadelig alkoholforbruk skal få hjelp tidligere. Her spiller fastleger og bedriftsleger en sentral rolle. Sist men ikke minst skal Norge være pådriver for å sikre at alkohol settes høyt på dagsorden i internasjonale organer og at et forpliktende og langsiktig narkotikasamarbeid prioriteres.

### Behovet i et folkehelseperspektiv

Omfanget av negative sosiale og helsemessige konsekvenser, herunder sykdom og ulykker, øker når forbruket av rusmidler øker. Derfor er det behov for å redusere befolkningens samlede forbruk av alkohol og å bidra til at færre bruker narkotika.

Alkoholforbruket i Norge øker. Legeforeningen peker i rapporten På helsa løs – når rusbruk

blir misbruk og misbruk blir avhengighet (2006) på at det er viktig å ha et forebyggende perspektiv og et folkehelseperspektiv der oppmerksomheten rettes mot alkohol. Helsetilsynet gjentar dette i sin rapport fra 2007 om oppfølgingstilbudet etter alkoholforgiftning. Fundamentet for innsatsen for å redusere forbruket er befolkningsrettede strategier knyttet til pris og tilgjengelighet. Forskning viser at slike såkalte regulatoriske virkemidler har god effekt. Disse virkemidlene er under press, og det er nødvendig å arbeide aktivt for å opprettholde dem. Det er behov for å sikre kunnskap om og legitimitet for de regulatoriske virkemidlene i befolkningen. Ikke minst er det behov for å synliggjøre hvilke sosiale kostnader rusmidler fører med seg, og hvilke gevinster som kan oppnås ved redusert forbruk. For å redusere etterspørselen etter behandlings- og rehabiliteringstiltak, er det viktig å forhindre at forbruket øker. Flere ungdomsundersøkelser viser en betydelig økning i alkoholkonsum blant jenter, mens guttenes forbruk har gått noe ned de siste årene. Gode og trygge oppvekstmiljø er i seg selv forebyggende. Det handler derfor om å bygge slike nærmiljø. Det er behov for å styrke forebyggingsinnsatsen.

Også legemidler, som i utgangspunktet er lovlige produkter, misbrukes. Feil bruk av legemidler kan være svært avhengighetsskapende, og i kombinasjon med alkohol eller narkotika øker helserisikoen. Det er derfor viktig å redusere omfanget av illegal omsetning og feil bruk av legemidler.

En studie publisert i Tidsskrift for Ungdomsforskning (2006) viser at ungdom i urovekkende liten grad er kjent med hvilke skadevirkninger rusmidler, ikke minst alkohol, kan føre med seg. Behovet for faktainformasjon er stort.

Et lite antall marginalisert ungdom med innvandrerbakgrunn baserer sin inntekt på salg av narkotika, særlig cannabis, jf. publikasjonen Gatekapital fra 2006. Årsakene er sammensatte og kompliserte. Det er et urovekkende forbruk av khat i enkelte innvandremiljø, og dette er en medvirkende årsak til svak sosial inkludering. Det er behov for tiltak på tvers av flere velferdsområder for å møte denne utviklingen.

Det er bred enighet om at selve arbeidsplassen skal være rusfri. Samtidig tyder forskning og statistikk på at alkoholkonsum i arbeidslivets gråsoner øker. Det er behov for mer kunnskap om og fokus på bruk av alkohol i tilknytning til arbeidslivet.

Utviklingen i Norge, i andre land og i internasjonale organer påvirker Norges mulighet til å gjennomføre befolkningsrettede folkehelsestrategier på rusfeltet. Det er derfor behov for et omfattende internasjonalt samarbeid om ulike tiltak, både når det gjelder alkohol og narkotika, og

innenfor områdene tilgjengelighetsreduksjon, overvåking, erfaringsutveksling, forskning og polityutforming.

#### Delmål 1.1 Redusere totalforbruket av alkohol

*Vårt mål om å redusere totalforbruket av alkohol er ambisiøst. Alkoholpolitikken er under press, både fra internasjonale organer og næringsinteresser. Vi vil styrke oppslutningen om den helhetlige alkoholpolitikken vi har i Norge.*

Vi har god kunnskap om hvilke virkemidler som er mest effektive for å redusere totalforbruket av alkohol. Det er klare sammenhenger mellom pris, tilgjengelighet, totalkonsum, helserisiko og skadeomfang. Lavere pris og økt tilgjengelighet øker totalforbruket og flere alkoholrelaterte skader oppstår. Det at virkemidlene samvirker og forsterker hverandre, gjør den norske alkoholpolitikken særlig effektiv. Helheten i alkoholpolitikken skal opprettholdes, og de regulatoriske virkemidlene skal videreføres.

Alkohol eller andre rusmidler er ofte en medvirkende årsak til alvorlige trafikkulykker og ulykker til vanns. Henvendelser til akuttmottak gjelder ofte skader som er påført i beruset tilstand. Slike skader og ulykker er ofte ikke knyttet til avhengighet. Bl.a. derfor skal det fortsatt legges vekt på befolkningsrettede virkemidler, ikke bare tiltak rettet mot dem som har eller står i fare for å utvikle et avhengighetsproblem. Rusmiddelproblemer rammer forskjellige lag av befolkningen i ulik grad og tiltak for å begrense forbruket av rusmidler er viktig for å bedre sosiale levekår og utjevne sosiale helseforskjeller.

De viktigste virkemidlene i alkoholpolitikken er bevillingssystemet, vinmonopolordningen, begrensede salgs- og skjenketider, bestemte påbud og forbud, inkludert reklameforbudet, lovbestemte aldersgrenser, og den restriktive avgiftspolitikken. Disse virkemidlene skal opprettholdes.

Håndhevingen av alkoholloven skal sikres, og bruken av dens virkemidler skal monitoreres. Om nødvendig skal justeringer foretas. Endringer i kriteriene for etablering av vinmonopolutsalg må ses i denne sammenheng. Tilsvarende gjelder for avgiftspolitikken. Det skal opprettholdes en restriktiv avgiftspolitik. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer, i samarbeid med Justisdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet, aktuelle tiltak for å effektivisere kontrollen med skjenkebevillinger, herunder muligheten for raskere og strengere reaksjoner ved skjenking til mindreårige og overskjenking. I flere undersøkelser har Statens institutt for rusmiddelforskning avdekket omfattende brudd på alkoholloven hos bevil-

lingshavere og mangelfull kommunal kontroll med næringen. Sosial- og helsedirektoratet skal derfor videreføre informasjonsarbeidet overfor kommunene og bidra til å styrke kvaliteten på kommunenes kontrollvirksomhet.

Det er bred enighet i store deler av befolkningen om at enkelte soner i livet og samfunnet bør være rusfrie. Dette gjelder blant annet trafikken, idretten, båt- og badeliv, graviditet, arbeidsliv og samvær med barn. Samtidig utfordres enkelte av sonene, blant annet når de kommer i konflikt med næringsinteresser. Arbeidet med å sikre alkoholfrie soner skal videreføres.

Politiets innsats for å hindre smugling og illegal distribusjon og omsetning av alkohol skal målrettes.

Tiltak:

- Styrke oppslutningen om alkoholpolitikken (Sosial- og helsedirektoratet)
- Føre en restriktiv avgiftspolitik (Finansdepartementet)
- Videreutvikle AS Vinmonopolet (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Effektivisere kontrollen med utøving av skjenkebevillinger og se på muligheten for raskere og strengere reaksjoner ved skjenking til mindreårige og overskjenking (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Bidra til å styrke kvaliteten på kommunenes kontroll med salgs- og skjenkebevillinger (Sosial- og helsedirektoratet)
- Styrke oppslutningen om alkoholfrie soner (Sosial- og helsedirektoratet)
- Målrette politiets innsats for å hindre smugling og illegal distribusjon og omsetning av alkohol (Justis- og politidepartementet)

#### Delmål 1.2 Styrke arbeidet mot illegale rusmidler

*For å styrke arbeidet mot illegale rusmidler og illegal bruk av legemidler skal regjeringen øke innsatsen, både internasjonalt for å begrense tilgjengeligheten til narkotika og nasjonalt for at færre skal begynne å bruke illegale rusmidler.*

Flere departementer har ansvar for arbeidet mot illegale rusmidler. For å sikre god samordning mellom og vektlegging av de ulike tiltakene skal vi gjennomgå og vurdere alle tiltak som bidrar til at det dyrkes, produseres, innføres, omsettes og brukes mindre narkotika. En arbeidsgruppe skal se på hvilke tiltak som med størst sannsynlighet begrenser tilgjengeligheten til og bruken av narkotika.

Det er grunn til å anta at enkelte grupper barn og unge med innvandrerbakgrunn har en spesiell risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Et prosjekt rettet spesielt mot ungdom med innvandrer-

bakgrunn som selger narkotika, særlig cannabis, i Oslo har gitt oss noen erfaringer. Dette prosjektet skal følges opp. Vi må få mer kunnskap om det er behov for særskilte tiltak for å nå disse gruppene.

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) gjennomførte i 2006 en undersøkelse om misbruk av khat i Norge. Khatproblematikk skal ses i sammenheng med arbeid, utdanning og samarbeid mellom det offentlige og aktuelle innvandrersorganisasjoner. Khat er forbudt i Norge. Vi vil vurdere om det skal innføres strengere kontroll med den illegale innførselen og bruken av khat og hvorvidt vi kan få khat på den internasjonale narkotikalistens.

Forskning peker på at det skjer endringer i rusmønsteret. Det er grunn til å frykte at forbruk av sentralstimulerende midler vil øke i årene framover. Amfetamin er eksempel på et rusmiddel som medfører store psykiske og somatiske helseproblemer. Internasjonal og norsk dokumentasjon viser at bruken av sentralstimulerende midler (amfetamin, metamfetamin og kokain) øker blant yngre brukere. Det er behov for mer systematisk kunnskap om endring i bruksmønsteret og om effektive tiltak innen forebygging og behandling. Sosial- og helsedirektoratet skal arrangere et rådslag for å diskutere situasjonen og innhente råd om effektive tiltak for å møte utfordringene.

Hjelpeapparat og politi- og tollmyndigheter rapporterer om omfattende illegal bruk av legemidler. En betydelig andel av de som misbruker illegale rusmidler, misbruker også vanedannende legemidler. Dette gjelder både legemidler som er smuglet inn i landet og legemidler forskrevet av leger. Kontrollen med illegal innførsel skal intensiveres gjennom mer målrettet politi- og tollinnsats. Omfanget av legemidler som omsettes og brukes illegalt skal kartlegges. For å øke bevisstheten om forskrivning skal et informasjonsopplegg rettet mot legene utarbeides. Vi skal også se på behovet for retningslinjer for hvilke spesifikke medisinske tilstander som bør behandles med B-preparater. Forskriving av B-preparater bør i størst mulig grad foretas av fastlegen, og vi skal se på muligheten for å etablere en meldeordning til fastlegen dersom andre leger skriver ut B-preparater. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer tiltak for å begrense uheldige sider ved privat import av legemidler. Ved forsendelse av legemidler fra andre EØS-land vurderes blant annet å innføre 18-års aldersgrense, styrke informasjon om uheldige konsekvenser og hjemmel til å forby import av bestemte legemidler, for eksempel antibiotika.

Kjøring i påvirket tilstand er en alvorlig trussel mot trafikksikkerheten. Rusmidler er en medvirkende årsak til svært mange alvorlige trafikkkulyk-

ker. Norge har gode tiltak og gode resultater på dette området. Arbeidet skal videreføres. Sjåførers bruk av andre rusmidler enn alkohol øker og gir grunn til bekymring. En arbeidsgruppe la høsten 2005 fram en rapport med forslag til tiltak. Forslagene omfatter blant annet bedre og mer målrettet informasjon og økt satsing på trafikkkontroller til de tider og der hvor ruspåvirket kjøring ofte forekommer. Flere av forslagene følges opp, blant annet har en arbeidsgruppe startet utredninger med sikte på å innføre nullgrense for illegal narkotika i vegtrafikkloven, samt faste påvirkningsgrenser for narkotikaklassifiserte legemidler og ordinære legemidler, tilsvarende de man har for alkohol.

#### Tiltak:

- Sette ned en arbeidsgruppe for å gjennomgå tiltak som skal redusere dyrking, produksjon, innføring, omsetting og bruk av narkotika (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Målrette politi- og tollinnsatsen for å hindre produksjon, innførsel og omsetning av narkotika (Justis- og politidepartementet/Finansdepartementet)
- Styrke kunnskapsgrunnlaget og sette i gang tiltak for ungdom med innvandrerbakgrunn som selger narkotika, samt sette inn tiltak knyttet til bruk av khat (Sosial- og helsedirektoratet)
- Øke innsatsen mot bruk av sentralstimulerende midler som amfetamin og kokain, og systematisere kunnskap og utvikle nye tiltak og behandlingsformer (Sosial- og helsedirektoratet)
- Intensivere kontrollen med illegal innførsel av legemidler (Finansdepartementet)
- Utarbeide oversikt over legemidler som omsettes og brukes illegalt (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utarbeide informasjonsopplegg rettet mot legene, retningslinjer for hvilke tilstander som bør behandles med B-preparater og se på en meldeordning til fastlegen (Sosial- og helsedirektoratet)
- Innføre begrensninger for privat import av legemidler (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Utarbeide tiltak mot kjøring under påvirkning av andre rusmidler enn alkohol (Samferdselsdepartementet)

#### Delmål 1.3 Styrke informasjonsarbeidet

*Regjeringen vil satse på mer målrettet informasjon og større medvirkning fra ungdom og foreldre. Kunnskap må bygges og holdninger må endres for å redusere skadevirkningene.*

Sosial- og helsedirektoratet driver et aktivt informasjonsarbeid om skadevirkningene av alkohol. Arbeidet skal heve kunnskapsnivået i befolk-

ningen og skape bevissthet om sammenhengen mellom debutalder for alkohol og konsum i voksen alder. Målgruppen er i første rekke ungdom og foreldre som skal ha en mer aktiv rolle som medspillere og formidlere i lokalt forebyggingsarbeid. Informasjonsarbeidet skal bidra til å bygge gode og trygge nærmiljø. Informasjon må tilpasses den delen av befolkningen den er rettet mot. Kjønnsperspektiv og hensyn til ulik etnisk bakgrunn skal ivaretas, for eksempel må det tas hensyn til at personer med innvandrerbakgrunn kan ha behov for oversettelse eller bruk av tolk. Det skal være samsvarende mellom informasjon som rettes mot foreldre og den som rettes mot barn og unge. Alkohol skal settes på dagsorden på foreldremøter. Både barne- og ungdomsskolen og den videregående skolen er relevante aktører. Arbeidet skal skje i samarbeid med kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, lokale og frivillige forebyggingsaktører og foreldreutvalget for grunnskolen. Informasjonsarbeid i skolen skal bygge på kunnskap om virkningsfull forebygging.

Informasjonstiltak kan ikke ses isolert, men må være integrert i lokalt forebyggingsarbeid. For å stimulere til økt engasjement og bevisstgjøring, må barn og unge involveres i utforming og gjennomføring av rusforebygging. For å oppnå dette skal ungdommens forebyggingspris deles ut hvert år i planperioden. Prisen skal gå til den kommunen som på best måte involverer barn og unge i det helsefremmende rusforebyggende arbeidet. Juryen skal bestå av representanter for barn og unge.

Informasjonsarbeid og andre tiltak for å forebygge rusmiddelproblemer må være under stadig utvikling. Det skal arrangeres en idédugnad for frivillige aktører på rusfeltet for å finne fram til gode forebyggingstiltak.

Hvert år fødes barn med alvorlige skader som skyldes bruk av alkohol under svangerskapet. For å redusere slike skader skal helsestasjoner, fastleger og annet helsepersonell gi råd om avholdenhet under svangerskapet. Sosial- og helsedirektoratet skal utvikle og implementere screeningmetoder for å avdekke alkoholbruk i svangerskapet. I tillegg skal det gjennomføres en informasjonskampanje om farene ved bruk av alkohol under graviditet.

EUs alkoholstrategi og oppfølgingen av den har aktualisert spørsmålet om advarselmerking på alkoholholdig drikk. Frankrike innfører nå helseadvarsler, og flere land kommer etter. På denne bakgrunn skal det vurderes om advarselmerking kan være et aktuelt virkemiddel også i Norge.

Tiltak:

- Styrke informasjonsarbeidet rettet mot ungdom og deres foreldre (Sosial- og helsedirektoratet)

- Dele ut ungdommens forebyggingspris til den kommunen som på best måte involverer barn og unge i rusforebygging (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Arrangere idédugnad om god forebygging for frivillige aktører på rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Ta i bruk screeningmetoder for å oppdage alkoholbruk tidlig i svangerskapet (Sosial- og helsedirektoratet)
- Gjennomføre informasjonskampanje om farene ved bruk av alkohol under graviditet (Sosial- og helsedirektoratet)

#### Delmål 1.4 Styrke rusforebyggingen i arbeidslivet

*I Norge er det god oppslutning om at arbeidsplassen skal være en rusfri arena. Det er urovekkende at alkohol stadig oftere knyttes til arbeidslivsrelaterte situasjoner, for eksempel seminarer, kurs og lagbygging. Vi skal styrke rusforebyggingen i arbeidslivet.*

Det er en økende erkjennelse av at alkohol utgjør et betydelig problem i arbeidslivet og at samlede omkostningene er store. Temaet skal settes høyt på dagsorden i alle berørte departementer.

Det er grunn til å tro at en betydelig del av korttidsfraværet skyldes alkohol og belastninger knyttet til å være pårørende. Statens institutt for rusmiddelforskning og andre aktører skal skaffe bedre data på rusrelaterte problemer i arbeidslivet, blant annet fravær som skyldes bruk av rusmidler.

Mange bedrifter har gode rutiner for å håndtere rusmiddelproblemer på arbeidsplassen, og det registreres flere nye initiativ på området. Arbeidslivets kompetansesenter for rus og avhengighetsproblematikk (AKAN) gjør et viktig arbeid for å redusere rusmiddelproblemer, men har i stor grad vært benyttet i offentlige og større bedrifter. Evalueringen av AKAN, foretatt av Arbeidsforskningsinstituttet i 2005, viser at det rusforebyggende arbeidet må bli mer aktivt, systemorientert og langsiktig. Sosial- og helsedirektoratet skal bistå AKAN med å utvikle modeller som også passer for private og små og mellomstore bedrifter. AKAN skal også drive informasjon og kunnskapsformidling, og det skal legges til rette for at AKAN i større grad kan sette i gang tiltak for å sikre tidligere intervensjon.

Å avdekke og intervensjon tidlig overfor skadelig alkoholbruk og misbruk av andre rusmidler er en viktig oppgave for fastleger og bedriftsleger. Det skal legges bedre til rette for at leger kan benytte screening og kartleggingsverktøy, for å avdekke og forebygge en uheldig utvikling.

**Tiltak:**

- Framskaffe bedre data om rusrelaterte problemer i arbeidslivet, blant annet om fravær som skyldes rusmidler (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Videreutvikle AKAN ved å prøve ut modeller for forebygging og håndtering av rusmiddelproblemer i private og små og mellomstore bedrifter (Sosial- og helsedirektoratet)
- Gi bedre informasjon og kunnskap til aktørene i arbeidslivet gjennom AKAN (Sosial- og helsedirektoratet)

**Delmål 1.5 Styrke det internasjonale arbeidet**

*Norge har lang tradisjon i å vektlegge internasjonalt samarbeid på rusfeltet. Arbeidet skal fortsette og styrkes.*

*Større internasjonal oppmerksomhet om alkohol og helse*

Gjennom Nordisk Ministerråd har de nordiske landene i flere år samarbeidet for å sette alkohol og helse høyere på den internasjonale dagsorden. Norge vil støtte arbeidet for å øke minimumsavgiftene på alkoholholdige drikkevarer i EU og for å redusere reiseimportkvotene i EU. Norge skal bidra til at sammenhengen mellom alkohol og helse vies større oppmerksomhet i WHO og ILO, og samarbeide med land som er opptatt av sammenhengen mellom alkohol og helse. Norge skal delta i utviklingen av et felles faglig grunnlag for hvordan alkohol som risikofaktor for helse kan reduseres, blant annet ved å delta i ekspertgrupper om alkoholpolitiske spørsmål i EU og i partnerskapet Den nordlige dimensjon. På nordisk initiativ pågår et arbeid i WHO for å utvikle et faglig handlingsdokument for å styrke det internasjonale arbeidet mot alkoholskader. Det nordiske samarbeidet for internasjonale tiltak skal fortsette.

EU-kommisjonen la høsten 2006 fram en strategi for alkohol og helse. Norge skal arbeide for at strategien følges opp av EU-institusjonene, EU-landene og andre aktører. Det skal også arbeides for at EØS-finansieringsordningene – ordninger hvor Norge har forpliktet seg til å bidra til utviklings- og investeringsprosjekter i EUs nyere medlemsland samt Hellas, Portugal og Spania – benyttes til å styrke det rusmiddelpolitiske engasjementet i mottakerlandene.

Det må sikres at EØS-medlemskapet, internasjonale handelsavtaler under WTO og bilaterale handelsavtaler ikke får negative konsekvenser for Norges alkoholpolitiske virkemidler. I forbindelse med WTO-forhandlinger skal alkoholpolitiske konsekvenser vurderes fortløpende. Vi skal arbeide for at det i

tilstrekkelig grad tas folkehelsehensyn i internasjonale handelsavtaler. Norge skal ha god kompetanse på sammenhengen mellom EU/EØS-rettslige spørsmål, WTO-spørsmål og helserelaterede spørsmål.

Alkohol er en alvorlig trussel mot helse og utvikling i mange utviklingsland, og Norge skal støtte tiltak som bidrar til å redusere denne trusselen.

*Mer målrettet norsk innsats overfor internasjonale narkotikaproblemer*

De illegale rusmidlene som brukes i Norge kommer nesten uten unntak fra andre land, og narkotikasituasjonen i Norge påvirkes av produksjonen i disse landene. Den internasjonale handelen med narkotika må bekjempes blant annet med kontroll og beslag. Norge skal fremme internasjonalt politi- og tollsamarbeid for å kontrollere omsetningen av illegale rusmidler. Norge vil også vurdere alkohol- og narkotikaorienterte programmer i norsk bilateral og multilateral bistand, herunder bistand til produsentland med omlegging av avlinger og fremming av alternative leveveier.

Målet med det internasjonale engasjementet er å begrense mengden narkotika på det internasjonale og nasjonale markedet, motvirke liberalisering av narkotikapolitikken, utveksle erfaringer og skaffe gode og sammenlignbare data. Norge skal fortsatt prioritere det forpliktende og langsiktige internasjonale narkotikasamarbeidet gjennom EU, Europarådet (Pompidougruppen), FNs narkotikakommisjon (CND) og andre relevante FN-organer, Nordisk Ministerråd og annet nordisk samarbeid.

Ansvarer for Norges internasjonale engasjement er fordelt på flere departementer. Dette arbeidet skal samordnes bedre. Det skal utarbeides en strategi for Norges internasjonale narkotikasamarbeid i tråd med opptrappingsplanens overordnede mål.

Frivillige aktører gjør en viktig jobb i det internasjonale arbeidet på rusfeltet. Det skal fortsatt legges til rette for frivillig engasjement og for at frivillige aktører kan drive nettverksarbeid og bidra i internasjonale prosesser av betydning for rusfeltet.

**Tiltak:**

- Være pådriver i det nordiske samarbeidet om alkoholpolitikk (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Arbeide aktivt for at alkoholrelaterede problemer får større oppmerksomhet i EU (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Bidra til at alkohol- og narkotikarelaterte prosjekter blir igangsatt under EØS-finansieringsordningene (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Arbeide aktivt for at alkoholrelaterede problemer får større oppmerksomhet i WHO og ILO, her-

- under for å sikre langsiktig finansiering av arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Arbeide for at det tas folkehelsehensyn i internasjonale handelsavtaler (Helse- og omsorgsdepartementet)
  - Sikre tilstrekkelig kompetanse i EU/EØS-rettslige spørsmål og spørsmål knyttet til WTO som har betydning for norsk alkoholpolitikk (Helse- og omsorgsdepartementet)
  - Vurdere alkohol- og narkotikaorienterte programmer i norsk bilateral og multilateral bistand, herunder bistand til produsentland med omlegging av avlinger og fremme av alternative leveveier (Utenriksdepartementet)
  - Fremme nasjonalt og internasjonalt politi- og tollsamarbeid for å øke kontroll og beslag av illegale rusmidler (Justis- og politidepartementet)
  - Utarbeide en samlet strategi for å sikre et fortsatt forpliktende og langsiktig internasjonalt narkotikasamarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet)
  - Legge til rette for frivillige aktørers internasjonale engasjement på rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet)

## Mål 2: Bedre kvalitet og økt kompetanse

Personer med rusmiddelproblemer har rett til gode tjenester kjennetegnet av kvalitet. Regjeringen skal derfor satse på kvalitet og kompetanse i rusarbeidet. Kunnskap, kompetansespredning, fagutvikling og rekruttering henger sammen. Vi trenger et kvalitetsløft som tar hensyn til at rusfeltet er mangfoldig, tverrfaglig og at det omfatter både offentlige virksomheter og private og frivillige organisasjoner. Kvaliteten på tjenestene skal heves og kompetansen om rusproblematikk skal økes. Vi har etablert et nytt forskningsprogram og et nytt senter for rusmiddelforskning. Vi skal sørge for at flere får ta videreutdanning i rusproblematikk. Organiseringen av rusarbeid i kommunene og i spesialisthelsetjenesten skal styrkes og vi skal utarbeide redskap for å heve kvaliteten på tjenestene. For å få bedre oversikt, dokumentasjon og statistikk skal vi få på plass et styringssystem for tjenestene på rusfeltet.

### Dagens kvalitets- og kompetansebehov

Rapporter fra Helsetilsynet, Riksrevisjonen og Sintef peker på mangelfull kvalitet i rusfeltet. Det gjelder både i forebyggende tiltak og innenfor helse- og sosialtjenester. Også blant ansatte i Arbeids- og velferdsetaten, barnevernet og i kriminalomsorgen er det utfordringer knyttet til manglende kompetanse om rusmiddelproblematikk. Metodeutvik-

ling og forskning skal styrkes, og kunnskap om effektive tjenester og effektiv forebygging skal gjøres kjent for beslutningstakere og utøvende aktører. Det er behov for en samlet tilnærming til kvalitets- og kompetanseheving.

Det må etableres kvalitetssystem som sikrer bedre rutiner og faglig forsvarlighet. For å styrke kvaliteten på fagutøvelsen er det behov for faglige retningslinjer og veiledere, og for å sikre at disse tas i bruk av tjenestene. Det er nødvendig med bedre styringsinformasjon og statistikk. Det gir myndighetene bedre kunnskap om tiltak er virkningsfulle samtidig som brukerne får bedre informasjon om tjenestetilbudet. Det er behov for å sikre kunnskaps- og forskningsbaserte tjenester. Koplingen mellom forskning og praksis må styrkes. Kunnskap om trender og endringer i rusmiddelbruk må tilføres tjenestene slik at hjelpe- og behandlingstilbudet utvikles i samsvar med brukernes behov. Kvalitetsløftet skal støtte satsingen på mer tilgjengelige tjenester og mer forpliktende samhandling.

For å styrke ruskompetansen i kommunene og i helseforetakene må det ansettes flere med helse- og sosialfaglig bakgrunn og tjenestene må videreutvikles med tverrfaglig kompetanse.

Det er behov for mer kunnskap om rusproblematikk i grunnutdanningene, og for å gi flere mulighet for videreutdanning i rusproblematikk. Kunnskap om sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og helseproblemer, særlig psykiske lidelser, og mellom rusmiddelproblemer, sosial fungering, deltakelse i arbeidsliv og levekår må styrkes.

For å nå målene om kvalitets- og kompetanseheving må alle aktører bidra. Det er et ansvar for arbeidsgiverne og den enkelte medarbeider. Utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljø har et selvstendig ansvar for å øke kunnskap og bringe den ut til tjenestene og til samfunnet. Dette gjelder også direktorat, fylkesmenn og de regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål.

### Delmål 2.1 Styrke forskning og undervisning

*Regjeringen satser på rusmiddelforskning, og har etablert et eget forskningsprogram og et nytt forskningssenter. Resultatene av forskningen må nå ut til feltet og vi skal satse på mer og bedre undervisning i rusproblematikk i grunn- og videreutdanningene.*

Det etableres et nytt rusmiddelforskningsprogram (2007–2011) under Norges forskningsråd (NFR). I tilknytning til forskningsprogrammet etableres et eget forskningssenter ved Universitetet i Oslo. I NOU 2003: 4, Forskning på rusmiddelfeltet, ble det pekt på en del mangler i rusmiddelforskning

gen. Etableringen av programmet og senteret skal bidra til sterkere akademisk forankring av rusmiddelforskningen, mer undervisning og økt synlighet og status for rusmiddelfeltet. Senteret skal tilby undervisning og veiledning i grunnutdanningene og videreutdanning i rusrelaterede fagområder. Det skal også koordinere større tverrfaglige forskningsprosjekter. Gjennom programmet skal det gis støtte til forskningsprosjekter av høy kvalitet med fokus på bedre kunnskap om omfang av rusmiddelbruk, rusmiddelrelaterede skader og tiltak for å forebygge og behandle rusmiddelproblemer. Målet er bedre kvalitet på utdanningstilbud og tjenester og et bedre beslutningsgrunnlag for politikere og myndigheter.

Vi skal i tillegg bygge videre på andre sentrale forsknings- og kompetansemiljø som Statens institutt for rusmiddelforskning, Folkehelseinstituttet, sentrale behandlingsmiljø i helseforetakene og kommunale fagmiljø. De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål skal styrkes som kompetanseorganisasjoner, med særlig vekt på de store behovene i kommunene og behovet for å styrke samhandlingen mellom de ulike tjenesteni-våene. Rollen mellom praksisfeltet og forskningsmiljø skal tydeliggjøres, og sentrenes funksjon med å understøtte utvikling av kvalitets- og kunnskapsbaserte forebyggingsstrategier og sosial- og helsetjenester skal styrkes. Helse- og omsorgsdepartementet vil legge disse utfordringene til grunn i vurderingen av egnet plassering og organisering av kompanse-senter-funksjonene.

Forskning og utviklingsarbeid om organisering og fagutvikling i sosialtjenesten skal styrkes. Blant annet skal det gjennomføres forskning for å få bedre kunnskap om udekket behov for helse- og sosialtjenester blant personer med rusmiddelproblemer. I samarbeid med KS skal det gjennomføres prosjekter om ulike modeller for organisering av kommunalt rusarbeid. Det skal ses i sammenheng med modellutvikling for psykisk helsearbeid.

Det er etablert fire høyskole- og universitetsso-sialkontor i samarbeid med kommuner. Formålet er å utvikle praksisbasert forskning og kunnskapsbasert praksis, og utvikle nye samarbeidsformer mellom praksis, forskning, utdanning og brukere i sosialtjenesten. Forsøket omfatter oppgaver etter sosialtjenesteloven som forvaltes av sosialkontor-tjenesten.

De regionale helseforetakene skal prioritere fagområder som rusbehandling og psykisk helse. Det er særlig behov for å styrke kunnskap om organisering og forbruk av helsetjenester og sam-handling mellom primær- og spesialisthelsetjenes-ten. De regionale helseforetakene skal benytte muligheten til å gi forskningspermisjon til leger og

psykologer innen tverrfaglig spesialisert behan-ling, slik at forskning og klinisk arbeid kan kombi-neres.

Tiltak:

- Støtte flere forskningsprosjekter gjennom nytt rusmiddelforskningsprogram (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Etablere rusmiddelforskningssenter ved Uni-versitetet i Oslo (Helse- og omsorgsdepar-te-mentet)
- Øke kunnskap om behov for helse- og sosialtje-nester blant personer med rusmiddelproblemer (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Videreutvikle og styrke de regionale kompetan-sesentrene for rusmiddelspørsmål (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Forskning og utviklingsarbeid om organisering og fagutvikling i sosialtjenesten skal styrkes (Helse- og omsorgsdepartementet)
- De regionale helseforetakene skal prioritere forskning om rusbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Legge til rette for forskning kombinert med kli-nisk tjeneste og forskningspermisjon for leger og psykologer innen tverrfaglig spesialisert behandling (Helse- og omsorgsdepartementet)

#### Delmål 2.2 Styrke kompetanse og rekruttering

*For å styrke kompetansen i rusfeltet må flere gis mulighet til utdanning og videreutdanning. Rekruttering av personer med riktig fagkunnskap er en langsiktig satsing for regjeringen.*

Flere høyskoler tilbyr i dag videreutdanning i rusproblematikk. For å få flere til å øke sin kompe-tanse skal vi etablere et tilbud om delfinansiering av slik videreutdanning for ansatte i sosial- og hel-setjenesten og arbeids- og velferdsetaten. Tilbudet skal også omfatte ansatte i kriminalomsorgen og politiet. Fra 2007 etableres en tverrfaglig videreut-danning i psykososialt arbeid med barn og unge ved flere høyskoler. Utdanningen vil være viktig for forebyggende rus- og psykisk helsearbeid i kommunene. Tilbudet er primært for kommunalt ansatte som arbeider med barn og unge, men også andre kan søke. Utdanningstilbudet følges av et statlig lønnstilskudd til kommunalt ansatte som forvaltes gjennom fylkesmennene. Husbanken gir stipend til kommunalt ansatte som tar videreutan-ning i boligsosialt arbeid, og det skal legges vekt på å stimulere ansatte i helseforetak, kriminalom-sorg og barnevern til å ta denne videreutdannin-gen. Sosial- og helsedirektoratet skal videreføre sitt arbeid med videre- og etterutdanning av helse- og sosialpersonell i deres arbeid med pasienter med dobbeltdiagnoser.



Som ledd i kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS skal det utvikles strategier som sikrer kompetanse og større tverrfaglig bredde, blant annet ved å øke andelen personell med høgskoleutdanning, jf. St.meld. nr. 25 (2005–2006), Mestring, muligheter og mening. Sosial- og helsedirektoratet skal, i samarbeid med KS og Arbeids- og velferdsdirektoratet, etablere et prosjekt for å utvikle kompetansen om rusarbeid hos medarbeidere og ledere i de kommunale tjenestene og for å prøve ut ulike modeller for organisering og innhold i tjenestene, og for å utvikle fleksible tjenester som gir mer individuell veiledning og oppfølging av brukerne. Prosjektet skal ses i sammenheng med modellutvikling for psykisk helsearbeid. Målet er å få mer kunnskap om hvilke tiltak som virker.

Kurstilbudet for leger og psykologer i regi av Universitetet i Oslo skal styrkes. Fastleger og sykehusleger har behov for informasjon om hvor de kan henvende seg for råd og faglig veiledning om rusmiddelproblematikk. Det skal bygges videre på erfaringer som leger i rusfeltet har utviklet med bruk av kontaktforum og elektroniske nettverk for å utvikle informasjonskanaler til leger.

Rusreformen er evaluert av International Research Institute of Stavanger (IRIS). Evalueringsrapporten ble publisert i 2006. I følge rapporten er både helsefaglig og sosialfaglig kompetanse styrket etter reformen. I tverrfaglig spesialisert behandling er det registrert en betydelig økning i medisinsk personale. Det har også vært en økning i sosialfaglig og pedagogisk personale. Det er videre registrert en økning i antall årsverk i kommunene. Samtidig vises det til Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med tverrfaglig spesialisert behandling i 2006 og avvik knyttet til blant annet manglende kompetanse. Kompetansen innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk må styrkes ytterligere. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et nytt tjenesteområde innen spesialisthelsetjenesten. Det skal nedsettes en tverrfaglig nasjonal gruppe for å presisere begrepet og definere det medisinske, psykologiske og sosialfaglige innholdet i tjenestene nærmere.

Prinsippet om likeverdig helsetjeneste uavhengig av sosial status har bred oppslutning. For enkelte kan terskelen til helsetjenesten være spesielt høy. Det gjelder for eksempel tungt belastede rusmiddelavhengige og innsatte som har behov for tilpassede lavterskeltilbud. Kunnskap om sosiale forskjeller i tilgjengelighet til helsetjenester skal økes, jf. St.meld. nr. 20 (2006–2007), Nasjonal strategi for å utjevne helseforskjeller.

Kompetansehevingstiltakene skal også omfatte personell som ikke har fagutdanning og som arbeider med oppfølgings- og omsorgstiltak. Tilbud om

opplæring for ufaglærte skal utvides. Et eksempel på et slikt tilbud er det felles opplæringsprogrammet Oslo kommune og Frelsesarmeen har i samarbeid med VOX Læring for arbeidslivet.

Tiltak:

- Delfinansiere videreutdanning i rusproblematikk på høgskolene (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Tilby kommunalt ansatte tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Utvikle kompetansen blant medarbeidere og ledere i sosialtjenesten og i andre deler av kommunenes arbeid med rusmiddelproblemer (Sosial- og helsedirektoratet)
- Øke kurstilbudet til leger og psykologer i regi av Universitetet i Oslo (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Utvikle en informasjonskanal om rusmiddelproblematikk for leger (Sosial- og helsedirektoratet)
- Styrke helsefaglig kompetanse om rusproblematikk og øke rekruttering av personell i tverrfaglig spesialisert behandling (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Øke kunnskapen om sosiale forskjeller i tilgjengelighet til helsetjenester og hvilke mekanismer som ligger bak (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Utvide tilbud om opplæringstiltak for ufaglærte (Helse- og omsorgsdepartementet)

### Delmål 2.3 Styrke kvaliteten i tjenestene

*Kvaliteten og innholdet i tjenestene skal styrkes. Arbeidet krever systematisk tilnærming og vedvarende innsats og skal skje innen rammen av Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmisbrukere.*

For å styrke kvaliteten og innholdet i kommunalt rusarbeid, skal det etableres egne rusrådgivere ved fylkesmannsembetene. Rådgiverne skal bidra til iverksetting av opptrappingsplanen i kommunene, med spesiell vekt på at kommunenes arbeid med den enkelte rusmiddelavhengige styrkes og at bruken av individuell plan øker. Rådgiverne skal også bidra til bedre system for oppfølging i kommunene etter institusjons- og fengselsopphold. De skal videre følge opp og samordne statlige tilskuddsordninger og kompetansetiltak. For å få bedre effekt av ulike statlige satsinger, skal rådgiverne samarbeide med regionale og lokale samarbeidspartnere.

Forbedringsarbeidet skal ha et tverrfaglig og psykososialt perspektiv. Spesielt viktig er det at

kommunene i større grad ser sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og mellom rusproblematikk og sosial mestring og inkludering. Tiltak for personer med rusmiddelproblemer skal ses i sammenheng med øvrig rehabiliteringsarbeid. Arbeidet skal ta hensyn til at det er store variasjoner i organiseringen av rusarbeidet og at oppgaver kan være lagt til ulike enheter, som det lokale NAV-kontoret, sosialtjenesten, psykisk helseenhet, oppsøkende og hjemmebaserte tjenester eller ulike aktiviseringstiltak.

Regjeringen vil sette kommunenes oppgaver på rusområdet på dagsordenen i konsultasjonene med KS, og gjennom oppfølging av avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene som løper fra 2006–2010. Regjeringen og KS skal i fellesskap bidra til bedre kvalitet og enklere ordninger i de kommunale tjenestene. Utfordringene skal møtes ut i fra lokale variasjoner og behov.

Det skal systematisk innhentes kunnskap om brukernes behov og rusarbeid i kommunene gjennom kunnskapsoppsummeringer og utvalgsundersøkelser. Evaluering av organisering, tjenestetilbud og ulike forsøksprosjekter skal følges opp, og erfaringer skal spres. Erfaringene skal være sentrale i utviklingen av gode helhetlige tjenester til rusmiddelavhengige.

I samarbeid med KS skal det gjennomføres prosjekter om ulike modeller for organisering av kommunalt rusarbeid for å utvikle tjenester som er mer fleksible og bidrar til mer individuell veiledning og oppfølging av brukerne. Det skal ses i sammenheng med modellutvikling for psykisk helsearbeid.

Kommunenes arbeid med rusmiddelavhengige skal også være gjenstand for systematisk læring i et kvalitetssystem med bruk av internkontroll. De kommunale sosial- og helsetjenestene og spesialisthelsetjenesten er pålagt å ha rutiner som sikrer at tjenestene er trygge og sikre, og som fanger opp eventuelle feil og mangler. Dette er en del av et systematisk forbedringsarbeid. Sosial- og helsedirektoratet skal, i samarbeid med fylkesmennene, legge til rette for helhetlig kvalitetsutvikling og opplæring i internkontroll.

Rusreformen synliggjorde behovet for å tydeliggjøre ansvarsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Gjennomføringen av prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå er ikke kommet langt nok innen rustjenestene. Evalueringene av legemiddelassistert rehabilitering og rusreformen tyder på at det er store variasjoner mellom kommunene når det gjelder ressursinnsats og omfang av tjenestetilbud. Det må sikres at oppgavene som ligger til henholdsvis kommunene og spesialisthelsetjenesten er tydelig definert. For å styrke det kommunale rusarbeidet som praksisfelt,

skal det utvikles kartleggingsverktøy, maler og veiledere for kommunale tjenester. Sosial- og helsedirektoratet skal utvikle en veileder i kommunalt rusarbeid og en veileder for henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling som fastlegen og sosialtjenesten kan benytte. Gode henvisninger til spesialisthelsetjenesten vil kunne bidra til bedre oppgavefordeling, kortere ventetid for vurdering og behandling, og bedre planlegging av individuelle rehabiliteringsopplegg. En slik veileder vil sikre et godt faglig grunnlag for en mer enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp for rusmiddelavhengige.

Kvaliteten i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk skal bli bedre. Overføring av ansvaret for denne tjenesten til de regionale helseforetakene førte til behov for helsefaglig opprustning i henhold til krav som stilles til en spesialisthelsetjeneste. Det faglige innholdet skal systematiseres og kvalitetssikres. For å sette standard for kvalitet skal spesialisthelsetjenesten i større grad ta i bruk veiledere og faglige retningslinjer. Sosial- og helsedirektoratet skal gi ut en veileder for vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. En slik veileder vil sikre et godt faglig grunnlag for en mer enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp for rusmiddelavhengige. I tillegg skal direktoratet utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering, for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk og for utredning og diagnostisering av pasienter med rusmiddelproblemer og alvorlig psykisk lidelse. En betydelig andel rusmiddelavhengige som henvises til spesialisthelsetjenesten har også til dels omfattende psykiske lidelser. Kunnskapen om behandling av pasienter med sammensatte lidelser skal styrkes. Styrkingen må omfatte både tverrfaglig spesialisert behandling og psykisk helsevern.

I arbeidet med retningslinjer og veiledere skal det tas stilling til hvordan brukere med særlige, omfattende behov skal ivaretas. Barn og unge med rusmiddelproblemer eller psykiske problemer, gravide med rusmiddelproblemer eller gravide i legemiddelassistert rehabilitering, personer med rusmiddelproblemer som har etnisk minoritetsbakgrunn og personer som har spilleavhengighetsproblemer, representerer særskilte utfordringer for tjenestene. Det må tas hensyn til individuelle behov, kjønnsperspektiv, etnisk bakgrunn og familiesituasjon. Sosial- og helsedirektoratet skal utarbeide en veileder for oppfølging av gravide i legemiddelassistert rehabilitering samt vurdere andre utviklingsprosjekter på området. Arbeidet skal sees i sammenheng med kvalitetsarbeidet i svangerskapsomsorgen og andre tiltak for gravide.

Fagutvikling skal også bygge på kartlegginger og evalueringer. Stortinget vedtok ved behandlingen av rusreformen at reformen skulle evalueres etter tre års virketid. Helse- og omsorgsdepartementet ga i revidert nasjonalbudsjett for 2007 Stortinget en nærmere redegjørelse for evalueringen av rusreformen.

Lavterskel helsetiltak evalueres, og tilskudd til kommunalt rusarbeid skal evalueres som ledd i videreutvikling. Sosial- og helsedirektoratet skal kartlegge og evaluere bruken av tilbakeholdelse på institusjon uten eget samtykke etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a.

Flere regionale helseforetak har lagt vekt på å etablere tverrfaglige behandlerfora som et viktig kompetansetiltak i sine handlingsplaner for rusfeltet. Disse tilbyr faglige møteplasser for leger og psykologer. Helse- og omsorgsdepartementet vil stimulere til at det etableres flere slike fora, som bør inkludere indremedisinere og annet personell fra somatiske sykehusavdelinger som arbeider med pasienter med rusmiddelproblemer.

Tiltak:

- Etablere rusrådgivere hos fylkesmennene for å bidra til iverksetting av opptrappingsplanen i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Innhente og spre kunnskap om systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i kommunene (Sosial- og helsedirektoratet)
- Tilby opplæring i internkontroll og kvalitetssystem (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utarbeide veileder for kommunalt rusarbeid og kartleggingsverktøy for kommunale tjenester (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utarbeide veileder for henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk og legemiddelassistert rehabilitering (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for utredning og diagnostisering av pasienter med samtidige rusmiddelproblemer og alvorlig psykisk lidelse (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utarbeide veileder for oppfølging av gravide i legemiddelassistert rehabilitering (Sosial- og helsedirektoratet)
- Evaluere bruken av tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke (Sosial- og helsedirektoratet)
- Evaluere og videreutvikle tilskudd til kommunalt rusarbeid (Sosial- og helsedirektoratet)

#### Delmål 2.4 Bedre dokumentasjon og statistikk

*Eksisterende data for rusfeltet gir ikke nok informasjon om problemomfang, årsaker, ressursinnsats og resultater. Vi skal utvikle og iverksette bedre systemer for rapportering, statistikk og dokumentasjon.*

God statistikk er grunnlaget for behovstilpassede og målrettede tjenester og god styringsinformasjon til myndigheter, tjenesteytere og forskere. Gode data gir også brukerne bedre informasjon om tjenestetilbudet. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med å utvikle et styringssystem for tjenestene på rusfeltet. Data fra ulike registre skal samordnes og systemet skal inneholde rapporteringsparametre som grunnlag for kvalitetssikret statistikk. Statistikken skal gi grunnlag for nasjonale oversikter og internasjonal rapportering, og skal omfatte både spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor.

Mye informasjon foreligger allerede. Statistisk sentralbyrå innhenter data fra kommune–stat–rapporteringen (Kostra), Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (Iplos), Sentrale data fra allmennlegetjenesten (Seda) og spesialhelsetjenesten, herunder rusbehandling. Ventelistedata for pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk rapporteres til Norsk pasientregister. Stortinget har vedtatt at Norsk pasientregister skal etableres som et personidentifiserbart register. For å sikre relevante data for administrasjon, styring og kvalitetssikring av tjenestene skal enkelte sosiale og rusrelaterte variabler registreres slik at registeret i større grad enn i dag kan benyttes til forskning og som datagrunnlag for sykdoms- og kvalitetsregistre og informasjon om tjenestene.

Det er vanskelig å få oversikt over omfanget av rusproblematikk fordi kommunene i hovedsak registrerer ytte tjenester etter behov og ikke etter diagnose. Som ledd i utviklingen av rapporteringssystemet skal Sosial- og helsedirektoratet utarbeide bedre måle- og kvalitetsindikatorer for rusfeltet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. I tillegg skal det gjøres et arbeid for å få bedre oversikt over den totale ressursbruken på rusfeltet. Sosial- og helsedirektoratet utreder også diagnoserelaterte grupper (DRG) for tverrfaglig spesialisert behandling og for psykisk helsevern. Også Statens institutt for rusmiddelforskning skal bidra til bedre kunnskap om udekket behov for helse- og sosialtjenester blant personer med rusmiddelproblemer.

For å kartlegge behovene til personer med rusmiddelproblemer i kommunene og spesialisthelsetjenesten skal det gjennomføres flere utvalgssundersøkelser. Dette er et viktig bidrag til den systematiske utviklingen av tjenestene. Undersøkelsene bør ses i lys av kartleggingene av bostedsløshet og levekår blant domfelte og innsatte.

For å kunne sette inn riktige tiltak må vi ha god oversikt over tilgang på og bruk av rusmidler og årsaker til dette. På dette området har Statens institutt for rusmiddelforskning bidratt til et godt datagrunnlag som vi skal bygge videre på. På enkelte områder, for eksempel når det gjelder alkoholforgiftninger, er kunnskapen og statistikken mangelfull, og det skal arbeides for å få bedre dokumentasjon og statistikk.

Tiltak:

- Innføre bedre styringssystem – statistikk, dokumentasjon, rapportering – i kommunene og spesialisthelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet)
- Etablere et personidentifiserbart Norsk pasientregister (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Utarbeide måle- og kvalitetsindikatorer for rusfeltet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet)
- Kartlegge behov og ressursbruk på rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet)

#### Delmål 2.5 Heve kvaliteten i frivillig sektor

*Frivillige organisasjoner har en viktig rolle både når det gjelder forebygging, behandling og omsorg og innen selvhjelps- og brukerorganisasjoner. Regjeringens støtte til frivillig arbeid skal fortsette. Vi skal legge til rette for at frivillig sektor også tar del i kvalitetsløftet for rusfeltet.*

Det ytes i dag tilskudd til frivillige organisasjoner til forebygging og rehabiliteringstjenester.

Tilskuddsordningene til organisasjoner som driver forebygging skal gi støtte til kunnskapsbaserte tiltak. Samtidig skal det gis rom for nytenking og innovasjon, og forholdet mellom drifts- og prosjektstøtte skal tillegges vekt. Det skal stimuleres til lokalt samarbeid mellom frivillige og offentlige aktører.

Tilskuddsordningene til brukerorganisasjoner og organisasjoner som yter tjenester skal prioritere lokalt rehabiliteringsarbeid med fokus på langsiktig oppfølging, rehabilitering og nettverksarbeid som del av arbeidet med individuell plan. Mange frivillige organisasjoner utgjør et supplement til det offentlige tilbudet. Arbeidet med å målrette tilskuddene slik at de bidrar til å utvikle kvaliteten i frivillig sektor skal fortsette. Tilskudd til brukerorganisasjoner skal bidra til å styrke brukerinitierte

tiltak som styrker egen mestring og læring, og som styrker brukermedvirkningen i rustjenestene. Tiltak overfor pårørende omfattes også av ordningen. Sosial- og helsedirektoratet skal evaluere tilskuddsordningen til frivillige organisasjoner som yter tjenester på rusfeltet. Evalueringen av tilskuddsordningen skal bidra til å belyse og kartlegge tilbud som ytes av frivillige og ideelle organisasjoner, og vil i tillegg gi viktig kunnskap om situasjonen til frivillige og private aktører som tilbyr tjenester som ligger nært opp til kommunenes og de regionale helseforetakenes ansvar. Evalueringen vil derfor være et viktig grunnlag for videre utvikling av tiltak i frivillig sektor.

Det er innført internkontroll og tilsyn også for virksomheter på rusfeltet som ikke var omfattet av rusreformen. Statlig tilsyn med private virksomheter er nå regulert på samme måte som tilsynet med offentlige tiltak. I tillegg er internkontrollforskriften endret slik at private institusjoner og private boliger med heldøgns omsorgstjenester er pålagt en selvstendig plikt til internkontroll. Hensikten med endringene er økt rettssikkerhet og bedre kvalitetskontroll.

Erfaringene som ulike organisasjoner har utviklet lokalt skal oppsummeres og gjøres kjent som en del av fagutviklingen i tjenestene. Kommuner og regionale helseforetak skal også trekke de frivillige organisasjonene inn i sitt utviklingsarbeid.

For å styrke samarbeidet mellom offentlige og frivillige aktører skal partnerskapsmodeller vurderes. Dette skal bidra til gode aktivitetstilbud, lavterskeltilbud og nettverkssamarbeid.

Tiltak:

- Målrette tilskuddene til de frivillige organisasjonene (Sosial- og helsedirektoratet)
- Evaluere tilskuddsordningen til tjenesteytende frivillige organisasjoner på rusområdet (Sosial- og helsedirektoratet)
- Følge opp tilsyn og internkontrollforskrift for private rusinstitusjoner (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Oppsummere og spre erfaringer fra de frivillige organisasjonene (Sosial- og helsedirektoratet)
- Styrke samarbeidet mellom offentlige og frivillige aktører og vurdere partnerskapsmodeller (Sosial- og helsedirektoratet)

#### Mål 3: Mer tilgjengelige tjenester

Tjenestene til barn og unge må bli mer tilgjengelige. Vi vil heve kompetansen og sette inn tiltak for å oppdage og tilby hjelp tidligere enn i dag. For barn og unge under 23 år med rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser vil vi innføre ventetidsgaranti. Alle rusmiddelavhengige skal møtes med

et utgangspunkt om at de har behov for akutt hjelp. Rusmiddelavhengige må sikres tilgang til raskere hjelp på alle nivåer. Vi skal styrke kapasiteten og opprette flere behandlingsplasser i tverrfaglig spesialisert behandling, herunder legemiddelassistert rehabilitering. Samtidig vil vi styrke det kommunale rusarbeidet med bedre individuell oppfølging, lavterskeltiltak, oppsøkende tjenester, og flere ansatte i omsorgstjenestene. For å gjøre tjenestene mer tilgjengelige for innsatte skal vi gjennomføre flere fengselsdøgn i behandling og rehabilitering og etablere rusmestringsenheter i fengslene. For å bidra til å bekjempe fattigdom og at flere vanskeligstilte på arbeidsmarkedet kommer i arbeid, skal det innføres et nytt kvalifiseringsprogram for personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntekts-evne og med ingen eller begrensede rettigheter i folketrygden.

### Sentrale utfordringer i tjenestene

Vi må bli bedre til å oppdage og følge opp barn og unge som viser tegn til problemer, og vi trenger bedre verktøy for å fange opp problemer hos barn og unge så tidlig som mulig slik at tiltak kan komme raskt i gang. Særlig viktig er det at skolen og skolehelsetjenesten i større grad oppdager og følger opp barna. Dette er også et sentralt satsingsområde i opptrappingsplanen for psykisk helse.

Det er et stort behov for å styrke den individuelle oppfølgingen i kommunene. Blant annet Helse-tilsynet peker på at en økende andel rusmiddelavhengige har omfattende og sammensatte problemer, og at de ikke mottar nødvendige og forsvarlige tjenester. Statistisk sentralbyrå anslår at det er vel 122 000 mottakere av økonomisk sosialhjelp, og et forsiktig anslag indikerer at om lag 40 pst. av disse, dvs. om lag 50 000 personer, har rusmiddelproblemer og en opphopning av levekårsproblemer (Sintef Unimed 2004). Rapporter viser at deltakere i legemiddelassistert rehabilitering får mer systematisk oppfølging enn andre, men kommunene skal gi et godt tilbud til alle som trenger bistand, uavhengig om de får legemiddelassistert rehabilitering eller ikke. Tjenestene må bli mer tilgjengelige, også for dem som har vanskelig for å benytte seg av ordinære tiltak. Tilbudene må bli mer fleksible og det er behov for mer bruk av oppsøkende og ambulansetjenester og flere lavterskeltiltak. Bruken av individuell plan må økes, og tiltak som tilrettelagte boliger, deltakelse i kvalifiseringsprogram og andre aktiviserings tiltak må styrkes. Bedre samhandling med spesialisthelsetjeneste, kriminalomsorg, arbeids- og velferdsetaten og frivillige organisasjoner er nødvendig for at kommunene skal lykkes med å gi bedre individuell

oppfølging. Tilskudd til kommunale rustiltak må målrettes ytterligere, og bidra til bedre personlig oppfølging. Fylkesmennene må følge opp kommunenes innsats på rusfeltet bedre.

En kartlegging fra NIBR/Byggforsk viser at det i 2005 var om lag 5500 bostedsløse i Norge. Det er en økning på om lag 300 personer fra 2003. Omlag 60 pst. av de bostedsløse har et rusmiddelproblem og 38 pst. en psykisk lidelse. Om lag 25 pst. har både en psykisk lidelse og et rusmiddelproblem. Det er behov for å bedre tilgjengeligheten til bolig, herunder er det behov for flere tilrettelagte bolig- og oppfølgingstilbud for rusmiddelavhengige.

Med rusreformen fikk de regionale helseforetakene ansvar for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Rusreformen la det organisatoriske grunnlaget for å styrke det helhetlige spesialiserte tilbudet til rusmiddelavhengige. Innføringen av pasientrettigheter ved behandling av rusmiddelavhengighet var et viktig fundament. Evalueringen av rusreformen viser at antall henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling økte kraftig den første tiden etter reformen, men veksten har deretter flatet ut. Økningen kan hovedsakelig tilskrives henvisninger fra fastlege og viderehenvisninger fra andre deler av spesialisthelsetjenesten. Det er store regionale variasjoner i andelen som vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp. Evalueringen av rusreformen viser også at ventetid til deler av behandlingstiltakene har økt og at brudd i behandlingsprosessen ofte er til hinder for å oppnå gode og sammenhengende tjenester. Den helsefaglige kompetansen er styrket, samtidig som den sosialfaglige kompetansen er opprettholdt. I følge evalueringen er det fortsatt behov for å oppgradere deler av tjenestene for å tilfredsstille kravene som stilles til en spesialisthelsetjeneste. Etter rusreformen har ressursene til tverrfaglig spesialisert behandling i de regionale helseforetakene økt. De regionale helseforetakene er i 2005, 2006 og 2007 bedt om å styrke tilbudet innen psykisk helsevern og behandling av rusmiddelavhengige. Evalueringen bekrefter at dette er fulgt opp. Det meldes blant annet om økning både i poliklinisk aktivitet og kapasitet i døgnbehandling. Samtidig er det mye som tyder på at gapet mellom behov og tilbud fortsatt er stort. Det er derfor behov for å øke antall behandlingsplasser på alle nivåer. Målet må være at rusmiddelavhengige som ønsker det får tilbud om hjelp uten unødig opphold. De som er kommet i gang med behandling, gjennom for eksempel avrusning, må sikres videre oppfølging med en gang, slik at man ikke må vente uten tilbud etter avrusning.

Evalueringen av rusreformen og Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere i 2006 er viktige bidrag til videreutviklingen av tjenestetilbudet.

Det er nødvendig med langt bedre oppfølging av innsatte med rusmiddelproblemer både under og etter soning. En rapport fra Fafø (2004), viser at om lag 60 pst. av alle innsatte har et rusmiddelproblem, og omfanget av psykiske lidelser er tre ganger så høyt som i befolkningen for øvrig. Ansvar for å yte sosiale tjenester ligger ofte i en kommune langt fra fengselet, og det kan være vanskelig å planlegge oppfølgingstiltak i god tid før løslatelse. Spesialisthelsetjenester kan også være vanskelig tilgjengelige fordi den innsatte må komme til spesialisten. Behovet for alternativ soning i behandlings- eller omsorgsinstitusjon i medhold av straffegjennomføringsloven § 12 øker.

Stigmatiserende holdninger overfor rusmiddelavhengige fins både i hjelpeapparatet og i samfunnet for øvrig. Det må jobbes med holdningsskape arbeid på flere områder.

### Delmål 3.1 Tidlig intervensjon og mer tilgjengelige tjenester til barn og unge

*Tjenesteapparatet skal være tilgjengelig for barn og unge som har særlig risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Vi skal sikre at alle som har en særlig risiko for å utvikle rusmiddelproblemer og personer med begynnende rusmiddelproblemer, får et riktig tilbud på et tidligst mulig tidspunkt.*

Noen barn og unge er særlig utsatt for å utvikle rusmiddelproblemer. Det gjelder blant annet barn av foreldre som selv har rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser og barn som har vært utsatt for vold eller traumatiske opplevelser. Det er også nødvendig å intervensjon tidlig ved tegn på problematisk bruk av rusmidler hos voksne. Sekundærforebyggende tiltak er sentrale. De som har forhøyet risiko må identifiseres, og intervensjoner må skje tidlig nok. Ansatte som er i kontakt med barn og unge, både i helse- og sosialtjenestene – men også i andre instanser, ikke minst i skole og barnevern – skal lære å oppdage underliggende problemer, for eksempel voldsproblematikk, psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Borgestadklinikken kartla i 2006 kompetansen blant ansatte i kommunene som har kontakt med barn og ungdom med forhøyet risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Statens institutt for rusmiddelforskning publiserte i 2005 og 2006 rapporter om tilbudet til barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer og tilbudet til barn av foreldre med rusmiddelproble-

mer. Rapportene gir viktige bidrag til videreutviklingen av tiltak i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, blant annet må fastleger og skolehelsetjeneste i større grad trekkes inn i arbeidet.

Kommunene skal få styrket kompetanse blant annet gjennom veiledning fra fagteamene i barnevernet. Se nærmere om tiltak for barn av foreldre med rusmiddelproblemer eller psykisk syke foreldre under delmål 5.1.

Stigmatisering ved å peke ut risikogrupper må unngås. Også personer som ikke tilhører risikogrupper utvikler rusmiddelproblemer. Begrepet risikogruppe må brukes med forsiktighet og kun som hjelp til å utarbeide gode forebyggingsstrategier. Kunnskapsnivået om risikogrupper og intervensjoner må heves. Tidlig intervensjon betyr også å sikre at fastleger har og benytter seg av verktøy for å vurdere problematisk alkoholforbruk. Sosial- og helsedirektoratet skal, i samarbeid med berørte direktoratet og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, utvikle og implementere en nasjonal strategi for tidlig intervensjon. Den skal definere målgrupper, arenaer og overordnede strategier for tjenestefeltet (helsetjeneste, sosialtjeneste, skole, barnevern osv.). Strategien skal ha hovedfokus på ferdigheter i tidlig identifisering og henvisning til riktig hjelpeinstans. Et opplegg for å heve kunnskapen om tidlig intervensjon vil være et sentralt element i strategien.

Norge har lang tradisjon med oppsøkende ungdomsarbeid og utekontakter. Dette arbeidet er viktig for å oppdage barn og unge i risikozonen, og må integreres i arbeidet med strategien for tidlig intervensjon.

En arbeidsgruppe har utredet hvordan en særskilt ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser og ungdom med rusmiddelavhengighet kan utformes og etableres, og hvordan retten til nødvendig helsehjelp kan styrkes. Gruppen foreslo å styrke pasientrettighetene ved å innføre en særskilt ventetidsgaranti for barn og unge innen psykisk helse og rus, bedre samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og tiltak for å øke produktiviteten og effektivisere tidsbruken i poliklinikkene. Regjeringen fremmet i april 2007 Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) hvor det foreslås en hjemmel til å forskriftsfeste en ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet.

Opptrappingsplanen for psykisk helse og oppbygging av psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, vil ha konsekvenser for tjenestetilbudet til barn og unge som står i fare for eller har utviklet rusproblemer. Minst 20 pst. av øremerkede midler fra opptrappingsplanen for psykisk

helse til kommunene skal gå til tiltak for barn og unge. Kommunene skal bygge opp lavterskeltilbud innen utredning, behandling og oppfølging av barn og ungdom med psykiske problemer, uavhengig av årsak og bakgrunn. Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene er utgitt. Den gir kommunene råd og veiledning om oppbygging av tilbudet til risikoutsatte barn og unge og om forebygging av psykiske plager og rusmiddelavhengighet. Det er lagt opp til en økning på 1060 nye årsverk til psykososialt arbeid ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten og i andre kommunale tilbud. Prosjekter med utprøving av familiesentermodellen, utvikling av kompetanse og veiledningsmaterieell til skoler og barnehager inngår i planen. Mange kommuner har utilstrekkelige tilbud til barn og unge. Antall barn og unge med psykiske lidelser som primært bør få tilbud i kommunene, og hvilke behov de har for behandling og oppfølging skal kartlegges. Kartleggingen vil også omfatte de som har volds- og traumeerfaring som tilleggsproblemer. I løpet av 2007 etableres fem regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Sentrene skal bidra med nødvendig kompetanse og veiledning til alle deler av hjelpeapparatet. Målet er å gi råd og veiledning til kommunene om oppfølging og rehabilitering av barn og ungdom og øke kompetansen i kommunene. Rusarbeidet skal ses i sammenheng med dette.

Unge med rusmiddelproblemer og deres familier befinner seg i en svært vanskelig og krevende situasjon, og behøver rask hjelp og effektiv behandling. Eksisterende tiltak og behandlingsmetoder rettet mot denne gruppen skal videreutvikles og forbedres. Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis (Atferdssenteret) har gjennomført et utviklingsarbeid rettet mot unge med alvorlige atferdsvansker, heriblant rusmiddelproblemer. Arbeidet har foregått gjennom å utvide den familie- og nærmiljøbaserte behandlingsmetoden multisystemisk terapi (MST) med en annen kunnskapsbasert metode, Contingency Management (CM) – også kalt læringsbasert rusbehandling. Kombinasjonen har vist lovende resultater, og arbeidet med utvidet MST-behandling for unge med rusmiddelproblemer videreføres. Det er også igangsatt et prosjekt med implementering av CM innen tiltakssystemet for unge med rusproblemer i seks fylker. Prosjektet er rettet mot barneverninstitusjoner, poliklinikker og ruskollektiver som gir et behandlingstilbud til unge under 18 år med rusproblemer.

Tiltak:

- Styrke kompetansen i kommunene blant annet gjennom veiledning fra fagteamene i barnevernet (Barne- og likestillingsdepartementet)
- Heve kompetansen om tidlig identifisering og tidlig intervensjon blant ansatte som kommer i kontakt med risikoutsatt barn og ungdom (Sosial- og helsedirektoratet)
- Sikre at fastleger har verktøy for å vurdere problematisk alkoholbruk hos pasienter (Sosial- og helsedirektoratet)
- Styrke kommunenes lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet (Sosial- og helsedirektoratet)
- Innføre særskilt ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige under 23 år (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Kartlegge omfang av barn og unge med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og hvilke behov de har for behandling og oppfølging (Sosial- og helsedirektoratet)

### Delmål 3.2 Styrke tilbudet til rusmiddelavhengige i kommunene

*Personer med rusmiddelproblemer skal få langt bedre personlig oppfølging i kommunene. Regjeringen vil innføre en prøveordning med koordinerende «tillitspersoner» for rusmiddelavhengige. Tjenestene skal bli mer tilgjengelige og fleksible. Det skal satses mer på sosial inkludering, rehabilitering og nettverksarbeid, og tettere oppfølging etter opphold i behandlingsinstitusjon og fengsel. For å nå de som ikke oppsøker ordinære tjenester, skal lavterskeltiltak, oppsøkende og ambulant virksomhet styrkes. Gode og helhetlige tjenester i kommunene er en forutsetning for at vi skal lykkes med innsatsen på rusfeltet.*

Flere nyere rapporter og evalueringer fra Helseilsynet, Riksrevisjonen og Sintef dokumenterer tjenestetilbudet for personer med rusmiddelproblemer. Felles for disse er at de peker på at det er behov for langt bedre oppfølging i kommunene. Kommunene er grunnpilaren i velferdstilbudet, og et godt og helhetlig tilbud er en forutsetning for at den enkelte skal få en god rehabilitering. Gode kommunale tjenester og god samhandling med andre instanser er også en forutsetning for at vi skal få bedre effekt av innsatsen i spesialisthelsetjenesten og andre instanser.

Regjeringen vil derfor satse systematisk på å styrke og videreutvikle det kommunale rusarbeidet. Utfordringer som er påpekt i evalueringene av legemiddelassistert rehabilitering og av rusreformen, tilsynsrapporter og andre evalueringer inngår i utviklingsarbeidet.

### *Mer systematisk individuell oppfølging*

Den enkeltes behov for individuell veiledning, tilgjengelige tjenester og helhetlig oppfølging skal stå sentralt i videreutvikling av tjenestetilbudet. Regjeringen vil som en prøveordning stimulere til bruk av koordinerende «tillitspersoner» for rusmiddelavhengige i kommunene. Hensikten er å løse den enkelte gjennom hjelpeapparatet og bidra til at rusmiddelavhengige i større grad mottar tjenester de har behov for og oppnår en god rehabilitering. Individuell plan, aktivisering, deltakelse i kvalifiseringsprogrammet under arbeids- og velferdsetaten og ikke minst bistand til å få bolig og til biveiledning, er eksempler på viktige tiltak som den koordinerende «tillitspersonen» skal bidra til. Ordningen skal også bidra til at flere får individuell plan og at omfanget av tilbakefall etter institusjons- og fengselsopphold reduseres. Ordningen skal være lokalbasert og ta hensyn til lokale variasjoner og brukernes ulike behov. Kommunene kan samarbeide med frivillige organisasjoner i et partnerskap, men tilbudet må være forankret i sosialtjenesteloven slik at hensynet til saksbehandlingsregler og rettssikkerhet ivaretas. Regjeringen foreslår å innføre en tilskuddsordning hvor kommune og stat samfinansierer lokale prosjekter i inntil fire år. Fylkesmennene vil, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, få en sentral rolle i å forvalte stimuleringsstilskuddet. Sosial- og helsedirektoratet vil utarbeide retningslinjer for tilskuddet.

Sosial- og helsedirektoratet skal også samarbeide med fylkesmenn og KS om mer systematisk oppfølging av igangsatte prosjekter og utvikling av nye modeller for individuell oppfølging og organisering av tjenestene. Det skal bygges videre på erfaringene fra satsingen på legemiddelassistert rehabilitering og lavterskel helsetiltak, og det skal også ses hen til erfaringene med psykisk helsearbeid i kommunene og tiltakene for å bekjempe fattigdom. Utviklingsarbeidet skal bidra til at tjenester for personer med rusmiddelproblemer ses i sammenheng med øvrige habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Direktoratet skal samarbeide med brukerorganisasjoner og kommuner om å samle gode eksempler på individuell oppfølging og gjøre disse kjent for andre kommuner. Regjeringen legger også fram en strategi for habilitering og rehabilitering, se kapittel 9, hvor forslag om å styrke individuell plan også vil omfatte rusfeltet. Det er spesielt viktig med tett oppfølging etter fengsels- og institusjonsopphold. Oppfølgingen må bli mer tverrfaglig, og ulike deltjenester må samarbeide tettere. Satsingen på å utvikle tjenestetilbudet i kommunene må også ses i lys av tiltak for å styrke

kompetanse og kvalitet. Erfaringene med å styrke arbeidet med individuell plan og å prøve ut personlige koordinerende «tillitspersoner» for rusmiddelavhengige, skal også benyttes i arbeidet med andre brukere som har behov for sammensatte og langvarige tjenester, jf. strategien for rehabilitering og habilitering – se kapittel 9.

### *Et mangfoldig og fleksibelt tiltaksapparat*

Individuelle behov, tilgjengelighet og fleksibilitet skal også styrkes i de ulike tjenesteområdene og tiltakene som kommunene arbeider med. Kommunene må ha et variert tilbud fordi brukernes funksjons- og mestringsnivå er ulikt. Den enkeltes rehabiliteringsmålsetning er forskjellig og kan variere fra det å få en bedre hverdag til å bli rusfri og selvhjulpen.

Samlokalisering av deler eller hele sosialtjenesten med arbeids- og velferdsetaten gir muligheter for mer målrettet rehabiliteringsarbeid på rusfeltet. Kommunal helse- og sosialtjeneste har sammenfallende mål med arbeids- og velferdsetaten. Mulighetene som åpner seg med den nye arbeids- og velferdsetaten vil gi bedre oppfølging og mer helhetlig tilbud til personer med rusmiddelproblemer.

Innføringen av det foreslåtte kvalifiseringsprogrammet i arbeids- og velferdsetaten, jf. Ot.prp. nr. 70 (2006–2007), vil bidra til at også personer med rusmiddelproblemer får flere muligheter til å delta i arbeidslivet og i andre aktiviteter. Programmet er en oppfølging av St.meld. nr. 9 (2006–2007), Arbeid, velferd og inkludering, hvor regjeringen har foreslått strategier og tiltak for å styrke inkluderingen for personer som har problemer med å få innpass i arbeidslivet eller er i ferd med å falle ut av det. Regjeringen foreslår at det etableres et nytt kvalifiseringsprogram med tilhørende kvalifiseringsstønad for personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og med ingen eller svært begrensede ytelser til livsopphold fra arbeids- og velferdsetaten. Formålet er å bidra til at flere i målgruppen kommer i arbeid gjennom tettere og mer forpliktende bistand og oppfølging fra arbeids- og velferdsforvaltningen. Det foreslås at ansvaret for ordningen blir kommunalt og at forvaltningen i likhet med økonomisk sosialhjelp legges til NAV-kontoret. Kvalifiseringsprogrammet skal bestå av arbeidsmarkedstiltak, opplæring, arbeidstrening, motivasjons- og mestringsstrening, eventuelt i kombinasjon med medisinsk behandling, opptrening og egenaktivitet som for eksempel jobbsøking. Arbeidsmarkedssatsingen for langtidsmottakere av sosialhjelp skal styrkes gjennom etablering av kvalifiseringsprogrammet.



Meningsfulle aktiviteter, mestring og livskvalitet er grunnleggende i den enkeltes rehabiliteringsprosess. Rusmiddelavhengige skal gis mulighet til sosial inkludering og deltakelse i sitt nærmiljø ut fra den enkeltes behov og mål. Dette omfatter tilbud om arbeid eller arbeidsrettede tiltak, aktiviteter som «grønne» lærings- og mestringsarenaer (tilrettelagte pedagogiske tilbud på gårdsbruk), lavterskel arbeidstiltak, fritidsaktiviteter og gode væresteder. Kultur- og fritidstiltak, for eksempel bruk av teater og musikk, kan være viktig for mange. Samarbeid med frivillig sektor kan bidra til å styrke nettverk og sosial mestring.

Regjeringens strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007–2012 viderefører og styrker den målrettede innsatsen i opptrappingsplanen for psykisk helse, og er et supplement til St.meld. nr. 9 (2006–2007), Arbeid, velferd og inkludering. Regjeringens mål med denne planen er å hindre utstøting og å lette inkludering i arbeidslivet for personer med lettere og mer omfattende lidelser/problemer, samt personer som i tillegg har rusmiddelproblemer. Strategiplanen viderefører satsingen i prosjektet Vilje Viser Vei – satsingen på arbeid og psykisk helse i NAV – og er for en stor del rettet mot personlig oppfølging og kompetanseheving, samt arbeidsrettede tiltak.

Økonomiske problemer og gjeldsproblemer bidrar til en vanskelig livssituasjon for mange med rusmiddelproblemer. Sosial- og helsedirektoratet og fylkesmennene skal følge opp kommunenes rådgivning med særlig vekt på å skape økt bevissthet om økonomi- og gjeldsrådgivning.

Økonomiske problemer kan være knyttet til skattekrav, ubetalte bøter og bidragsgjeld. Dette er gjeld til offentlige kreditorer, gjeld som det er vanskelig å sanere, og hvor det ofte etableres gjeldsordninger eller tvangsinnkreving. Dette kan påvirke motivasjonen til å få hjelp til å mestre sitt eget liv og svekke de økonomiske incentivene til å komme tilbake i arbeid. For vanskeligstilte skattytere er det påbegynt et arbeid for å vurdere regelverk og praksis vedrørende innkreving av skattekrav. Kriminalomsorgen skal søke å legge til rette for at soning av bøter i større grad skal kunne gjennomføres i medhold av straffegjennomføringsloven § 12.

#### *Mer bruk av oppsøkende virksomhet*

Kommunale sosial- og helsetjenester må nå ut til dem som har behov for det, selv om de ikke selv oppsøker offentlige kontorer. Det kan gjelde både personer som står i fare for å utvikle et rusmiddelproblem, og personer med så store rusmiddel- og fungeringsproblemer at det kan være vanskelig å holde avtaler. Å være til stede på ulike arenaer

bidrar til bedre tilgjengelighet og kontakt med personer som ikke oppsøker kommunale tjenester. Tjenestene, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, bør i langt større grad være fleksible for å holde kontakt med denne gruppen. Flere kommuner har gode erfaringer med oppsøkende virksomhet blant barn og unge og rusmiddelavhengige. Det er gode eksempler på samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten om ambulant virksomhet. Det oppsøkende arbeidet skal videreutvikles og ses i sammenheng med modellutvikling for organisering av sosialtjenesten og arbeidet med en strategi for tidlig intervensjon.

#### *Rus og helse*

Mange med rusmiddelproblemer har også psykiske problemer. Flere kommuner velger å samlokalisere rus- og psykisk helsearbeid eller å opprette egne fagteam for psykisk helse og rus, og mange har fellestiltak for brukere med både rusmiddelproblemer og psykiske problemer.

Fastlegene har et ansvar for rusmiddelavhengige, som for befolkningen for øvrig. Legenes rolle er styrket gjennom at de følger opp deltakere i legemiddelassistert rehabilitering og kan henvise til tverrfaglig spesialisert behandling. Fastlegene har også en viktig funksjon i å fange opp rusmiddelproblemer på et tidlig tidspunkt. I mange tilfeller gjør fastlegene en god innsats for personer med rusmiddelproblemer, mens det i andre tilfeller er vanskelig å få tilgang på fastleger. Legenes ansvar skal derfor tydeliggjøres, og det er nødvendig med bedre samarbeid mellom fastleger og sosialtjenesten.

Ordningen med lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige er opprettet for å gi et helsetilbud til rusmiddelavhengige som ikke klarer å bruke det ordinære helsetilbudet. Tiltaket skal, gjennom variert aktivitet og gatenære tilbud, 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. Ordningen med lavterskel helsetiltak er under evaluering, og rapport vil bli lagt fram ved utgangen av 2007. Foreløpige rapporter viser at tiltakene ser ut til å nå målgruppen. 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.

Rusmiddelavhengige med sammensatte helseproblemer kan ha behov for døgnbasert helse- og omsorgstilbud og tjenester fra pleie- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehus og institusjon. En undersøkelse fra Høgskolen i Gjøvik (2006) viser at en økende andel av gruppen under 67 år som mottar hjemmetjenester, har rusmiddelproblemer. Etter oppdrag fra daværende Helsedepartementet og i samarbeid med Oslo kommune etablerte Frelsesarmeen i 2005 Gatehospitalet som et treårig prosjekt. Regjeringen vil foreslå å videreføre tilskuddet til Gatehospitalet i samarbeid med Oslo kommune, og bidra til at det kan utvikles et eget tilbud til kvinner. Prosjektet evalueres og erfaringene vil bidra til å utvikle pleie- og omsorgstjenestene slik at de i større grad når rusmiddelavhengige.

Rusmiddelavhengige har dårligere tannhelse enn den øvrige befolkningen – ofte på grunn av dårlig økonomi. Tannhelse er et prioritert område for å bedre helsetilstanden og styrke mulighetene for sosial og arbeidsrettet rehabilitering. Rusmiddelavhengige under behandling i spesialisthelsetjenesten har rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester. Rusmiddelavhengige i kommunale rustiltak har siden 2006 hatt et oppsøkende, tilrettelagt og gratis tilbud om tannhelsetjenester. Innsatte i fengsel får tilbud om tannhelsetjenester, finansiert gjennom øremerkede tilskudd til fylkeskommuner. Tannhelsetilbud ble en del av lavterskel helsetilbud i kommunene i 2005. Helse- og omsorgsdepartementet la fram St.meld. nr. 35 (2006–2007), Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, om tannhelsefeltet våren 2007. Spørsmålet om ytterligere utvidelse av tannhelsetilbudet og lovforankring av tjenestene vil være en del av oppfølgingen av meldingen.

Stortinget vedtok i 2004 en midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven). Det er lagt til rette for forsøk, og Stortinget har vedtatt å forlenge loven om prøveordning med inntil to år, til og med 2009. Ordningen blir evaluert i løpet av 2007, og evalueringen vil være en del av grunnlaget for vurdering av videreføring og utvikling av gode tilbud.

#### *Kommunal innsats på rusfeltet – en integrert del av helhetlige kommunale tjenester*

Hovedtyngden av tjenester til personer med rusmiddelproblemer inngår i ordinære kommunale tjenester og finansieres over rammen til kommunene. I følge evalueringen av rusreformen har det vært en økning i antall årsverk relatert til rusmiddelproblemer i kommunene, samtidig som det er store variasjoner mellom kommunene i ressursbruk og omfang av tjenester. Behovet for å styrke

kommunalt arbeid for rehabilitering av rusmiddelavhengige må sees i sammenheng med styrking av kommuneøkonomien, og med St.meld. nr. 25 (2005–2006), Mestring, muligheter og mening. Den kommunale omsorgstjenesten skal styrkes med 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009 sammenlignet med 2004. Omsorgstjenester omfatter også oppfølging av mennesker med rusmiddelproblemer. Omsorgstjenestene skal styrkes med kompetanse og rekruttering gjennom Kompetanseløftet 2015. Innsatsen på rusfeltet i kommunene henger også sammen med tiltak gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse og regjeringens innsats mot fattigdom. En statlig tilskuddsordning for rusmiddeltiltak i kommunene skal stimulere til forsøks- og utviklingsarbeid, og det gis blant annet øremerkede tilskudd til utvikling av legemiddelasistert rehabilitering og lavterskel helsetiltak. Den statlige tilskuddsordningen skal målrettes ytterligere for å stimulere til metode- og fagutvikling for bedre individuell oppfølging, og den skal nå flere kommuner. Tilskuddene skal også ses i lys av samarbeidet mellom Sosial- og helsedirektoratet, KS og fylkesmennene på rusfeltet.

#### Tiltak:

- Innføre en prøveordning med koordinerende «tillitspersoner» for rusmiddelavhengige i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Utvikle modeller for god organisering av kommunalt rusarbeid (Sosial- og helsedirektoratet)
- Samle gode eksempler om individuell oppfølging og gjøre disse kjent for andre kommuner (Sosial- og helsedirektoratet)
- Styrke kommunalt rusarbeid og tverrfaglig oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Innføre kvalifiseringsprogram for å styrke innsatsen for personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne og med ingen eller begrensede rettigheter i folketrygden (Arbeids- og inkluderingsdepartementet)
- Legge til rette for at arbeidsrettede tiltak, varierte aktivitetstilbud, «grønne» lærings- og mestningsarenaer, sosiale aktiviteter og fritidsaktiviteter tilbys som del av rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Øke kompetansen og kvaliteten i kommunenes tilbud om økonomi- og gjeldsrådgivning (Sosial- og helsedirektoratet)
- Vurdere regelverk og praksis vedrørende skatte- og avgiftskrav (Finansdepartementet)
- Legge til rette for at soning av bøter i større grad kan gjennomføres i medhold av straffegjennomføringsloven § 12 (Justis- og politidepartementet)
- Videreutvikle det oppsøkende arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet)

- Evaluere lavterskel helsetiltak og spre erfaringene med lavterskel helsetiltak til andre kommuner (Sosial- og helsedirektoratet)
- Videreføre tilskudd til Gatehospitalet, videreutvikle tiltaket og styrke pleie- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Videreutvikle tannhelsetilbudet til rusmiddelavhengige (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Følge opp evalueringen av sprøyterom (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Styrke omsorgstjenestene, herunder rusarbeid, med kompetanse og rekruttering gjennom Kompetanseløftet 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Målrette tilskuddsordningen til kommunale rustiltak (Helse- og omsorgsdepartementet)

### Delmål 3.3 Styrke boligtilbudet til rusmiddelavhengige

*En god bosituasjon er viktig for rehabilitering, helse og verdighet. Det er i de senere årene utviklet et mangfold av bolig- og tjenestemodeller, blant annet gjennom Prosjekt bostedsløse og innsats knyttet til gjennomføringen av strategien På vei til egen bolig. Arbeidet skal videreutvikles, og erfaringer skal spres til flere kommuner.*

Innsatsen for å redusere bostedsløshet har gitt resultater. Mange pasienter i legemiddelassistert rehabilitering har ved hjelp av Husbankens låne- og tilskuddsordninger og sosialfaglig oppfølging fått tilrettelagt bolig gjennom kommunen, og noen har kunnet kjøpe egen bolig. Likevel viser den siste tellingen at antall bostedsløse generelt har økt noe, spesielt i mindre kommuner.

Bostedsløshet starter ofte med utkastelse. I noen tilfeller kunne utkastelse vært unngått dersom hjelpeapparatet hadde kjent til at leietaker hadde behov for hjelp. For at hjelpeapparatet skal kunne kobles inn tidligere har det blitt innført en varslingsregel i husleieloven som trådte i kraft fra 1. juli 2007. Regelen innebærer at utleier kan varsle sosialtjenesten i kommunen om leiers mislighold dersom det er grunn til det. Sosialtjenesten får dermed mulighet til å ta tak i forholdene som har ført til misligholdet på et tidligere tidspunkt og unngå at folk blir kastet ut av boligen.

Tall fra kommune-stat-rapporteringen viser en økning i antall opphold i midlertidige botilbud, fra i overkant av 4200 i 2005 til nærmere 4500 i 2006. Det er i 2007 satt i gang arbeid med forsøksprosjekter i de fire største byene, samt i enkelte andre kommuner med utfordringer knyttet til bruk av midlertidige botilbud. Siktemålet er å utvikle metoder og tiltak for oppfølging av personer som opp-

holder seg i midlertidige botilbud, slik at disse kan få tilbud om varig bolig. Tiltaket videreføres i 2008.

Strategien På vei til egen bolig avsluttes i 2007. Regjeringens mål om å avskaffe bostedsløshet er ikke nådd. Innsatsen vil derfor videreføres med like høy prioritet som tidligere. Det foreslås i St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Kommunal- og regionaldepartementet at tiltak som bidrar til å redusere bostedsløshet fortsatt skal ha førsteprioritet innenfor Husbankens låne- og tilskuddsordninger. Husbanken skal fortsette sitt koordinerende og kompetansehevende arbeid mot kommunene og andre sentrale aktører som f.eks. frivillige organisasjoner.

Boligtilskuddet fra Husbanken gis til oppføring eller kjøp av utleieboliger for vanskeligstilte. Tilskuddet gis vanligvis til kommuner, men kan også gis til selskaper, stiftelser mv. Tilskuddsandelen er inntil 20 pst. av kostnaden. Tilskuddsordningen skal gjennomgås i lys av andre ordninger for å bidra til et bedre boligtilbud til vanskeligstilte.

Regjeringen har i St.meld. nr. 25 (2005–2006), Mestring, muligheter og mening, varslet et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger. Målgruppen for ordningen er personer med behov for omfattende omsorgstjenester. Tilskuddet skal bl.a. styrke kommunenes botilbud til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. I St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Kommunal- og regionaldepartementet foreslås ramme, bevilgning og utforming av ordningen.

Tiltak:

- Styrke innsatsen for å avskaffe bostedsløshet – et særlig fokus rettes mot bostedsløshet i mindre kommuner (Kommunal- og regionaldepartementet)
- Styrke arbeidet med å forebygge bostedsløshet, herunder reduksjon av omfanget av utkastelser og midlertidige botilbud (Kommunal- og regionaldepartementet)
- Utvikle metoder og rutiner for oppfølging av personer i midlertidig botilbud slik at disse kan få tilbud om varig bolig (Arbeids- og inkluderingsdepartementet)
- Innføre et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger (Kommunal- og regionaldepartementet)

### Delmål 3.4 Styrke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk

*De regionale helseforetakene har sørget for en betydelig kapasitetsøkning i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, og tjenestene er i større grad innrettet slik at rusmiddelavhengige får et sammensatt og helhetlig behandlingstilbud. Samtidig har*

*antall henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling økt. Innsatsen og kapasiteten skal økes for å møte behandlingsbehovet.*

For å sikre tilstrekkelig tilgjengelighet til tverrfaglig spesialisert behandling skal kapasiteten økes, både antall behandlingsplasser og personell. Den prosentvise veksten i behandling innen tverrfaglig spesialisert behandling og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten skal være sterkere enn veksten i somatikken. For å redusere ventetiden til vurdering og behandling skal bemanning, kvalitet og kapasitet styrkes. Dette gjelder akutfunksjoner, avrusning, tvang, polikliniske og ambulante tilbud, samt deler av døgnbehandlingstjenestene. Der det er nødvendig skal tjenestene oppgraderes for å tilfredsstille de krav som stilles til spesialisthelsetjeneste. Behandlingskjeden skal være helhetlig, og det skal sikres sammenheng mellom planlagt avrusning og videre behandlingsopplegg. De regionale helseforetakene skal ha gode rutiner for å følge opp pasienter som avbryter behandlingen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-15. Spesialisthelsetjenesten skal bidra til å unngå brudd i behandlingsskjeden slik det pekes på i evalueringen av rusreformen.

Behandlingstilbudet for personer med rusmiddelproblemer er mangfoldig, med ulike behandlingsintervensjoner og en kombinasjon av offentlige og private tjenesteytere. Det omfatter avrusning, polikliniske behandlingstilbud, døgnbehandling og legemiddelassistert rehabilitering. Med unntak av avrusning og legemiddelassistert rehabilitering, inngår legemidler i liten grad i behandlingstilbudene.

Om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp og hvilket behandlingstilbud som er aktuelt, avgjøres av spesialisthelsetjenesten etter individuell vurdering. Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering kan i mange tilfeller også ha behov for behandling i ruspoliklinikk eller døgninstitusjon.

De regionale helseforetakene har ansvar for å videreutvikle tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk innenfor fastsatte rammer og regelverk. Samtlige regionale helseforetak har utarbeidet rusplaner. Planene legger opp til faglig kapasitets- og kompetansemessig styrking av behandlingstilbudene. Det gjelder både der legemidler inngår i behandlingen og i de øvrige behandlingstilbudene. Det er et mål å videreføre et bredt og mangfoldig behandlingstilbud tilpasset pasientenes behov.

Mange rusmiddelavhengige har omfattende psykiske og somatiske lidelser i tillegg til sitt rusmiddelproblem. Disse får bare i begrenset grad behandling for sine sammensatte lidelser. Psykisk helsevern har ansvar for pasienter med dobbeltdi-

agnose. Denne diagnosen forutsetter alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, affektive sinnslidelser eller alvorlige personlighetsforstyrrelser og vedvarende alvorlig rusmiddelavhengighet. De som har lettere psykiske lidelser ved siden av rusmiddelavhengighet, faller utenfor denne definisjonen. Evalueringen av rusreformen påpeker at samarbeidet mellom tjenestene for rusmiddelavhengige med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten er blitt bedre. Det er likevel betydelige utfordringer knyttet til rusmiddelavhengige som har behov for et sammensatt behandlingstilbud. Kartleggingsverktøy skal tas i bruk ved vurdering og diagnostisering. Det må sørges for bedre samordning og samhandling mellom tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk og psykisk helsevern, og tjenestene må tilbys samtidig. Tiltak i denne planen må ses i sammenheng med opptrappingsplanen for psykisk helse og Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger for videreutvikling av tjenestene ved distriktpsychiatriske sentre.

Helse- og omsorgsdepartementet fremmet våren 2007 Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) om endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Forslagene i proposisjonen medfører en tydeliggjøring av de fortolkninger og den praktisering av pasientrettighetsloven som ble etablert etter rusreformen. Det gjelder for eksempel rett til vurdering innen 30 virkedager ved henvisning til all rusbehandling. I denne proposisjonen har Helse- og omsorgsdepartementet også foreslått en tilføyelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 som pålegger de regionale helseforetakene å utpeke akutt plasser for tverrfaglig spesialisert behandling. Forslaget understreker de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for akutt plasser for rusbehandling, for akutt avrusning og kriseinntak.

Evalueringen av legemiddelassistert rehabilitering viser at ventetiden varierer mye mellom helse-regionene. Behandlings- og rehabiliteringsinnsatsen varierer både mellom og innad i kommunene og regionene. Som ledd i oppfølgingen av evalueringen, foreslås det i Ot.prp. nr. 53 (2006–2007) en hjemmel til å utarbeide forskrifter om legemiddelassistert rehabilitering. Disse forskriftene vil kunne omfatte formål, kriterier for inntak og utskrivning, krav om individuell plan, ansvarsgrupper og krav om urinprøve. Faglige retningslinjer og en eventuell forskrift vil erstatte gjeldende rundskriv for legemiddelassistert rehabilitering, og bidra til at legemiddelassistert rehabilitering blir et enda bedre tilbud. Departementet har også igangsatt et arbeid som vil regulere kostnadene ved utdeling av medisiner i legemiddelassistert rehabilitering og gi bedre kontroll over kostna-

dene til innkjøp av medisinene som benyttes i denne behandlingen.

Evalueringen av rusreformen gir et viktig grunnlag for å videreutvikle de spesialiserte tjenestene. Evalueringen gir blant annet kunnskap om målene med reformen er nådd, om rusmiddelavhengige med sammensatte problemer har fått bedre tjenester, praktiseringen av pasientrettighetene, samordning av tilbud, henvisningsordningen og utviklingen i ventetider.

I 2006 gjennomførte Statens helsetilsyn et landsomfattende tilsyn med tverrfaglig spesialisert behandling for å vurdere om virksomhetene ivaretar de krav som er stilt i lov og forskrift. Rapporten fra tilsynet vil sammen med evalueringen av rusreformen legge grunnlaget for ytterligere oppfølgingstiltak i planperioden.

Det er behov for videreutvikling og en nærmere angivelse av innholdet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. En tverrfaglig nasjonal gruppe skal vurdere disse spørsmålene, og resultatet av arbeidet vil utgjøre et viktig grunnlag i denne sammenheng.

Tiltak:

- Øke innsatsen og behandlingsskapiteten til tverrfaglig spesialisert behandling, herunder legemiddelassistert rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Sikre bedre rutiner for helhetlig behandling for å unngå behandlingsavbrudd (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Øke innsatsen og behandlingsskapiteten i psykisk helsevern og ambulant virksomhet for de som har både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Styrke tilbudet for pasienter med rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Endre pasientrettighetsloven etter rusreformen (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Ferdigstille faglige retningslinjer om legemiddelassistert rehabilitering (Sosial- og helsedirektoratet)
- Vurdere forskrift om nærmere regulering av legemiddelassistert rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet)

### Delmål 3.5 Bedre tilgjengeligheten til tjenester for innsatte og domfelte

*60 pst. av alle innsatte i fengsel har et rusmiddelproblem (Fafo 2004). De har på lik linje med andre rett til å få sitt hjelpebehov vurdert, og rett til tilpasset behandling og oppfølging. Mye tyder på at tilgjengeligheten til tjenesteapparatet er lavere for denne*

*gruppen enn for andre. Dette vil regjeringen gjøre noe med.*

Flere innsatte med rusmiddelproblemer skal få mulighet til bedre behandling og rehabilitering under fengselsopphold og annen straffegjennomføring. Dette krever et nært samarbeid mellom fengslene og de regionale helseforetakene, og mellom fengslene og kommunene. Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og politidirektoratet har utarbeidet et rundskriv som tydeliggjør ansvar, oppgaver og koordinering mellom kommunene, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen når det gjelder innsatte og domfelte rusmiddelavhengige. Rundskrivet skal styrke og intensivere samarbeidet og sikre oppfølging og kontinuitet i tiltakene. Det skal legges til rette for at aktuelle tjenester finner fram til gode samarbeidsløsninger og felles planer regionalt og lokalt. Behovet for sammenheng i tjenestene før, under og etter soning, innebærer at det ikke bør utvikles særomsorg for personer i kriminalomsorgen.

Det ble i 2006 gjennomført 41 484 fengselsdøgn etter straffegjennomføringsloven § 12 fordelt på 439 personer. Det skal arbeides for at flere innsatte med rusmiddelproblemer kan gjennomføre deler av straffen i institusjon etter § 12. Det er ønskelig at tilgangen til denne formen for straffegjennomføring øker. Finansieringen av slike tiltak skal gjennomgås.

Det skal etableres rusmestringsenheter i norske fengsler. En av disse skal legges til et kvinnefengsel. I dag finnes det tre liknende enheter i Oslo, Bergen og Trondheim. I 2007 vil det bli etablert rusmestringsenheter ved fengsler i Sarpsborg, Bodø og Stavanger. Formålet med enhetene er å styrke tilbudet til innsatte og domfelte rusmiddelavhengige som har behov for rusbehandling og rehabilitering. Ansatte i enhetene bør ha både helse- og sosialfaglig og fengselsfaglig bakgrunn. Behandling og rehabilitering som er startet opp i fengsel må følges opp etter løslatelse. Det legges derfor til rette for et godt samarbeid med friomsorgen og de kommunale tjenestene allerede under straffegjennomføringen.

Det er særlig behov for å styrke tjenestene til innsatte i løslatelsesfasen. Samarbeidet mellom de involverte partene må starte opp i god tid før den vanskelige overgangen fra fengsel til frihet. Samarbeid med frivillige organisasjoner, som for eksempel WayBack, er viktig i denne fasen.

Det pågår en treårig prøveordning med Narkotikaprogram med domstolskontroll i Oslo og Bergen for å tilby alternativ til soning for domfelte med rusmiddelproblemer. Deltakerne får tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten som ledd i et aktivt rehabiliteringsopplegg. Kriminalom-

sorgen samarbeider med Helse Vest RHF og Helse Øst RHF (nå Helse Sør-Øst RHF) i tillegg til Bergen og Oslo kommune. Gjennom forsøket utvikles erfaringer med tverretattlig samarbeid om oppfølging av domfelte. Forsøket skal evalueres og deretter vurderes videreført og utvidet. Kriminalomsorgen utarbeider i 2007 en helhetlig strategi for å motvirke rusmiddelmissbruk. Formålet er at rehabiliteringstiltakene skal økes og at kontrolltiltakene i større grad skal fremme rehabiliteringen.

Tiltak:

- Bedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen (Justis- og politidepartementet)
- Øke antall fengselsdøgn som gjennomføres i institusjon etter straffegjennomføringsloven § 12 (Justis- og politidepartementet)
- Etablere rusmestringsenheter i fengsler (Justis- og politidepartementet)
- Styrke tjenestene til innsatte i løslatelsesfasen (Justis- og politidepartementet)
- Evaluere prøveordningen Narkotikaprogram med domstolskontroll og vurdere videreføring og utvidelse (Justis- og politidepartementet)
- Utarbeide helhetlig strategi for å motvirke rusmiddelmissbruk i kriminalomsorgen (Justis- og politidepartementet)

#### Mål 4: Mer forpliktende samhandling

Personer med rusmiddelproblemer har ofte sammensatte problemer og behov for langvarig oppfølging. Å styrke samhandling mellom ulike tjenester er spesielt viktig for denne gruppen. Regjeringen innfører en særskilt rapportering for å forbedre samhandlingen mellom tjenestene og gjøre den mer forpliktende. Mye godt arbeid gjøres allerede, og vi skal sørge for at gode eksempler spres. Utarbeiding av individuell plan er lovpålagt og det viktigste verktøyet vi har for samhandling. Vi vet at for få rusmiddelavhengige har individuell plan. Vi skal forenkle dagens veileder for individuell plan og tilpasse den spesielt til personer med rusmiddelproblemer. I tillegg skal vi styrke opplæringen i å utarbeide individuelle planer og utarbeide verktøy spesielt tilpasset situasjonen til rusmiddelavhengige. Bruken av avtaler som virkemiddel for samarbeid og samordning mellom ulike aktører skal økes. Avtaler er et viktig redskap for samhandling på systemnivå, og regjeringen har inngått en ny nasjonal rammeavtale med KS om samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten der også rusfeltet er inkludert. Forslag om å utvide pasientombudenes ansvarsområde til kommunale helse- og omsorgstjenester har vært på høring.

#### Samhandlingen skal gjøres mer forpliktende

Mange personer med rusmiddelproblemer har behov for tjenester både fra ulike kommunale instanser og fra spesialisthelsetjenesten. Levekårsproblemer har en tendens til å hope seg opp. Belastninger og problemer øker i takt med økende misbruk. Omfattende helsemessige og sosiale problemer kommer ofte i tillegg til et komplisert avhengighetsbilde og gjentatte behandlingsforsøk. Disse konklusjonene kommer blant annet fram i en rapport fra Sintef om helsetilstanden til de tyngste rusmiddelmissbrukerne fra 2003 og i en rapport fra Diakonhjemmets høgskolesenter fra 2002.

Norge har et bredt tiltaksapparat på rusfeltet. Flere offentlige instanser på alle forvaltningsnivå, samt frivillige og private aktører er involvert. Rusmiddelavhengige har ofte vanskeligheter med å finne fram i tjenesteapparatet. Samordning aktørene imellom er derfor viktig. Svikt i samhandlingen fører til at effekten av innsatsen reduseres.

Mangel på samhandling innad i og mellom kommunale sosial-, helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og andre sektorer er kanskje den største utfordringen vi står overfor. Det er behov for å avklare roller og bli enig om handlingsmønstre. For å nå de politiske målsetningene om helhetlige helse- og sosialtjenester, må alle ta sin del av ansvaret.

Kommunene må sikre godt samarbeid internt, med spesialisthelsetjenesten, arbeids- og velferdsetaten, kriminalomsorgen og andre offentlige, frivillige og private aktører. Samarbeidet mellom stat og kommune må styrkes for å sikre gode bo- og rehabiliteringsforhold etter behandling i spesialisthelsetjeneste eller løslatelse fra fengsel.

Overgangen fra behandlingstilstand og fengsel til kommunale tjenester er en kritisk periode. Helsetilsynet påpeker at kommunene ofte mangler oversikt over hvem som oppholder seg i institusjon, særlig i private institusjoner. Hjelpetiltak kan være satt i gang uten at ansvarlig myndighet er involvert. Frivillige og private aktører må også inviteres og forpliktes til samhandling. Det er behov for tiltak som legger til rette for samhandling, både på system- og individnivå. At aktørene samarbeider og samordner seg, er av avgjørende betydning for å sikre en best mulig samlet effekt av innsatsen til de involverte instansene.

I St.prp. nr. 1 (2006–2007) for Helse- og omsorgsdepartementet, del III, kapittel 6, Nasjonal helseplan (2007–2010), gis en bred omtale av samhandlingsutfordringer som de kommunale sosial- og helsetjenestene og spesialisthelsetjenesten står overfor. NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt, en sam-

menhengende helsetjeneste, og flere utvalg og arbeidsgrupper har også behandlet dette spørsmålet. Det gjør også nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, jf. kapittel 9, også her er rusfeltet omtalt. Det er et viktig helsepolitisk mål å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet, særlig for de som trenger langvarige og koordinerte tjenester. Samhandling må inngå som en naturlig del av arbeidet. Likeverdige partnerskap og gjensidig respekt er nødvendig for å lykkes.

#### Delmål 4.1 Bedre samordning av tjenester til barn og unge

*Vi skal satse på tiltak for å sikre god samordning for barn og unge. Barn og unge er spesielt sårbare og samordningen involverer ofte flere aktører enn ved tjenester til voksne.*

Det skal satses mer på samordning mellom barnevern, barne- og ungdomspsykiatri og tverrfaglig spesialisert behandling. Barn og unge som får hjelp fra disse aktørene trenger også ofte bistand fra andre tjenester, for eksempel familievern. Flere departementer har utgitt et felles rundskriv om forebygging og samarbeid i arbeidet med barn og unge i kommunene.

Individuell plan er også et viktig verktøy for å samordne tjenester til barn som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Hva gjelder barn med nedsatt funksjonsevne er det utarbeidet et eget rundskriv for å oppfordre til samarbeid mellom ulike nivå og instanser. Rundskrivet har overføringsverdi også til rusfeltet.

I 2005 ble det inngått en samarbeidsavtale mellom Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet for å forene kreftene i arbeidet for å nå de mest utsatte barna, og sikre mer helhetlige tjenester. Avtalen er treårig og sikrer forpliktende samarbeid om fagutvikling på nasjonalt nivå. Samarbeidsavtalen skal følges opp.

Offentlige etater som kommer i kontakt med barn og unge med rusmiddelproblemer skal ha gode rutiner for meldinger til barnevernet. Barnevernet på sin side skal ha gode rutiner for å følge opp slike meldinger. For å sikre at meldinger følges bedre opp skal praksis for meldinger til barnevernet kartlegges og rutinene endres dersom det er behov for det.

Regionale helseforetak og regionalt statlig barnevern inngikk samarbeidsavtaler i 2004. Målet er å gi de som er særlig utsatt og har sammensatte behov tidlig og riktig hjelp. Avtalene er overordnede og instruerer de ulike helseforetaks- og fagteamområdene om å utvikle lokale avtaler. Avtalene skal følges opp.

Tiltak:

- Formidle rundskriv om forebygging og samarbeid om barn og unge (Barne- og likestillingsdepartementet)
- Vurdere behov for å sende ut rundskriv om hvordan rutinene rundt behandling av meldinger til barnevernet bør være for å sikre at meldinger følges opp på en god måte (Barne- og likestillingsdepartementet)

#### Delmål 4.2 Bedre samhandling og kontinuitet i tjenestene

*Behandling, rehabilitering og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer innebærer ofte at flere tiltak må settes inn samtidig eller rett etter hverandre. Mange opplever at tjenestene ytes fragmentert og lite sammenhengende. Vi vil sikre bedre kvalitet og ressursutnyttelse ved å sørge for bedre samhandling og kontinuitet.*

Samhandlingsutfordringene skal løses lokalt og i den utøvende tjenesten, jf. NOU 2005: 3, Fra stykkevis til delt, en sammenhengende helsetjeneste. Samhandling forutsetter at tjenestene har god kjennskap til hverandres oppgaver og ansvar. Statlige myndigheter skal legge til rette for samarbeid. Henvisninger og epikriser er viktige verktøy for å bedre kommunikasjonen mellom tjenestene. Ulik forståelse fører til dårlig samhandling. Ulike instanser skal bli flinkere til å gi gjensidig informasjon og veiledning. De regionale helseforetakene har i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Kommunene skal formidle kunnskap tilbake. I tillegg bør tjenestene ha god kjennskap til og godt samarbeid med private institusjoner og frivillige organisasjoner. Informasjons- og kunnskapsformidlingen skal videreutvikles og bedres.

Rusmiddelavhengige har ofte rusfrie perioder for så å falle tilbake til misbruket. Evalueringen av rusreformen viste at mange rusmiddelavhengige opplever brudd i behandlingsforløpet. Det er nødvendig å ha rutiner for samhandling også ved det uforutsette. Mange rusinstitusjoner har lang erfaring og betydelig kompetanse i å samhandle med kommunene. Det er nødvendig å ha gode rutiner for oppfølging etter døgn- eller poliklinisk behandling. Sosial- og helsedirektoratet skal, i samarbeid med brukerorganisasjoner, systematisere erfaringer og legge fram gode eksempler på samarbeid mellom regionale helseforetak og kommuner både ved planlagte og ikke-planlagte behandlingsavbrudd.

For å sikre mer forpliktende samhandling skal en overordnet rapportering om samhandling og samhandlingsutfordringer mellom regionale helseforetak og kommuner etableres. Rapporteringen

skal gå til Sosial- og helsedirektoratet og basere seg på det som oppleves å være utfordringene lokalt.

I lys av evalueringen av rusreformen er det naturlig å vurdere om det er behov for ytterligere tiltak for å styrke samhandlingen mellom regionale helseforetak og kommuner. Blant annet vil utprøving av koordinerende «tillitspersoner» i kommunene kunne bidra til et mer helhetlig og bedre samordnet tjenestetilbud.

Flere steder er det etablert praksiskonsulentordninger for å bedre samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Gjennom ordningene tilbys fastleger og allmennleger deltidsstillinger i sykehusavdelinger. Dette gir gode muligheter for dialog mellom leger og annet helse- og sosialpersonell. Antall fastleger i praksiskonsulentordningen med deltidsstilling i tverrfaglig spesialisert behandling skal økes.

Det skal også settes fokus på samarbeidet mellom de regionale helseforetakene og kommunene på den ene siden, og private og frivillige tjenesteytere som har avtaler med de offentlige instansene på den andre. I denne sammenheng skal det arbeides for at de private og frivillige aktørene på en god måte sikres forutsigbarhet og langsiktighet, slik at disse gis de beste forutsetninger for å yte tjenester på et høyt faglig nivå – i godt samspill med de offentlige aktørene.

Det er et betydelig antall private og frivillige tjenesteytere som har avtaler med kommunene og spesialisthelsetjenesten. Erfaringene fra disse aktørene er av relevans for fagutviklingen på rusfeltet, og det skal derfor legges til rette for at disse trekkes aktivt med i kommunenes og spesialisthelsetjenestens arbeide med fagutvikling og kompetanseheving.

Videre skal det foretas en vurdering av de eksisterende finansierungsordningene for å se om disse på en god nok måte legger til rette for samhandling og samarbeid mellom ulike tjenesteytere.

Personer med rusmiddelproblemer har oftere psykiske lidelser enn andre. Erfaringer fra kommunene viser at psykisk helsearbeid og rusarbeid har flere felles trekk. Tilrettelegging av tjenestene skal ta hensyn til at brukerne kan ha ulikt funksjonsnivå. Det skal utvikles metodikk som ivaretar de ulike brukergruppene bedre, herunder metoder for funksjonskartlegging. Flere kommuner har fellestiltak som gir tilbud til brukere med både rusmiddelproblemer og psykiske problemer. Storby-satsingen under opptrappingsplanen for psykisk helse videreføres og gir tilbud til brukere som har særlig dårlige levekår og som i liten grad nyttiggjør seg det etablerte behandlings- og oppfølgingstilbudet.

Husbanken forvalter tilskuddsmidler til etablering av bedre samhandlingsrutiner. I forbindelse med strategien På vei til egen bolig samarbeider Husbanken med fylkesmennene om å drive kommunenettverk. Formålet er å stimulere til gjensidig erfaringsutveksling.

Forslag om å utvide pasientombudenes ansvarsområde til kommunale helse- og omsorgstjenester har vært på høring. Departementet tar sikte på å legge fram et lovforslag for Stortinget i løpet av høsten 2007. En utvidelse vil kunne bidra til styrket rettsikkerhet og likhet i tjenestene. I tillegg vil en utvidelse styrke rettighetene til mennesker som ikke er i stand til å fremme sine egne omsorgsbehov når en opplever at det kommunale tjenestetilbudet ikke er tilfredsstillende.

Helsetilsynets tilsynsmelding for 2006 viser at det er lite kunnskap og dokumentasjon om alkoholforgiftninger i spesialisthelsetjenesten. Dette fører til at oppfølgingen av disse pasientene er mangelfull. Videre viser en rapport fra Helsetilsynet fra 2007 at oppfølging av alkoholforgiftninger krever økt samarbeid mellom berørte deler av spesialisthelsetjenesten og stiller større krav til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Overslag viser at det er mellom 8500 og 12 500 injiserende rusmiddelavhengige i Norge. Av disse har om lag halvparten tilhold i Oslo-regionen. Samtidig har Oslo også det største antall personer med alvorlige alkoholproblemer. I begge disse gruppene er det en betydelig andel som ved siden av sin rusmiddelavhengighet også har til dels omfattende psykiske lidelser, somatiske lidelser og svært ofte store sosiale problemer. Alt dette fører til en meget ustabil livsstil preget av bostedsløshet og sosial utslåthet.

Det er spesielle utfordringer i Oslo for å imøtekomme behovet for akuttjenester for rusmiddelavhengige. Etter rusreformen ble ansvaret for avrusnings- og akuttjenestene for rusmiddelavhengige i Oslo til staten ved tidligere Helse Øst RHF. I tiden etter reformen har det vist seg at det samlede akuttilbudet i Oslo ikke er tilstrekkelig for å imøtekomme rusmiddelavhengiges behov for avrusnings- og akuttjenester. Det er også behov for å styrke de kommunale oppfølgingstjenestene, herunder bolig, omsorgs- og helsetiltak, aktivisering og arbeid. Det gis betydelig statlige tilskudd til Oslo kommune til kommunale rustiltak og til frivillige organisasjoner som arbeider på rusfeltet i Oslo, og det er nødvendig med en bedre samordning av innsatsen for sikre brukerne et helhetlig og tilgjengelig tilbud. Det er derfor startet en prosess mellom Oslo kommune, Helse Sør-Øst RHF samt frivillige organisasjoner som tilbyr de aktuelle tjenestene. Denne prosessen skal danne



grunnlaget for et best mulig samarbeid mellom de nevnte aktørene, slik at alle som har behov for ulike akutt- og avrusningstilbud kan få dette og kvaliteten på oppfølgingstilbudene styrkes. Samtidig vil Helse Sør-Øst RHF sørge for å styrke sitt akutttilbud for den samme pasientgruppen i Oslo-regionen.

Tiltak:

- Bedre de regionale helseforetakenes veiledning til kommunene og kommunenes formidling av kunnskap til de regionale helseforetakene (Sosial- og helsedirektoratet)
- Systematisere og legge fram gode eksempler på samarbeid mellom regionale helseforetak og kommuner (Sosial- og helsedirektoratet)
- Etablere en overordnet rapportering på samhandling og samhandlingsutfordringer for de regionale helseforetakene og kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Styrke praksiskonsulentordningen ved å øke antall deltidsstillinger i tverrfaglig spesialisert behandling for fastleger (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Øke bruken av kommunenettverk for å legge til rette for erfaringsoverføring mellom kommuner (Kommunal- og regionaldepartementet)
- Foreslå utvidelse av pasientombudsordningen til å omfatte de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet)

#### Delmål 4.3 Styrke bruken av individuell plan

*Personer med behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan dersom de ønsker det. Til tross for dette viser flere rapporter at få rusmiddelavhengige har individuell plan. Vi vil legge bedre til rette for bruk av individuell plan.*

Individuell plan skal utarbeides. Forskrift om individuell plan er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, lov om psykisk helsevern og lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, og pålegger de offentlige instansene å utarbeide individuelle planer. Planen skal inneholde en oversikt over hvem som deltar i arbeidet, hvem som har ansvaret for samordning og framdrift, aktuelle tiltak og omfanget av disse. Den skal også angi tidsperspektiv for tjenestebehovet og beskrive hvordan tiltakene skal gjennomføres. Planen skal utarbeides og gjennomføres i nært samarbeid med brukeren.

Regjeringen vil styrke arbeidet med individuell plan. For å sikre at alle får utarbeidet individuell plan skal det satses mer på opplæring og bistand til de ansatte i tjenesteapparatet. Tjenestenes ansvar for å ta i bruk individuell plan skal tydeliggjøres

ytterligere. Utprøving av koordinerende «tillitspersoner», jf. delmål 3.2, må blant annet ses i lys av behovet for å øke bruken av individuell plan. Sosial- og helsedirektoratet skal utarbeide en forenklet utgave av gjeldende veileder og den skal spesielt tilpasses personer med rusmiddelproblemer. Dermed får tjenestene et godt redskap for å utarbeide individuelle planer på en enkel måte. Flere fylkesmenn og regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål driver allerede opplæring i utarbeidelse av individuell plan. Opplæring i saksbehandling, boligsosialt arbeid samt rådgivning og tilrettelegging av ulike kartleggingsverktøy skal supplere denne opplæringen. I tillegg skal Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med fylkesmenn, regionale kompetansesentre og brukerorganisasjoner, gjennomføre oppsummeringer og spredning av erfaringer om individuell plan til tjenestene. Fylkesmennene skal få et større ansvar for å følge opp arbeidet med individuell plan i kommunene, spesielt i kommuner hvor bruken er individuell plan er uforholdsmessig lav.

Også innsatte med rusmiddelproblemer kan ha rett til individuell plan. Rundskriv om samarbeid mellom kommunetjenesten, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen overfor innsatte og domfelte rusmiddelavhengige, legger forholdene bedre til rette for utarbeidelse av individuell plan for innsatte som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Den nye avtaleordningen mellom staten og KS skal gjøre oppfølgingen av individuell plan til et gjennomgående tema.

Tiltak:

- Øke bruken av individuell plan (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utarbeide en forenklet utgave av gjeldende veileder om individuell plan og tilpasse den til personer med rusmiddelproblemer (Sosial- og helsedirektoratet)
- Gjennomføre oppsummeringer og spredning av erfaringer om individuell plan i samarbeid med fylkesmenn, regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål og brukerorganisasjoner (Sosial- og helsedirektoratet)
- Gjøre individuell plan til et gjennomgående tema i avtaleordningen mellom staten og KS (Helse- og omsorgsdepartementet)

#### Delmål 4.4 Øke bruken av avtalesystemer

*Individuell plan er et verktøy for samhandling på individnivå. Også på systemnivå må vi ha redskap som sikrer at det jobbes systematisk og målrettet med å løse samhandlingsutfordringer. Vi vil inngå forpliktende avtaler for å styrke samhandlingen.*

Økt samhandling krever innsats på mange områder, og det er summen av enkelttiltak satt i system som gir bedre koordinerte tjenester. Regjeringen og KS inngikk i juni 2007 en treårig nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Avtalen er et av tiltakene i Nasjonal helseplan (2007–2010). Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS. Et sentralt mål med rammeavtalen er å understøtte inngåelse av lokale avtaler, og danne grunnlag for samarbeid mellom kommuner og helseforetak som likeverdige parter. Brukerne må kunne forvente et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Dette krever systematisk arbeid på bred front med en rekke tiltak. Partene vil jobbe tett med pasient- og brukerorganisasjoner i oppfølgingen for å sikre det brukerrettede fokus i arbeidet med avtalen. Arbeidet må ses i sammenheng med prosesser for å utarbeide strategier for samhandling og desentralisering i helseforetakene. Alle de regionale helseforetakene har nedfelt dette i sine strategier. Flere helseforetak har allerede inngått samarbeidsavtaler med kommunene i sitt nærområde.

Regjeringen har inngått en samarbeidsavtale med KS om å forebygge og bekjempe bostedsløshet, og en delavtale om bosetting ved løslatelse fra fengsel er inngått mellom Justisdepartementet og KS. Det er utarbeidet en mønsteravtale for avtaler mellom kommuner og fengsel/kriminalomsorg lokalt. Dette har bidratt til nye prosjekter, blant annet innenfor kriminalomsorgen. Prosjektene legger opp til at bosetting kan forberedes under fengselstiden, og at det på systemnivå kan legges til rette for rutiner som sikrer at boligtilbudet er klart. Erfaringene evalueres årlig i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS. Avtalen vil bli videreført, og erfaringer fra kommuner som kan vise til gode resultater når det gjelder å bekjempe bostedsløshet skal videreformidles.

Kriminalomsorgens sentrale forvaltning og Arbeids- og velferdsdirektoratet har inngått en samarbeidsavtale for å styrke domfeltes tilknytning til arbeidsmarkedet. Avtalen skal bidra til et forpliktende og systematisk samarbeid mellom de to sektorene. Det skal stimuleres til avtaler og samarbeidsmodeller mellom kommuner og helseforetak eller behandlingsinstitusjoner der boligforberedelse inngår. Husbankens kompetansetilskudd kan benyttes.

Samarbeid mellom barnevern, psykisk helsevern for barn og unge og tiltak for personer med rusmiddelproblemer er en forutsetning for å møte barn med sammensatte behov på god måte. Det er inngått forpliktende samarbeidsavtaler på regionalt nivå mellom helseforetakene og statlig regionalt

barnevern. Samarbeidet mellom sentrale instanser må skje på alle nivå, og også ute i kommunene. Mange fagteam i barnevernet har inngått samarbeidsavtaler med dette formålet.

#### Tiltak:

- Følge opp nasjonal rammeavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Reforhandle avtalen mellom regjeringen og KS om tiltak for å forebygge og bekjempe bostedsløshet (Kommunal- og regionaldepartementet)
- Styrke bosettingen etter løslatelse fra fengsel (Justis- og politidepartementet)
- Styrke domfeltes tilknytning til arbeidsmarkedet (Justis- og politidepartementet)

#### Delmål 4.5 Bedre samordning av lokale forebyggingstiltak

*Forebygging må bestå av både tilgjengelighets- og etterspørselsbegrensende tiltak. Flere steder driver kommuner og frivillige organisasjoner ulike forebyggingstiltak rettet mot samme målgruppe, men uavhengig av hverandre. Vi vil legge til rette for at kommunenes forebyggingstiltak ses i en helhetlig sammenheng og at de ses i sammenheng med oppfølging av personer med rusmiddelproblemer.*

Etter alkoholloven § 1-7d skal kommunene utarbeide alkoholpolitiske handlingsplaner. For å bedre samordningen og fremme helhetlig planlegging anbefales det at planen omhandler hele rusfeltet, ikke bare alkoholpolitikken. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan. Verktøyet er utarbeidet for at kommunene på en systematisk og helhetlig måte skal kunne planlegge rusmiddelpolitikken. Planen kan synliggjøre og legge føringer på hvordan ulike kommunale enheter og frivillige organisasjoner samarbeider og samordner sine tiltak. Ikke minst er det viktig at retningslinjer for salgs- og skjenkepolitikken ses i sammenheng med andre forebyggingstiltak. For ytterligere å bistå kommunene med å planlegge rusarbeidet er det utviklet en interaktiv rådgivningstjeneste og tipsside – [www.kommunetorget.no](http://www.kommunetorget.no).

Gjennom det såkalte regionprosjektet er det i perioden 2004 til 2006 utviklet og prøvd ut modeller for å samordne lokale forebyggingstiltak. En evalueringsrapport vil foreligge høsten 2007. Denne legger grunnlaget for å vurdere hvordan arbeidet skal følges opp. Sosial- og helsedirektoratet skal, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, arbeide for å spre erfaringer fra regionprosjektet til andre kommuner.

Sosial- og helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet har sammen utgitt en forskningsrapport om rusforebyggende innsatser i skolen (2006). Den vil, sammen med det øvrige kvalitetsarbeidet, være retningsgivende for å utvikle kvaliteten på det rusforebyggende arbeidet i skolen. Det skal stimuleres til at programmer som i dag vurderes å ha lav sannsynlighet for resultater kan endres og videreutvikles.

Sosial- og helsedirektoratet skal, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene og med utgangspunkt i veileder for rusmiddelpolitisk handlingsplan, erfaringene fra regionprosjektet, rapporten om forebygging i skolen, samt utviklingsarbeidet om tidlig intervensjon, iverksette et opplegg for opplæring og kunnskapsformidling. Målet er å samordne og styrke lokal forebygging i kommunene. Samarbeidet med frivillige organisasjoner skal sikres der det er naturlig og hensiktsmessig.

Sosial- og helsedirektoratet tildeler tilskudd til rusforebyggende prosjekter til kommuner og andre aktører. Tilskuddsordningene skal støtte opp under målet om at alle kommuner skal utvikle helhetlige rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Kommuner som ikke har slik plan skal gis bistand til å utvikle det.

Flere kommunale og statlige aktører har tilsynsoppgaver knyttet til næringsdrivende i salgs- og serveringsbransjen. Berørte departementer skal drøfte tiltak for å sikre effektivt og samordnet tilsyn og oppnå forenkling for næringsdrivende.

Tiltak:

- Bistå kommuner som ikke har helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan med å utarbeide det (Sosial- og helsedirektoratet)
- Videreutvikle det rusforebyggende arbeidet i skolen (Sosial- og helsedirektoratet)
- Styrke og samordne opplæring og kunnskapsformidling om lokal forebygging (Sosial- og helsedirektoratet)
- Vurdere tiltak for å sikre effektivt og samordnet tilsyn og oppnå forenkling for næringsdrivende (Helse- og omsorgsdepartementet)

#### **Mål 5: Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende**

Regjeringen vil løfte fram brukerperspektivet for å sikre bedre tjenester. Vi skal satse særlig på tiltak for barn av rusmiddelmissbrukende eller psykisk syke foreldre. Det skal utarbeides nye retningslinjer for arbeidet med denne sårbare gruppen. Kommunene trenger mer kompetanse i å identifisere og intervensjon tidlig overfor barn som lider. Med en ny stilling i et fagteam i hver region, står det statlige barnevernet bedre rustet til å drive opplæring og veiledning til kommunene. Det skal utar-

beides en egen nasjonal strategi for tidlig intervensjon. Mange pårørende har store ubrukte ressurser, og disse ressursene må brukes bedre. Vi vil med en nasjonal konferanse av og med pårørende starte opp et arbeid for å sikre dette.

#### **Behov for økt brukerinnflytelse**

Brukernes behov og muligheter skal være utgangspunkt for tjenestene. Mestring og deltakelse er hovedformål med rehabiliteringstjenester. En av de største samhandlingsutfordringene er at brukernes behov ikke tas nok hensyn til når tjenestene skal utvikles. Betydningen av og kunnskap om brukerperspektiv og brukermedvirkning må være forankret i ledelsen og hos de ansatte i tjenestene. Medvirkning fra brukere og pårørende skal styrkes for å sikre god og helhetlig behandling og rehabilitering.

Individuell plan sikrer brukermedvirkning fordi den gir tjenestemottakeren innflytelse over egen situasjon. Det må legges til rette for brukermedvirkning i hele planprosessen.

Anslagsvis 130 000 familier lever med psykisk sykdom og/eller rusmiddelproblemer. Alkoholmisbruk har konsekvenser for flere enn misbrukeren. En undersøkelse publisert i Tidsskrift for den Norske Lægeforening i 2003 viser at gjennomsnittlig tre personer i nær familie sliter med reaksjoner og symptomer direkte knyttet til atferd og problemer alkoholmisbrukeren har. Det antas at 200 000–300 000 barn har dette som en del av sitt liv og de lever i en utsatt, uforutsigbar og vanskelig omsorgssituasjon. En rapport fra Statens institutt for rusmiddelforskning fra 2005 viser at mange har store psykiske problemer og atferdsvansker, og risikoen for selv å utvikle rusmiddelproblemer er høyere enn hos andre barn. Dette er barn som barneverntjeneste, helsestasjon, barnehage og skole må være særskilt årvåkne overfor. En del av disse barna er vanskelige å få kontakt med, og en viktig utfordring er å oppdage dem. De skal få bedre oppfølging og hjelp enn i dag. En forutsetning er at de identifiseres tidlig og at nødvendige tiltak iverksettes.

Pårørende til rusmiddelavhengige kan være en viktig ressurs, men blir dessverre ofte glemt av tjenestene. Belastningen pårørende utsettes for fører ofte til at de selv får behov for hjelp. Pårørendes synspunkter og innspill skal ivaretas og synliggjøres, og vi trenger økt dokumentasjon om deres livssituasjon og behov. Brukeres interesser og behov er ikke nødvendigvis sammenfallende med interessene til de pårørende. Like fullt er det viktig at pårørende i større grad blir lyttet til, enten det gjelder egne behandlings- og rehabiliteringsbehov eller ønsket om å medvirke i kraft av rollen som

pårørende. Helseforetakene og mange rusinstitusjoner har i dag egne tilbud for pårørende, men mye gjenstår før bruker- og pårørendeperspektivet er fullt ut ivaretatt i tjenestene.

Virkemidler som bidrar til økt brukerinnflytelse skal løftes fram. Brukerne skal både ha innflytelse på eget tjenestetilbud og på politikkkutforming, organisering og systematisk kvalitetsarbeid i tjenestene.

#### Delmål 5.1 Bedre oppfølging og hjelp til barn av personer med rusmiddelproblemer

*Barn og ungdom som har foreldre som misbruker rusmidler er oftere utsatt for omsorgssvikt, overgrep og vold enn andre. Disse skal identifiseres og gis hjelp så tidlig som mulig.*

De regionale helseforetakene ble i 2006 pålagt å sørge for at unge med rusmiddelproblemer får et helhetlig tilbud, og at barn og ungdom med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre vurderes og sikres oppfølging dersom de har behov for det. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere behovet for en rettslig regulering som kan ivareta behovene til barn av psykiatriske pasienter og rusmiddelavhengige innen rus- og psykiatritjenestene. Stortinget har i romertallsvedtak VII fra Budsjett-innst. S. nr. 11 (2006–2007) bedt om at det gjøres en slik vurdering.

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet et rundskriv og en sjekklister med spørsmål som tjenesteytere bør stille når de er i kontakt med psykisk syke eller rusmiddelavhengige. Sosial- og helsedirektoratet skal utarbeide en veileder til tjenestene om ivaretagelse av barn som har foreldre med psykiske problemer og/eller rusproblemer. Vi skal også se på muligheten for å utarbeide indikatorer for å kartlegge hvor mange som lever i familier der foreldre eller søsken har rusmiddelproblemer eller er psykisk syke. Barnehage, skole, fritidsarenaer, helse- og sosialtjeneste og barnevern er sentrale aktører og samarbeidspartnere. Se også omtalen under delmål 3.1 om at Sosial- og helsedirektoratet skal utvikle og implementere en nasjonal strategi for tidlig intervensjon, som blant annet skal ha fokus på ferdigheter i tidlig identifisering og henvisning til riktig hjelpeinstans.

Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider om en satsing på tiltak for barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre. 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.

Tiltak som øker kompetansen når det gjelder identifisering og kartlegging er særlig aktuelle.

For å styrke samspillet mellom barn og foreldre planlegges det et opplæringsprogram i samspillsveiledning hvor blant annet såkalt Marte Meo-metodikk skal benyttes. En prosess- og følgeevaluering skal dokumentere om metoden har tilstrekkelig effekt. Fagteamene i det statlige regionale barnevernet skal styrkes med en stilling i hver region, noe som vil bidra til å øke spesialkompetansen om barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. Innsatsen skal forsterkes, og det skal iverksettes flere tiltak som sikrer at barn og ungdom med psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre får oppfølging og hjelp. Tiltakene skal komme barna direkte til gode, og omfatter blant annet støtte til frivillige organisasjoner som driver grupper for barn og ungdom, kompetanseheving, fagutvikling og forskning knyttet til barns innleggelse i rusinstitusjoner for voksne. Det finnes i dag mange spredte aktører og ulike typer tiltak for denne målgruppen. For å samle, systematisere og formidle kunnskap til tjenestene, etableres det i 2007 et nasjonalt kompetansenettverk under ledelse av Sørlandet sykehus HF. I samarbeid med andre instanser og fagmiljø med kompetanse på området, vil kompetansenettverket ha ansvar for å bidra til kompetansebygging knyttet til forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. Det vil bli utarbeidet informasjons- og veiledningsmaterieell som vil bli presentert på en nasjonal konferanse høsten 2007. Fra 2008 vil det bli avholdt regionale konferanser for å videreføre satsingen på kompetansebygging og erfaringsspredning.

Gravide rusmiddelavhengige skal i utgangspunktet tilbys medikamentfri behandling. Tjenestene har i tillegg plikt til å vurdere om gravide rusmiddelavhengige skal plasseres i institusjon uten eget samtykke. Dersom legemiddelassistert rehabilitering vurderes å være det beste alternativet, er det særdeles viktig at utviklingen i svangerskapet overvåkes nøye og at kvinnen får strukturert oppfølging. De siste ti årene er det født om lag 120 barn av kvinner i legemiddelassistert rehabilitering. Målet med substitusjonsbehandling i svangerskapet er å få kontroll med og forhindre bruk av rusmidler, stabilisere mors livssituasjon, redusere risiko for skader og sykdom og legge til rette for en god omsorgssituasjon. Generelt er tjenestene svært tilbakeholdne med å bruke legemidler i svangerskapet fordi dette kan gi fosterskade. Risikoen må avveies mot ulemper og risiko ved alternativ behandling eller ingen behandling i det hele tatt. Kvinner som blir gravide mens de er i legemiddelassistert rehabilitering tilbys hjelp til å

trappe ned. Det er uenighet i fagmiljøene om hva som er rett behandling for disse kvinnene og barna, og vi trenger mer kunnskap om dette. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal levere en kunnskapsoppsummering om gravide i legemiddellassistert rehabilitering. Tjenesteutvikling og økt kompetanse om behandlingsmetoder og langsiktige oppfølgingstiltak skal prioriteres.

Tiltak:

- Vurdere behovet for en rettslig regulering som kan ivareta behovene til barn av psykiatriske pasienter og rusmiddelavhengige innen rus- og psykiatritjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Utarbeide veileder for å ivareta barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre (Sosial- og helsedirektoratet)
- Kartlegge hvor mange barn og ungdom som lever i familier der søsken eller foreldre har rusmiddelproblemer eller er psykisk syke (Sosial- og helsedirektoratet)
- Satse mer på tiltak for barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Etablere kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Styrke det statlige barnevernet med en stilling i et fagteam i hver region (Barne- og likestillingsdepartementet)
- Utarbeide informasjons- og veiledningsmaterieell om barn av personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk syke foreldre (Barne- og likestillingsdepartementet)
- Avholde regionale konferanser for å videreføre satsingen på kompetansebygging og erfaringsspredning om barn av personer med rusmiddelproblemer og/eller psykisk syke foreldre (Barne- og likestillingsdepartementet)
- Øke kunnskapen om og vurdere tiltak for kvinnelige rusmiddelavhengige og kvinner som blir gravide mens de er i legemiddellassistert rehabilitering og barna deres (Sosial- og helsedirektoratet)

## Delmål 5.2 Styrke brukernes medvirkning

*Planlegging og utforming av tjenestene i samarbeid med brukerne er et lovkrav og en forutsetning for god kvalitet. Tjenestene skal innrettes slik at brukerne gis reell innflytelse, og slik at pårørende ivaretas på en god måte. Sosial- og helsedirektoratets kvalitetsstrategi for sosial- og helsetjenesten skal ligge til grunn for arbeidet.*

Effektive metoder for å involvere brukerne i beslutningsprosesser skal utvikles. Brukerne skal

få bedre tilgang på informasjon, og tiltak for å forbedre samarbeidet mellom bruker og utøver skal vurderes fortløpende. Metodene som er benyttet i arbeidet med brukermedvirkning bør evalueres. Internettbaserte tjenester, opplærings- og veiledningsprogrammer og brukerorienterte samarbeidsarenaer er eksempler på verktøy som bedrer brukernes rettigheter. Det skal stimuleres til bruk av slike verktøy.

Sentre for brukere og pårørende skal kartlegges, og vi må få mer kunnskap om hvilke funksjoner de har og hvordan samarbeid med sentrene best kan foregå. Sosial- og helsedirektoratet skal gi støtte til pårørendesenter. Sosial- og helsedirektoratet skal i samarbeid med brukerorganisasjoner utvikle kurs, informasjon og veiledningsmaterieell om tilbud og rettigheter, også materieell rettet mot grupper med annen etnisk bakgrunn enn norsk. For å starte opp dette arbeidet skal Sosial- og helsedirektoratet arrangere en nasjonal konferanse for og med pårørende til rusmiddelavhengige. Arbeidet med å styrke brukeren og vektlegge mestringsstrategier skal ses i sammenheng med tilsvarende arbeid innenfor opptrappingsplanen for psykisk helse, jf. Sosial- og helsedirektoratets tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser og plan for brukemedvirkning – mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplanen for psykisk helse.

Det er en stor påkjenning å være pårørende til rusmiddelavhengige. Mange får problemer med å delta i arbeidslivet og blir sykemeldte i lengre perioder. Dette er ødeleggende for den enkelte og negativt for samfunnet. Arbeidsmiljøloven har flere generelle bestemmelser som pålegger arbeidsgiver å ta individuelle hensyn ved utforming av arbeidssituasjon, og Arbeidstilsynet og Petroleumsstilsynet gir veiledning om disse bestemmelsene. Sosial- og helsedirektoratet skal samarbeide med arbeidsmiljømyndighetene og pårørendeorganisasjoner for å veilede om tilrettelegging av arbeidet, slik at pårørende lettere kan forbli yrkesaktive selv om de er i en vanskelig livssituasjon.

Brukeren skal medvirke når individuell plan utarbeides. Pårørende vil også kunne ha en viktig rolle, og må trekkes inn når det er mulig. Individuell plan skal sikre brukermedvirkning i utforming av tjenester.

Selvhjelpsperspektivet innen rusfeltet skal styrkes. Arbeidet skal ses i sammenheng med Nasjonal plan for selvhjelp hvor det foregår et systematisk arbeid for å styrke selvhjelp som en del av psykisk folkehelsearbeid, jf. St.meld. nr. 16 (2002–2003), Resept for et sunnere Norge – folkehelsepolitikken. Selvhjelp og deltakelse i selvhjelpsgrupper kan hjelpe den enkelte til å ta i bruk egne res-

surser i samarbeid med andre. Det er etablert et nasjonalt knutepunkt for selvhjelp på [www.selvhjelp.no](http://www.selvhjelp.no). Mestringsperspektivet i selvhjelp er ikke minst viktig for rusmiddelavhengige og deres pårørende. Organisasjoner og institusjoner som driver selvhjelp i rusfeltet er en del av knutepunktets nettverk og partnere. Knutepunktet skal bidra til systematisk utvikling av selvhjelp som metode og verktøy i rusfeltet, og bidra til å gjøre selvhjelp kjent blant brukere og ansatte i det kommunale hjelpeapparatet og i spesialisthelsetjenesten.

Tiltak:

- Ta i bruk verktøy for brukervedvirkning (Sosial- og helsedirektoratet)
- Bedre samarbeidet med sentre for brukere og pårørende i kommunene og helseregionene (Sosial- og helsedirektoratet)
- Gi økonomisk støtte til pårørendesenter (Sosial- og helsedirektoratet)
- Arrangere nasjonal konferanse for og med pårørende til rusmiddelavhengige (Sosial- og helsedirektoratet)
- Gi veiledning til pårørende om arbeidstakers rett til individuell tilrettelegging av arbeidssituasjonen (Sosial- og helsedirektoratet)
- I samarbeid med brukerorganisasjoner, bistå fylkesmennene med mer intensiv opplæring i å utarbeide individuelle planer (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utvikle selvhjelp som metode og verktøy i rusfeltet og bidra til at selvhjelp gjøres kjent blant brukere, i kommunene og i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet)

**Delmål 5.3 Mer systematisk bruk av brukererfaringer i kvalitetsarbeidet**

*Systematisk innhenting av bruker- og pårønderfaringer er viktig for å utvikle gode og effektive tjenester. Slike erfaringer er nødvendige korrektiver, og er med på å stimulere til stadige forbedringer. Vi vil sikre at arbeidet med brukererfaringer brukes mer systematisk i kvalitetsarbeidet.*

Sosial- og helsedirektoratet skal utvikle kvalitetsindikatorer på rusfeltet, noe som vil styrke brukervedvirkningen på individ- og systemnivå. Regionale helseforetak og de enkelte helseforetak har opprettet brukerråd eller brukertvalg der rusfeltet er representert. Det er fokus på rusproblematikk i bruker- og pårønderopplæringen. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomfører pasienterfaringundersøkelser. Det er foreslått å gjøre en temaundersøkelse om bruker- og pårønderfaringer innen tverrfaglig spesialisert behandling.

For å kvalitetssikre og utvikle tjenestene skal alle kommuner og helseforetak ha opplegg for sys-

tematisk tilbakeføring av brukererfaringer. Brukervedvirkning skal være en del av kommunenes og de regionale helseforetakenes internkontrollsystem. Internkontroll betyr systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen. Det skal sikres at erfaringer fra brukere og pårørende inngår i forbedringsarbeidet i virksomhetene.

Det skal settes i gang et arbeid for å vurdere gode modeller for hvordan brukervedvirkning kan skje i tjenestene. Erfaringer fra brukerråd, brukertvalg, senter for brukererfaring og brukertombud skal tas med i arbeidet.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 fastsetter at opplæring av pasienter og pårørende er en oppgave spesialisthelsetjenesten skal ivareta. Det er etablert lærings- og mestringscentre i alle landets helseregioner. Sentrene lager opplæringstilbud for pasienter og pårørende og bidrar til at opplæring er en integrert del av all medisinsk behandling og rehabilitering. De legger opp til god brukervedvirkning i utformingen av opplæringsprogrammene. Helse- og omsorgsdepartementet skal, i samråd med de regionale helseforetakene, vurdere sentrenes rolle overfor til brukere i tverrfaglig spesialisert behandling og deres pårørende. Sentrene er også en naturlig samhandlingsarena for kommunene.

Tiltak:

- Gjennomføre en temaundersøkelse for bruker- og pårønderfaringer i tverrfaglig spesialisert behandling (Helse- og omsorgsdepartementet)
- Sikre at brukerundersøkelser og brukervedvirkning er en integrert del av internkontrollsystemene i spesialisthelsetjenesten og kommunene (Sosial- og helsedirektoratet)
- Utvikle modeller for brukervedvirkning i kommuner og helseforetak (Sosial- og helsedirektoratet)
- Styrke lærings- og mestringscentrenes rolle overfor rusmiddelavhengige og deres pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet)

### **Økonomiske konsekvenser og oppfølging**

#### **Økonomiske konsekvenser**

Utgangspunktet er at det ordinære tiltaksapparatet skal være tilgjengelig og gi nødvendig hjelp til personer med rusmiddelproblemer. Fastlegereformen, sykehusreformen, rusreformen og NAV-reformen (ny arbeids- og velferdsforvaltning) har medført endringer i de organisatoriske rammene

for tiltaksapparatet, og dermed også i tilbudet til rusmiddelavhengige.

For 2006 ble rusfeltet styrket med om lag 140 mill. kroner, herunder styrket denne regjeringen rusfeltet med 91,5 mill. kroner, jf. St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005–2006). Rusfeltet ble videre styrket med 70 mill. kroner i forbindelse med statsbudsjettet for 2007. I og med vedtakelsen av forslagene i St.prp. nr. 44 (2006–2007) ble rusfeltet tilført ytterligere 50 mill. kroner. For 2008 videreføres 8,0 mill. kroner til legemiddelassistert rehabilitering, jf. St.prp. nr. 44 (2006–2007). Videre foreslås en styrking på 100 mill. kroner. For nærmere omtale av styrkingen for 2008, se kap. 718.

For 2008 foreslås videre spesialisthelsetjenesten styrket med 900 mill. kroner til aktivitetsvekst i helseforetakene, tilsvarende 1 ½ pst. vekst for all pasientbehandling. Dette medfører en styrking av tverrfaglig spesialisert behandling på om lag 30 mill. kroner.

Forslagene vil innebære at rusfeltet i 2008 vil være styrket med nær 350 mill. kroner sammenliknet med 2005. Ytterligere styrking av rusfeltet skal behandles i de ordinære budsjettprosessene.

Videre legges det også for 2008 til grunn at den prosentvise veksten i tverrfaglig spesialisert behandling og i psykiatrien skal være større enn veksten i somatikken, noe som vil medføre en ytterligere styrking. Budsjettet for de regionale helseforetakene legger til rette for god oppfølging av rusfeltet.

Også den bedre økonomiske situasjonen for kommunesektoren gir mulighet til å prioritere arbeidet mot rusmiddelproblemer i tråd med mål og tiltak i planen. Kommunene er ansvarlig for hvordan tjenestene organiseres og utvikles videre. Gjennom bedre organisering kan ressursene også utnyttes bedre.

I tillegg kommer satsinger knyttet til andre politikkområder, f.eks. fattigdomsatsingen, som til dels også innebærer en styrking av rusfeltet.

#### Innsats mot rusmiddelproblemer i andre planer

For å få et samlet bilde av innsatsen mot rusmiddelproblemer må det også ses hen til planer og strategier på andre, delvis overlappende, områder. Handlingsplan mot fattigdom, handlingsplan for

integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen og mål for inkludering, nasjonal helseplan, strategien På vei til egen bolig og opptrappingsplan for psykisk helse har alle virkninger på rusfeltet. Regjeringens stortingsmelding om arbeid, velferd og inkludering vil også få betydning for arbeidet mot rusmiddelproblemer. Det samme gjelder stortingsmeldingen Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller og den nye nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering. Opptrappingsplanen for rusfeltet må også ses i sammenheng med samarbeidet med KS om kvalitetsutvikling i de kommunale tjenestene og avtalen om tiltak for å forebygge og bekjempe bostedsløshet.

#### Gjennomføring og oppfølging

Opptrappingsplanen er utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet i nært samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Justis- og politidepartementet, Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet. Også Finansdepartementet, Samferdselsdepartementet og Utenriksdepartementet har ansvar og oppgaver i planen. En rekke av tiltakene skal konkretiseres i løpet av planperioden. For å sikre systematisk videreutvikling og gjennomføring av tiltak, skal det etableres en ordning med koordineringsmøter mellom berørte departementer og relevante ytre etater. Koordineringsmøtene skal ledes av Helse- og omsorgsdepartementet, som også er ansvarlig for å koordinere opptrappingsplanen med andre planer.

Det vil være en kontinuerlig oppfølging i planperioden. Planen angir en hovedansvarlig aktør for hvert tiltak. Denne aktøren har ansvar for å sette tiltaket i gang og involvere berørte aktører. Hovedansvarlig har også ansvar for rapportering. For øvrig gjelder den alminnelige ansvarsdelingen i forvaltningen. Sosial- og helsedirektoratet har et betydelig ansvar for implementering av planen, herunder hovedansvar for mange av tiltakene.

Status og framdrift på de ulike tiltakene skal rapporteres årlig til Helse- og omsorgsdepartementet, og rapporteringen skal gi grunnlag for en årlig oppsummering som viser måloppnåelse og framdrift for tiltakene.

## 9 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011

### 9.1 Introduksjon og sammendrag

Rehabilitering har ikke den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Det overordnede målet for rehabiliteringsstrategien er å endre dette. Endringsarbeidet krever tiltak og innsats på mange områder og langsiktig utviklingsarbeid.

Ti punkter står sentralt i strategien:

- Det må settes inn tilstrekkelige ressurser på habiliterings- og rehabiliteringsområdet slik at det etableres riktig kapasitet for tjenestene. Det er også av betydning hvordan habilitering og rehabilitering prioriteres i den samlede ressursbruk i kommunene og i spesialisthelsetjenesten og i andre sektorer. I stor grad dreier dette seg om at habilitering og rehabilitering blir riktig og bedre prioritert innad i de ulike tjenesteområdene.
- Den politiske styringen av arbeidet skal styrkes. Dette skal skje med sterkere medvirkning fra brukerorganisasjonene. Det skal etableres et oppfølgingssystem for strategien som etablerer fast kontakt mellom politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet og brukerorganisasjonene.
- Brukermedvirkningen skal styrkes. Brukeren skal være sentral i egen rehabilitering. Hvordan likemannsarbeid kan brukes, skal inngå i dette arbeidet.
- Rehabiliteringsstrategien er primært rettet inn mot helse- og omsorgssektoren, men en rehabiliteringsstrategi kan ikke lykkes uten et nært samarbeid mellom samfunns-/departementsområder som har ansvar for tiltak som må inngå i tilbudet den enkelte brukeren. Dette gjelder områder som arbeid, utdanning, barn- og unges oppvekstforhold generelt, men også andre områder er viktige. I oppfølgingen av strategien vil det på departementsnivå bli etablert et eget samarbeid mellom relevante departementer, og i regi av Sosial- og helsedirektoratet vil tilsvarende bli gjort på direktoratsnivå. Det vil bli lagt vekt på å inkludere kontakt og dialog med kommunesektoren i disse oppleggene.
- Individuell plan og koordinerende enheter er tiltak som er innført for å styrke rehabiliteringstjenestene, men som i dag ikke fungerer etter intensjonen. Det samme gjelder andre koordineringstiltak i spesialisthelsetjenesten og kommunene, dels også pasientrettigheter. Konsekvensen er manglende koordinering og samhandling, noe som har negative effekter for brukerne. Strategien legger vekt på å få disse tiltakene til å bli gjennomført og virke i samsvar med intensjonene. Sentralt i dette arbeidet vil være at det i tjenesteapparatet identifiseres personer som i større grad kan ivareta brukerens behov for koordinering av tjenestene.
- Private institusjoner, noen drevet av ideelle organisasjoner, er en viktig ressurs i rehabiliteringsarbeidet. Det må erkjennes at deres rolle og rammebetingelser ikke har vært tilstrekkelig klarlagt. De private virksomhetenes organisasjoner vil bli invitert, sammen med andre berørte aktørgrupper, til en samlet gjennomgang av situasjonen. Sentralt i dette vil være å avklare behovet for nasjonale retningslinjer, samt at det skal etableres mer langsiktighet og forutsigbarhet i de private virksomhetenes rammebetingelser.
- Kommunene har en sentral rolle i rehabiliteringsarbeidet. Utgangspunktet skal være at rehabilitering skal tilbys på laveste effektive omsorgsnivå (LEON- prinsippet). Det legges opp til samarbeidsmønstre som skal ivareta helheten i tjenesteytingen, ved at kommunal, statlig og privat tjenesteyting blir sett i sammenheng. Oppfølgingen av kommunenes lovpålagte oppgaver vil stå sentralt i strategien.
- Faglig kvalitet og status knyttet til habiliterings- og rehabiliteringstjenestene skal styrkes. Det skal satses systematisk på utviklingen av kvalitet. Dette vil også bidra til å gi området økt prestisje innen helsetjenesten.
- Verdigrunnet for habilitering og rehabilitering skal ivaretas. Tilbudet skal ikke være avhengig av alder, kjønn, etnisitet, diagnose,



samfunnmessig lønnsomhet eller hvor man bor i landet.

- 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 samfunnsliv.

#### Ressursinnsatsen på rehabiliteringsfeltet

I vurderingene av ressursbruk og prioritering på habiliterings- og rehabiliteringsområdet er det viktig å ta utgangspunkt i den samlede ressursinnsatsen. Både kommunene og helseforetakene bruker store ressurser på habiliterings- og rehabiliterings tiltak i egen regi. I tillegg kommer de ressurser som brukes til kjøp av tjenester ved private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner.

Hovedområdene for habilitering og rehabilitering er:

- Private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner: Til kjøp av rehabilitering ved private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner brukes det i 2007 1,14 mrd. kroner. I beløpet ligger også det beløp de regionale helseforetakene bruker fra egen ramme til kjøp av tjenester hos private, i 2007 om lag 40 mill. kroner.
- De regionale helseforetakene: Det ytes rehabiliteringstjenester både poliklinisk, ambulant, som dag- og døgnopphold, i kliniske avdelinger og i egne rehabiliteringsavdelinger, samt i spesialsykehus for rehabilitering. På bakgrunn av registrerte DRG-poeng i 2006 anslås imidlertid utgifter knyttet til rehabilitering i sykehus til om lag 1,5 mrd. kroner. I tillegg kommer rehabilitering på poliklinikkene. Dette tilsier at det innenfor de regionale helseforetakene brukes i størrelsesorden 1,5 – 2 mrd. kroner til rehabiliteringsrettede tiltak.
- Kommunene: Det ytes et betydelig omfang av habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunene. Dette skjer både i regi av private utøvere og som en integrert del av helse- og sosialtjenestene, så vel som i barnehage, skole m.v., noe som gjør det vanskelig å identifisere de samlede ressurser kommunene bruker på rehabiliteringstjenester. Kommunene sikrer fysioterapi både ved å ansette fysioterapeuter og ved å inngå driftsavtale med private fysioterapeuter. Til fysioterapeuttjenesten alene (behandling og rehabilitering) ansås det at staten i 2007 yter om lag 1,4 milliarder kroner i trygderefusjoner til private, og 200 millioner i fastlønnstilskudd. Kommunene yter på sin side om lag 1 milliard

kroner i årlig driftstilskudd, lønn til fast ansatte og driftsutgifter.

Det har vært en økning i ressursbruken innenfor rehabiliteringsfeltet på alle disse tre områdene de senere årene.

- Summen brukt til kjøp av rehabilitering ved private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner i 2007 (1,14 mrd.) representerte en økning fra 2005 på 14,2 pst. (løpende kroner). Det er lagt opp til fortsatt øremerking av midler til kjøp hos private leverandører på rehabiliteringsområdet.
- Fra 2006 er det etablert en tilskuddsordning i Sosial- og helsedirektoratet med ca. 35 mill. kroner med formål å utvilke tilbudet i rehabiliterings- og opptreningssituasjonene. Bevilgningen er videreført i 2007 og foreslås også for 2008. Tilskuddsordningen er en styrkning av ressursinnsatsen på området.
- De regionale helseforetakene har i 2007 i tillegg fått overført 65 mill. kroner av «gråsonemidlene» innenfor ordningen «Raskere tilbake». Disse midlene brukes i stor grad til kjøp av rehabiliteringstjenester fra private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. Totalt har de regionale helseforetakene fått overført 445 millioner kroner gjennom ordningen «Raskere tilbake». Det forutsettes at de regionale helseforetakene tilbyr rehabiliteringsrettede tjenester av bevilgningen ut over gråsonemidlene på 65 millioner kroner.
- Det har vært en jevn økning i den samlede årsverksinnsatsen i fysioterapitilbudet i kommunene.
- Antallet yngre brukere av den kommunale omsorgstjenesten (under 67 år) er fordoblet på ti år, og utgjør i dag 1/3 av de som mottar hjemmetjenester. Yngre brukere mottar en relativt stor andel av omsorgstjenestens ressurser og botilbud. Disse tjenestene vil i stor grad ha habiliterings- og rehabiliteringsformål.
- Nytt investeringstilskudd til kommunene skal stimulere kommunene til å investere i sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns omsorgstjeneste (jfr. Omsorgsplan 2015). Tilskuddet kan blant annet nyttes til å styrke kommunenes tilbud om korttidsplasser i sykehjem. Slike korttidsplasser benyttes ofte for rehabiliteringsopphold.

Alt i alt viser dette at de samlede ressurser til habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunene og i spesialisthelsetjenesten er økende. Det er med dette utgangspunktet den nasjonale strategien skal brukes som underlag for videre satsning og utvik-

ling. Prosessene som skal gjennomføres som en del av strategiarbeidet, skal sikre at det fremover skjer bevisst prioritering mellom de ulike mål- og tjenesteområder som inngår i habilitering og rehabilitering.

## 9.2 Innledning

Soria Moria-erklæringen slår fast at regjeringen vil sikre rehabilitering og opptrening til alle som trenger det. Dette målet er det bred politisk oppslutning om. En samlet helse- og omsorgskomite har erklært at den mener at «habilitering og rehabilitering må bli det neste store satsningsområdet i helsetjenesten». (Budsjett-innst. S nr. 11 (2006-2007))

Samhandling er kanskje den største utfordringen som helse- og omsorgstjenesten står overfor. Samhandling er sentralt innenfor habilitering og rehabilitering, der brukerne ofte er avhengig av tjenester fra mange aktører og sektorer, og der det i liten grad er én enhet som bærer det samlede ansvaret for oppfølgingen. Kvalitet i tjenestene er derfor avhengig av at det legges til rette for god samhandling, og at aktørene utvikler en samarbeidskultur.

For at rehabiliteringsarbeidet skal lykkes må innsatsen i kommunene og spesialisthelsetjenesten samordnes. Innenfor rammen av det kommunale selvstyret legges det opp til samarbeidsordninger som skal gi den helhet som oppfølgingen av den enkelte brukeren forutsetter.

Som et ledd i arbeidet med å styrke kvaliteten i tjenestene, er vi inne i en periode med omstillinger, som også endrer situasjonen for de private virksomhetene. Departementet legger til grunn at det fortsatt må skje omstillinger for å bedre tjenestene, men det skal i strategiperioden legges økt vekt på at prosessene blir forutsigbare for virksomhetene.

En av de tyngste tilbakemeldingene fra brukerne er at koordineringen av tjenestene ikke fungerer godt nok. Brukere og pårørende må ofte overta den koordineringsoppgaven som skal ivaretas av tjenestene. Det er ikke bare bedre systemer de ber om, men ett menneske – en koordinator – som kjenner brukerens situasjon, og som på en samlet måte kan koordinere tjenestene det er behov for. Forskrift om individuell plan viser til at det skal være en tjenesteyter som til enhver tid har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren. Å svare på denne utfordringen og få denne ordningen til å fungere er viktig i denne strategien. Spørsmålet må vurderes i sammenheng med oppfølgingen av forslagene fra Wisløff utvalget (NOU 2005:3) og Bernt utvalget (NOU 2004:18) om individuell plan og planansvarlig.

I mange av diskusjonene om habilitering og rehabilitering er det uenighet omkring faktiske for-

hold. Hvor mange institusjonsplasser er tilgjengelige, hva skjer med ressursinnsatsen mv. Denne strategien skal bidra til et sikrere kunnskapsgrunnlag og en mer felles virkelighetsoppfatning.

Kjernen i habiliterings- og rehabiliteringspolitikken er det enkelte menneskets livskvalitet, mestring og deltakelse sosialt og i samfunnet. Engasjement fra den enkelte bruker og fra brukerorganisasjoner kan bidra til at dette perspektivet får prege både den offentlige og private innsatsen.

Ambisjonen for strategien er å etablere grunnlaget for et samlet oppfølgings- og utviklingsarbeid der aktørgruppene trekkes aktivt inn. I en slik oppfølging er det særlig viktig at brukernes og pårørendes erfaringer og synspunkter, formidlet gjennom brukerorganisasjonene, kommer fram og kan prege den videre utvikling av tjenestene.

### Hva er habilitering og rehabilitering?

Behovet for samhandling i habilitering og rehabilitering gjør det særlig viktig at aktørene har en felles forståelse av de viktigste begrepene som brukes, og at det er bevissthet om områder der det kan være ulike oppfatninger.

Ved behandlingen av St. meld. nr. 21 (1998-99) «Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk» i 1999, ga Stortinget sin tilslutning til forståelsen av rehabilitering som:

«Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet».

Habilitering forstås på samme måte, men dreier seg om tiltak spesielt rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- og/eller funksjonsproblemer.

Følgende elementer er sentrale i habiliterings- og rehabiliteringsprosesser:

- En rehabiliteringsprosess må planlegges og gjennomføres ut fra brukerens individuelle behov. Selv om bistand fra helsepersonell og andre yrkesgrupper er nødvendig, er den beste rehabilitering i prinsippet den brukeren selv står for.
- Planlagt og systematisk samarbeid mellom flere instanser og aktører, med et klart mål. Prosessene er tidsavgrenset. For mange pågår imidlertid en habiliterings- eller rehabiliteringsprosess i perioder over lang tid, og for noen i perioder så lenge de lever.

Denne forståelse av rehabilitering begrenser ikke rehabilitering til det som tidligere ofte er blitt knyttet til begrepet «medisinsk rehabilitering», som har vært definert som «helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet pga sykdom, skade eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på en størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser». Definisjonen av rehabilitering omfatter både medisinsk rehabilitering, sosial rehabilitering, psykososial rehabilitering og attføring, og handler både om å bedre personens funksjonsevne, om å fjerne barrierer for selvstendighet og deltakelse i omgivelsene, bl.a. gjennom tilrettelegging og tekniske tiltak, og om praktisk/økonomisk hjelp. Rehabilitering dreier seg ikke om én enkelt tjeneste eller ett tiltak, men om flere tjenester og tiltak satt i system, og om samarbeidet mellom yrkesutøvere og personer som trenger sammensatt, planlagt og koordinert bistand for å nå sine mål. Fordi rehabilitering handler om tjenester og tiltak satt i system, og målet er deltakelse sosialt og i samfunnet og mestring av livet, skal helse- og omsorgstjenesten bidra til å realisere pasientens mål, også på områder der helse- og omsorgstjenesten ikke har et selvstendig ansvar, for eksempel i skole/utdanning og arbeidslivet.

Definisjonen av rehabilitering gitt over kan gi grunnlag for en forståelse av rehabilitering som et supplerende tiltak i forhold til medisinsk behandling. Dette gjelder særlig dersom man legger en snever forståelse av medisinsk behandling til grunn, dvs. at målet er å normalisere kroppsfunksjoner og/eller mentale funksjoner og å lindre smerte. En slik oppfatning, dvs. at behandling og rehabilitering er to ulike ting som kan skilles fra hverandre, har preget helsetjenesten. De kurative miljøene og rehabiliteringsmiljøene har hatt en tendens til å distansere seg fra hverandre, noe som har fått betydning for pasientforløpene. Arbeidsmodellen har ofte vært at pasienter først skulle behandles, så rehabiliteres, og mange pasienter har opplevd å måtte vente på rehabilitering.

Det er i dag gode grunner til å stille spørsmål ved en slik forståelse. Nyere forskning dokumenterer at umiddelbar oppstart av rehabilitering, tett integrert i den akuttmedisinske behandlingen, fører til bedre overlevelse og funksjon for enkelte pasientgrupper. Det gjelder blant annet for slagpasienter. Slike resultater bør få konsekvenser både for tankegangen innenfor, og for organiseringen av, rehabiliteringsvirksomhet. En alternativ forståelse til at behandling og rehabilitering er ulike tiltak, er å anse medisinsk behandling som ett av flere tiltak som inngår i en rehabiliteringsprosess.

Dette er en forståelse som er i overensstemmelse med at medisinsk behandling ofte har et videre mål enn å normalisere funksjoner. Behandling har for eksempel ofte som mål å forhindre eller bremse organskade og funksjonsnedsettelse. I noen sammenhenger vil det dessuten være vanskelig å definere tiltak som enten behandlings- eller rehabiliteringstiltak. Det gjelder for eksempel ved legemiddellassistert rehabilitering. Samtidig finnes det, ettersom habilitering og rehabilitering er langt mer enn medisinsk behandling, tjenester og prosesser innenfor dette feltet som ikke innebærer medisinsk behandling.

Innenfor psykisk helse er skillet mellom behandling og rehabilitering mindre skarpt enn innenfor somatikken. I følge verdigrunnlaget for opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) skal målet med tjenestetilbudet være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Sektorer og tjenesteytere skal se det som en oppgave å bidra til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer. Rehabiliteringsaspektet skal derfor være en integrert del av behandlingsskjeden, som skal inkluderes i alle ledd i tiltaksskjeden, både innen psykisk helsevern og det kommunale tilbudet til mennesker med psykiske problemer eller lidelser. Dette gjelder også ivaretagelsen av de psykososiale behov eller hjelp til å mestre traumer etter fysiologisk sykdom og/eller skade.

Det er ikke bare medisinsk behandling og rehabilitering som kan være vanskelig å skille. Også opptrening, som kan forstås som tiltak for å normalisere, bedre eller vedlikeholde kroppsfunksjoner og aktivitetsfunksjoner, er vanskelig å skille fra de øvrige tiltakene, og vil ofte være en del av en rehabiliteringsprosess.

Innenfor bredden av kommunale tjenester, vil en og samme tjeneste kunne være en deltjeneste i en individuell habiliterings-/rehabiliteringsprosess eller kun en enkelttjeneste med tilstrekkelig formål i seg selv. Det kan for eksempel gjelde en plass i barnehage eller noen timer praktisk bistand i hjemmet. Den kommunale sosial- og omsorgstjenesten har som mål, i samarbeid med brukeren, å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Mange omsorgstiltak er viktige i en rehabiliteringsprosess. For eksempel kan kommunale tjenester for personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer mottar, ha karakter av rehabilitering. Dette gjelder for eksempel tjenester rettet mot brukerens evne og mulighet til å mestre dagliglivets krav, til å delta i arbeid og sosialt liv. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en måte å organisere omsorgstje-

### Boks 9.1 Begrepsbruk i strategien

Innen for helsetjenesten, spesielt spesialisthelsetjenesten, brukes ofte begrepet pasient, mens man innenfor kommunale omsorgstjenester oftere bruker begrepet bruker eller person. Brukerbegrepet brukes også i definisjonen av rehabilitering. Av den grunn er brukerbegrepet forsøkt brukt mest mulig i dette dokumentet.

Ulike typer private institusjoner tilbyr opptrenings- og rehabiliteringstjenester. Disse omtales både som private opptreningsinstitusjoner, private rehabiliteringsinstitusjoner, spesielle helseinstitusjoner, helsesportsentre, attføringssentre, lungesykehus med mer, jmfør kapittel 4.3. I dette dokumentet brukes betegnelsen private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner som en samlebetegnelse på alle disse typene institusjoner.

Oftest brukes begrepet institusjonsbasert rehabilitering om den rehabilitering som skjer i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. Også den rehabilitering som skjer ved innleggelse i sykehus og sykehjem er imidlertid institusjonsbasert rehabilitering, til forskjell fra rehabilitering som skjer poliklinisk eller i personens hjem.

Strategien dekker både habilitering og rehabilitering, og oftest brukes begge begreper. Der rehabiliteringsbegrepet brukes alene, forutsetter dette å dekke både habilitering og rehabilitering.

Habiliteringstjenester ytes både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Allikevel brukes i dag begrepene «Barnehabiliteringstjenesten» og «Voksenhabiliteringstjenesten» om spesialisthelsetjenestens habiliteringstjenester. Barnehabiliteringstjenesten skal sikre spesialisert utredning og kartlegging av behov, og god og relevant behandling og trening til barn (0-18 år) med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom, som har behov for langvarige og tverrfaglige habiliteringstjenester på spesialistnivå. Tilsvarende er målgruppen for voksenhabiliteringstjenestene voksne (> 18 år) med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemming/langvarig sykdom og kognitiv svikt som har behov for tverrfaglige habiliteringstjenester på spesialistnivå. Fordi dette er innarbeidede begreper, vil disse benyttes også i dette dokumentet.

Med nedsatt funksjonsevne forstås her tap av eller skade på en kroppsdel eller i en av kroppens funksjoner. Dette kan for eksempel dreie seg om nedsatt bevegelses-, syns- eller hørselsfunksjon, nedsatt kognitiv funksjon, eller ulike funksjonsnedsettelse pga. allergi, hjerte- og lungesykdommer. Det er ingen selvfølge at personer med nedsatt funksjonsevne blir funksjonshemmet. En funksjonshemming oppstår først når det foreligger et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes utfordring eller krav til funksjon.

nester på som krever at tjenestemottakerne selv disponerer tjenesteressursene til å nå sine mål. For mange brukere blir opplæring i bruk og praktisering av BPA en viktig del av rehabiliteringen. Omsorgstjenester handler imidlertid om langt mer enn rehabilitering, og er ikke i samme grad tidsavgrensede tiltak. Mange brukere av den kommunale omsorgstjenesten kan være avhengig av tjenester hele livet.

#### Hvorfor så vanskelig?

Tilstanden på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet er ikke tilfredsstillende. Det er store utfordringene både når det gjelder samhandling, brukermedvirkning, kvalitetsutvikling, de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene og ressursituasjonen. Disse utfordringene ble i stor utstrekning identifisert også i St. meld. nr. 21 (1998-99), og en rekke tiltak ble skissert for å bedre situasjonen.

Flere av tiltakene har vært viktige (individuell plan, koordinerende enhet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten mv), men tilstanden innenfor tjenestetfeltet har ikke blitt tilstrekkelig bedret. Forhold som bidrar til dette er:

- For liten felles forståelse av status, utfordringer og av hvilke strategier og tiltak som er nødvendige for å møte utfordringene blant de mange aktørene som er involvert i rehabilitering. Dette kan skape konkurranse- og spillsituasjoner som rammer brukerne, og gi særlige utfordringer for rehabilitering, fordi ansvaret for rehabiliteringstjenester er lagt både til stat og kommune, og fordi mangelen av samlet organisatorisk ansvar gjør koordineringen av tjenestene mangelfull.
- Uklare oppfatninger om forholdet mellom behandling og rehabiliteringstiltak. Utilstrekkelig avklarte begreper kan føre til en fraskrivelse og forskyvning av ansvar, både mellom aktører

- og nivåer, og dermed en nedprioritering av tjenestene.
- Utilstrekkelig avklart faglig og organisatorisk i hvilken grad rehabiliteringstiltak bør forankres i de ulike fagområdene (kreft, rus, diabetes mv) og/eller i generelle rehabiliteringsenheter.
  - For lite forskning og fagutvikling.
  - Fagfeltet har for lav status. Dette bidrar til svak rekruttering, forskning og fagutvikling mv.
  - Organisatoriske strukturer understøtter ikke godt nok den plass habilitering og rehabilitering bør ha i helse- og omsorgssektoren. Det er blant annet dårlig oversikt over behov og aktivitet og få kvalitetsindikatorer rettet inn mot feltet.
  - Helse- og sosiallovgivningen gir betydelige rettigheter til brukerne og plikter til tjenestene. Disse er for dårlig fulgt opp. Det har medført forslag om et sterkere innslag av lovgivning som er mer spesifikt rettet inn mot rehabilitering.
  - Ansvar for mål og virkemidler på rehabiliteringsområdet ligger også under andre departementers ansvarsområder: Hovedansvaret for utdanning ligger under Kunnskapsdepartementet; hovedansvaret for arbeidsrettede tiltak og ansvaret for den samlede politikken på funksjonshemmedeområdet ligger under Arbeids- og inkluderingsdepartementet; ansvaret for samlet oppfølging av barn og unge under Barne- og likestillingsdepartementet; det overordnede ansvar for det kommunale tjenestetilbudet og for å sikre at lokaldemokratiet fungerer ligger i Kommunal- og regionaldepartementet, mens ansvaret for tilrettelegging av omgivelsene ligger under Miljøverndepartementet.

### Strategiske hovedgrep

Utgangspunktet for det kommende arbeidet er å sikre at rehabilitering blir ressursmessig riktig prioritert og at tjenesten er forankret i en grunnleggende holdning til brukermedvirkning, både i forhold til den enkelte og brukernes organisasjoner. I tillegg skal framheves følgende strategiske hovedgrep:

- Strategien skal tydeliggjøre det politiske ansvaret og lederskapet på habiliterings- og rehabiliteringsområdet. Dette skal kombineres med en inkluderende arbeidsform der brukerorganisasjoner, de ansattes organisasjoner, kommuner, foretak, myndighetsorganer og kunnskapsvirksomheter trekkes inn i arbeidet med å gjennomføre strategien. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor fra starten av implementeringen (2008) invitere representanter for relevante

- virksomheter og organisasjoner til å delta i en departementsledet gruppe som kontinuerlig skal gjennomgå status, utvikling og utfordringer for implementering av strategien. Dette kan bidra til en mer felles virkelighetsforståelse hos aktørene, at svakheter fortløpende oppfanges og gripes fatt i, og være et miljø som identifiserer nødvendige samordningstiltak. Etableringen av gruppen vil ikke endre de ulike aktørenes ansvar.
- Det vil bli etablert en samlet struktur for samarbeidet med andre departementer og forvaltningsorganer under disse, for å bidra til at både strategier og tjenester tar opp i seg den bredde som en god rehabiliteringspolitikk forutsetter.
  - Det er viktig at de juridiske virkemidlene blir brukt på en god måte for å realisere rehabiliteringsstrategien. Det juridiske regelverket på helse- og sosialtjenestens område gir god understøttelse av politisk satte mål, men tiltakene har ikke vært godt nok fulgt opp. Det er alvorlig at lovbestemte tiltak ikke følges opp i samsvar med regler og intensjoner. Et mål for strategien er derfor å videreutvikle tiltak som er etablert, men som ikke brukes godt nok. Et slikt arbeid vil også synliggjøre spesialisthelse-tjenestens og kommunenes ansvar innenfor rehabiliteringsområdet. Et viktig element i strategien er derfor at det i regi av Sosial- og helsedirektoratet skal foretas en samlet gjennomgang av oppfølgingen av rettsbestemmelser innenfor helse- og sosialsektoren som har særlig stor betydning for rehabiliteringsområdet. Brukernes organisasjoner vil bli trukket aktivt inn i arbeidet. Gjennomgangen skal gi grunnlag for å vurdere om det er behov for ytterligere bestemmelser på rehabilitering innenfor helse- og sosialsektoren, samt identifisere tiltak som kan gi bedre oppfølging av disse lovbestemmelsene. I tillegg til gjennomgangen i regi av direktoratet vil Helse- og omsorgsdepartementet foreta en juridisk gjennomgang.
  - De regionale helseforetakene ønsker å høyne kvaliteten på tjenestene i rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene, noe som har kommet til uttrykk i krav som er stilt i anbudsrunderne. Kravene har hatt konsekvenser, blant annet for hvilke tjenester som det er funnet plass til, og i form av en viss reduksjon av antallet døgnplasser. De regionale helseforetakenes kjøp av tjenestene er underlagt de ordinære bestemmelsene for kjøp av offentlige tjenester, med det unntak at det er større adgang enn ellers til bruk av direktekjøp av visse rehabiliteringstjenester. For å klargjøre i hvilken grad det bør settes nasjonale rammer for de regionale

helseforetakenes kjøp av tjenester fra private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, skal det etableres en arbeidsgruppe som skal foreta en samlet gjennomgang av hvilke generelle krav som skal stilles til de private institusjonene. De rammer som trekkes opp på bakgrunn av gjennomgangen, vil bli formidlet til de regionale helseforetakene gjennom de prosedyrer som helseforetaksloven setter for eierstyring, og foretakenes oppfølging vil skje ut fra deres ordinære ansvar. Brukerorganisasjoner og de private virksomhetene vil bli gitt en sentral rolle i arbeidet.

- Det legges opp til et koordinert opplegg for kvalitetsutvikling og riktig prioritering innen rehabilitering.

Helse- og omsorgsdepartementet vil ha det overordnede ansvaret for å følge opp tiltak skissert i denne strategien. Sosial- og helsedirektoratet vil få en sentral rolle i oppfølgingen.

### 9.3 Utviklingstrekk

#### Befolkningsutvikling og sykdomsutvikling

Arbeids- og velferdsdirektoratets stønadsregistre for grunn- og hjelpestønad gir anslag for antall barn og unge med kroniske sykdommer og funksjonshemninger som fører til vesentlige problemer i dagliglivet. Tall for de siste 5 år viser at det er om lag 2000 nye mottakere av grunnstønad og vel 4000 nye mottakere av hjelpestønad i alderen 0-17 år hvert år. Trolig har en stor andel av disse behov for habilitering.

Selv om antallet som fødes hvert år synes å være relativt stabilt, øker antallet personer med behov for habilitering og rehabilitering. Det skyldes at flere av barna født med misdannelser og funksjonshemninger lever opp, at flere både voksne og barn overlever akutt og alvorlig skade og sykdom, og at mange mennesker med nedsatt funksjonsevne nå har tilnærmet forventet levealder som resten av befolkningen.

Forlengtet levealder og store fødselskull fra 1945 til 1960 gjør at antall eldre vil bli betydelig høyere i årene som kommer. Tall fra SSB viser at antallet eldre over 67 år vil øke fra om lag 600 000 i dag til om lag 800 000 i 2020 og omlag 1 mill. i 2030. Det største omsorgsbehovet finnes i gruppen over 80 år. Veksten i antallet eldre i gruppen 80-89 år vil særlig finne sted fra rundt 2020. Til tross for at de eldres helsetilstand ser ut til å bedre seg, dvs. at en større andel eldre er friske, vil økningen i antallet eldre og de eldste eldre medføre en vekst i behovet for helse- og sosialtjenester. Eldre har

ofte enn andre behov for rehabilitering etter akutt sykdom. Tidlig intervensjon, herunder rehabiliteringstiltak, vil ha betydning for hvor mange av de eldre som vil kunne klare seg selv. En eldre befolkning nødvendiggjør bl.a. en sterkere innsats for å kompensere funksjons- og sansetap.

Det er forventet at antallet personer med demens vil fordobles innen 2040. Flere eldre bidrar også til at forekomsten av hjerneslag, hoftebrudd, kreft og depresjon øker, samt at antallet personer med sansetap, herunder alvorlig kombinert tap av både syn og hørsel, øker, som følge av aldersrelaterte sykdommer i sanseapparatet.

Som en følge av økt levestandard og endring i levesett, forventes at helseutfordringene i større grad vil bli preget av livsstilssykdommer som type-2 diabetes, hjerte-karsykdommer, og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). En økende andel av befolkningen blir overvektige og det er dokumentert økt forekomst av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) anslår at det er 40-50 000 personer med alkoholproblemer og mellom 11-15 000 injiserende misbrukere, som har behov for behandling og etterfølgende rehabilitering. Disse problemene er ofte underdiagnostiserte og henger ofte sammen med andre helsemessige og psykososiale problemer.

Hver tredje nordmann rammes nå av kreft og forekomsten øker. Høyere forekomst, bedre metoder for å oppdage kreft, og bedre behandlingsoptimaliteter har ført til at flere blir friske eller lever lenge med sin kreftsykdom, nesten som en kronisk sykdom. Både kreftsykdommen og behandlingen fører ofte til større eller mindre bivirkninger, både av fysisk, psykisk og sosial karakter, som kan vare i kortere eller lengre tid. Rehabiliteringsrettede tiltak som ivaretar pasientens fysiske og psykososiale behov kan i en slik situasjon være avgjørende.

Antall opphold i spesialisthelsetjenesten økte i årene 2002-2006 med 24 pst. (Norsk Pasientregister 2006). Samtidig gikk liggetiden i sykehus ned. Utviklingen henger sammen med at pasienter som tidligere ble innelagt for behandling, nå får dagbehandling, ambulante tilbud eller poliklinisk behandling. Noe av omleggingen er en følge av mer skånsomme operasjonsmetoder som reduserer behovet for rehabilitering i etterkant av operasjonen. Reduksjonen i liggetid kan imidlertid også bety at en større del av opptreningen og rehabiliteringen overlates til kommunene, eller skjer som egne rehabiliteringsopphold i helseforetakene eller i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner.

Også innenfor rehabiliteringstjenestene går utviklingen fra bruk av innleggelse i spesialisthelsetjenesten (døgnopphold) mot sterkere satsning på dagopphold og poliklinisk og ambulante tjenester. Blant annet for hofteopererte er trenden internasjonalt kortere liggetid i rehabiliteringsinstitusjon. Mens vanlig lengde på slike opphold har vært 3 uker, gjennomføres det nå pilotprosjekter der liggetiden er 5-7 dager, og den videre rehabiliteringen skjer i form av dagtilbud.

Forskning viser at fremskritt innen habilitering og rehabilitering i hovedsak er knyttet til nye måter å organisere og levere tjenesten på. Nyere forskning peker blant annet mot behovet for en sterkere integrering av akuttbehandling og rehabilitering, i form av spesialisert, koordinert rehabilitering. Det er for eksempel dokumentert at pasienter rammet av hjerneslag har effekt av opphold i spesialiserte slagenheter, i form av redusert dødelighet og sykkelighet. Også for eldre mennesker med flere lidelser og kronisk funksjonssvikt som får akutte indremedisinske sykdommer eller bruddskader er det vist at rehabilitering integrert i akuttbehandlingen har stor betydning. Tidlig integrert rehabilitering av eldre gir færre komplikasjoner, redusert forekomst, alvorlighet og varighet av forvirring, bedre funksjonsevne og i følge noen studier også redusert dødelighet.

#### **9.4 Habilitering og rehabilitering i helse- og sosialtjenesten**

Omfanget av, og hvilke typer rehabiliteringstjenester brukeren har behov for, herunder fra hvilket tjenestenivå, varierer. Fordi mange av helsetjenestens brukere mottar både medisinsk behandling og rehabilitering, bør rehabilitering betraktes og planlegges som en del av et helhetlig forløp.

En forenklet inndeling av brukere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester, er:

- Personer med medfødt eller tidlig ervervet tilstand som medfører varig funksjonsnedsettelse. Eks. autisme, cerebral parese.
- Personer med akutt oppstått sykdom eller skade med langvarig eller varig funksjonsnedsettelse. Eks. multitraume, ryggmargsskader, brannskader, hjerneslag, amputasjoner.
- Personer med medfødte og kroniske tilstander med varierende eller tiltakende funksjonsnedsettelse. Eks. lungesykdommer, MS, nevrologiske og revmatiske sykdommer.
- Personer med akutte sykdommer og skader som kan behandles og rehabiliteres slik at tidligere funksjonsnivå gjenvinnes. Eks. hofteopererte pga. slitasjegikt, enkelte hjerteopererte og personer med visse former for kreft.

For de fleste brukere vil tyngdepunktet av tjenester ligge i kommunen. Dette gjelder blant annet for mennesker med kroniske sykdommer, utviklingshemmede, eldre og personer med psykiske lidelser og rusproblemer. Tjenestenes formål tilsier at tjenestene må ytes nærmest mulig der personen lever sitt liv. For noen brukere vil imidlertid tyngdepunktet av tjenester ligge i spesialisthelsetjenesten. Det gjelder først og fremst for tidligere friske personer som får en akutt sykdom eller skade, og hvor det forventes at personen vil kunne gjenoppta normal funksjon uten vesentlig bistand fra kommunale tjenester.

Utfordringer innebærer i å etablere strukturer og ordninger som gjør det mulig å tilpasse tjenestene til den enkelte brukers behov.

#### **Habilitering og rehabilitering i kommunene**

Kommunenes ansvar når det gjelder habiliterings- og rehabiliteringstjenester følger av kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, pasientrettighetsloven, forskrift om habilitering og rehabilitering og forskrift om individuell plan. Tjenester og tiltak etter andre lover er også viktig for å få til helhetlig rehabilitering i kommunene.

Alle landets kommuner skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for habilitering og rehabilitering. Kommunene skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, ha oversikt over behov for habilitering og rehabilitering, og etablere en koordinerende enhet for virksomheten. Kommunens planer skal fortrinnsvis innarbeides i den generelle kommuneplanen i sammenheng med andre kommunale delplaner.

Det kommunale ansvaret for helse- og sosialtjenestene er omfattende, og samlet sett er det kommunale tjenestetilbudet komplekst og sammensatt. Kommunal frihet og selvstyre gjør at kommunene står fritt i forhold til hvordan de organiserer tjenester. Ulikheter kommunene mellom i forhold til størrelse, geografiske forhold, demografi, lokale behov, tilgang på kompetanse, effektiv tjenesteproduksjon og god ressursutnyttelse fører til ulike måter å organisere tjenestene på. Tjenestene må imidlertid organiseres på en slik måte at de gir innbyggerne tilstrekkelig bistand når de har behov for det, og på den måten de har behov for. Det kommunale selvstyret må heller ikke stå i veien for samarbeidsordninger som sikrer en helhetlig oppfølging av den enkelte bruker.

Kommunale rehabiliteringstjenester er derfor i hovedsak organisert slik at de tilbys på, eller i tilknytning til, de arenaer der den enkelte lever livet

sitt. Det vil si i eget hjem, i barnehagen, på skolen, i arenaer for fritidsaktiviteter, samt i kommunale institusjoner.

Det ytes et betydelig omfang av rehabiliterings-tjenester i kommunene. En stor del av disse leveres som en del av kommunale omsorgstjenester, som blant annet omfatter praktisk bistand og opplæring, støttekontakt, hjemmesykepleie, omsorgsboliger og alders- og sykehjem. Deler av sykehjem innrettes som kommunale rehabiliteringsinstitusjoner. Korttids rehabiliteringsplasser i sykehjem vil imidlertid bare dekke rehabiliteringsbehovet for noen grupper.

Regjeringen la høsten 2006 fram St. meld. 25 (2005-2006) Mestring og muligheter og mening. Her presenteres fem langsiktige strategier for å møte utfordringene for framtidens omsorgstjenester:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitetsvekst og kompetanseheving
- Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Det er i omsorgsplan 2015 utformet konkrete tiltak. En rekke av disse tiltakene vil betydning for den kommunale rehabiliterings- og habiliterings-tjenesten.

Kommunene skal tilby tjenester fra allmennleger, fysioterapeuter, sykepleiere samt jordmødre. Alene, eller i samarbeid med andre kommuner, må kommunene også ha tilgang på andre yrkesgrupper, som ergoterapeuter, aktivtører, psykiatriske sykepleiere, sosionomer, hjelpepleiere, psykologer, vernepleiere, etc. I tillegg har en rekke helsepersonellgrupper som ikke er ansatt i, eller har avtaler med kommunene, sentrale funksjoner når det gjelder kommunal habilitering og rehabilitering. Det gjelder for eksempel psykologer, kiropraktorer, tannleger m.fl.

Frisklivs-/FYSAKsentraller etableres nå i stadig flere kommuner bl.a. i forbindelse med Grønn resept. FYSAK kan utvikles videre til også å omfatte kommunale lærings- og mestringssentertilbud.

Kommunene har ansvar for å identifisere behov for hjelpemidler, bistå brukere i søknadsprosessen, samarbeide med hjelpemiddelssentralen/NAV i tilrettelegging og for tilpassing av det enkelte hjelpemiddel, samt for oppfølging og opplæring for å sikre at hjelpemidlene virkelig er formålstjenlige for den enkelte.

#### *Habilitering i kommunene*

Kommunene har ansvar for all habilitering som ikke forutsetter spesialistkompetanse. Habiliteringstjenestene til barn i kommunene er av stor betydning

for at hverdagen for barn med behov for habilitering og deres familier skal fungere. Tilbudet i barnehage og skole vil ofte være en viktig del av habiliteringsprosessen. Helsestasjonene for barn og unge har kontakt med flertallet av barn i Norge gjennom regelmessige kontakter fra nyfødtpå perioden til skolepliktig alder. Dette gir helsestasjonen en unik mulighet til å tidlig fange opp barn med behov for spesielle tjenester, og dermed muligheten til å kunne være viktige bidragsytere i habiliteringsarbeidet. På samme måte kan skolehelsetjenesten være en viktig samarbeidspartner. Både helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil kunne være sentrale i utarbeidelse av individuell plan.

Kommunene har ansvar for å tilby tjenester til foreldre med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Avlastnings- og støttekontakttjenester er derfor ofte viktige bidrag i habiliteringstilbudet. Barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier har behov for langvarige og koordinerte tjenester og dermed rett til å få utarbeidet individuell plan og få hjelp til at tjenestene blir koordinert. Habiliteringstjenesten til voksne i kommunene skal dekke tjenester til brukere med et bredt spekter av diagnoser og grad av funksjonsevne. Prosessene blir ofte startet opp i spesialisthelsetjenesten, men av og til skjer dette i kommunene eller i et samarbeid mellom nivåene. Ofte vil hovedtyngden av oppfølgingen skje i kommunene. Det gjelder særlig i forhold til personer som samtidig har behov for praktisk bistand til å mestre dagliglivets gjøremål.

#### *Psykisk helse og rus*

Kommunene har et omfattende ansvar for oppfølging av personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Kommunen har også ansvar for oppsøkende virksomhet. Mange personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer vil ha behov for langvarig oppfølging og tjenester fra ulike sektorer og nivåer. Kommuner skal bistå med å etablere aktuelle tiltak i form av behandlings- og rehabiliteringsopplegg, herunder bolig, aktivitets- og arbeidsrettede tiltak og samarbeide med andre aktører. En del kommuner har opprettet egne enheter for psykisk helse og rus. Andre kommuner har forankret arbeidet i avdeling for oppvekst, pleie- og omsorgstjenesten, sosialkontortjenesten, NAV etc.

Kommunens helhetlige ansvar for personer med rusmiddelproblemer med hjemmel i lov om sosiale tjenester er opprettholdt etter iverksetting av rusreformen. I sosialtjenesteloven kapittel 6 er kommunen pålagt ansvar for å gi råd, veiledning og hjelpetiltak både til personene selv og til vedkommende familie. Kommunene skal utarbeide tiltaksplan for personer med rusmiddelproblemer som er



i institusjon og legge til rette nødvendige tiltak ved avslutningen av et eventuelt institusjonsopphold.

### *Aktivitet*

Som pekt på ytes rehabiliteringstjenester av private utøvere eller som en integrert del av kommunale tjenester. Det er derfor vanskelig å få en nasjonal oversikt over rehabiliteringstjenester i kommunene. Utviklingen av aktivitetene i noen av sektorene gir imidlertid en pekepinn:

Omsorgstjenesten hadde i 2006 212 000 brukere, hvorav 41 000 bor på sykehjem og mer enn 171 000 mottar hjemmetjenester i omsorgsboliger og eller eget hjem. I tillegg var det 25 000 som mottok støttekontakt og 9000 som mottok avlastning. Den sterkeste økningen det siste tiåret finner vi i aldersgruppen under 67 år. I perioden 1992 til 2005 er antallet yngre brukere av hjemmetjenesten (dvs. hjemmesykepleie og praktisk bistand) under 67 år fordoblet. I 2007 er om lag  $\frac{1}{4}$  av brukeren i omsorgstjenesten under 67 år. Utviklingen gjenspeiler at kommunene gjennom flere reformer har fått et større ansvar for mennesker med hjelpebehov knyttet til utviklingshemming, psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. I tillegg yter kommunene et omfattende rehabiliteringstilbud til pasienter som skrives ut fra sykehus.

Ressursinnsatsen i fysioterapitjenesten utgjorde til sammen 4205 årsverk i 2006 mot 4148 årsverk i 2005. I gruppen fastlønnede viser statistikken en nedgang i årsverksinnsatsen i perioden 2003-2005. Ergoterapiårsverkene økte fra 1029 i 2004 til 1203 i 2006 (tall fra SSB).

### *Finansiering*

Kommunesektorens inntekter kommer fra skatteinntekter, statlige overføringer (rammetilskudd og øremerkede tilskudd), samt fra gebyrinntekter og brukerbetaling. Inntektsrammen for den enkelte kommune er behovsbasert med utgangspunkt i kostnadskriteriene i inntektssystemet. Finansieringen påvirkes ikke av aktivitetsnivå eller hvordan tjenestene utføres. Inntektssystemet for kommunene er blant de viktigste virkemidler for å sikre at velferdstjenestene når alle, uavhengig av hvor i landet de bor. Dette gjelder også rehabiliterings- og habiliteringstjenester.

Gjennom toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester kompenseres deler av kommunenes kostnader knyttet til personer med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester. Ut over innslagspunktet på 770 000 kroner per bruker får kommunene i 2007 kompensert for 70 pst. av utgiftene på landsbasis. Statens tilskudd beløp seg i 2007 til i over-

kant av 2 mrd. kroner. Totalt mottok 323 kommuner tilskudd til 4013 brukere. I kommuneproposisjonen for 2008 foreslås en økning av den statlige kompensasjonsgraden i ordningen fra 70 til 85 prosent. Samtidig foreslås det å endre modell for tildeling av tilskudd, slik at den enkelte kommune får kompensert en fast andel av egne utgifter utover innslagspunktet på 770 000 kroner (2007-kroner).

Hovedtyngden av tjenester til personer med psykiske lidelser og rusproblemer finansieres over rammetilskuddet, men det gis øremerkede midler gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse og til kommunale rustiltak, hvor kommunene blant annet kan søke om tilskudd for å videreutvikle sitt arbeid med å rehabiliterer personer med rusmiddelproblemer. Det gis også tilskudd til prosjekter gjennom regjeringens handlingsplan mot fattigdom overfor langtidsmottakere av sosialhjelp.

Kommunenes utgifter til fysioterapitjenester består av driftstilskudd til privatpraktiserende fysioterapeuter og lønn til fastlønte fysioterapeuter.

De fleste avtalefysioterapeutene får imidlertid største delen av inntektene sine fra statlige trygderefusjoner etter aktivitetsbaserte takster. Utviklingen viser at statens/folketrygdens andel av den samlede finansiering av fysioterapitjenesten øker år for år. I 2007 finansieres om lag 75 prosent av behandlinger utført av avtalefysioterapeuter gjennom pasientens egenandeler og staten gjennom trygdens refusjonsbestemmelser. En økende andel pasienter har diagnoser som gir rett til dekning av egenandel.

Kommunene får tilskudd fra staten for fastlønte fysioterapeuter. Folketrygden yter refusjon til pasienten som utbetales til privatpraktiserende fysioterapeut dersom denne har driftsavtale med kommunen.

### *Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*

I følge forskrift om habilitering og rehabilitering skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys og ytes nødvendig habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i og utenfor institusjon. De har ansvaret for rehabiliteringstiltak for innlagte pasienter, for vurdering av rehabiliteringspotensialet hos henviste pasienter, for å ta initiativ til og delta i utarbeidelse av individuell plan, for veiledning overfor kommunene og opplæring av pasienter og pårørende, for undervisning, forskning, kompetanseoppbygging og utviklingsarbeid.

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er tjenester som krever en slik grad av spesialisering at det ikke er hensiktsmessig å legge dem inn under det kommunale ansvaret. Dette kan være tilfeller der bistanden må knyttes nært opp til spesia-

lisert medisinsk behandling, eller der det kreves spesialistkompetanse.

Tjenestene ytes både som døgntilbud, dagtilbud/dagopphold, tverrfaglig eller særfglig polikliniske tjenester, ambulante tjenester og lærings- og mestringstilbud. Døgntilbud gis ved at pasienten er innlagt i sykehus eller i private rehabiliterings- og oppføringsinstitusjoner m.m. Rehabiliteringsdøgnoophold kan enten skje som en del av et akutt eller elektivt opphold i klinisk avdeling eller som et elektivt opphold i spesialiserte rehabiliteringsavdelinger/-institusjoner. Generelt gjelder at svært kompliserte rehabiliteringsproblemstillinger må ivaretas i universitetssykehus eller spesialsykehus. At en problemstilling er komplisert kan skyldes tilstandens alvorlighet, at tilstanden er sjelden eller at problemstillingen er sammensatt. Eksempler på dette er ryggmargsskade og kompliserte multitraumer. Mindre komplisert rehabilitering ivaretas av lokalsykehus med både dag- og døgnoophold, polikliniske og ambulante tjenester og lærings- og mestringssentre.

Det skal tilrettelegges for at alle pasienter raskest mulig kan gjenoppta best mulig funksjon og mestringsevne. Rehabiliteringstiltak må derfor være en integrert del av behandlingen i alle kliniske avdelinger.

Rehabiliteringstjenester skal gis ambulant dersom de ikke kan gis mest hensiktsmessig i institusjon. Ambulante tjenester innebærer at ansatte i spesialisthelsetjenesten reiser hjem til pasienten eller møter dennes hjelpeapparat. Gjennom samarbeidet med brukeren, de pårørende og kommunale tjenester før utskriving, og ved å bistå kommunen med tilrettelegging, råd og veiledning, kan ambulante team bidra til en smidig overgang fra sykehus til kommunalt nivå, til å avdekke behov og til følge opp tiltak. De er dermed sentrale i samhandlingen mellom første- og annenlinjetjenesten, i tjenesteyting og i kompetanseoverføring mellom personell og nivåer. Flere foretak tilbyr i dag ambulante rehabiliterings- og habiliteringstjenester. Det er imidlertid store forskjeller helseregionene i mellom med hensyn til opprettelse av ambulante rehabiliteringsteam og hvordan de arbeider. (SKUR-rapport nr. 1/2005)

I forbindelse med innføringen av lov om spesialisthelsetjenester i 2001 ble sykehusene pålagt å drive opplæring av pasienter og pårørende. Per 10. september 2007 var det etablert 47 lærings- og mestringssentre, og 14 sentre var under planlegging i helsesforetakene. Ved mange sykehus gis i tillegg pasientopplæringskurs som ikke er organisert gjennom lærings- og mestringssentre.

Behandlingsreiser til utlandet er et tilbud til pasienter med kronisk, somatisk sykdom. Ordningen omfatter pasienter med revmatiske lidelser, psoriasis og senskader etter poliomyelitt, barn og ungdom

med astma og lungesykdommer, samt barn med atopisk eksem. Behandlingen består av tre til fire ukers opphold i varmt og solrikt klima med fysikalsk behandling og medisinsk faglig oppfølging. Helse Sør-Øst RHF ved Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF har daglig administrasjon og faglig ansvar for ordningen. Ved valg av behandlingssteder følges regelverket for offentlig anskaffelser. Ordningen er finansiert gjennom en egen tilskuddsordning i statsbudsjettet.

De regionale helseforetakene har i dag ansvaret for kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger. De 11 sentrene yter tjenester til personer fordelt på vel 300 ulike diagnoser. Bruker- og livsløpsperspektiv står sentralt ved sentrene. Viktige oppgaver er å samle og spre kompetanse, gi veiledning i enkeltsaker, og flere arrangerer kurs og konferanser for fagfolk og familier.

#### *Barne- og voksenhabiliteringstjenesten*

Barnehabiliteringstjenesten skal yte tjenester som krever særskilt kompetanse, og forutsettes å gi råd og veiledning til kommunene, og til foreldre og foresatte. Gjennom samarbeidet med kommunene om tilrettelegging av tiltak for barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk sykdom, samt barnehabiliteringstjenestens ansvar for å gi kommunen råd og veiledning, er barnehabiliteringstjenesten spesielt viktig for disse barna og deres foreldre/foresatte.

Barnehabiliteringstjenester tilbys ved flere sykehus i alle helseregioner. Tradisjonelt har barnehabiliteringstjenesten vært nært knyttet til barneavdelinger, og pediaterne har vært viktigste legeressurs. Kompetansesentrene for personer med sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger representerer også en viktig ressurs. Samarbeid mellom barnehabiliteringstjenestene, barneavdelingene i sykehus, sentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger, og med kommunale tjenester, må vies stor oppmerksomhet for å skape et sammenhengende tilbud.

Voksenhabiliteringstjenesten har hatt ulik organisatorisk tilknytning. Tjenesten skal samarbeide med øvrige spesialisthelsetjenester og med kommunene, og gi råd og veiledning i forhold til tilrettelegging av tiltak for den enkelte. Samarbeid med barnehabiliteringstjenesten er særlig viktig for å få videreført tiltak som har vært iverksatt i barnehabiliteringstjenesten, og for å sikre en god overgang fra barn til voksen.

#### *Psykisk helse og rus*

Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å yte spesialiserte helsetjenester, herunder rehabiliteringstjenester, til personer med psykiske lidelser og/eller

rusmiddelproblemer, på lik linje med alle andre brukere, og har i tillegg et veiledningsansvar overfor kommunene.

Tjenestene innen det psykiske helsevern ytes både i sentraliserte sykehusavdelinger og ved distriktpsikiatriske sentre (DPS), og de leveres både i form av opphold, polikliniske tjenester og ambulante tjenester. Opptrappingsplanen for psykisk helse definerer DPS som en faglig selvstendig enhet med ansvar for det allmenne psykiske helsevern innenfor et gitt geografisk område. Det følger av de oppgaver som DPS skal ivareta, at senteret må ha bred kompetanse innen utredning, behandling og rehabilitering av personer med psykiske lidelser.

Med rusreformen er alle de tidligere fylkeskommunale rustiltakene overført til staten og blitt en ansvarsmessig integrert del av spesialisthelsetjenesten. Personer med rusmiddelproblemer har dermed fått pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter. Behandlingsilbudet for personer med rusmiddelproblemer er etter rusreformen definert som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Med rusreformen er retten til individuell plan lovfestet også i sosialtjenesteloven.

#### *Aktivitet*

Det har vært en vekst i antallet rehabiliteringsopphold i sykehus de siste årene. I perioden 2004–2006 var veksten i antall opphold nær 25 pst. (NPR 2006). Det er regionale forskjeller både når det gjelder antall rehabiliteringsopphold og vekst i antall opphold. I perioden 2004–2006 har det også vært en økning i antall pasienter som har fått undersøkelse og utredning i poliklinikk innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering. Denne økningen har imidlertid ikke vært så stor som økningen i rehabiliteringsopphold.

#### *Finansiering*

Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning. I 2007 finansieres somatisk pasientbehandling med 60 prosent basisbevilgning og 40 prosent aktivitetsbasert bevilgning. Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes bl.a. av antall innbyggere i en region og dens alderssammensetning, og er uavhengig av produksjon av helsetjenester. Gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) er bevilgningen til sykehusene avhengig av hvor mange pasienter som får behandling. Finansiering av poliklinikk og poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet er aktivitetsbasert gjennom et takstsystem som inntil videre forvaltes av Arbeids- og velferdsetaten.

Innsatsstyrt finansiering og polikliniske refusjoner er finansieringsordninger mellom staten og de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har et selvstendig ansvar for å benytte disse midlene til å finansiere egne helseforetak og private virksomheter i egen helseregion i samsvar med «sørge for ansvaret». Regionale helseforetak kan med høy frihetsgrad velge modell for fastsettelse av godtgjørelsen av de ulike leverandørene av helsetjenester i egen region.

Til grunn for beregningen av ISF-refusjonen ligger DRG-systemet. DRG (Diagnose Relaterte Grupper) er et pasientklassifiseringssystem som gir en forenklet beskrivelse av sykehusenes aktivitet og pasientsammensetning, og danner også grunnlaget for finansiering. Pasienter som grupperes til den samme DRG er tilnærmet like i medisinsk forstand og krever tilnærmet like mye ressurser å behandle.

Det er diagnoser og prosedyrer som representerer den medisinske informasjon. I tillegg er hver DRG tilordnet en kostnadsvekt som uttrykker hva et opphold i en DRG i gjennomsnitt koster i forhold til gjennomsnittet av alle opphold. Hvert sykehusopphold blir gruppert i én DRG. Noen opphold er mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet, mens andre opphold er mer ressurskrevende.

Når det gjelder habilitering og rehabilitering, er ISF-refusjonen hovedsakelig rettet mot individuelle rehabiliteringstjenester i forbindelse med opphold i sykehus. For andre rehabiliteringstjenester gjelder hovedsakelig polikliniske takster. Polikliniske takster dekker mer varierende tilbud som vanligvis omfatter læring, mestring, opptrening, diettveiledning og lignende i grupper, samt utredninger og undersøkelser.

Hovedregelen for poliklinisk finansiering er at konsultasjoner må finne sted i poliklinikken. Helsehjelp som ytes utenfor definerte poliklinikker, for eksempel i form av ambulante team, dekkes i hovedsak av rammebevilgningen.

Polikliniske tjenester innenfor aktuelle fagområder som organiseres ambulant skal integreres i planlagt ny ISF-ordning for poliklinikk fra 2008/2009.

Finansieringsansvaret for kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger er i sin helhet overført de regionale helseforetakene fra 2006. For 2007 er finansieringen av virksomheten øremerket for det enkelte senter.

Innleggelse i psykisk helsevern og rustilbudet er i dag rammefinansiert. Poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere delfinansieres gjennom polikliniske takster. I 2005 ble takststrukturen for psykisk helsevern og rus lagt om. Omleggingen har gitt økt fokus på aktivitet og pasientbehandling. Takstene for poliklinisk virksomhet innen psykisk

helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere kan benyttes ved ambulant virksomhet i dag. Samhandling mellom tjenestenivåene gir rett til takstrefusjon. Fra 2007 er det fritak for egenbetaling for oppsøkende behandling overfor personer med rusmiddelproblemer.

#### Rehabilitering i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner

I tillegg til habilitering og rehabilitering som foregår i kommuner og i helseforetak, ytes slike tjenester i private institusjoner. Dette dreier seg om:

- Private opptreningsinstitusjoner som er godkjent etter tidligere forskrift om opptreningsinstitusjoner.
- Såkalte «spesielle helseinstitusjoner» (helsesportsentre og attføringssentre) som var godkjente som «annen helseinstitusjon».
- Lungesykehus.
- Institusjoner som ikke har vært godkjent etter tidligere forskrift, men som yter tjenester som de regionale helseforetakene kjøper (eks. Cato-senteret i Son).
- Montebello-Senteret (senter for kreftrehabilitering)

Også institusjoner for blinde og svaksynte yter rehabiliteringstjenester, men uten avtale med RHF eller kommuner. Tjenesten er finansiert delvis av trygden, delvis av opplæringsmidler mv. Institusjonene tilbyr rekreasjonsopphold og opplæring, både i form av voksenopplæringskurs og tilpasningskurs, som forutsettes å ha et rehabiliteringsformål.

Bestiller- og finansieringsansvar for tilbudet i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre, attføringssentre og lungesykehus ble fra 1. januar 2006 overført til de regionale helseforetakene. Overføringen skjedde gradvis fra 2003 ved at en økende del av bevilgningen til institusjonene ble overført til de regionale helseforetakene. (Før 2003 ble oppholdsutgifter i opptreningsinstitusjoner dekket av folketrygden etter regler gitt i folketrygdloven § 5-20. I St.prp. nr. 1 (2002-2003) ble det foreslått en overføring av finansieringsansvar og bestilleransvar til de regionale helseforetakene i løpet av en 4-års periode fra 2003. Overføringen skjedde et år raskere enn planlagt, og ble gjennomført i 2006.) Midlene er fordelt til de regionale helseforetakene etter institusjonenes geografiske lokalisering, og er «øremerket» kjøp hos private leverandører. Å vurdere behovet for, og inngå avtaler med private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, er nå en del av de regionale helseforetakenes «sørge for»- ansvar. De regionale helseforetakene inngår avtaler med aktuelle institusjoner om hvilke tjenester som skal ytes, i hvilket

omfang og til hvilken pris. (Ordningen med at pasienter kan benytte plasser i rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner i andre regioner uten at det blir gjenstand for gjestepasientoppgjør mellom regionene ble videreført i 2007) Avtalene inngås etter de regler som gjelder for offentlig anskaffelser. Det er partene ved inngåelse av avtale som bestemmer hvordan oppgjøret skal foretas. Fra 2007 ble det, som følge av en endring i forskrift om offentlige anskaffelser i 2006, gitt større adgang til direktekjøp, ved at det er åpnet for at kjøp av spesialisthelsetjenester fra visse private rehabiliteringsinstitusjoner kan skje uten å kunne gjøre kjøpet etter prosedyrene i forskriften. Anskaffelsene må imidlertid fortsatt skje i samsvar med de grunnleggende prinsippene i anskaffelsesloven og forskriften. Dette gjelder krav om konkurranse så langt det er mulig, at innkjøper skal følge god forretningsskikk, at leverandørene skal likebehandles og at prosessen skal være forutsigbar, gjennomsluktig og mulig å etterprøve. Fra 2005 til 2007 har midlene brukt til tjenester fra private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner økt med 14,2 pst.

Ved inngåelse av avtaler med de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene tar de regionale helseforetakene utgangspunkt i hvilke tjenester det er behov for i regionen. De regionale helseforetakene stiller krav til kvalitet, både når det gjelder personellens faglige kvalifikasjoner, og at ytelsen skal utføres i henhold til gjeldende lovgivning og øvrige myndighetskrav. Gjennom avtaler vil det også kunne stilles krav om hensiktsmessig bruk av ressursene, bl.a. faglig innhold i tilbudet og oppholdenes lengde.

En del av de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner har bakgrunn som kurbad, rekreasjonshjem, rekonvalesenshjem mv., men har over tid endret faglig innhold. I 2003, da overføringen av bestiller- og finansieringsansvaret til de regionale helseforetakene ble innledet, var imidlertid tjenestene som ble ytt mange steder ikke å anse som spesialisthelsetjenester, blant annet vurdert ut fra personellens medisinske kompetanse. Fortsatt yter de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene tjenester i hovedsak til pasienter som er selvhjulpne i det daglige, og der nærhet til et bredere medisinsk miljø ikke er avgjørende.

De private institusjonene har i noen grad endret sitt tilbud etter at RHF overtok bestiller- og finansieringsansvaret. Blant annet har enkelte institusjoner ansatt flere personer med helsefaglig utdanning. Mange ser denne kvalitetshevingen av tilbudet som positiv. Samtidig har det blitt stilt spørsmål ved om det er hensiktsmessig at alle institusjoner hever det faglige nivået på sitt tilbud. Dette begrunnes med at ikke alle pasientene som tradisjonelt har fått et tilbud ved disse institusjonene, har behov for et spesialisert tilbud. På et overordnet nivå handler denne diskusjo-

nen om tilbudet ved de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene skal være spesialisthelsetjenester, eller om de også skal yte tjenester innrettet mot kommunehelsetjenesten. I en slik vurdering må det tas hensyn til at antallet eldre øker, at eldre har et større behov for rehabilitering etter sykdom og skade enn andre, og at mange av de private institusjonene ikke har kunnet motta eldre som ikke har vært

selvhjulpne. Slik sett handler denne diskusjonen både om institusjonene skal innrette sitt tilbud som primær- eller spesialisthelsetjenester (og derfor om ansvarsdelingen mellom de to nivåene) og samtidig om hvilke behov som finnes i hvilke pasientgrupper. En tilhørende problemstilling er i hvilken grad det er ønskelig at noen av disse innretter sitt tilbud mot pasientgrupper med spesielle behov.

Tabell 9.1 Nøkkeltall<sup>1</sup> – private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner

		Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	Sum
Antall institusjoner	2005	14 <sup>2</sup>	7 <sup>4</sup>	4	7 <sup>7</sup>	5 <sup>9</sup>	37
	2006	14 <sup>3</sup>	6 <sup>5</sup>	5 <sup>6</sup>	7 <sup>8</sup>	6 <sup>10</sup>	38
Antall opphold	2005	13 990	6077	3057	5424	4372	32 920
	2006	10 313 <sup>11</sup>	5684	3252 <sup>12</sup>	5161	4015	28 425
Oppholdsdøgn	2005	319 212	147 125	67 995	128 272	107 327	769 931
	2006	229 703 <sup>13</sup>	136 216	66 730 <sup>14</sup>	118 890	90 019	641 558
Oppholdstid, median 2006 <sup>15</sup>		21	22	21	21	23	21
Alder, median 2006 <sup>16</sup>		64	65	67	67	60	67
Diagnoser 2006 <sup>17</sup>							
- muskel-skjelett	Menn	33,9	50,4	38,8	36	40,9	50,1
	Kvinner	48,6	64,1	54,5	47,3	60,3	
- sirkulasjonssykdommer	Menn	17	20,8	18,6	22	17	11,2
	Kvinner	7,8	7,2	7,3	10,2	7,8	
- skader	Menn	10,4	8,6	9	11,7	12,3	10,9
	Kvinner	11,1	8,3	10,6	12,5	11,9	
Henvisning fra sykehus 2006 <sup>18</sup>	I pst.	48	45	54	60	34	48
Henvisning fra primær-lege	I pst.	47	52	44	39	66	49
Plasser	2005	975	434	190	370	328	2297 <sup>19</sup>
	2006	738	346	210	309	287	1890 <sup>20</sup>

<sup>1</sup> Kilder: Norsk pasientregister og informasjon fra regionale helseforetak

<sup>2</sup> Ekskl: CatoSenteret, Beitostølen Helsesportssenter og Hernes Institutt

<sup>3</sup> Inkl: CatoSenteret, Beitostølen Helsesportssenter og Hernes Institutt – i tillegg inngikk Helse Øst avtale med Glitteklinikken, Conrad Svendsens Senter, MS-senteret i Hakadal, Eiksåsen, Kure epilepsisenter Røysumtunet, PTØ Hamar, Friskvern-klinikken, Feiringklinikken

<sup>4</sup> Inkl. Nordagutu opptreningsssenter, ekskl. Attføringssenteret i Rauland

<sup>5</sup> Ekskl. Nordagutu opptreningsssenteret (Telemark Rehabiliteringssenter, Nordagutu), inkl. Attføringssenteret i Rauland

<sup>6</sup> Krokeidesenteret har to avdelinger – Fana og Nærlandsparken

<sup>7</sup> Inkl. Aure opptreningsssenter

<sup>8</sup> Ekskl. Aure opptreningsssenter

<sup>9</sup> Ekskl. Valnesfjord helsesportssenter

<sup>10</sup> Inkl. Valnesfjord helsesportssenter

<sup>11</sup> Ekskl. NIMI

<sup>12</sup> Ekskl: Krokeidesenteret

<sup>13</sup> Ekskl. NIMI

<sup>14</sup> Ekskl. Krokeidesenteret

<sup>15</sup> For 2005 er det ikke beregnet median oppholdstid fordelt på helseregion. Median oppholdstid for landet var 21 også i 2005.

<sup>16</sup> For 2005 er det ikke beregnet median alder fordelt på helseregion. Median alder for 2005 total er 68.

<sup>17</sup> Det er ikke gjort tilsvarende beregninger fordelt på helseregion og kjønn for 2005. I 2005 hadde 50 pst. sykdommer i muskel- og skjelettsystemet, 11 pst. sirkulasjonssykdommer og 10 pst. skader.

<sup>18</sup> For 2005 var 47 pst. henvisning fra sykehus inkl. poliklinikk og 51 pst. fra primærlege. Ser en henvisning til ulike institusjonstyper var 77 pst. av henvisningene til arbeidsrettet rehabilitering og 70 pst. til helsesportssentre fra primærlege. Til opptreningsinstitusjoner var 49 pst. fra primærlege.

<sup>19</sup> Catosenteret er ikke inkludert. Aure opptreningsssenter og Nordagutu opptreningsssenter er inkludert.

<sup>20</sup> Aure opptreningsssenter og Nordagutu opptreningsssenter er ikke inkludert.

I 2007 var det 1 834 plasser i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre og attføringsinstitusjoner. Dette er en nedgang på 434 plasser fra 2005. I 2005 var plasstallet tilsvarende antallet godkjente plasser, dvs. antall plasser i den enkelte institusjon som var godkjent etter forskrift om opptreningsinstitusjoner, og plasser som de spesielle helseinstitusjonene var godkjent for. Beleggsprosenten var varierende, både mellom institusjoner og fra det enkelte år til det neste. Belegget i de ulike institusjoner kunne variere mellom om lag 60 prosent og 100 prosent. I 2007 er plasstall beregnet ut fra avtaler om opphold. Det er ikke oppgitt hvilket belegg som er lagt til grunn for beregning av plasstall. I flere regionale helseforetak er det i hovedsak beregnet 100 prosent belegg. Dette innebærer at tallene for 2007 ikke nødvendigvis er sammenlignbare med tallene for 2005, og at forskjellen mellom plasser i faktisk bruk i 2007 og plasser i faktisk bruk i 2005 er mindre enn de 434 som nevnt over.

Som tabellen viser, er det i dag en geografisk skjevfordeling, både i antallet rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, og i bruken av tjenestene. Dette har langt på vei en historisk forklaring.

## 9.5 Mål for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene

Det overordnede målet for rehabilitering er nedfelt i Soria Moria-erklæringen der det heter at regjeringen vil sikre rehabilitering til alle som trenger det. Tjenesten må ha en kapasitet som står i forhold til behovene som skal dekkes og kapasiteten må brukes på en måte som gjør at tjenestene når ut til brukerne i samsvar med helsepolitikkenes likeverdighetsmålsetting. Målet må inkludere alle de seks bærebjelkene i Nasjonal helseplan, dvs. helhet og samhandling, demokrati og legitimitet, nærhet og trygghet, sterkere brukerrolle, faglighet og kvalitet og arbeid og helse. Bærebjelkene er fundamentert også for Sosial- og helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten som sier at tjenester av god kvalitet er kjenetegnet av at de:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukerne av tjenestene
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

I oppfølgingen av rehabiliteringsstrategien legges det vekt på en skjerpet politisk styring av arbeidet, i kombinasjon med sterkere tilrettelegging fra

departementet for medvirkning fra brukernes organisasjoner.

De fleste av tiltakene som nå skal gjennomføres må særskilt rettes inn mot rehabiliteringstjenestene. Samtidig er det viktig at ikke rehabilitering utvikler seg til et særomsorgsområde og som en følge av dette ikke får sine interesser ivaretatt gjennom de mange generelle strategiene og tiltakene som iverksettes på helseområdet. Nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre for rehabiliteringsområdet for dårlig ivaretatt. Rehabilitering har for svak posisjon i forskning og utdanning, mv. I Nasjonal helseplan er det identifisert en rekke gjennomgående strategier og tiltak som skal prege utviklingen av helsetjenesten i de kommende årene. Det må spilles på lag med dette generelle utviklingsarbeidet, slik at rehabilitering får den riktige prioriteringen. Med dette som bakgrunn er det valgt å ha følgende struktur for tiltakene i rehabiliteringsstrategien:

- At det med utgangspunkt i Nasjonal helseplan vises hvordan rehabiliteringstiltak inngår og nå styrkes i oppfølgingen av helseplanen.
- I dialogen med brukerorganisasjonene er viktigheten av samarbeid med andre departementer og samfunnssektorer sterkt understreket.
- Gjennomgang av særskilte tiltak.

## 9.6 Tiltak

Tiltak forankret i oppfølgingen av Nasjonal helseplan

Fram til i dag har andre fag- og tjenesteområder fått større oppmerksomhet enn rehabiliteringsfeltet. I det kommende strategiarbeidet skal denne situasjonen endres. Ved å plassere utviklingen av rehabilitering innenfor Nasjonal helseplan kan man unngå at rehabilitering får karakter av et særomsråde, med de negative effekter som dette gir, blant annet at det er vanskelig å opprettholde tjenestefeltets rettmessige prioriteringsmessige plass over tid. Det er derfor lagt vekt på å kombinere at tiltakene i rehabiliteringsstrategien både får særskilt styringsmessig oppmerksomhet, og at de blir integrert i samlede utviklingsarbeidet som skjer med utgangspunkt i Nasjonal helseplan. Tiltakene er derfor plassert innenfor de seks bærebjelkene i Nasjonal helseplan. I tillegg presenteres supplerende tiltak som anses nødvendig for å nå målene i rehabiliteringsstrategien.

### *Helhet og samhandling*

Fordi en individuell habiliterings- eller rehabiliteringsprosess ofte består av mange vekslinger

innad i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og mellom disse og andre samarbeidende etater, er god samhandling spesielt viktig innenfor habilitering og rehabilitering. Gode vekslinger gjennom god samhandling og koordinering er nøkkelen til et helhetlig tjenestetilbud for den enkelte bruker. Samhandling på systemnivå skal understøtte samhandling på individnivå, slik at habiliterings- og rehabiliteringstilbudet til den enkelte bruker fremstår som meningsfylt, planmessig og helhetlig.

#### *Samhandlingsverktøy i helse- og omsorgstjenesten*

##### *Forskrift om habilitering og rehabilitering*

Forskrift om habilitering og rehabilitering legger til grunn at helsetjenesten ved behov skal samarbeide med sosialtjenesten og andre tjenesteytende etater som bl.a. NAV, skole/utdanningssektoren og barnehage- og barnevernssektoren, kultur og teknisk sektor. Forskriften bygger på de generelle prinsippene om fordeling av ansvar mellom tjenestenivåene. Det vil likevel ofte kunne finnes en gråsoner mellom kommunens ansvar for å yte re-/habiliteringstjenester og spesialisthelsetjenesten ansvar som tjenestenivåene må avklare seg imellom. Små og store kommuner har ulikt utgangspunkt og forskjellige innretninger for samhandling. Noen ganger vil interkommunalt samarbeid være en god løsning for å kunne yte gode, helhetlige tjenester.

Forskriften presiserer krav om koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Koordinerende enhet skal være et «sted å henvende seg til», et kontaktpunkt for eksterne og interne samarbeidspartnere, og en pådriver for kartlegging, planlegging og utvikling av rehabiliteringsvirksomheten generelt. Koordineringsfunksjonen skal være tydelig plassert og lett tilgjengelig både for tjenestemottakerne og for samarbeidspartnere. I mange tilfeller vil det være naturlig at koordinerende enhet i kommunene har et overordnet ansvar for at ordningen med individuell plan fungerer.

##### *Individuell plan*

Individuell plan skal bidra til at en tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte tjenester får et helhetlig koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud som tar utgangspunkt i brukerens behov. Tjenesteyterne skal se behovet hos den enkelte bruker og fremme tilbud om en slik plan. Individuell plan skal være brukerens egen plan, og i tillegg fungere som en sektorovergri-

pende og koordinerende plan på tvers av tjenester, etater og forvaltningsnivå der flere aktører samarbeider om å yte bistand.

Formålet med individuell plan er bl.a. å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren. Denne personen, som vil være en sentral person for tjenestemottaker, blir gjerne kalt koordinator i praksisfeltet, men omtales i forskriften som «tjenesteyter som har hovedansvar for oppfølging av tjenestemottaker» og i veilederen om individuell plan som «ansvarlig tjenesteyter».

Forskrift om individuell plan er hjemlet i helse- og sosiallovgivningen og plikten til å utarbeide slik plan gjelder bare for helse- og sosialtjenesten. Ordningen med individuell plan er frivillig og brukeren skal samtykke i at det utarbeides en slik plan. Forskriften har tydelige føringer om samarbeid dersom tjenestemottaker har behov for tjenester fra andre tjenesteytere og etater. Aktuelle instanser bør alltid trekkes inn i samarbeidet om en felles overordnet plan når brukeren har behov for tjenester fra samarbeidende instanser utenfor helse- og sosialsektoren for å nå mål for sin egen rehabiliteringsprosess.

##### *Andre verktøy for helhet og samhandling*

Det er i helsetjenesten også tatt i bruk andre verktøy for å bedre helhet og samhandling. Dette gjelder blant annet lokale avtaler mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og praksiskonsulentordningen. Et annet viktig tiltak er at partene i fellesskap, på tvers av nivåene, utarbeider lokalt tilpassede behandlingsskjeder og prosedyrer. Dette bidrar til tydelige og velavklarte ansvarsforhold og legger til rette for etablering av forpliktende nettverk. Slike nettverk kan inkludere avtaler om gjensidig hospitering og felles kompetansetiltak, gi råd og veiledning overfor medlemmer i nettverket og eventuelt for fremme forslag om riktig oppgave- og funksjonsfordeling innenfor nettverket. Dette perspektivet er vektlagt i rapporten «Utvikling av rehabiliteringstjenesten i Helse Øst (URT), Helse Øst 2006.

##### *Utfordringer når det gjelder helhet og samhandling*

Utfordringene er særlig store i livsfaseoverganger, som overgangen fra barn til ungdom og fra ungdom til unge voksne. Brukerorganisasjonen peker på at mange av tiltakene som nå er etablert for å styrke samhandling, er riktige, men at tjenestene ikke bruker disse på en god nok måte. Brukernes oppfatning stadfestes av Statens helsetilsyn. I et tilsyn Helsetilsynet utførte i 2005 med 60 kommuner

om hvordan personer med behov for sammensatte og langvarige tjenester ble sikret et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, fant tilsynet at 46 av de 60 kommunene manglet strukturer og prosesser for å sikre dette. Tilsynet viste at arbeidet med individuell plan er i gang i mange kommuner, men det mangler en overordnet styring med arbeidet. Tilsynet viste også at det i mange kommuner er uklart hvor i organisasjonen ansvaret for denne funksjonen er lagt, og at medarbeiderne ikke har kjennskap til hvor den er plassert i egen organisasjon eller hvilket ansvar en slik koordineringsfunksjon har.

Brukerorganisasjonene påpeker betydningen av at tjenestene må bli bedre til å identifisere koordinatorene som kan fylle en rolle som brukernes kontaktpunkt i det samlede tjenestesystemet. Brukerne ønsker seg ikke bare bedre koordinerte systemer, men en koordinator i form av et menneske, som har brukerens tillit, som til enhver tid kjenner brukerens situasjon, og som samtidig kjenner «systemet», og som derfor på en samlet måte kan koordinere de ulike tjenestene brukeren har behov for. En koordinator vil imidlertid måtte forholde seg både til systemet og brukeren, og vil måtte være lojal overfor begge. Etter gjeldende forskrift om individuell plan skal planen angi hvem som gis ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen.

Helse- og omsorgsdepartementet ser det som særlig viktig at individuell plan som verktøy for koordinering, samhandling og informasjon får økt fokus i tjenestene.

Et annet budskap fra brukere og deres pårørende er at det i mange situasjoner er avgjørende at pårørende får nødvendig informasjon, opplæring og veiledning, slik at de kan føle seg trygge i forhold til tiltak som iverksettes og gi sin støtte.

#### *Tiltak for mer helhet og bedre samhandling*

– Nasjonal rammeavtale for samhandling på helse- og omsorgsområdet ble undertegnet i juni 2007. Målet for rammeavtalen er bl.a. å sikre brukere et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. I rammeavtalen er det fremhevet at ett av områdene hvor det er behov for samhandling, er habilitering og rehabilitering, herunder kravene til koordinering i forskrift om habilitering og rehabilitering. Rammeavtalen skal understøtte inngåelse av lokale samhandlingsavtaler. I veiledning til rammeavtalen understrekes viktigheten av at lokale avtaler forankres i Kommunestyret og styrende organer i helseforetaket. For å sikre god oppfølging av den nasjonale rammeavtalen er det etablert sys-

temer for oppfølging. Bruker- og pasientorganisasjoner vil trekkes inn i dette arbeidet på en systematisk måte. Med utgangspunkt i dialogen som denne avtalen legger opp til, vil det bli gjennomført dialog mellom stat og KS (kommune) og legenes organisasjoner om hvordan fastlegene kan trekkes bedre inn rehabiliteringstiltak.

- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ble etablert i våren 2007. Rådet har som formål å bidra til mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioritering i helsetjenesten. Nettopp fordi rehabilitering er så sterkt preget av samhandlingsutfordringer, bør rådet kunne gjøres til et nyttig redskap for å oppnå bedre koordinering på dette området.
- Styrke bruk av IKT mellom kommuner, spesialisthelsetjenesten og arbeids- og velferdsetaten, blant annet gjennom arbeid for at kommunene skal få en sterkere rolle i arbeidet med Norsk helsenett. Rehabiliteringsaktørene må gjøre bruk av mer koordinerte IKT-systemer.
- For å legge til rette for bedre samhandling mellom helse- og omsorgssektoren og andre samskapssektorer vil det på organisasjonsplan bli etablert faste kontaktordninger. Disse vil bli etablert på tre nivåer: mellom departementene, mellom direktoratene på berørte områder og lokalt.
- Det vil i regi av Sosial og helsedirektoratet bli foretatt en samlet gjennomgang av det juridiske regelverket på rehabiliteringsområdet i helse- og omsorgstjenesten. Det vil blant annet bli vurdert hvordan mange brukeres ønske om en koordinator følges opp.
- Både Bernt-utvalget og Wisløff-utvalget har foreslått nye regler om individuell plan, jf. NOU 2004: 18 og NOU 2005:3. Departementet er i gang med å vurdere forslagene på bakgrunn av uttalelsene fra høringsinstansene.
- Det skal utvikles større bevissthet om pårørendes rolle. Respekt for brukernes integritet og en god pårørenderolle må ikke være slik at pårørende overtar koordineringsoppgaver som er en del av det offentlige ansvaret.
- Det skal fra 2008 skje en skjerpning av fylkesmannens oppfølging av kravene til koordinerende enheter i kommunene, samt oppfølging av individuell plan i samsvar med lovkrav og intensjoner. I embetsoppdraget for 2007 har Fylkesmennene fått i oppdrag å gi råd og veiledning og å følge med i kommunenes arbeid med å implementere forskrift om individuell plan, samt å kartlegge om alle kommuner har etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, og har oppdaterte adresselister



over eksisterende enheter. Fylkesmennene skal bistå kommunene med å etablere prosedyrer som sørger for at de som har rett til individuell plan, får det.

- De regionale helseforetakene er i oppdragsdokumentet for 2007 pålagt å rapportere på koordinerende enheter og på variabelen «Pasienter tildelt individuell plan». En viktig oppgave for koordinerende enhet kan være å peke ut en kontaktperson for den enkelte bruker.
- Regjeringen vil oppnevne et offentlig utvalg for gjennomgang av forvaltning, organisering og finansiering på hjelpemiddelområdet. Mandatet for utvalget vil også omfatte stønadsordningen til hjelpemidler til trening/stimulering og aktivisering til brukere med aldersgrense 26 år.
- Etablere opplæringstilbud til brukere om individuell plan, herunder opplæring i selvhjelp og brukermedvirkning. Et eksempel på et slikt opplæringstilbud er det e-læringstilbud for brukere som i dag finnes i regi av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, på [www.mestring.no](http://www.mestring.no).

#### *Demokrati og legitimitet*

En viktig betingelse for både legitimitet og tillit er åpenhet. For helse- og omsorgstjenesten innebærer dette et behov for åpenhet, ikke bare i form av dialog i beslutningsprosesser, men også omkring tjenestenes resultater. Åpenhet er nødvendig for å legge grunnlaget for felles forståelse av status og utfordringer.

#### *Utfordringer når det gjelder demokrati og legitimitet*

Det er i prosessen med utarbeiding av strategien blitt tydelig at det i dag eksisterer ulike oppfatninger om en rekke aspekter ved habilitering og rehabilitering. Det er ikke tilstrekkelig tillit til at alle som har behov for habilitering og rehabilitering, får et tilbud som møter deres behov.

Innenfor habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet, der brukerens mål og perspektiv er spesielt viktige, er kulturelle verdier og perspektiver vesentlige for å sikre både legitimitet og kvalitet.

Helselovene sikrer den samiske befolkning rett til nødvendig helsehjelp, også med hensyn til kommunikasjon med brukerne. I tillegg har den samiske befolkningen i forvaltningsområde for samisk språk en absolutt rett, i henhold til samelovens språkregler, å få tjenester på sitt eget språk. Samisk språk- og kulturkompetanse er imidlertid fortsatt ikke tilfredsstillende ivaretatt på rehabiliteringsfeltet i kommuner og i spesialisthelsetjeneste med samisk befolkning. Samene i forvaltningsområde

det skal kunne kommunisere på samisk, primært ved at helse- og omsorgspersonell selv kjenner språket. Videre bør de møtes av personell som har kunnskap til pasientens verdier og holdninger, religiøs tilknytning og skikk og bruk i pasientens nærmiljø.

Norge er i dag et flerkulturelt samfunn. Det kan stilles spørsmål ved om helse- og omsorgstjenesten i tilstrekkelig grad reflekterer dette, og ivaretar minoritetsgruppers perspektiver og tjenestebehov i tilstrekkelig grad.

Det er nødvendig innenfor habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet å etablere supplerende kontakter med organisasjoner som er bærere av minoritetsgruppers perspektiver. Ett eksempel på en slik organisasjon er Helseforum for kvinner. Dette er en frivillig organisasjon som tilbyr lavterskel helsefremmende tilbud spesielt rettet mot innvandrerkvinner.

#### *Tiltak for å styrke demokrati og legitimitet*

- Mer åpenhet om feil gjennom etablering av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Det skal påses at denne enheten har det tilstrekkelige fokus på rehabilitering.
- I Nasjonal helseplan er det sagt at det skal legges større vekt på å bruke kvalitetsindikatorer som fanger opp samhandling og helhetlige behandlingsskjeder. Det skal påses at det i dette perspektivet blir arbeidet med indikatorer for rehabiliteringsområdet.
- Departementet vil etablere kontakt med organisasjoner med perspektiver og interesser som ikke i tilstrekkelig grad ivaretas av eksisterende brukerorganisasjoner. Dette gjelder blant annet innvandrersorganisasjoner.

#### *Nærhet og trygghet*

Viktig for nærhet og trygghet er en god og likeverdig tilgjengelighet til helsetjenester for befolkningen. Forutsetning for likeverdig tilgjengelighet er blant annet en desentralisert helsetjeneste. Det er i Nasjonal helseplan slått fast at helsetjenesten fortsatt skal organiseres etter LEON-prinsippet (Lavest Effektive Omsorgsnivå), samt at planen bygger på Regjeringens program om at ingen lokalsykehus skal legges ned.

#### *Utfordringer i forhold til nærhet og trygghet – tilgjengelighet og rettferdig fordeling*

Forutsetningen for å sikre en likeverdig tilgjengelighet er at både kommuner og spesialisthelsetjeneste har oversikt over behovet for habiliterings- og rehabiliteringstjenester og planlegger og

dimensjonerer sine tjenester i samsvar med dette. Når det gjelder kommunale planer for habilitering og rehabilitering, er det godt dokumentert at tverrsektoriell forankring og myndighet styrkes ved at mandat for oppstart og godkjenning av planene forankres på høyt nivå. Det er derfor uheldig at mange kommuner ikke har etablert planer og system som sikrer at rehabilitering blir ivarettatt innenfor de ulike tjenesteområdene og i samarbeid mellom disse.

Det er underkapasitet i forhold til slagenheter og integrert rehabilitering av eldre pasienter. Vitenskapelige artikler viser at kun 60 pst. av slagpasientene i dag får tilbud om behandling i slagenhet. Det er videre anslått at 30 pst. av alle pasienter på 75 år og over, akuttinnlagt i medisinske avdelinger, ville hatt behov for geriatrisk intervensjon og rehabilitering, mens det kun er 18 pst. som får dette tilbudet. Kirurgisk/ortopediske pasienter har ofte samme behov.

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenester til barn i 2006, som omfattet både kommune- og spesialisthelsetjenesten, viste at tjenestene mange steder fungerte godt, men avdekket samtidig manglende likeverdighet i tilbudet som følge av variasjon i tilgjengelig fagkompetanse.

Utviklingen de siste tiårene, herunder den generelle nedbyggingen av institusjoner og særomsorg, samt reduksjon i liggetid i sykehus, har endret kommunenes ansvar. Parallelt har kommunale tjenester blitt styrket. Ut fra en faglig vurdering ønsker de regionale helseforetakene å korte ned sykehusoppholdene ytterligere, og legge mer vekt på dagbehandling og ambulante og polikliniske tjenester. Stadig flere brukere vil da ha behov for tjenester fra begge nivåer samtidig. Dette vil øke samhandlingsbehovet nivåene imellom.

Det er regionale forskjeller i bruk av private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, og en skjevfordeling når det gjelder de øremerkede midlene til dette. Forskjellene innebærer ikke nødvendigvis at tilgjengelighet til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten samlet sett er skjev. Brukere med likeartede behov får noen steder tjenester i sykehus, mens de andre steder får tjenester i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner eller i kommunen. Ett tiltak for å øke graden av likeverdighet og rettfærdig fordeling av tjenester og bidra til bedre oversikt over behov og tilbud, kan være etablering av et nasjonalt nettsted for informasjon om rehabiliteringstilbudet.

En spesiell utfordring knyttet til tilbudet til unge med nedsatt funksjonsevne, er at enkelte av disse bor i institusjoner beregnet på eldre. Ingen ung person med nedsatt funksjonsevne skal mot

sin vilje bo i institusjon beregnet på eldre. Tall fra Statistisk sentralbyrå for 2005 viser imidlertid at 178 beboere under 50 år er innskrevet for langtidsopphold i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Av disse var 130 beboere i alders- og sykehjem. Dette er et lavere antall enn tidligere år. Reviderte tall for 2006 viser en ytterligere nedgang. Foreløpige tall for 2006, offentliggjort 15. juni, viser 114 beboere under 50 år i alders- og sykehjem, hvorav 7 med ønske om annet botilbud, men uten utflyttingsplan.

Fylkesmennene skal i 2007, som i 2005 og 2006, følge opp kommuner som har unge personer under 50 år bosatt i alders- eller sykehjem. En kontaktgruppe med representanter fra brukerorganisasjonene, KS, Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet skal følge utviklingen på området og komme med forslag til tiltak.

#### *Lokalsykehusenes rolle i rehabilitering*

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å tydeliggjøre lokalsykehusenes rolle også når det gjelder rehabilitering. I de siste årenes styringsdokumenter er de regionale helseforetakene pålagt å utarbeide helhetlige strategier for lokalsykehusene i egen helseregionen. I tillegg nedsatte departementet i 2006 en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å tydeliggjøre lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede. I arbeidsgruppas rapport, avgitt i mars 2007, gis en kort omtale av gruppas syn på lokalsykehusenes rolle ut over akuttfunksjonene.

Arbeidsgruppa påpeker at lokalsykehusenes fortrinn er nærhet, breddekompetanse og lokalkunnskap. Gruppa mener lokalsykehusene bør drive rehabilitering i bred forstand, herunder rehabilitering etter hjerteinfarkt og hjerneslag, ved gangvansker hos eldre etter brudd og etter andre skader og ved annen funksjonssvikt. Videre mener den at lokalsykehusene bør tilby opplæring av pasienter og pårørende, blant annet pasienter med lungesykdommer, hjertesvikt og diabetes, ved egne lærings- og mestringssentre. Lokalsykehusarbeidsgruppa understreker at behandling, rehabilitering og opplæring i lokalsykehus må dimensjoneres og planlegges i nært samarbeid med kommunene i nedslagsfeltet, slik at lokalsykehusene blir en samarbeidspartner for, og ikke en konkurrent til, kommunehelsetjenesten. Lokalsykehus skal, i all hovedsak, tilby tjenester som ikke kan gis i primærhelsetjenesten, og yte veiledning overfor denne.

Lokalsykehusrapporten viser at 50-70 pst. av alle som har behov for akuttinnleggelse kan ferdigbehandles på lokalsykehus. Flertallet av pasientene har behov for rehabilitering. Behovet for nærhet til

hjemmet, samt behovet for samtidig medisinsk behandling taler for at rehabiliteringstjenestene bør gis i lokalsykehuset. Videre tilsier en utvikling i retning av mer bruk av dagopphold, tverrfaglige polikliniske tilbud og ambulante tjenester at lokalsykehusene bør ha en sentral rolle. Dette fordi slike tilbud forutsetter at tjenestene befinner seg nærmere pasienten enn ved døgntilbud.

For eldre mennesker som ikke er selvhjulpne, er det ofte spørsmål om opptreningen/rehabiliteringen skal finne sted i lokalsykehuset eller i kommunene. Dersom rehabiliteringen skal skje i kommunene, krever dette en utadrettet spesialisthelsetjeneste som bidrar til helhetlige behandlings- og rehabiliteringskjeder sammen med de kommunale tjenestene. God tilgang på ambulante geriatri-/rehabiliteringstjenester forutsetter oppbygging av dette tilbudet som en del av lokalsykehusfunksjonen.

#### *Trygge og sikre tjenester*

Innenfor habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet skyldes trolig feil og uønskede hendelser, i større grad enn for andre typer helse- og omsorgstjenester, svikt i samordning og koordinering mellom helsepersonell, avdelinger og nivåer. Viktige betingelser for trygge og sikre tjenester er et uavhengig tilsyn med at tjenestene drives på en forsvarlig måte, samt at tjenestene lærer av sine feil. Det siste krever åpenhet om at feil og uønskede hendelser skjer, og at slike hendelser blir meldt og brukt i kvalitetsforbedringsarbeidet.

Et viktig tiltak for å unngå feil og uønskede hendelser er etablering av internkontroll. God internkontroll sikrer i hovedsak trygge tjenester innenfor den enkelte enhet. Internkontrollsystemer må derfor suppleres med andre tiltak for å oppnå trygge pasientforløp. Tydelige og lokalt tilpassede behandlingsskjeder på tvers av nivåer og institusjonsgrensar, som avklarer ansvar og roller, gir trygghet både for brukere og tjenesteytere. Sosial- og helsedirektoratet har en sentral rolle på dette feltet som følge av sitt ansvar for at lovverk følges opp, og for råd og veiledning overfor tjenesten.

Ny informasjons- og kommunikasjonsteknologi gir mulighet for betydelige forbedringer på sikkerhetsområdet. Innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet må brukerne inngå som et sentralt ledd i informasjonsnettverket. Trygghet og sikkerhet for brukerne forutsetter imidlertid ikke bare god informasjonsflyt, men også at personvernet blir ivarettatt. Det er en utfordring å oppnå disse to målene samtidig, særlig innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, der mange aktører er involvert.

#### *Tiltak for å oppnå nærhet og trygghet*

- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering skal bidra til en mer likeverdig fordeling av helsetjenester ved å sikre mer lik prioritering på tvers av helseregioner og nivåer i helsetjenesten, samt ved å bidra til mer likeverdig fordeling på tvers av fagområder.
- Samarbeidsprosjektet «Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten» mellom de regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet skal bidra til at habiliterings- og rehabiliteringstjenester blir riktigere prioritert. Høsten 2007 startes arbeidet med en veileder for fagfeltet fysikalsk medisin og rehabilitering.
- Sosial- og helsedirektoratet skal, som departementets faglige rådgiver, gi råd om hvordan helsetjenesten bør organiseres for å sikre at effektive tjenester gjøres likeverdig tilgjengelige for befolkningen. Dette vil i første omgang kunne gjelde slagbehandling og integrert rehabilitering av eldre med flere lidelser og kronisk funksjonssvikt.
- Regjeringens tiltak for å styrke omsorgstjenesten oppsummeres i Omsorgsplan 2015. Planen vil være grunnlaget for de statlige satsingene i de kommunale omsorgstjenestene i årene framover.
- Departementet har i rundskriv I-5/2007 presisert det kommunale ansvaret for å organisere og dimensjonere tjenestene etter sosialtjenesteloven § 4-2, slik at tjenestemottakeren sikres et aktivt liv slik sosialtjenestelovens formålsbestemmelse forutsetter.
- Ta initiativ til at Nasjonal enhet for pasientsikkerhet etablerer et prosjekt for å avdekke risikofaktorer for uønskede hendelser innenfor habiliterings- og rehabiliteringstjenestene, samt utarbeider anvendbar læringsinformasjon til brukere, helsepersonell og myndigheter om tiltak som kan bedre pasientsikkerheten.
- Etablering av et nasjonalt nettsted for informasjon om rehabiliteringstilbudet utredes.

Det vises også til tiltak under «Ressurser og finansiering» senere i kapitlet.

#### *Sterkere brukerrolle*

Brukermedvirkning er brukeres innflytelse på utformingen både av tjenestene til den enkelte og av tjenestetilbudet på systemnivå. Brukermedvirkning er et virkemiddel for å øke kvaliteten i tjenestene, og er en rett som følger av pasientrettighetsloven og sosialtjenesteloven. Forskrift om habilitering og rehabilitering pålegger kommuner og helseforetak

å sørge for at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Brukeren selv bestemmer over egen deltakelse. Brukernes mål skal være ledende i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Brukerens innflytelse over egen situasjon er en forutsetning for at re-/habilitering skal kunne gjennomføres. De øvrige aktørene skal bistå og assistere brukerens egeninnsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse.

Samarbeid med brukere på systemnivå er iver tatt gjennom brukerråd/brukerutvalg i de regionale helseforetakene. Rådene er opprettet som arenaer for dialog, med mål om å utvikle innholdet og kvaliteten i tjenestene og å videreutvikle en tjeneste tilpasset brukernes behov, basert på et samspill mellom fagpersonell og brukere.

Kommunene og fylkeskommunene er pålagt å ha råd eller annen representasjonsordning for mennesker med nedsatt funksjonsevne for å sikre bred og tilgjengelig medvirkning i saker som særlig angår målgruppen. I hver kommune og fylkeskommune skal det være et eldreråd som skal få til behandling saker som gjeldet eldres levekår.

Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) er også pålagt å legge til rette for brukermedvirkning på systemnivå.

Brukernes organisasjoner utgjør en stor ressurs og er sentrale samarbeidspartnere og bidragsytere for den offentlige helse- og sosialtjenesten. Brukerorganisasjonene har bred kunnskap om det å leve med en funksjonsnedsettelse. Mange organisasjoner tilbyr pasienter og pårørende kurs, likemannsarbeid, besøkstjeneste og fritids- og rekreasjonstilbud. Enkelte organisasjoner eier og driver også egne rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner.

Likemannsarbeid er frivillig ulønnet omsorgsarbeid, der en person (som ofte har gjennomgått likemannsopplæring i en brukerorganisasjon) yter hjelp til selvhjelp til mennesker som er i samme situasjon som dem selv. Arbeidet kan foregå mellom enkeltpersoner og i grupper og inkluderer både brukere og deres pårørende. Målet med likemannsarbeidet er hjelp, støtte og veiledning brukere imellom, ved å utveksle erfaringer som gir deltakerne økt kunnskap om en sykdom, mestring samt økt trygghet og selvinnsikt. Utgangspunktet for arbeidet er troen på at den som har skoen på, best vet hvor skoen trykker. Erfarne brukere kan formidle en annen type kunnskap enn fagpersonell, basert på egne erfaringer, som er verdifull for de mindre erfarne brukerne og deres pårørende. Arbeidet har betydning både for de erfarne og de uerfarne brukerne. Gjennom likemannsarbeidet får de erfarne brukerne brukt egne kunnskaper og

erfaringer til å hjelpe andre, og det etableres sosiale fellesskap og nettverk. Arbeidet som likemenn oppleves derfor ofte som nyttig og meningsfylt av dem som engasjerer seg i dette. I tråd med målet for rehabilitering oppnås meningsfull deltakelse sosialt og i samfunnet.

Likemannsarbeidet har tett relasjon til lærings- og mestringssentrene, både ideologisk og praktisk. Lærings- og mestringssentrene er møteplasser der målet er økt kunnskap og bedre mestring, og der brukerkunnskap og brukererfaringer er sidestilt med fagkunnskap. For personer med kronisk sykdom eller funksjonshemming er god opplæring om mestring av sykdom og nedsatt funksjonsevne ofte like viktig som medisinsk behandling, og ofte er det viktig å inkludere nære pårørende i denne opplæringen. Lærings- og mestringssentrene er en av arenaene der likemenn deltar og formidler sin kunnskap og sine erfaringer. Erfaringer fra lærings- og mestringssentervirksomhet i kommune viser at inkludering av organisasjonenes likemannsarbeid er svært viktig. Samarbeid med for eksempel NAV lar seg også gjennomføre gjennom dette likemannsarbeidet på lærings- og mestringssentrene. Gjensidig informasjon om tiltak og tilbud og opplæring når bedre ut når man systematisk involverer brukerorganisasjonenes likemannsvirksomhet.

Fra 1993 har det vært en tilskuddsordning til likemannsarbeid. Bevilgningen forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet over budsjettet til Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Tilskuddet skal støtte opp under organisasjonenes arbeid med å utvikle gode servicetilbud til medlemmene, og omfatter blant annet besøkstjeneste, selvhjelpsgrupper, støttegrupper under yrkesmessig attføring og jobbsøkeklubber. I 2007 var tilskudd til likemannsarbeid på 24,3 mill. kroner.

Fordi likemannsarbeidet har verdi for mange, og man med begrensede ressurser kan oppnå betydelige effekter, er likemannsarbeid et viktig supplement til offentlig og privat profesjonell omsorg.

### *Utfordringer*

I de senere år har forståelsen økt for at et godt samarbeid mellom brukerne og helsevesenet er viktig. «Empowerment» er et begrep som brukes om dette. Brukerrollen har blitt styrket, både gjennom generelle tiltak og mer spesifikke tiltak på rehabiliteringsfeltet. Tilbakemeldinger fra brukerorganisasjonene viser imidlertid at disse opplever at det ennå er et stykke igjen før den forutsatte rollen for brukerne og deres organisasjoner er gjennomgående etablert. Dette støttes av Norges forskningsråds evaluering av sykehusreformen. I

denne kom de regionale helseforetakene best ut når det gjelder å involvere brukerne i foretakenes beslutningsprosesser. Flere lokale helseforetak hadde imidlertid ikke gjennomført nødvendige tiltak for å sikre brukerutvalgene innflytelse på helsetjenestens virksomhet. Rapporten viste samtidig at brukerutvalgenes innflytelse har vært sterkest på områder som har bidratt til å styrke vekten på tjenester til mennesker med kroniske og sammenfattede tilstander.

#### *Tiltak for å videreutvikle brukerrollen på rehabiliteringsområdet:*

- Brukerorganisasjonene skal trekkes systematisk inn i oppfølgingen av strategien og gis bred representasjon i det oppfølgingsorgan som etableres.
- Det skal være halvårslige oppfølgingsmøter for den nasjonale rammeavtale om samhandling i helse- og omsorgssektoren med sikte på at aktørene i fellesskap kartlegger situasjon og utvikling, og skisserer hva som videre bør være prioriterte utviklingstiltak. Tilbakemeldinger fra brukerorganisasjonene skal være et sentralt tiltak i disse møtene.
- Bruken av lærings- og mestringssentre vil bli utviklet videre med tanke på å styrke dem i rehabiliteringssammenheng. Det skal tilstrebes å vinne erfaring med nye former for lærings- og mestringssentre. Erfaringer fra lærings- og mestringssentrenes arbeid skal benyttes både i det departementsforankrede oppfølgingsarbeidet og i oppfølgingen av den nasjonale samhandlingsavtalen.
- Likemannsarbeidet skal gis økt fokus.

#### *Faglighet og kvalitet*

Innenfor alle deler av helsetjenesten er det nødvendig med kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid for å opprettholde og forbedre kvaliteten i tjenesten. Forskning og fagutvikling på rehabiliteringsområdet vil være en viktig del av dette arbeidet.

Kvalitet forstås i Nasjonal helseplan som i hvilken grad aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at individer og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer. Med helsegevinst menes både å bli frisk, å mestre livet med sykdom og å mestre slutten av livet.

#### *Kvalitet og prioritering*

Tiltakene i oppfølgingen av helseplanens strategi for kvalitet og prioritering er nødvendig for å eta-

blere en kvalitetsstrategi for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Enkelte er spesielt relevante. Dette gjelder for det første arbeidet med å utvikle gode grunndata og nøkkeldata/indikatorer og med å videreutvikle de medisinske kvalitetsregistrene. Det er i dag lite kunnskap både om omfanget av, og om kvaliteten på de habiliterings- og rehabiliteringstjenestene som leveres. Det er blant annet ingen kvalitetsindikatorer som dekker disse tjenestene. I det nasjonale arbeidet som nå skjer i forhold til utvikling av grunn- og nøkkeldata, samt i forhold til kvalitetsregistre, vil det være avgjørende å rette på dette. Med personidentifiserbart Norsk pasientregister (NPR) er forholdene lagt bedre til rette for å hente ut kunnskap om aktivitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene generelt, herunder i habiliterings- og rehabiliteringstjenestene.

Viktig for å heve kvaliteten i habiliterings- og rehabiliteringstjenestene vil også være det arbeidet som skjer i Sosial- og helsedirektoratet med nasjonale retningslinjer.

Etableringen av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, som fant sted i april 2007, var et viktig ledd i oppfølgingen av Nasjonal helseplan. Rådet vil ha en viktig rolle i forhold til å sikre at fagfeltet habilitering og rehabilitering får den oppmerksomhet og den status feltet er forutsatt å ha, i norsk helse- og omsorgstjeneste.

#### *Forskning og fagutvikling*

Både universiteter og høyskoler, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er i dag viktige bidragsytere til forskning på habilitering og rehabilitering. Slik forskning kan blant annet finansieres gjennom flere av Norges forskningsråds helseforskningsprogrammer. Programplanene er et særskilt virkemiddel for tverrsektorielle satsinger.

Allmenmedisinen og omsorgstjenestene er sentrale for rehabiliteringstjenestene. Det arbeides i dag med å etablere en egnet struktur for forskning innenfor disse fagfeltene, bl.a. ved å etablere forskningssenheter i tilknytning til universiteter eller høyskoler.

De regionale helseforetakene har allerede satset sterkere på forskning på rehabilitering. I Helse Nord RHF er det iverksatt en langsiktig satsing på aldersrelatert rehabilitering. I Helse Midt-Norge RHF er det etablert egne forskningskoordinatorer i hvert HF for forskning på trening som effektiv rehabilitering, og det er gitt tilskudd til utvikling av kvalitetsmål på rehabilitering. For ytterligere å styrke forskning på rehabilitering, ble de regionale helseforetakene i 2007 bedt om særskilt å prioritere forskning innenfor forskningssvake fagområder som rus og rehabilitering.

Et virkemiddel for å styrke kompetanse og kunnskap innenfor et særskilt område, kan være etablering av kompetansesentra eller kompetansesenheter. Sentrale oppgaver for et kompetansesenter eller -miljø er forskning, fagutvikling, undervisning og nettverksbygging. Det er i dag etablerte både nasjonale og regionale kompetansemiljøer innenfor habilitering og rehabilitering. Disse er generelle eller fokusert på særskilte områder innenfor rehabiliteringsfeltet. I januar 2007 ble Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU) etablert ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. Attføringssenteret i Rauland er et nasjonalt kompetansesenter innen arbeidsrettet rehabilitering. Glitreklinikken arbeider med å etablere et nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering for lungesyke. I Helse Vest RHF er det etablert et regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering. Barnenevrologisk seksjon ved Rikshospitalet ivaretar funksjonen som pådriver og veileder for forskning og utvikling innen barnehabilitering.

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom ble etablert ved Aker universitetssykehus i desember 2000. Kompetansesenteret har etablert egne lærings- og mestringstilbud til minoritetsspråklige, og i 2005 etablert det et fireårig prosjekt «Familieprosjektet», rettet mot familiene til barn med nedsatt funksjonsevne, psykiske vansker eller kronisk sykdom. Som en del av dette prosjektet ble internettportalen [www.familienettet.no](http://www.familienettet.no) etablert i mars 2007.

Som oppfølging av St.meld. nr. 21 (1998-99) «Ansvar og meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk», ble det iverksatt et 6-årig prosjekt, «Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering», ved høgskolen i Nordland. Prosjektets hovedoppgave har vært å utvikle og spre rehabiliteringsrelevant kunnskap gjennom konferanser, ny faglitteratur, utviklingsprosjekter og forskning. Dette arbeidet ivaretas fra og med 2007 av Sosial- og helsedirektoratet.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse ved Ullevål universitetssykehus og Psykiatrien i Vestfold, Granli, har ansvar for FOA, dvs. Funksjonshemming og Aldring. FOA tilbyr kompetansehevnede tiltak til både kommuner og spesialisthelsetjenesten i forhold til funksjonshemmede som blir eldre. Fra 2003 har senteret også hatt ansvar for et kompetanseutviklingsprogram om eldre med utviklingshemning, UAU. Utviklingsprogrammet foreslås videreført fra 2008, jf. omtale foran i budsjettproposisjonen under kapittel 761, post 21.

Det pågår i dag et arbeid i regi av Nordiske samarbeidsorgan for handikapfrågor (NSH) for å

etablere et felles nordisk forskningsprogram innen barnehabilitering.

Felles klassifikasjonssystemer er en forutsetning for dokumentasjon, forskning og fagutvikling, og legger til rette for tverrfaglig samarbeid. ICF, dvs. International classification of function, ble vedtatt av Verdens helseorganisasjon i 2001. Det overordnede målet for ICF er å etablere et enhetlig og standardisert språk og verktøy for å beskrive helse og helserelevante forhold. ICF er tatt i bruk som redskap i tverrfaglig samarbeid og dokumentasjon ved flere rehabiliteringsavdelinger i sykehus og andre virksomheter. I Sosial- og helsedirektoratet arbeides det i dag med å lage et funksjonskodeverk basert på ICF til bruk innen habilitering, rehabilitering, rus og psykiatri, som skal danne grunnlag for innsatsstyrt finansiering av disse tjenestene. Kodeverket skal utprøves fra 2008. Departementet ønsker at ICF skal bli tatt i bruk flere steder i det daglige rehabiliteringsarbeidet.

#### *Utfordringer i forskning og fagutvikling*

Hvis forskning og utviklingsarbeid skal bidra til å realisere regjeringens rehabiliteringspolitikk, er det behov for ytterligere styrking av både diagnosebasert klinisk forskning, forskning på effekt av habiliterings- og rehabiliteringstiltak og forskning på organisering av tjenestetilbudet. Det er dessuten behov for en sterkere koordinering av dagens forskning på tvers av ulike fagområder. I Nasjonal helseplan er etablering av formelle forskningsnettverk på tvers av institusjoner, tjenestenivåer og fagdisipliner innenfor ulike medisinske og helsefaglige fagområder fremhevet som et sentralt virkemiddel for å styrke nasjonalt forskningssamarbeid. Dette vil bl.a. kunne sikre ivaretagelse av forskning på behandlingsforløp og behandlingsskjeder på tvers av tjenestenivåene.

Det er også viktig å sikre systemer for rask og systematisk sammenstilling og formidling av ny kunnskap. Her er Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten og Helsebiblioteket sentrale aktører.

#### *Utdanning og kompetanse*

Utdanning er én av de fire lovfestede hovedoppgavene for spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene er pålagt å legge til rette for et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser, noe som formidles som styringskrav i det årlige oppdragsdokumentet. Kommunene plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning.

Universitet og høyskoler har betydelige frihetsgrader for selv å definere det faglige innholdet i utdanningene for helse- og sosialpersonell. Undervisning og praksis i habilitering og rehabilitering synes vektlagt i varierende grad i de fleste aktuelle utdanningene. Disse fokuserer i dag vesentlig på fag- og yrkesspesifikk kunnskap og mindre på kunnskap om samhandling med andre faggrupper og med brukerne.

Flere kompetansegivende videreutdanninger er nå omstrukturert til masterstudier som ledd i kvalitetsreformen ved universitetene. Høgskolen i Bodø tilbyr mastergradsstudium i rehabilitering. Høgskolen i Oslo starter opp et tilbud høsten 2007. Universitetet i Oslo har mastergrad i helsefag med studieretning rehabilitering eller omsorg. NTNU samarbeider med Høgskolen i Nord-Trøndelag om studietilbud i forebygging og rehabilitering som kan inngå i mastergradsstudiet helsefag. Høgskolen i Bergen tilbyr en tverrfaglig videreutdanning i rehabilitering.

Høsten 2007 starter en ny tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge ved flere høyskoler. Målet er å bygge opp kompetanse hos dem som skal arbeide med forebygging av psykiske lidelser hos barn og unge, lavterskel behandlingstilbud og med rehabilitering av barn og unge som har, eller har hatt, en psykisk lidelse.

#### *Utfordringer i forhold til utdanning og kompetanse*

Systematisk opplæring i rehabilitering som en integrert del av grunnutdanningene av helse- og sosialpersonell og annet personell mangler, noe som er et hinder for utvikling av de tverrfaglige arbeidsformene som moderne rehabilitering krever og forutsetter. En erkjennelse av for svak kunnskap om habilitering og rehabilitering ligger også til grunn for at departementet, etter forslag fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording, har vedtatt endringer i spesialistreglene for en rekke medisinske spesialiteter, med sikte på å styrke kompetansen innenfor habilitering og rehabilitering.

Fagfeltet habilitering og rehabilitering har lav akademisk status og få akademiske stillinger. Det er svak rekruttering både til de medisinske spesialitetene fysisk medisin og rehabilitering og geriatri, der rehabilitering står sentralt, og svak rekruttering av leger til habiliteringsfeltet. Å styrke forskningen innenfor habilitering og rehabilitering er trolig viktig for å heve feltets status og dermed bedre rekrutteringen.

Ansatte i den nye arbeids- og velferdsforvaltningen får sentrale roller i individuelle rehabilite-

ringsprosesser. Det er derfor av stor betydning at etterutdanningstilbud tilpasses, slik at også NAV tilføres kunnskap gjennom deltagelse i tverrsektoriell etterutdanning, jf. St.meld. nr. 9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering.

#### *Tiltak for å sikre faglighet og kvalitet*

- Kunnskapscenteret skal innhente, sammenstille og gjøre kunnskap om habiliterings- og rehabiliteringstjenester tilgjengelig.
- Kvalitetsindikatorer og styringsvariabler for habiliterings- og rehabiliteringstjenester søkes utviklet.
- Be Sosial- og helsedirektoratet, i sitt arbeid med nasjonale retningslinjer, særlig vurdere behovet innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.
- Følge opp avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene 2006-2010 mellom regjeringen og KS.
- Bedre statistikkgrunnlaget for dimensjonering av tjenestene, herunder geografisk tilgjengelighet, i etablerte rapporteringssystemer. Utvikling av KOSTRA til å omfatte rehabiliteringstjenester og IPLOS til også å registrere rehabiliteringstiltak som gis ambulant.
- Vurdere å etablere kvalitetsregistre for enkelte pasientgrupper under habilitering og rehabilitering, for eksempel for hjerneslag.
- Fortsette arbeidet med å styrke forskning på habilitering og rehabilitering gjennom etablerte systemer for forskningsorganisering og finansiering. Innenfor disse systemene må det legges til rette for tverrfaglig og tverrsektoriell forskning. Formelle forskningsnettverk vil være et viktig virkemiddel.
- Etablere et eget forskningsprogram for habilitering og rehabilitering i Norges forskningsråd.
- Etablere en koordinerende instans i Sosial- og helsedirektoratet med ansvar for å implementere ICF i fagmiljøene innen habilitering og rehabilitering.
- Ta et initiativ overfor Kunnskapsdepartementet om endringer i rammeplanen for helsefaglige grunnutdanninger med sikte på å styrke kompetansen innen habilitering, rehabilitering og samhandling.
- I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene be om at samarbeidsorganet mellom de regionale helseforetakene, høyskolene og universitetene gjennomgår fagplaner for utdanningene med sikte på å sikre tilretteleggelse av praksis innenfor habilitering og rehabilitering, samt understreke tjenestens ansvar som praksisarena for å sikre gode læringsmuligheter innen fagfeltet.

- Benytte kontaktmøtene mellom utdannings- og helse- og sosialmyndighetene til å fremme kompetansen innenfor habilitering og rehabilitering innenfor grunnutdanningene.
- Gi tilskudd til videreutdanning i rehabilitering av helse- og sosialpersonell med videregående opplæring gjennom fagskoleordningen, jf. Kompetanseløftet, som inngår i Omsorgsplan 2015 i St.meld. nr. 25 (2002-2006) «Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer»
- Iverksette en gjennomgang av legenes spesialistutdanning for blant annet å sikre tilstrekkelig kompetanse innenfor samhandling, habilitering og rehabilitering, rus, geriatri og aldersmedisin, og god breddekompetanse generelt. (se egen omtale...).
- I oppdragsdokumentet be om at de regionale helseforetakene ved fordeling av stillinger, i særlig grad vurderer situasjonen innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.
- Sosial- og helsedirektoratet skal etablere og drifte en interaktiv, nettbasert erfaringsbank for den lokale helse- og sosialforvaltning, personell, brukere og pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

#### Arbeid og helse

Det har de senere årene vært en sterk økning i antallet nye tidsbegrensede og varige uførepensjonister, særlig blant unge. Per januar 2005 mottok drøyt 310 000 personer i Norge, dvs. 10,7 prosent av befolkningen i alderen 18-67 år, uførestønad. På samme tidspunkt var 95600 personer definert med yrkeshemming. Dette er arbeidssøkere som på grunn av fysisk, psykisk eller sosiale problemer har vansker med å få arbeid, og som har behov for bl.a. rehabilitering for å kunne lykkes med dette.

Rehabilitering med arbeid som mål handler om å hjelpe folk til å mestre de problemer som hindrer aktivitet og deltakelse, og om å tenke nytt om hvilke muligheter den enkelte har for å delta i arbeidslivet. Det er viktig å se muligheter framfor begrensinger, og å fjerne de hindringene som finnes, enten det er i de fysiske omgivelsene, holdninger i arbeidslivet eller mangel på selvtillit og tro på at det nytter hos den det gjelder. Rehabilitering med arbeid som mål er imidlertid ikke en egen metode løst fra annen type rehabilitering. Rehabiliteringstiltakene vil ofte være de samme, enten brukeren har arbeidslivsdeltakelse som mål eller deltakelse på andre livsarenaer, og ofte vil spørsmål om arbeid være vurdert som ledd i en ordinær rehabiliteringsprosess. Visse tilbud kan imidlertid rette seg spesielt mot personer som har

arbeid som mål. Dette gjelder funksjonsavklaring, motivasjons- og mestringstiltak og opptrening rettet mot en spesiell arbeidsplass eller arbeidsfunksjon. Når en person har deltakelse i arbeidslivet som ett av målene for sin rehabilitering, er det viktig å tidlig få en tverrfaglig, og ofte tverretattlig, oversikt over hva som skal til for å nå målet.

Helse- og sosialtjenestene skal gjennom arbeidsrettede rehabiliteringstiltak bidra til at alle gis likeverdige muligheter til å delta i arbeidslivet. Helse- og sosialtjenestene skal videre samarbeide med arbeids- og velferdsforvaltningen for å gi brukerne et raskt og koordinert rehabiliteringstilbud, der spørsmål om arbeidslivsdeltakelse kommer tidlig inn i rehabiliteringsprosessen. Det er behov for flere arbeidsrettede tiltak og tjenester, mer effektiv tilrettelegging og oppfølging, og mer aktivt og samordnet arbeid fra myndighetenes side, både mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet og mellom NAV-kontorene og helse- og sosialtjenestene. Gode relasjoner til arbeidsgiverne vil også være sentralt her. Fordi rehabilitering med arbeid som mål skjer i et samarbeid mellom brukeren, helse-tjenesten, arbeidsplassen og NAV, er det også behov for et felles begrepsapparat, slik at alle snakker «samme språk». Individuell plan vil være et viktig verktøy i denne sammenheng.

Tiltak for å sikre likeverdige muligheter til å delta i arbeidslivet følger nedenfor:

#### *Arbeidsrettet rehabilitering ved private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner*

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten skal tilby funksjonsvurderinger og opptreningsopphold til personer som er sykemeldet, uføretrygdet, står utenfor arbeidslivet eller står i fare for å falle utenfor. I tillegg har flere private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner utviklet et tilbud rettet spesielt mot personer som har arbeid som mål. Attføringssenteret i Rauland og Hernes Institutt har i flere år hatt et tilbud knyttet til deltakelse i arbeidslivet. Attføringssenteret i Rauland er et nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. Ved utgangen av 2006 var det 10 rehabiliteringsinstitusjoner som kan ta imot brukere med arbeid som mål i tillegg til andre brukergrupper.

Som et prøveprosjekt ble det i 2006 opprettet et eget tilskudd blant annet til utvikling av opptreningstilbud med arbeid som mål, administrert av Sosial- og helsedirektoratet. Private institusjoner som ikke fikk fornyet driftsavtale med de regionale helseforetakene etter omleggingen i 2006, var særlig aktuelle som deltakere i prosjektet. Tre institusjoner i Helse Øst og en institusjon i Helse Sør fikk



tilskudd i 2006. Funksjonsvurderinger, testing og utprøving av ulike aktiviteter, treningstilbud og mestringkurs går igjen i prosjektene. Dette omstillings- og utviklingsarbeidet videreføres i 2008.

#### *Oppfølging av sykefraværsutvalget – «Raskere tilbake»*

Som oppfølging av sykefraværsutvalgets rapport, er det etablert en tilskuddsordning til helse- og rehabiliteringstjenester for å bringe personer som mottar sykepengene raskere tilbake til arbeidslivet. Det er bevilget 604 mill. kroner som et eget tilskudd til dette formålet i 2007. Av disse midlene er 445 mill. kroner overført til regionale helseforetak, som forutsettes å tilby tjenester innenfor hele sitt tjenestespekter, herunder rehabilitering.

I mange rehabiliteringsprosesser er det vanskelig å definere når en person er «ferdigbehandlet» av helse- og sosialtjenesten. NAV og helsetjenesten bør i slike tilfeller samarbeide. Generelt har det vist seg vanskelig å forankre tiltak som både ivaretar medisinsk utredning, fysisk opptrening og arbeidsrettede tiltak. Dermed har brukere falt mellom helsetjenestens og Arbeids- og velferdsetatens ansvarsområder. Problemstillinger knyttet til denne gråsonen har vært utredet spesielt i et samarbeid mellom Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Resultatet er at 65 millioner av midlene til «Raskere tilbake» våren 2007 er forutsatt benyttet til rehabiliteringstjenester for personer der det i utgangspunktet kan være uklart hva hjelpebehovet består i, og hvilken instans som er den rette til å bistå.

I ordningen «Raskere tilbake» er det en forutsetning at både offentlige helsetjenester og private tilbydere av relevante tjenester skal kunne bidra på lik linje.

#### *Arbeidsmedisinske avdelinger i sykehus*

Det er i dag seks arbeidsmedisinske avdelinger fordelt på sykehus i alle helseregioner. Avdelingenes hovedformål er forebyggende arbeid gjennom utredning av pasienter og rådgiving, informasjon og undervisning for å redusere risikoen for yrkes- og arbeidsrelaterte sykdommer. Som et ledd i arbeidet med å få et mer inkluderende arbeidsliv, er det behov for å styrke kapasiteten ved disse avdelingene, og for å øke utdanningskapasiteten i arbeidsmedisin, slik at arbeidsrelaterte skader og lidelser kan forebygges, avdekkes og diagnostiseres.

#### *Strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)*

Personer med psykiske lidelser utgjør en stor del av dem som står utenfor eller står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Disse trenger ofte fleksible ordninger i arbeidslivet og samordnede tilbud fra kommuner, spesialisthelsetjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen for å kunne delta i arbeid og annen aktivitet. For å sikre en helhetlig offentlig innsats på dette området, har Regjeringen, som en del av Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008), lagt fram en egen strategiplan for arbeid og psykisk helse høsten 2007. Et viktig mål for strategien er å se innsatsen for å få personer med psykiske lidelser i arbeid i sammenheng med NAV-reformen.

#### *Kjøp av helsetjenester rettet mot lettere psykiske og sammensatte lidelser*

Som en følge av at myndighetene og partene i arbeidslivet ble enige om et tillegg til avtalen om et inkluderende arbeidsliv for perioden 2006-2009, ble kjøp av helsetjenester rettet mot lettere psykiske og sammensatte lidelser innført. Tiltaket vil styrke behandlingstilbudet ved at det kjøpes helsetjenester fra private behandlere. Midlene er avsatt på Helse- og omsorgsdepartementet sitt budsjett, og disponeres av Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Helse- og omsorgsministeren og arbeids- og inkluderingsministeren vil sammen realisere et rehabiliteringsprosjekt ved Hysnes Fort i Rissa kommune som har arbeid som mål. Prosjektet vil ha 20 plasser for mennesker med lettere psykiske problemer. Helse Midt-Norge RHF skal gjennomføre et femårig prosjekt som planlegges å starte 1. januar 2008.

#### *Andre tiltak*

- Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet vil vurdere hvordan tiltak som befinner seg i skjæringspunktet mellom medisinsk utredning og behandling og attføring kan forankres bedre.
- Videreutvikle tilbud om medisinsk opptrening og funksjonsvurderinger knyttet til deltakelse i arbeidslivet. Systematiske arbeidsevnevurdering skal utvikles gjennom felles begrepsapparat i arbeids- og velferdsforvaltningen og helsetjenestene.
- Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet vil vurdere nærmere organisering av og samhandling ved tverrfaglige utredningstilbud ved sammensatte lidelser.

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet skal utarbeide forskrift om individuell plan med hjemmel i Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, § 15 Samarbeid med brukeren og individuell plan.
- Bidra til å stimulere og utvikle samhandlingen lokalt mellom helsetjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen ved systematisk innsamling av erfaringer som ledd i evalueringen av NAV-reformen og spredning av gode eksempler på koordinering.
- Systematisere erfaringene fra prosjekter innenfor arbeidsrettet rehabilitering i sykefraværsprosjektet.

#### Samarbeid med andre sektorer

Ansvar for mål og virkemidler på rehabiliteringsområdet ligger under flere departementers ansvarsområder, som beskrevet foran. Dette betyr at det er behov for et bredt samarbeid på departementsnivå for å sikre en helhetlig rehabiliteringspolitikk og en koordinert oppfølging fra departementenes side, som kan legge til rette for god samhandling og koordinering på lavere nivåer. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor:

- Ta initiativ til et forum for samarbeid med andre departementer
- Etablere et samarbeid i regi av Sosial- og helsedirektoratet med myndighetsorganer under departementene

#### *Særskilt om habilitering og rehabilitering og opplæring*

Barn med medfødt og eller ervervet funksjonshemming eller langvarig sykdom kan ha behov for spesiell tilrettelegging for å få den opplæringen de har krav på. I følge opplæringsloven har elever som ikke har, eller som ikke kan få, tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, rett til spesialundervisning. For elev som får spesialundervisning, skal det utarbeides individuell opplæringsplan. Opplæringsloven pålegger alle kommuner og fylkeskommuner å ha en pedagogisk-psykologisk tjeneste. Tjenesten skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for elever med særlige behov. Også barn under opplæringspliktig alder som har særlige behov for spesialpedagogisk hjelp, har, i følge opplæringsloven, rett til slik hjelp. I den grad retten følger av opplæringsloven har både førskolebarn, barn i skolepliktig alder og ungdom i følge pasientrettighetsloven rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon.

Statlig spesialpedagogisk støttesystem (Statped), som fra 2004 er underlagt Kunnskapsdepartementet/Utdanningsdirektoratet, skal bistå skoleiere med å legge til rette for god opplæring for barn, unge og voksne med særskilte opplæringsbehov. Statped skal gi veiledning og støtte til opplæringsansvarlige instanser i kommunene, og skal tilby spesialpedagogiske tjenester som det ikke er rimelig å forvente at det kommunale nivået kan yte på egen hånd. Statped leverer tjenester både på individ- og på systemnivå, og består av statlige spesialpedagogiske kompetansesentre og spesialpedagogiske sentre og institusjoner som det kjøpes tjenester fra. Det er spesialpedagogiske kompetansesentre for bl.a. personer med hørselsvansker, herunder oppfølging etter cochlea implantat operasjon, synsvansker, språk-, tale- og skrivevansker, sammensatte lærevansker og emosjonelle vansker og ervervede hjerneskader.

Brukere av det statlige spesialpedagogiske støttesystemet har gjerne behov for tjenester fra ulike nivåer og etater. Brukere og kommuner har uttrykt at en utydighet i ansvars- og rollefordeling særlig framkommer i saker hvor det er flere faginstanser som tilbyr tjenester (for eksempel barne- og ungdomspsykiatriske enheter, habiliteringstjenesten, private tiltak og Statped). Dette var noe av bakgrunnen for et felles rundskriv i 2004 om samarbeid fra daværende Barne- og familiedepartementet, Sosialdepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet og Helsedepartementet.

#### *Særskilt om barn og ungdoms samlede situasjon*

Et overordnet mål for barne- og ungdomspolitikken er at barn og unge skal sikres gode og trygge oppvekst- og levekår, og at alle skal ha likeverdige tilbud og muligheter. Sentralt står arbeid for å motvirke marginalisering, bidra til å utjevne levekårsforskjeller og fremme barn og unges medvirkning og deltakelse på ulike samfunnsområder. Dette er også sentrale mål for habiliterings- og rehabiliteringsprosesser.

Effekten av arbeidet for barn og unge vil styrkes dersom tjenestene og sektorene i større grad samarbeider om å utforme og iverksette tiltakene. Det innebærer, slik det påpekes i St. meld. nr. 39 (2001-2002), «Oppvekst og levekår for barn og ungdom i Norge», en dreining fra et helse- og sosialfaglig fokus til allmenne politiske og administrative løsninger, både i og utenfor sosial- og helsetjenesten. Jf. også St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Meldingen har som mål at alle barn og unge skal ha like muligheter til utvikling uavhengig av foreldrenes økonomi, utdanning, etnisk og geografisk

tilhørighet. Utfordringen knyttet til samarbeidet ligger både mellom etater og tjenester i kommune, mellom kommune- og spesialisthelsetjenestene og mellom offentlig og frivillig sektor.

### Særskilte tiltak

#### *Private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner*

For å sikre kvalitet og kapasitet i rehabiliteringstjenestene er det viktig at de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner benyttes på en måte som bidrar til å nå de overordnede mål for tjenesten. Overføringen av bestiller- og finansieringsansvar for tilbudet ved disse institusjonene til de regionale helseforetakene hadde dette som formål. Departementet vil:

- At de regionale helseforetakene i 2008 minst opprettholder ressursinnsatsen overfor de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene
- Etablere en arbeidsgruppe som skal foreta en samlet gjennomgang av de regionale helseforetakenes kjøp av tjenester fra de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene, for å klargjøre i hvilken grad det skal settes nasjonale rammer for anbudene.
- Videreføre midlene til dette formålet. Det vises til Magnussen-utvalget som i løpet av 2007 skal vurdere fordelingen av inntekter mellom de regionale helseforetakene, herunder midler til kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.
- Som pekt på innledningsvis skal det etableres en departementsledet gruppe som skal gjennomgå status, utvikling og utfordringer for implementering av strategien. Gruppen skal bl.a. ta tak i spørsmål knyttet til tilbudet til grupper med mindre komplekse problemstillinger.

#### *Ressurser og finansiering*

Tjenestene er viktige for den enkelte brukers livskvalitet. De bidrar også til god samfunnsøkonomi ved at brukere kan gå fra å være passiv mottakere til å bidra til verdiskapning, eventuelt fra en situasjon med et stort behov for helse- og omsorgstjenester til større grad av selvhjulpenhet.

På bakgrunn av registrerte DRG-poeng i 2006 kan utgifter knyttet til rehabilitering i sykehus anslås til om lag 1,5 mrd. kroner. I tillegg kommer rehabilitering på poliklinikkene. Det kan ut fra ovennevnte anslås at det innenfor de regionale helseforetakene brukes mellom 1,5 og 2 mrd. kroner til rehabiliteringsrettede tiltak. I tillegg brukes vel 1,1 mrd. kroner til kjøp av rehabiliterings- og opptreningstjenester fra private rehabiliterings- og

opptreningsinstitusjoner, som er en videreføring av midler benyttet til formålet, tilskudd til utvikling av tilbudet, og midler bevilget av de regionale helseforetakene fra egen ramme.

Det brukes betydelige ressurser til rehabilitering i kommunene. Dette er finansiert både av kommunene og gjennom trygdefusjoner.

For å møte utfordringene når det gjelder rehabilitering, vil det være nødvendig med organisatoriske reformer og tilførsel av nye ressurser. De økte ressursene vil komme på flere måter:

- Økt ressursmessig satsing på delområder innenfor rehabilitering. Rehabilitering med arbeid som mål er et område der det satses i stort omfang.
- Politisk styring av hvordan spesialisthelsetjenesten prioriterer mellom de forskjellige delområdene. Helse- og omsorgsdepartementet vil i oppdragsdokumentet for 2008 pålegge de regionale helseforetakene å gi rehabilitering høyere prioritet og oppmerksomhet enn tidligere.
- Rehabiliteringshensynet skal integreres mer i spesialisthelsetjenestenes generelle tjenesteyting. At helsetjenesten på de ulike fagområdene blir flinkere til å ivareta rehabiliteringshensyn, betyr i praksis at det samlet ressursinnsats økes. Også dette vil bli fulgt opp i oppdragsdokumentet for 2008 til de regionale helseforetakene.
- Spesialisthelsetjenester som organiseres ambulant skal integreres i planlagt ny ISF-ordning for poliklinikk som en ordning innenfor aktuelle fagområder, herunder habilitering og rehabilitering. Dette kan gjøres gjeldende fra 2008/2009.
- Kommunesektoren skal som hovedregel ramrefinansieres. Kommunale rehabiliteringstiltak skjer på en rekke områder, til dels mer eller mindre integrert i annen tjenesteyting. Departementet legger til grunn at den generelle styrkingen av kommuneøkonomien og fylkesmannens tettere oppfølging av kommunenes lovpålagte oppgaver når det gjelder rehabilitering, bidrar til riktig prioritering.
- Regjeringen vil opprette 10 000 nye årsverk i pleie- og omsorgssektoren innen utgangen av 2009 ut fra nivået i 2004. Økningen i årsverk vil gi kommunene mulighet til bl.a. å utvide dagtilbud og satse mer på kultur, aktivitet og sosiale tiltak for brukere av omsorgstjenesten.
- Det er en utfordring for kommunene å knytte fysioterapi tettere opp mot kommunale tjenester. Departementet vil følge opp arbeidsgruppen som ser på alternative finansierings- og avlønningsformer for kommunal fysioterapi.

Departementet legger til grunn at det er mulig å oppnå både høyere kvalitet og større kapasitet i habiliterings- og rehabiliteringstjenestene innenfor de samlede ressursrammer i helse- og sosialtjenesten gjennom bedre bruk og fordeling av eksisterende ressurser. Forutsetningen er riktig prioritering på alle nivåer. Departementet forventer at alle med ansvarsposisjoner i helse- og omsorgstjenesten tar et helhetlig ansvar for å sikre en endring i fordelingen av de ressursene som stilles til rådighet for helsetjenestene totalt sett, i samsvar med de politiske signalene i denne strategien.

#### *Utvikling av kode og klassifikasjonssystem for habilitering og rehabilitering*

I St. meld. nr. 5 (2003-2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten er det foreslått å sette i gang utvikling av klassifikasjonssystemer på flere nye områder innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder bl.a. rehabilitering og rehabilitering. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med dette. For rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner arbeider Norsk Pasientregister (NPR) med registrering av data med sikte på å få et grunnlag for utvikling av et kode- og klassifikasjonssystem.

#### *Særlige strategier og planer*

Rehabiliteringstiltak kan forankres både i fagspesifikke strategier og planer, i generelle gjennomgående strategier og planer, og i særskilte rehabiliteringsstrategier. Helse- og omsorgsdepartementet har de siste årene utarbeidet flere nasjonale strategier innenfor utvalgte fagområder, for eksempel Nasjonal strategi for kreftområdet (2006-2009), Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006-2010) og «Nasjonale strategier for KOLS-området 2006-2011». I alle strategiene er rehabilitering et tema. I tillegg, har departementet hatt fagspesifikke opptrappingsplaner, som opptrappingsplanen for psykisk helse. Også her er rehabilitering inkludert.

Helse- og omsorgsdepartementet har også presentert flere overordnede planer og meldinger det siste året. Spesielt sentralt står Nasjonal helseplan. I tillegg nevnes Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006-2011, St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller og St.meld. nr. 24 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Også meldinger og planer fra andre departementer har stor betydning for helhetlig rehabilitering. Dette gjelder blant annet St. meld. nr. 9 (2006-2007) Arbeid, velferd, inkludering og St. meld. nr. 16 (2006-2007) ....og ingen sto igjen og hang. Tidlig innsats for livslang læring.

Departementet har i denne strategien lagt til grunn at det skal tilstrebes at rehabilitering finner sin riktige plass og prioritet gjennom forvaltning og oppfølging av andre strategier og tiltak i helse- og omsorgstjenesten, både i oppfølging av Nasjonal helseplan og i de mange øvrige fagstrategier og handlingsplaner. På grunn av de særlige utfordringene innenfor rehabiliteringsfeltet, mener imidlertid departementet at det er nødvendig med særskilt innrettede tiltak for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene, noe denne strategien reflekterer.

#### *Opptrappingsplaner: Psykisk helse og rus*

##### *Psykisk helse*

Opptrappingsplanen for psykisk helse har bidratt til å styrke disse tjenestene. Flere undersøkelser dokumenterer imidlertid fortsatt store mangler i kommunenes tilbud til personer med psykiske lidelser og rusavhengighet. For å gi brukere med psykiske lidelser bedre og mer helhetlig oppfølging, er det nødvendig fortsatt å styrke og videreutvikle det psykiske helsearbeid både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

##### *Rus*

Rusreformen var begrunnet i behovet for å styrke helsetjenestens ansvar og innsats for denne pasientgruppen, samt i behovet for å sikre personer med rusmiddelproblemer et bedre og mer helhetlig tilbud. Mange personer med rusmiddelproblemer har andre problemer og behov i tillegg til rusproblemet. Særlig gjelder dette til de dels omfattende helseproblemer (for eksempel kroniske sykdommer, psykiske lidelser, infeksjoner, tannhelse- og ernæringsproblemer) og sosiale problemer (som problemer knyttet til bolig, inntekt, utdanning, gjeld, nettverk). Personer med rusmiddelproblemer får ikke alltid den hjelpen de har behov for, og effekten av igangsatte tiltak blir ikke oppnådd. Bruken av individuell plan er lav for denne gruppen.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er særskilt regulert gjennom rundskriv. Den særskilte styringen har gjort at man har kunnet fastholde og understreke betydningen av det såkalte trekantsamarbeidet (fastlege, sosialtjeneste og LAR-sentre/spesialisthelsetjeneste) som grunnlag for best mulig rehabiliteringsresultater samlet sett. Det er fortsatt utfordringer knyttet til tilgjengelighet, pasientrettigheter, klageadgang osv. Tilbudet framstår i noen grad som et spesialisert tilbud ved siden av annen spesialisert rusbehandling. Det er store variasjoner i innslaget mellom spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og sosialtjenester mellom regionene. Kommunenes arbeid med reha-

bilitering i LAR fremstår som mer systematisk enn overfor andre med rusmiddelproblemer. Det er en utfordring i større grad å normalisere LAR-tilbudet som en vanlig tjeneste.

Personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser har ofte dårlige boforhold som vil kunne være til hinder for rehabilitering og deltakelse i samfunnet.

En god bosituasjon er en forutsetning for å kunne delta i videre rehabiliteringsaktiviteter.

Departementet vil:

- Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse vil regjeringen videreutvikle lavterskeltilbud i kommunene som skal utrede behandle og bidra til rehabilitering av mennesker som har eller har hatt en psykisk lidelse. Regjeringen vil styrke ambulerende virksomhet i spesialisthelsetjenesten slik at mennesker med psykiske lidelser skal slippe innleggelse i institusjon.
- I vedlegg III, kapittel 7 i denne budsjettproposisjonen legger regjeringen fram en opptrappingsplan for rusfeltet. Gjennom denne opptrappingsplanen vil Regjeringen bidra til et systematisk opplegg for å styrke den individuelle oppfølgingen av personer med rusmiddelproblemer. Regjeringen vil, i samarbeid med fylkesmennene, prøve ut en ordning med lokalbaserte koordinerende tillitspersoner for rusmiddelavhengige. Hensikten er å løse den enkelte gjennom hjelpeapparatet og bidra til at rusmiddelavhengige i større grad mottar tjenester de har behov for. Individuell plan, aktivisering, deltakelse i kvalifiseringsprogrammet i NAV og bistand til å få bolig og boligveiledning er eksempler på tiltak tillitspersonen skal bidra til. Kommunene kan samarbeide med frivillige organisasjoner i et partnerskap, men tilbudet må være forankret i sosialtjenesteloven slik at hensynet til saksbehandlingsregler og rettssikkerhet ivaretas.

Regjeringen forslår å innføre en tilskuddsordning fra 2008 hvor kommunene og staten samfinansierer lokale prosjekter i inntil fire år. Fylkesmennene vil, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, få en sentral rolle i å forvalte stimuleringstilskuddet.

#### *Rehabiliteringsspesifikke strategier*

##### *Syns- og hørselshemninger og talevansker*

For å styrke rehabiliteringstilbudet til mennesker med syns- og hørselshemninger har det vært gjennomført og/eller foreslått egne handlingsplaner. Flere forhold taler for at det er behov for slike særskilte planer. Rehabiliteringstilbudet til mennesker med synshemninger i dag betegnes som frag-

mentert og mangelfullt, både av brukere og av fagfolk. I tillegg kommer at antallet med kombinerte sansetap øker som følge av at det blir flere eldre. Det blir færre døve som følge av at mange barn født med hørselshemning i dag får cochleaimplantat. Dette innebærer at behovene er under endring.

Det ytes bidrag til opphold i institusjoner for blinde og svaksynte. Disse institusjonene har ikke vært godkjent som opptreningsinstitusjoner, og tilbudet har ikke vært vurdert som spesialisthelsetjeneste. Disse institusjonene mottar midler fra tre finansieringskilder: Bidrag fra folketrygden til rekreasjonsopphold, midler fra folketrygden til tilpasningskurs, samt voksenopplæringsmidler. I tillegg kommer statlig tilskudd til organisasjoner, som delvis brukes til institusjonsdrift.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet kartlegge virksomheten ved institusjoner for blinde og svaksynte, og vurdere hvordan rehabiliteringstilbudet til blinde og svaksynte bør ivaretas. På bakgrunn av arbeidsgruppens arbeid tas det sikte på å vurdere hvilke oppgaver institusjonene for blinde og svaksynte bør ivareta, og hvordan oppgavene bør finansieres.

Både syns- og hørselshemmede får rehabiliteringsbistand fra statlige kompetansesentra for syn og hørsel gjennom Statped.

Logopediske og audiopedagogiske tjenester kan være viktige i rehabiliteringsforløp for personer med språk- og talevansker, f. eks. personer med afasi etter hjerneslag, hørselshemmede med eller uten cochleaimplantat, og personer med leppe-ganepalte. Enheter innenfor helsetjenesten, f. eks. hørselssentra, barnehabiliteringstjenester og andre har ansatt spesialpedagoger, for eksempel audiopedagoger. Flertallet av logopeder og audiopedagoger er ansatt i offentlige stillinger i kommuner og fylkeskommuner og i Statped. Kommuner og fylkeskommuner skal gi spesialundervisning, herunder logopediske og audiopedagogiske tjenester.

Det kan ytes stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for språk- og taledefekter hos privatpraktiserende logoped og audiopedagog. Privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger er ikke en del av de kommunale eller fylkeskommunale spesialpedagogiske tjenestene, og deres tjenester vil ikke være en del av det helhetlige tjenestetilbudet i kommunen. Privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger er ulikt geografisk fordelt. De logopediske og audiopedagogiske tjenester som dekkes etter folketrygdloven dekkes i dag også med hjemmel i opplæringsloven. Departementet ser det som riktig at logopediske og audiopedagogiske tjenester ses i sammenheng med andre pedagogiske og rehabiliteringsrelevante tiltak.

Departementet vil:

- Be Sosial- og helsedirektoratet om å utarbeide en tverrfaglig og tverretattlig handlingsplan for rehabilitering av synshemmede.
- Vurdere å sette i gang en kartlegging av logoped- og audiopedagogtjenesten i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, og i den sammenheng vurdere betalingsordninger som grunnlag for departementets oppfølging av spørsmålet om trygdefinansiering av tjenester fra privatpraktiserende logoped- og audiopedagoger

### *Habilitering av barn*

Et godt habiliteringsresultat er et gjensidig ansvar for kommunen og spesialisthelsetjenesten og er avhengig av et nært samarbeid.

Strategiplanen «Habilitering av barn. Helsetjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk syke barn, og deres foreldre – organisering og utvikling» som ble lagt fram i 2004, danner grunnlag for utvikling av barnehabiliteringstjenesten de senere år. Som en oppfølging av strategiplanen har Sosial- og helsedirektoratet gitt støtte til om lag 30 ulike prosjekter som har som mål å bedre tilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk sykdom og deres familier, samt gi ny kunnskap som kan bidra til å bedre innholdet i norske habiliteringstilbud. Om lag halvparten av prosjektene har fokus på intensiv trening. De fleste prosjektene ferdigstilles i løpet av 2007.

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenester til barn med funksjonshemninger i 2006, som omfattet både kommune- og spesialisthelsetjenesten, viste at tjenestene mange steder fungerte godt, men avdekket samtidig manglende likeverdighet i tilbudet som følge av variasjon i tilgjengelig fagkompetanse. I tillegg har en undersøkelse SINTEF Helse har utført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, vist at en stor andel av personer under 30 år som fikk innvilget midlertidig eller varig uførepensjon i 2005/2006, ikke kjente til viktige habiliteringstilbud. Dette kan tyde på at mange unge under 30 år ikke får tilstrekkelig tilbud om habilitering eller rehabilitering før de tilstås uføretrygd. Funnene totalt sett tilsier at det mange steder er behov for å styrke habiliteringstjenestene, både i kommuner og helseforetak, for å sikre nødvendig kvalitet, kapasitet og likeverdighet. Til tross for at barnehabiliteringstjenestene har hatt et videre perspektiv enn voksenhabiliteringen, kan det synes som om det også fortsatt er grupper som ikke er tilstrekkelig ivaretatt. Dette gjelder blant annet barn med kroniske sykdommer, som for eksempel astma, hjertesykdom, epi-

lepsi, revmatiske lidelser og kreft. Astma forekommer nå hos omlag 10 pst. av barn og unge i Norge. Det er viktig å møte denne utfordringen. Barn med kronisk sykdom har behov for et bredt, planlagt og langsiktig habiliteringstilbud. Noen av prosjektene har fokus på barn med kronisk sykdom, som for eksempel astma, hjertesykdom, reumatisme, epilepsi og kreft. Barn med kronisk sykdom har behov for et bredt, planlagt og langsiktig habiliteringstilbud.

Enkelte foreldre med barn med nedsatt funksjonsevne ønsker å benytte trenings-/behandlingstilbud etter utenlandske metoder for sine barn. Det kan ytes bidrag fra folketrygden til reise og opphold for tilrettelegging av noen slike treningsopplegg. Ved søknad om bidrag fra folketrygden skal det foreligge uttalelse fra det regionale helseforetaket om at eksisterende habiliteringstilbud er mangelfullt, og uttalelse fra barnets lege om at opplegget det søkes om anses som faglig forsvarlig i det aktuelle tilfellet. Det er i bestillerdokument til de regionale helseforetakene presisert at de regionale helseforetakene, i samarbeid med kommunen, skal vurdere økonomisk og praktisk støtte til familier med barn med nedsatt funksjonsevne for å kunne muliggjøre valg av treningsmetoder, samt at de regionale helseforetakene skal samarbeide slik at det blir størst mulig likhet i vurderingene.

Departementet vil:

- Be Sosial- og helsedirektoratet om å utarbeide en handlingsplan som oppfølging av «Strategiplan Habilitering av barn», herunder egne tiltak for ungdom og overgang fra barn til voksen. I dette oppdraget vil målet om et likeverdig tjenestetilbud stå sentralt.
- Gjennom styringsdokumenter følge opp Helse- tilsynets rapport fra landomfattende tilsyn i 2006 med habiliteringstjenester til barn.
- Fremme forslag om at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering tar likeverdighet og kvalitet innenfor habiliteringstjenestene opp som sak.

### *Voksenhabilitering*

En gjennomgang av voksenhabiliteringstjenesten som nylig er foretatt viser at dette fortsatt i stor grad er en tjeneste for personer med utviklingshemning. Andre brukere, for eksempel personer med cerebral parese, mottar ikke i tilstrekkelig grad slike tjenester. Tjenesten er preget av lav legedekning og mangel på psykologer, noe som gir begrensninger i forhold til å yte tjenester til andre diagnosegrupper enn utviklingshemmede. Mange utviklingshemmede har behov for bedre oppfølging fra andre deler av spesialisthelsetjenesten, som psykisk helsevern. Funnene tilsier at det bør

klargjøres hvilke tjenester voksenhabiliteringstjenesten skal yte, og hvordan oppgavefordelingen skal være mellom denne tjenesten, den øvrige spesialisthelsetjenesten og i forhold til kommunen.

Departementet vil:

- Følge opp Sosial- og helsedirektoratets arbeid med veiledningsmateriell som skal bidra til å klargjøre hvilke tjenester voksenhabiliteringstjenesten skal ivareta, herunder behovene til unge over 18 år som tidligere har hatt tjenester fra barnehabiliteringstjenesten og som fortsatt har behov for habiliteringstjenester.
- Ha oppmerksomhet på helseoppfølgingen for personer med psykisk utviklingshemning

#### *Etterlevelse av lovkrav*

Etablering av rettigheter for brukerne og plikter for de tjenesteytende virksomhetene er viktige tiltak på rehabiliteringsområdet. Individuell plan og koordinerende enheter er eksempler på styring gjennom juridiske rammer i helse- og sosiallovgivningen. For at den framtidige bruken av det juridiske virkemidlet skal understøtte målene for rehabiliteringspolitikken, legges det opp til følgende oppfølging:

- Øke kunnskap om lover og forskrifter på helse- og sosialtjenestens del av rehabiliteringsområdet gjennom pedagogiske virkemiddel som veileder for habilitering og rehabilitering.
- Med forankring i Sosial- og helsedirektoratet foreta en gjennomgang av status for forvaltningens og tjenestenes oppfølging av sentrale rettslige bestemmelser på helse- og sosialtjenestens del av rehabiliteringsområdet. Gjennomgangen skal være gjennomført i løpet av 2008.
- At det i lys av denne gjennomgangen vurderes eventuelle oppfølgings tiltak. Det legges vekt på at denne vurderingen inkluderer tiltak for å sikre bedre gjennomføring av gjeldende regelverk og om det er behov for særskilte bestemmelser om pasientrettigheter eller tjenesteplikter i helse- og sosiallovgivningen som kan gi bedre realisering av rehabiliteringspolitikken.

## **9.7 Vedlegg**

### Gjeldende regelverk på helse- og sosialtjenestens del av rehabiliteringsområdet

Pasientrettighetsloven gir pasienter rett til rehabilitering. Pasientrettighetsloven § 1-3 definerer rehabilitering som helsehjelp på lik linje med handlinger som er forebyggende, diagnostiske, behandlende og helsebevarende. Når rehabilitering er omfattet av helsehjelpsbegrepet, medfører dette at

pasienter har rett til rehabilitering etter pasientrettighetsloven § 2-1. Etter første ledd i denne bestemmelsen har pasienter rett til rehabilitering fra kommunehelsetjenesten, og etter annet ledd har pasienter rett til nødvendig rehabilitering fra spesialisthelsetjenesten under forutsetning av at kriteriene i prioriteringsforskriften er oppfylt.

I henhold til kommunehelsetjenesteloven § 1-3 skal kommunens oppgaver bla. omfatte medisinsk habilitering og rehabilitering, og pleie og omsorg.

For å løse sine oppgaver skal kommunene bla. ha tilknyttet allmennlegetjeneste (herunder en fastlegeordning), fysioterapitjeneste og sykepleie (herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie). Der det er hensiktsmessig, kan kommunen også organisere ergoterapi og helsetjeneste ved bedrifter og ved primærnæring i kommunen.

#### *Forskrift om habilitering og rehabilitering*

Forskrift om habilitering og rehabilitering hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft 1. juli 2001.

#### *I henhold til forskriften skal kommunen:*

- Ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering
- Sørge for at det finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen
- Legge til rette for at tjenesteytere kan melde habiliterings- og rehabiliteringsbehov
- Integrere tjenestene som tilbys i et samlet habiliterings- og rehabiliteringsbehov.

Kommunene skal videre sørge for å

- Gi nødvendig undersøkelse og utredning
- Henvise til spesialisthelsetjenesten ved behov
- Utarbeide individuell plan i henhold til forskrift
- Yte nødvendige tjenester i individuelle habiliterings- og rehabiliteringsforløp
- Formidle hjelpemidler og tilrettelegging av miljø rundt den enkelte.

Habilitering og rehabilitering skal inngå i tilbudet av spesialisthelsetjenester, og ytelsene skal omfatte alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet nedsatt funksjonsevne eller kronikk sykdom.

#### *I henhold til forskriften skal spesialisthelsetjenesten sørge for:*

- at det finnes koordinerende enheter i spesialisthelsetjenesten som skal ha oversikt over habili-

terings- og rehabiliteringstilbudene i helseregionen og som skal tilrettelegge for melding av behov for habilitering og rehabilitering.

- at den enkelte bruker kan medvirke i eget habilitering og rehabiliteringsopplegg
- nødvendig undersøkelse og utredning
- trening og oppøving av funksjoner som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning
- intensiv trening
- tilrettelagt opplæring av brukere
- veiledning og samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltbrukere
- generell rådgivning og veiledning til ansatte i kommunen
- samarbeid med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte

#### *Forskrift om individuell plan:*

Med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven, lov om psykisk helsevern og sosialtjenesteloven pålegger forskriften spesialisthelsetjenesten og kommunens sosial- og helse-tjeneste en plikt til å sørge for at individuell plan utarbeides for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Pasientrettighetsloven og sosialtjenesteloven gir tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester rett til en individuell plan.

- Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er å bl.a. å bidra til at tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud og kartlegge den enkeltes mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder
- Forskriften gir klare føringer for tverrfaglig og sektorovergripende samarbeid.
- En individuell plan skal være en overordnet, sektorovergripende plan som koordinerer de ulike tjenestenes tiltak og bistand. En slik plan opphever ikke behovet for mer avgrensede planer på bestemte sektorområder.
- Personen som planen skal utarbeides for, skal ha en sentral rolle i planarbeidet på en slik måte at vedkommende opplever at det er hans/hennes plan.
- Det skal alltid være en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottaker (i praksisfeltet ofte kalt koordinator)
- Tjenestemottakeren skal samtykke i at det utarbeides en individuell plan

Sosial- og helsedirektoratet ga i 2005 ut revidert veileder til forskrift om individuell plan IS-1253.

Veilederen understreker nødvendigheten av samarbeid med etater utenfor helse- og sosialtjenestene for å kunne utarbeide et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud samlet i en individuell plan.

#### *Individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen*

Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) trådte i kraft 1. juli 2006. Loven gir i § 15, Samarbeid med brukeren og individuell plan, hjemmel til å utarbeide forskrift med nærmere bestemmelser om hvem retten til individuell plan gjelder for og om planens innhold, tilsvarende forskrift om individuell plan med hjemmel i helse- og sosiallovgivningen. Arbeids- og inkluderingsdepartementet er i gang med dette forskriftsarbeidet.

#### *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*

Forskriften trådte i kraft 1. juli 2003. I henhold til forskriften § 2-3 andre ledd, skal helsestasjons- og skolehelsetjenestens tilbud til barn og ungdom 0-20 år omfatte samarbeid om habilitering av barn og ungdom med spesielle behov, herunder kronisk syke og funksjonshemmede.

Tverrfaglig samarbeid omtales særskilt i § 2-1 tredje ledd som sier at helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene, med andre kommunale tjenester, med tannhelsetjenesten, med fylkeskommunen og med spesialisthelsetjenesten

#### *Sosialtjenesteloven*

Etter sosialtjenesteloven § 4-3 har de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, krav på hjelp etter lovens § 4-2. Sosialtjenesteloven § 4-2 omfatter praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester og omsorgslønn.

#### *Rundskriv I-3/2004 om samarbeid*

Barne- og familiedepartementet, Helsedepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet og Sosialdepartementet var i samarbeid avsendere av rundskriv» Samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år med nedsatt funksjonsevne – bruk av individuell plan».



## 10 Andre særlige tema

### 10.1 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 inneklimateykdommer, og bedre barns miljø og helse. Det er startet en gjennomgang av området miljørettet helsevern for å tydeliggjøre innsatsen for tryggere og mer helsefremmende miljøer.

Helse- og omsorgsdepartementet har høsten 2007 satt i gang en kartlegging av arbeidet som gjøres på miljøområdet i helseforetakene, og har kontakt med de regionale helseforetakene for å få fram mål og konkrete tiltak for å følge opp regjeringens klimapolitikk, både i det enkelte regionale helseforetak og på tvers av regionene. Det skal også vurderes om arbeidet med å etablere miljøledelsessystemer og tredjeparts sertifiseringer i helseforetakene bør videreføre og forsterkes.

I 2008 vil Helse- og omsorgsdepartementet sette krav til de regionale helseforetakene om å følge opp regjeringens klimapolitikk. Ulike tiltak vil bli vurdert, og det vil bli lagt særlig vekt på å følge opp regjeringens handlingsplan for miljø- og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser. Spesialhelsetjenesten har med sitt betydelige forbruk et miljøansvar, og sektoren har gjennom omfattende anskaffelser en innkjøpsmakt som kan bidra til å påvirke både produsenter og leverandører på en positiv måte. Formålet med handlingsplanen er at det offentlige skal gå foran som en ansvarlig forbruker, og etterspørre miljøvennlige varer. Det vil vurderes om det f.eks. skal kreves leverandørsertifisering, miljømerking mv.

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

Sosial- og 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 medvirking 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. Implementering av den norske strategien fortsetter i 2008. Det skal utvikles et barnebarometer som skal følge utviklingene av indikatorer for barns miljø og helse framover.

### 10.2 Fornyning, organisasjons- og strukturendring i statsforvaltningen

---

Helserefusjonsområdet

Regjeringen har besluttet at helserefusjonsområdet skal flyttes fra arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) til sosial- og helseforvaltningen senest innen 2010. Stortinget har sluttet seg til forvalt-

ningsreformen, jf. St.prp. nr. 66 (2005–2006) og Innst. S. nr. 205 (2005–2006). Stønads til helsetjenester omfatter blant annet refusjon til legemidler og for konsultasjon hos lege, psykolog, tannlege, samt ved poliklinikker, laboratorier og røntgeninstitutter. Stønadsområdet er på om lag 24 mrd. kroner per år inklusive utbetalinger til pasienttransport. Området skal gjennom 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 helse- og omsorgsforvaltningen og arbeids- og velferdsforvaltningen. Arbeids- og velferdsetaten kan rette innsatsen mot å få flere i arbeid og aktivitet. En egen helserefusjonsforvaltning skal gjøre tjenestene enklere for brukerne, og samtidig gi bedre styring og kontroll. Tjenestene knyttet til refusjon skal etter noen år kunne utføres fullt ut elektronisk. Dette er i tråd med regjeringens mål for fornyingsarbeidet i offentlig sektor. Det arbeides nå med utvikling av en elektronisk løsning for registrering av egenandeler og automatisk utsending av frikort. Dette vil innebære at brukeren får frikort automatisk tilsendt i posten når egenandelstaket er nådd. Behovet for å sende kvitteringer vil på denne måten bortfalle.

#### Helse Sør-Øst RHF

En stor organisatorisk strukturendring som har funnet sted innenfor spesialisthelsetjenesten i 2007, er sammenslåingen av tidligere Helse Sør RHF og Helse Øst RHF til det nye regionale helseforetaket Helse Sør-Øst RHF. Etablering skjedde med virkning fra og med 1. juni 2007. Sammenslåingen ble gjennomført med bakgrunn i behov for bedre koordinering, helhetlig styring og ressursutnyttelse på tvers av de to tidligere regionene, jf. St.prp. nr. 44 (2006–2007). Helse Sør-Øst RHF har hovedkontor på Hamar i kombinasjon med administrasjonssted i Skien, og har rundt 100 ansatte. Det regionale helseforetaket har 15 underliggende helseforetak. Helseforetaksgruppen totalt har om lag 67 500 ansatte og samlede bevilgninger utgjør om lag 42 mrd. kroner.

#### Refusjon til tannbehandling.

Regelverket for trygdens refusjon til tannbehandling endres i to trinn. Fra 1. september 2007 oppheves kravet om forhåndsgodkjenning for behandling hvor trygden yter stønad etter folketrygdloven § 5-6 (omfatter stønad på til sammen om lag 500 mill. kroner). Fra 1. januar 2008 flyttes alle refusjoner til utgifter til tannbehandling som i

dag gis som bidrag etter folketrygdloven § 5-22 til stønad etter § 5-6 (om lag 120 mill kroner). Endringene betyr at pasient og tannlege sparer tid og penger, og aktuell behandling kan starte med en gang. Endringene legger til rette for at tannleger kan etablere elektronisk direkteoppgjør med trygden for behandlinger hvor trygden yter stønad. Pasientene slipper dermed å betale full pris hos tannleger, for deretter å gå til trygdekantor for å få utbetalt stønad. Tiltaket vil også føre til at arbeids- og velferdsetaten får mindre arbeid med refusjoner til tannbehandling. Begge tiltakene innebærer nye muligheter til utkjøring av rapporter om pasientkategorier, geografisk fordeling, bruk av takster, kostnader mv.

#### Elektronisk portal for priser hos tannleger og tannpleiere

Privatpraktiserende tannleger og tannpleiere har fri prissetting av sine tjenester. Fylkeskommunene fastsetter også selv egne priser for tannbehandling til innbyggere som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Tannlegenes og fylkeskommunenes priser er i gjennomsnitt om lag 15 til 20 pst høyere enn statens honorartakster. Det er stor variasjon i priser. 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. For pasienter vil det være viktig å kunne vurdere pris før de skal velge tannlege. Dette gjelder spesielt i de tilfeller pasienten blir henvist til spesialist for utredning og behandling. For mange av disse pasientene vil totalkostnadene kunne utgjøre titusener av kroner, hvorav trygdens refusjon utgjør om lag 40–50 pst. av statens honorartakst. Av St.meld. nr. 35 (2006–2007), kapittel 13.1.3, går det fram at regjeringen vil etablere en elektronisk prisopplysningstjeneste, en prisportal som skal omfatte priser til tannleger og tannpleiere. Plikt til å gi prisopplysninger til en prisportal må reguleres i prisforskriften. Denne vil bli gjennomgått av Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Fornyings- og administrasjonsdepartementet i et samarbeid med sikte på etablering av prisportal i løpet av 2009.

#### Elektronisk kommunikasjon mellom leger og Arbeids- og velferdsetaten

I juli 2007 sendte Helse- og omsorgsdepartementet på høring et forslag om krav til elektronisk kommunikasjon mellom leger og Arbeids- og velferdsetaten. Forslaget innebærer at leger (allmennleger og

spesialister) innen 1. januar 2009 skal pålegges et rettslig krav om bruk av elektronisk kommunikasjon ved innsending av krav på direkteoppgjør (lege-regninger), sykmeldinger og legeerklæringer til Arbeids- og velferdsetaten. Forslaget innebærer betydelige administrative forenklinger, spesielt for Arbeids- og velferdsetaten. Høringsfrist for forslaget er 2. november 2007. Helse- og omsorgsdepartementet har som mål at tilsvarende pålegg om elektronisk kommunikasjon etter hvert også skal innføres for de øvrige yrkesgrupper som yter helsetjenester med refusjon fra Arbeids- og velferdsetaten.

### 10.3 Kjønn- og likestillingsperspektivet

Kvinner lever på mange måter et sunnere liv enn menn. Helt fram til i dag har det vært færre kvinner som røyker, kvinner drikker også mindre og sjeldnere alkohol og generelt har kvinner oftere et sunnere kosthold enn menn. Det sies at «kvinner blir syke, menn dør».

Kvinnenes lavere dødelighet innebærer at de lever om lag fem år lenger enn menn. En nyfødt jente kan i dag forvente å bli 82,3 år. For noen år siden hadde norske kvinner den høyeste forventede levealderen i verden. I dag kan kvinner i en rekke land rekne med å leve lenger enn norske kvinner. Menn lever i gjennomsnitt kortere enn kvinner, mens kvinner gjennom hele livet har flere sykdommer og helseplager. Kvinners høyere sykkelighet forklares oftest med forskjeller i livsstil og levevilkår, bl.a. belastninger knyttet til omsorgsoppgaver og til arbeidslivet. Forklaringen på dette kan være at kjønnsforskjeller virker inn på helsen – både biologisk, sosialt, kulturelt og psykologisk. Kjønnforskjeller i sykdom og helseplager kommer til uttrykk blant annet ved at kvinner noe sjeldnere enn menn vurderer sin egen helse som god eller meget god. Kvinner oppgir oftere å ha varige sykdommer, også sykdommer som i stor grad påvirker hverdagen. Kvinner oppgir oftere enn menn å ha sykdommer i nervesystemet, åndedretsorganene og i skjelett- og muskelsystemet og de rapporterer oftere hodepine eller migrene og smerter i kroppen. De bruker oftere medisiner mot disse plagene. Hjerte- og karsykdommer er sammenlagt den hyppigste dødsårsaken her i landet, alle aldersgrupper sett under ett. Mange av dødsfallene skjer i høy alder og siden slutten av 1980-årene har det vært en sterk nedgang i hjerte- og kardødsfall i aldersgruppene under 75 år. Hjerte-/karlidelser er ett av områdene hvor det pekes på et særlig behov for å se forebygging, behandling og legemiddelbruk i et kjønnsperspektiv.

I de senere årene har kvinners alkoholforbruk økt betraktelig, og atskillig mer enn menns. Jenter i dag drikker mer alkohol enn det fedrene deres gjorde da de var på samme alder. Dette er bekymringsfullt, og det stiller krav til at det sikres at så vel forebygging som rusbehandling ivaretar også kvinners behov.

Kvinner oppsøker oftere lege, og yrkesaktive kvinner har et høyere sykefravær enn menn. Sykdom i samband med svangerskap kan imidlertid sannsynligvis være noe av forklaringen på forskjellen. Kvinner blir også oftere uføretrygdet. Det er flere kvinner enn menn som ender opp med symptomdiagnoser, noe som kan innebære at legen ikke forstår eller aksepterer det som plager pasienten.

En strategiplan for kvinners helse ble presentert i St.meld. nr. 16 (2002–2003), Resept for et sunnere Norge. Strategien bygger i hovedsak på kunnskap og tilrådinger presentert i NOU 1999: 13, Kvinners helse i Norge. Utredningen viste at vi trenger mer kunnskap om kvinners helse og sykdom. Samtidig finnes mye viktig kunnskap som fortsatt ikke tas i bruk eller preger praksis i helsevesenet.

To tendenser innen helse- og velferdsfeltet er godt dokumentert. En er at kvinner og menn behandles likt til tross for at problemer, ressurser og behov kan være ulike. Kunnskapsgrunnlaget bygger ofte på studier av menn, slik at behandlingen er dårligere tilpasset kvinnelige pasienter. En annen tendens er at kvinner og menn behandles ulikt – ikke som svar på ulike behov, men som uttrykk for tjenesteyternes manglende kunnskaper om betydningen av kjønn. Dette innebærer for det første at innbyggerne ikke får optimale tjenester, og bryter for det andre med likestillingsmål og lovkrav. Fordi kvinner og menn er forskjellige, må det i noen tilfeller måtte tas i bruk ulike virkemidler overfor kvinner og menn for å oppnå lik effekt. Både internasjonalt og nasjonalt er det reist spørsmål om hvorvidt kunnskapsgrunnlaget om ulikheter i helse, sykdom og levekår har kjønnsbaserte skjevheter. Det synes også å være mangelfull kunnskap og forståelse av årsakssammenhenger og behandling for en del sykdommer og lidelser som særlig rammer kvinner. Oppfølgingen av kvinnehelsestrategien er konsentrert om to akser. Den ene er å inkludere et kjønnsperspektiv i all virksomhet hvor dette er relevant. Den andre er å fokusere spesielt på lidelser som utelukkende kvinner har, eller sykdommer hvor kvinner er i flertall eller har spesielle vansker.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt de regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet om å legge vekt på at helsetjenestene skal utvikles i et kjønnsperspektiv og at spesielle utfor-

dringer knyttet til kvinners og menns helse må møtes med tilstrekkelig kunnskaper og ressurser. Statens helsetilsyns fagråd for kjønnsperspektiv 2005–2007 har en rådgivende og en pådrivende rolle. I 2006 har fagrådet i hovedsak vært brukt som ressursgruppe for følgeevalueringsprosjektet Tilsyn med kjønn. Behov for kjønnsperspektiv og bevisstgjøring om kjønnsforskjeller i all klinisk forskning er ivarettatt gjennom krav til de regionale helseforetakene og til Norges forskningsråd. Kravet er også nedfelt i forskningsrådets nye programplaner for henholdsvis klinisk praksis og helse- og omsorgstjenester. I Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006–2012 er forskning på kvinners helse vektlagt.

Forskning som har betydning for kvinners helse finansieres og gjennomføres i helseforetakene, universiteter og høyskoler, gjennom forskning finansiert av Norges Forskningsråd, i Folkehelseinstituttet og gjennom annen oppdragsforskning. Den nasjonale forskningsetiske komité 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, hvor det pekes på behov for ytterligere forskning på en rekke områder. Fibromyalgi, minoritetskvinners helse og kjønnsperspektivet ved psykiske lidelser framheves særskilt. Forskningsrådets budsjett ble styrket med 3 mill. kroner til kvinnehelseforskning i 2004, og ytterligere 6 mill. kroner i 2005, 1 mill. kroner i 2006 og 4 mill. kroner i 2007. Midlene har blant annet gått til forskning på anoreksi, osteoporose, brystkreft og sosial ulikhet i kvinners helse, samt psykisk helse.

Det ble i 2006 opprettet et nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Senteret har særskilte oppgaver innen forskning, kompetanseoppbygging, rådgivning og formidling av kunnskap om kvinnehelse.

Andre tiltak for å bedre kvinners helse er presentert gjennom departementets strategier for henholdsvis kreft, diabetes og kols, faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd og opptrappingsplan for psykisk helse og opptrappingsplan for rusfeltet. Også Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort (2004–2008), Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005–2009, Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeid 2006–2010 og Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007–2011) legger vekt på likestilling.

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med en plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Det vises til omtale under kap. 732.

St.meld. nr. 25 (2005–2006), Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer, belyser de eldste kvinnes sykdommer og helse-tilbud. Eldre kvinner har på slutten av livet en lengre periode med alvorlige helseproblemer og funksjonstap enn menn. Eldreomsorgen må derfor ta hensyn til at det er mange flere kvinner enn menn i brukergruppen. Menn mottar klart flere behandlinger enn kvinner målt i heldøgnsopphold og dagbehandlinger i somatisk sykehus, mens kvinner over 80 år i større grad mottar mer fra den kommunale omsorgstjenesten enn menn. Det kan dermed se ut som om eldre kvinner i stor grad får sitt tilbud i den kommunale omsorgstjenesten, mens eldre menn i større grad blir innlagt på sykehus.

Det følger av Soria Moria-erklæringen at Regjeringen vil lovfeste krisesentertilbudet. I forbindelse med dette arbeidet er det nedsatt en interdepartemental arbeidsgruppe, ledet av Barne- og likestillingsdepartementet. Arbeidsgruppen skal utrede og legge fram et forslag for lovfesting av krisesentertilbudet. Målet er å sende ut et forslag på høring våren 2008.

En av de viktige utfordringene for kvinners helse framover, vil være å utjevne sosiale forskjeller i helse. I St.meld. nr. 20 (2006–2007), Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, finner vi de samme sosiale helseforskjeller både for menn og kvinner. Sammenhengen mellom kjønn og sosiale helseforskjeller er imidlertid kompleks. Der som vi tar utgangspunkt i levealder, er de sosiale forskjellene mindre for kvinner enn for menn. For andre helse mål, som for eksempel psykisk helse, er de sosiale forskjellene større for kvinner. Enkelte studier viser at tilgjengelighet til helsetjenester er kjønnsmessig skjevt fordelt. De sosiale helseforskjellene er et folkehelseproblem generelt, og et rettferdighetsproblem som berører oss alle.

### Likestillingsrapport

Helse- og omsorgsdepartementet har i alt 221 ansatte, hvorav 33 pst. er menn og 67 pst. er kvinner. Inkludert her er syv ansatte i fødselspermisjon, hvorav seks kvinner og en mann. Departementet har 54 embetsstillinger, hvorav 63 pst. innehas av kvinner og 37 pst. av menn. Heltidsansatte utgjør 83 pst. av antall ansatte, hvorav 39 pst. er menn. Departementet har videre 21 ansatte som arbeider deltid eller har redusert stilling, hvorav en er mann. Videre har departementet ni ansatte i ulønnet permisjon. Av disse er en mann og åtte kvinner. Departementet har likestilling som inte-

grert del av sin overordnede og daglige lønns- og personalpolitikk.

Ved Nasjonalt folkehelseinstitutt er det om lag 800 ansatte, hvorav to tredeler er kvinner. I lederstillinger fra og med avdelingsnivå er kvinneandelen 41 pst. Folkehelseinstituttet har oppnådd en viss forbedring i kvinneandelen i vitenskapelige seniorstillinger, men vil jobbe for en ytterligere forbedring. Folkehelseinstituttet arbeider med å legge til rette for kvinners deltakelse i meritterende arbeid. Dette skal sikre kvinner en faglig utvikling som gjør det lettere å komme i posisjon for opprykk til senior- og prosjektlederroller. Folkehelseinstituttet har lyktes i å få til en mer balansert kjønnsmessig rekruttering til stipendiatstillingene, der er nå 26 pst. menn. Folkehelseinstituttet har ikke lønnsforskjeller i noen grupper som kan forklares ved kjønn. I alle større stillingsgrupper er snittlønnen mellom menn og kvinner mindre enn 5 pst.

Norsk pasientskadeerstatning har følgende kvinneandel blant de ansatte: 69 pst. i arbeidsstokken totalt og 50 pst. blant virksomhetens ledere. Kvinneandelen hadde en svak øking fra 2005 til 2006. Det er en klar overvekt av kvinnelige søkere til ledige stillinger i NPE. For å øke andelen menn i stillingsgrupper 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.

Sosial- og helsedirektoratet hadde i 2006 69 pst. kvinnelig ansatte. Andel kvinner er redusert med 1 pst. fra 2005. Det er ikke lønnsforskjeller mellom kvinner og menn til og med rådgivertrinnet, men lønnsforskjellene øker fra gruppen seniorrådgivere og oppover. Likestillingsrapporten har vært behandlet i ledermøtet og i møte med organisasjonene. Det ble i 2006 besluttet å følge opp økningen i lønnsforskjeller og andel kvinner/menn i lederstillinger enda mer bevisst i tilsetningsrådet, ved lønnsfastsettelse ved nytilsetting (ved samarbeid personalavdeling/innstillende myndighet), og i lønnsforhandlinger, bl.a. skal partssammensatt gruppe for lønnspolitikk se på nødvendige tiltak.

Statens institutt for rusmiddelforskning har 40 ansatte, hvorav 28 (70 pst.) er kvinner. De faste lederstillingene er besatt av en mann og to kvinner. Fom. mars 2006 innehar tre av forskerne (hvorav to kvinner) en midlertidig funksjon som forskningsleder. Blant forskerne er det ingen lønnsforskjeller mellom kvinner og menn. Øvrige lønnsforskjeller skyldes bl.a. ulike typer stillinger innenfor samme stillingsgruppe og hvordan kvinner og menn er innplassert i disse. I instituttets tilpasningsavtale er det nevnt ulike likestillingstiltak, bl.a. kjønnsnøy-

trale kriterier for lønnsfastsettelse og at kvinner skal gis samme mulighet som menn til å arbeide med kvalifiserende arbeidsoppgaver og til å ivareta prosjektlederfunksjoner og andre lederfunksjoner. Slik fordelingen av menn og kvinner er ved instituttet og slik de arbeids- og lønnsmessige vilkårene fordeler seg, har ikke instituttet ansett at det har vært behov for særskilte tiltak ut over dette.

Statens helsetilsyn hadde i 2006 en kvinneandel på 62 pst. Det er flere menn enn kvinner i ulike lederstillinger i Helsetilsynet, mens det er en betydelig overvekt av kvinner i organisasjonen forøvrig. Det er en viss variasjon i lønnsnivå mellom kjønnene i mellomledersjiktet. Kvinner har en gjennomsnittlig lønn på om lag 540 000 kroner, mens menn har om lag 483 000 kroner. Dette forklares hovedsakelig ved at kvinner leder enheter og grupper med stort kontrollspenn og personalansvar for et større antall medarbeidere. Det er 27 kvinner og 14 menn som er seniorrådgivere i Helsetilsynet per 31. desember 2007. Menn på dette nivået har en gjennomsnittlig årslønn som er om lag 7000 kroner høyere en kvinners. Helsetilsynets 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 ved lønnsfastsettelsen. Det er et mål i lønns- og personalpolitikken å arbeide for likestilling mellom kjønnene. I de lokale forhandlingene i Helsetilsynet i 2006 ble lønnsmidler fordelt med henholdsvis 70 pst. til kvinner og 30 pst. til menn.

Statens legemiddelverk er en etat med høy kvinneandel. I nyrekruttering er man bevisst på at en jevnere kjønnsfordeling vil virke positivt for arbeidsmiljø og faglig utvikling. Toppledergruppen består av ni personer hvor seks er kvinner. Mellomledergruppen utgjøres av 13 personer hvor 69 pst. er kvinner.

Ved Statens strålevern var det i 2006 98 tilsatte, hvorav 48 kvinner. I lederstillingen er seks av tretten kvinner. I gruppen forskere og ingeniører er om lag to tredeler menn, mens blant saksbehandlerne er motsatt. Av totalt seks 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 Øst RHF hadde i 2006 totalt 13 medlemmer. Blant de eieroppnevnte var det fire

kvinner og fem menn, mens det var to kvinner og to menn blant ansatterepresentantene. Fra april 2006 ble det utnevnt nye eieroppnevnte styrerepresentanter i foretaksgruppen i samsvar med krav til at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene skal oppnevnes blant foreslåtte folkevalgte på kommune- og fylkesnivå. Etter dette består styret i foretaksgruppen av 90 representanter, 45 kvinner og 45 menn. 59 representanter er oppnevnt av eier og 31 valgt av arbeidstakerorganisasjonene. Det er kvinnelig styreleder i det regionale helseforetaket og mannlige styreledere i de underliggende helseforetakene. Av de eieroppnevnte styrerepresentantene er 30 kvinner (50,5 pst.) og 29 menn (49,5 pst.). Av de 31 arbeidstakervalgte styrerepresentantene er 15 kvinner (48,4 pst.) og 16 menn (51,6 pst.). Helse Øst RHF sin ledergruppe besto av ti medlemmer hvorav tre er kvinner. Administrerende direktør i 2006 er kvinne. I tillegg til administrerende direktør er det ti personer i administrasjonen som har personalledelse, fire av disse er kvinner. Av de 86 ansatte i Helse Øst RHF var 40 kvinner (46,5 pst.).

Styret i Helse Sør RHF har i 2006 bestått av ni eieroppnevnte medlemmer hvorav fem kvinner og fire menn mens de ansattevalgte styremedlemmene fordeler seg med to kvinner og to menn. Blant de ansatte i Helse Sør RHF er det en tilnærmet lik fordeling mellom kvinner og menn. Ledergruppen besto av to kvinner og tre menn. Helseforetakene i Helse Sør RHF er ledet av styrer med god likevekt mellom kjønnene. Det er kvinnelig styreleder i det regionale helseforetaket. I 2006 ble andelen kvinnelige styreledere styrket, hvorav tre av åtte styrer ledes av kvinner. Syv av åtte helseforetak ledes av menn (adm. direktør). I februar 2006 ble det ansatt kvinnelig administrerende direktør ved Ringerike sykehus HF. Helse Sør RHF har vært opptatt av å styrke kvinneandelen blant helseforetakslederne, både ved ekstern rekruttering og ved utvikling av interne kandidater. Sammen med Den norske lægeförening har Helse Sør RHF og Helse Øst RHF arrangert et eget lederutviklingsprogram for kvinnelige medisinerere. Helseforetaksgruppen har ikke utarbeidet felles retningslinjer for likestillingsarbeidet. Alle foretakene utarbeider egne årsberetninger hvor de redegjør for likestilling mellom kjønnene og arbeidet med likestilling.

Helse Vest RHF sitt styre besto i 2006 av 11 styremedlemmer hvorav fire kvinner og fire menn blant de eieroppnevnte. Ansattevalgte styremedlemmer fordeler seg med to kvinner og en mann. Fordelingen internt i det regionale styret er dermed 54,5 pst. andel kvinner og 45,5 pst andel menn. I administrasjonen i Helse Vest RHF er fordelingen av 32 ansatte henholdsvis 20 kvinner

(62,5 pst) og 12 menn (37,5 pst), mens det i ledergruppen er to kvinner og fire menn. Vedrørende fordeling av styrelederposisjoner i underliggende helseforetak er det henholdsvis tre kvinner og to menn. Administrerende direktører i underliggende HF er fem menn. I tillegg er det etablert et AS (Helse Vest IKT) hvor det er mannlige styreleder og mannlige administrerende direktør.

I Helse Midt-Norge RHF besto styret i 2006 av seks menn (46 pst.) og sju kvinner (54 pst.). Kvinneandelen i styrene er på 44 pst., og 35 pst. av lederne i foretakene er kvinner. Fordeling blant administrerende direktører i de underliggende foretak og enheter (Hemit og Helsebygg) er på to kvinner og sju menn. Antall styremedlemmer i foretaksgruppen besto av 63 medlemmer, 41 pst. kvinner og 59 pst. menn. Arbeidet med revidering av det personalpolitiske strategidokumentet har blitt utsatt fra 2006 til 2007. En nærmere analyse av forhold som lønn, arbeidstid, lederposisjoner og avansmuligheter er derfor ikke foretatt i 2006. Likestilling mellom kjønn, aldersgrupper, samt integrering av innvandrere vil følges opp i arbeidet med ny personalpolitikk i løpet av 2007.

I Helse Nord RHF består styret av fem menn og seks kvinner. Blant de åtte eieroppnevnte styremedlemmene er det fire kvinner og fire menn. Ledergruppen har i 2006 bestått av seks menn og to kvinner. Kvinneandelen av ansatte i Helse Nord RHF er 42 pst. og kvinneandelen i Helse Nord IKT er på 27 pst. Samlet kvinneandel for Helse Nord i 2006 har følgelig vært 31 pst. Av alle ansatte i helseforetaksgruppen er 26 pst. menn, mot 25,6 pst. i 2005. I forhold til andel ansatte er kvinner fortsatt klart underrepresentert i lederstillinger på mellom- og toppnivå i helseforetakene. Likestilling er ett av satsningsområdene i overordnet personalpolitikk. I ledelsesutviklingstiltakene som gjennomføres er det lagt særlig vekt på rekruttering av kvinnelige deltakere. Eksempelvis var alle kandidatene fra Helse Nord RHF til det nasjonale topplederprogrammet i 2006 kvinner.

I AS Vinmonopolet er likestilling en del av personalpolitikken og reflekteres i arbeidet med bl.a. rekruttering, lønnspolitikk og arbeidsvilkår. Ved utgangen av 2006 er andelen kvinnelige ledere 45 pst. Det er noe ulik andel mellom de ulike ledernivåene. Ledergruppen har ved utgangen av 2006 57 pst. kvinneandel, mens av mellomledere i administrasjonen er andelen 39 pst. kvinner. 45 pst av butikksjefene er kvinner. Dette innebærer en svak økning i andelen kvinnelige ledere sammenliknet med 2005. Fordelingen på heltidsstillinger i butikkene er lik mellom kjønnene, mens deltidsstillinger i butikk har en kvinneandel på 83 pst. Siden kvinnene dominerer i gruppen deltidsstillinger i

butikk er utlysningsteksten i stillingsannonseene nå endret for å presisere at det arbeides for en jevnere kjønnsbalanse.

#### **10.4 Omtale av tilsetningsvilkårene til ledere i heleide statlige virksomheter**

Administrerende direktør i Helse Øst RHF mottok i regnskapsperioden 2006 lønn på 1 447 675 kroner, mens andre godtgjørelser beløp seg til 8753 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 153 023 kroner. Administrerende direktør har ordinære pensjonsbetingelser via KLP og har ingen avtale om tilleggspensjon. Under gitte forutsetninger har ledergruppen rett på etterlønn i 12 måneder fra fratredelsesdatoen. Etterlønn vil bli redusert med lønn fra ny arbeidsgiver.

Administrerende direktør i Helse Sør RHF mottok i regnskapsperioden 2006 lønn på 1 401 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 125 000 kroner. Administrerende direktør er med i den kollektive pensjonsordningen (KLP) etter ordinære betingelser. Beregnet pensjonskostnad for 2006 var 153 000 kroner. Pensjonsforpliktelse knyttet til administrerende direktør er 164 000 kroner per 31. desember 2006. Administrerende direktør har avtale om sluttvederlag tilsvarende ni måneders lønn ut over oppsigelsestiden dersom styret velger å avslutte arbeidsavtalen før han fyller 67 år. Pensjonsalder i stillingen som administrerende direktør er 67 år, ved oppnådd aldersgrense plikter administrerende direktør å fratruke uten nærmere varsel.

Administrerende direktør i Helse Vest RHF har i regnskapsperioden 2006 mottatt lønn på 1 631 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 13 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 485 000 kroner. Administrerende direktør har seks måneders oppsigelsestid fra utløpet av kalendermåneden. Ved oppnådd aldersgrense i henhold til hva som praktiseres for ledende stillinger i statlige foretak, plikter vedkommende å fratruke uten nærmere varsel. Fra dette tidspunkt inntreer foretakets pensjonsforpliktelser. Pensjonsalder i stillingen som administrerende direktør er 65 år. Pensjonsnivået er satt til 66 pst. av full lønn ved fratreden. Det foreligger ingen avtale om vederlag ved fratredelse før pensjonsalder.

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF mottok i regnskapsperioden 2006 lønn på 1 412 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 126 000 kroner. I totale pensjonskostnader på 563 000 kroner er 413 000 kroner knyttet til pensjonsavtale ut over kollektiv pensjonsordning. Ved fratredelse etter anmodning fra styret har administrerende direktør krav på lønn ett år inklusive lønn i avtalt oppsigelsestid. Til fradrag i sluttvederlaget kommer andre inntekter administrerende direktør har oppbåret som ansatt, konsulent og/eller selvstendig næringsdrivende. Pensjonsalderen i stillingen som administrerende direktør er 65 år. Pensjonsnivået er 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 pensjonsforpliktelse knyttet til denne avtalen er beregnet til 2 110 000 kroner inkl. arbeidsgiveravgift pr. 31. desember 2006.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF har i regnskapsperioden 2006 mottatt lønn på 1 389 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 9000 kroner. Ytelser til pensjonsforpliktelser til administrerende direktør utgjorde 165 000 kroner. Rettigheter til ordinær alderpensjon med tilleggspensjon går fram av den generelle dekningen av tilleggspensjon i KLP for Helse Nord RHF. Administrerende direktør skal gå inn i den til en hver tid gjeldende ordning (med avtalefestet førtidspensjon). 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 fratruke, eller selv velger å slutte i sin stilling, plikter Helse Nord RHF å betale lønn i seks måneder ut over vanlig oppsigelsestid.

Administrerende direktør i AS Vinmonopolet har per 31. desember 2006 en årslønn på 1 450 000 kroner. I tillegg til lønnen har administrerende direktør fast bilgodtgjørelse på 114 000 kroner per år. Vinmonopolet har tidligere hatt en topppensjon gjennom kollektiv livrenteforsikring for fem ledere. Ordningen er nå opphørt. Administrerende direktør har hatt rett til å være medlem av ordningen, men har på grunn av endrede rammebetingelser for slike ordninger ikke blitt meldt inn.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

1. I St.prp. nr. 1 om statsbudsjettet for år 2008 føres opp de summene som er nevnt i et framlagt forslag:

a. Sum utgifter under kap. 700–761 og 2711–2790	kr	115 565 318 000
b. Sum inntekter under kap. 3700–3751, 5572 og 5631	kr	1 467 340 000

---



## Forslag til vedtak om bevilgning for budsjettåret 2008, 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	136 543 000	
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 433 000	140 976 000
701	Forskning		
	50 Norges forskningsråd mv.	208 306 000	208 306 000
702	Helse- og sosialberedskap		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	37 084 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 272 000	40 356 000
703	Internasjonalt samarbeid		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	36 056 000	
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 60</i>	17 500 000	53 556 000
	Sum Helse- og omsorgsdepartementet mv.		443 194 000
Folkehelse			
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	01 Driftsutgifter	434 598 000	
	21 Spesielle driftsutgifter	400 253 000	
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	16 106 000	850 957 000
712	Bioteknologinemnda		
	01 Driftsutgifter	7 659 000	7 659 000
715	Statens strålevern		
	01 Driftsutgifter	63 605 000	
	21 Oppdragsutgifter	38 220 000	101 825 000
716	Statens institutt for rusmiddelforskning		
	01 Driftsutgifter	34 982 000	34 982 000
718	Alkohol og narkotika		
	21 Spesielle driftsutgifter	37 911 000	
	63 Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	17 199 000	

Kap.	Post		Kr	Kr
	70	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres</i>	90 374 000	145 484 000
719		Folkehelse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 79</i>	53 704 000	
	60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	42 584 000	
	70	Hivforebygging, smittervern mv., <i>kan overføres</i>	29 263 000	
	71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	24 069 000	
	72	Stiftelsen Amatheia	16 748 000	
	73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	18 287 000	
	74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	16 047 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	15 948 000	216 650 000
		Sum Folkehelse		1 357 557 000
Helsetjeneste				
720		Sosial- og helsedirektoratet		
	01	Driftsutgifter	358 938 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	44 321 000	
	22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	52 692 000	455 951 000
721		Statens helsetilsyn		
	01	Driftsutgifter	71 644 000	71 644 000
722		Norsk pasientskadeerstatning		
	01	Driftsutgifter	82 766 000	
	70	Dekning av advokatutgifter	26 855 000	109 621 000
723		Pasientskadenemnda		
	01	Driftsutgifter	26 696 000	26 696 000
724		Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak		
	01	Driftsutgifter	28 617 000	
	21	Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	18 268 000	
	61	Tilskudd til turnustjenesten	130 607 000	
	70	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	41 539 000	
	71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	14 800 000	233 831 000
725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	01	Driftsutgifter	95 762 000	95 762 000

Kap.	Post	Kr	Kr
726	Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	19 578 000	
	70 Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	57 828 000	
	71 Kjøp av opp trening og helsetjenester, <i>kan overføres</i>	81 498 000	158 904 000
727	Tannhelsetjenesten		
	21 Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	9 100 000	
	70 Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	54 002 000	63 102 000
728	Forsøk og utvikling mv.		
	21 Spesielle driftsutgifter	48 082 000	
	70 Tilskudd	18 415 000	66 497 000
729	Annen helsetjeneste		
	01 Driftsutgifter	31 996 000	
	60 Helsetjeneste til innsatte i fengsel	107 556 000	
	70 Behandlingsreiser til utlandet	98 885 000	
	71 Tilskudd til Norsk Pasientforening mv.	5 830 000	244 267 000
	Sum Helsetjeneste		1 526 275 000
Regionale helseforetak			
732	Regionale helseforetak		
	21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i>	2 486 000	
	70 Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 72, 73, 74 og 75</i>	3 367 506 000	
	72 Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF, <i>kan overføres</i>	32 006 880 000	
	73 Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	10 812 463 000	
	74 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	8 000 253 000	
	75 Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	6 938 039 000	
	76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	16 821 439 000	
	77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>	1 976 232 000	
	78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	783 054 000	

Kap.	Post		Kr	Kr
	79	Helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte, <i>kan overføres</i>	457 900 000	
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	1 059 092 000	
	82	Investeringslån	1 720 000 000	
	83	Opptreksrenter for lån fom. 2008, <i>overslagsbevilgning</i>	55 000 000	
	91	Opptreksrenter for lån tom. 2007, <i>overslagsbevilgning</i>	330 000 000	84 330 344 000
737		Krefregisteret		
	70	Tilskudd	83 808 000	83 808 000
		Sum Regionale helseforetak		84 414 152 000
		Psykisk helse		
742		Kontrollkomisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern		
	01	Driftsutgifter	33 528 000	
	70	Tilskudd	1 968 000	35 496 000
743		Statlige stimuleringsiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	22 524 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	3 512 791 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	403 295 000	
	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	120 146 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	2 326 582 000	6 385 338 000
744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg	51 476 000	51 476 000
		Sum Psykisk helse		6 472 310 000
		Legemidler		
750		Statens legemiddelverk		
	01	Driftsutgifter	151 345 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 858 000	155 203 000

Kap.	Post	Kr	Kr
751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	11 291 000	
	70 Tilskudd	48 614 000	59 905 000
	Sum Legemidler		215 108 000
Omsorgstjenester			
760	Utredningsvirksomhet mv.		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	10 690 000	
	70 Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	3 898 000	14 588 000
761	Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet		
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	102 661 000	
	60 Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	126 038 000	
	61 Tilskudd til vertskommuner	481 033 000	
	63 Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	172 730 000	
	66 Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse	77 842 000	
	67 Tilskudd til særskilte utviklingstiltak	19 864 000	
	70 Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i>	119 774 000	
	71 Tilskudd til frivillig arbeid	16 291 000	
	72 Tilskudd til Landsbystiftelsen	59 517 000	
	73 Tilskudd til døvblinde og døve	11 321 000	
	75 Kompetansetiltak.	3 554 000	
	76 Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	7 162 000	
	77 Kompetansesentra mv.	92 255 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	11 692 000	1 301 734 000
	Sum Omsorgstjenester		1 316 322 000
Stønad ved helsetjenester			
2711	Spesialisthelsetjenester mv.		
	70 Refusjon spesialisthjelp	1 065 000 000	
	71 Refusjon psykologhjelp	167 000 000	
	72 Refusjon tannlegehjelp	1 035 000 000	
	76 Private laboratorier og røntgeninstitutt	384 700 000	2 651 700 000

## Helse- og omsorgsdepartementet

Kap.	Post		Kr	Kr
2751	Legemidler mv.			
	70	Legemidler	7 470 700 000	
	72	Sykepleieartikler	1 220 000 000	8 690 700 000
2752	Refusjon av egenbetaling			
	70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	3 486 000 000	
	71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	210 000 000	3 696 000 000
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.			
	62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	210 000 000	
	70	Refusjon allmennlegehjelp	2 551 000 000	
	71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 493 000 000	
	72	Refusjon jordmorhjelp	40 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	84 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	84 000 000	4 462 000 000
2790	Andre helsetiltak			
	70	Bidrag, lokalt	320 000 000	320 000 000
		Sum Stønad ved helsetjenester		19 820 400 000
		Sum departementets utgifter		115 565 318 000

## Inntekter:

Kap.	Post		Kr	Kr
Diverse inntekter				
3703	Internasjonalt samarbeid			
	03	Refusjon fra Utenriksdepartementet	17 500 000	17 500 000
3710	Nasjonalt folkehelseinstitutt			
	02	Diverse inntekter	140 408 000	
	03	Vaksinesalg	105 300 000	245 708 000
3715	Statens strålevern			
	02	Salgs- og leieinntekter	1 741 000	
	05	Oppdragsinntekter	38 426 000	40 167 000
3716	Statens institutt for rusmiddelforskning			
	02	Oppdragsinntekter	2 023 000	2 023 000
3720	Sosial- og helsedirektoratet			
	02	Salgs- og leieinntekter	2 234 000	
	04	Gebyrinntekter	1 396 000	3 630 000

Kap.	Post		Kr	Kr
3722	Norsk Pasientskadeerstatning			
	02	Diverse inntekter	1 083 000	1 083 000
3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell			
	02	Gebyrinntekter	17 168 000	17 168 000
3725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten			
	03	Oppdragsinntekter	115 000	115 000
3732	Regionale helseforetak			
	80	Renter på investeringslån	350 000 000	
	90	Avdrag på investeringslån tom. 2007	400 000 000	750 000 000
3750	Statens legemiddelverk			
	02	Diverse inntekter	1 835 000	
	04	Registreringsavgift	82 007 000	
	06	Refusjonsavgift	2 310 000	86 152 000
3751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak			
	03	Tilbakebetaling av lån	164 000	164 000
		Sum Diverse inntekter		1 163 710 000
		Skatter og avgifter		
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet			
	70	Legemiddelomsetningsavgift	156 025 000	
	71	Vinmonopolavgift	36 100 000	
	72	Avgift utsalgssteder utenom apotek	4 381 000	
	73	Legemiddelkontrollavgift	60 322 000	256 828 000
		Sum Skatter og avgifter		256 828 000
		Renter og utbytte mv.		
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet			
	85	Statens overskuddsandel	46 800 000	
	86	Utbytte	2 000	46 802 000
		Sum Renter og utbytte mv.		46 802 000
		Sum departementets inntekter		1 467 340 000

*Fullmakter til å overskride gitte bevilgninger*

## II

## Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 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, 03 og 04
kap. 721 post 01	kap. 3721 postene 02 og 04
kap. 722 post 01	kap. 3722 post 02
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 2008 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
720		Sosial- og helsedirektoratet	
	22	Elektroniske resepter	35 mill.kroner

## IV

## Tilsagnsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 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 Sosial- og helsedirektoratet	
	60	Tilskudd til omsorgstjenester	1 mill. kroner



*Andre fullmakter*

## V

## Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 kan gi de fire regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en totalramme på 7 300 mill. kroner.
2. det av avgiftspliktig omsetning for legemiddelgrossister i 2008 skal betales avgift tilsvarende 1,3 pst.
3. statens andel i 2008 av driftsoverskuddet til AS Vinmonopolet fastsettes til 40 pst. av resultatet i 2007 før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgiften.
4. Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 kan overføre hjemmelen til tomt gnr. 31, bnr. 382 i Bodø kommune fra Sosialdepartementet til Nordland fylkeskommune.
5. investeringslån til regionale helseforetak aktiveres i statens kapitalregnskap.

---

---



Offentlige etater kan bestille flere eksemplarer fra:  
Departementenes Servicesenter  
Kopi- og distribusjonsservice  
[www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)  
E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)  
Telefaks: 22 24 27 86

Abonnement, løssalg og pris fåes ved henvendelse til:  
Akademika AS  
Avdeling for offentlige publikasjoner  
Postboks 84 Blindern  
0314 OSLO  
E-post: [offpubl@akademika.no](mailto:offpubl@akademika.no)  
Telefon: 22 18 81 00  
Telefaks: 22 18 81 01  
Grønt nummer: 800 80 960

Publikasjonen finnes på Internett:  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Trykk: GAN Grafisk AS - 10/2007

