



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# St.prp. nr. 1

(2006–2007)

---

**FOR BUDSJETTÅRET 2007**

Utgiftskapitler: 700–761 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3751, 5572 og 5631



# Innhold

<b>Del I</b>		Kap. 723 Pasientskadenemnda .....	92
Innledende del .....	9	Kap. 3723 Pasientskadenemnda .....	93
<b>1 Helse- og omsorgspolitikken ....</b>	<b>11</b>	Kap. 724 Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak .....	93
<b>2 Profilen i budsjettforslaget .....</b>	<b>16</b>	Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell .....	99
<b>3 Budsjett- og strukturtiltak .....</b>	<b>23</b>	Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten .....	100
<b>4 Oversikter .....</b>	<b>25</b>	Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten .....	101
<b>Del II</b>		Kap. 726 Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige .....	102
Budsjettforslaget .....	31	Kap. 727 Tannhelsetjenesten .....	110
<b>Programområde 10 Helse og omsorg .....</b>	<b>33</b>	Kap. 728 Forsøk og utvikling mv. ....	113
<i>Programkategori 10.00</i>		Kap. 729 Annen helsetjeneste .....	118
<i>Helse- og omsorgsdepartementet mv. ....</i>	<i>33</i>	<i>Programkategori 10.30 Regionale helseforetak</i>	<i>122</i>
Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet .	33	Kap. 732 Regionale helseforetak .....	123
Kap. 701 Forskning .....	35	Kap. 3732 Regionale helseforetak .....	157
Kap. 702 Helse- og sosialberedskap .....	41	Kap. 737 Kreftregisteret .....	157
Kap. 703 Internasjonalt samarbeid .....	43	<i>Programkategori 10.40 Psykisk helse .....</i>	<i>160</i>
<i>Programkategori 10.10 Folkehelse .....</i>	<i>48</i>	Kap. 742 Kontrollkommisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern ...	161
Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt .....	50	Kap. 743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse .....	162
Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt .....	53	Kap. 744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede .....	186
Kap. 712 Bioteknologinemnda .....	53	<i>Programkategori 10.50 Legemidler .....</i>	<i>187</i>
Kap. 3712 Bioteknologinemnda .....	54	Kap. 750 Statens legemiddelverk .....	187
Kap. 715 Statens strålevern .....	54	Kap. 3750 Statens legemiddelverk .....	189
Kap. 3715 Statens strålevern .....	56	Kap. 5578 Avgift på farmasøytiske spesialpreparater .....	190
Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning .....	56	Kap. 751 Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak .....	190
Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning .....	57	Kap. 3751 Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak .....	191
Kap. 5527 Vinmonopolavgiften m.m. ....	57	Kap. 5572 Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet .....	192
Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet .....	58	Kap. 5577 Legemiddelomsetningsavgift .....	192
Kap. 718 Alkohol og narkotika .....	59	<i>Programkategori 10.60 Omsorgstjenester .....</i>	<i>193</i>
Kap. 719 Folkehelse .....	65	Kap. 760 Utredningsvirksomhet m.m. ....	202
<i>Programkategori 10.20 Helsetjeneste .....</i>	<i>77</i>	Kap. 761 Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet .....	204
Kap. 720 Sosial- og helsedirektoratet .....	80		
Kap. 3720 Sosial- og helsedirektoratet .....	84		
Kap. 721 Statens helsetilsyn .....	85		
Kap. 3721 Statens helsetilsyn .....	89		
Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning .....	90		
Kap. 3722 Norsk Pasientskadeerstatning .....	92		

<b>Programområde 30</b>			
<b>Stønad ved helsetjenester</b> .....	220	6.6.1	Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) .....
			310
<i>Programkategori 30.10</i>		6.6.2	Opptappingsplan for rusfeltet .....
<i>Spesialisthelsetjenester m.v.</i> .....	222	6.6.3	Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering i helse- og sosialtjenesten .....
Kap. 2711 Spesialisthelsetjenester mv. ....	222		314
<i>Programkategori 30.50</i>		6.6.4	Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009) .....
<i>Legehjelp, legemidler m.v.</i> .....	226		315
Kap. 2751 Legemidler mv. ....	226	6.6.5	Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006–2010) .....
Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling .....	233		316
Kap. 2755 Helsetjeneste i kommunene mv. ...	234	6.6.6	Nasjonal KOLS-strategi .....
			317
		6.6.7	Kvinnehelsestrategi (2003–2013) ..
			318
<i>Programkategori 30.90 Andre helsetiltak</i> .....	239	<b>7</b>	<b>Nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse 2007–2017</b> .....
Kap. 2790 Andre helsetiltak .....	239		319
<b>Del III</b>		<b>8</b>	<b>Nasjonal plan for barns miljø og helse i Norge</b> .....
Omtale av særlige tema .....	241		321
<b>6</b>	<b>Nasjonal helseplan (2007–2010)</b> .....	<b>9</b>	<b>Handlingsplan for bedre kosthold 2007–2011</b> .....
	243		323
6.1	Helseplanens bærebjelker .....	<b>10</b>	<b>Egenandeler – utvikling, omfang og fordeling</b> .....
	243		325
6.2	Høringsprosess og oppfølging av Nasjonal helseplan .....	10.1	Egenbetaling i helse- og omsorgstjenesten .....
	245		325
6.2.1	Høring .....	10.2	Avgrensning .....
	245		326
6.2.2	Oppfølging av Nasjonal helseplan .	10.3	Kort historikk .....
	247		326
6.3	Status og utvikling på helsetjenestens hovedområder .....	10.4	Nærmere om utviklingen 1985–2005 .....
	247		327
6.3.1	Folkehelsearbeid .....	10.4.1	Utviklingen i egenandeler og egenandelstak .....
	247		327
6.3.2	Den kommunale helse- og sosialtjenesten .....	10.4.2	Utviklingen i egenbetalingsomfanget .....
	256		329
6.3.3	Spesialisthelsetjenesten .....	10.4.3	Egenbetalingens andel av utgiftene i helse- og omsorgstjenesten .....
	265		331
6.3.4	Helhet og samhandling .....	10.5	Fordeling av egenbetaling mellom grupper av befolkningen .....
	275		332
6.4	Gjennomgående strategiske områder .....	10.5.1	Fordeling etter alder mv. ....
	278		332
6.4.1	Strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering ....	10.5.2	Geografisk fordeling .....
	278		333
6.4.2	Personell og kompetanse .....	10.6	Oppsummering .....
	287		334
6.4.3	Forskning for bedre helse .....	<b>11</b>	<b>Andre særlige tema</b> .....
	291		336
6.4.4	Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) ...	11.1	Sektorovergripende miljøvernpolitikk .....
	295		336
6.4.5	Bioteknologi .....	11.2	Fornyning, organisasjons- og strukturendring i statsforvaltningen .....
	297		339
6.4.6	Beredskap i helse- og sosialsektoren .....	11.3	Oppfølging av §1a i likestillingsloven .....
	298		339
6.4.7	Internasjonalt samarbeid innenfor helse- og sosialområdet .....	11.4	Omtale av tilsettingsvilkårene til ledere i heleide statlige virksomheter .....
	300		342
6.4.8	Prehospital akuttjenester .....		
	304		
6.5	Sentrale utviklingstiltak i planperioden .....		
	306		
6.6	Nasjonal koordinering på enkelte fagområder .....		
	309		

<b>Forslag til vedtak om bevilgning for budsjettåret 2007, kapitlene 700–761 og 2711–2790, 3700–3751, 5572 og 5631 .....</b>	<b>345</b>
--	------------

## Figuroversikt

Figur 2.1	Fordeling av budsjettforslaget på programkategorier .....	16	Figur 5.4	Investeringsnivået i spesialisthelsetjenesten 1999–2008 (mill. 2007-kroner) .....	166
Figur 5.1	Årlig omsetning av alkohol i Norge per innbygger 15 år og eldre, 1980–2005, målt i liter ren alkohol per person totalt og på ulike drikkесorтер. ....	61	Figur 5.5	Mottakere av pleie- og omsorgstjenester etter alder 1995–2005 .....	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 1986–2005. ....	61	Figur 5.6	Botilbud i institusjon og omsorgsboliger 1997–2005 .....	196
Figur 5.3	Årlig opptrapping drift (kommunene, spesialisthelsetjenesten og statlige tiltak 1999–2008 (mill. 2007-kroner) .....	165	Figur 11.1	Dødelighet etter utdanning kvinner og menn 45–59 år aldersjustert ....	319
			Figur 10.1	Utviklingen i egenandeler og egenandelstak 1 1985–2005 (indeks, faste kroner) .....	329

## Oversikt over bokser

Boks 2.1	Regjeringens viktigste satsinger på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2006 .....	18	Boks 5.1	Diagnoserelaterte grupper (DRG)	147
----------	---	----	----------	---------------------------------	-----





DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# St.prp. nr. 1

(2006–2007)

---

## FOR BUDSJETTÅRET 2007

Utgiftskapitler: 700–761 og 2711–2790

Inntektskapitler: 3700–3751, 5572 og 5631

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 15. september 2006,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Stoltenberg II)*





*Del I*  
*Innledende del*



# 1 Helse- og omsorgspolitikken

## 1.1 Regjeringens mål

---

Regjeringens politikk bygger på:

- respekt for menneskeverdet
- god pleie
- kvalitet i prosess og resultat
- sammenhengende helsetjenester
- styrking av folkehelsen
- felles ansvar for gode helsetjenester til alle

Helse og omsorg har avgjørende betydning for menneskers livskvalitet. Regjeringen setter derfor brukeren i sentrum for helse- og omsorgspolitikken. Brukere og pårørende skal møtes med omsorg og respekt i helse- og omsorgstjenesten.

Helsetjenesten skal tilby kvalitativt gode helse- og omsorgstjenester til alle. Målet er et likeverdig tilbud uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Helse- og omsorgstilbudet skal utvikles med medvirkning fra brukergruppene. Målet er en helhetlig, sammenhengende helsetjeneste, der tilbudet er tilpasset den enkelte bruker.

Informasjon, kvalitetssikring og god ressursutnyttelse er nødvendig for å sikre gode helse- og omsorgstjenester. Alle ledd i tjenesten skal samarbeide for å sikre brukerne helhetlige tilbud. De ansatte er den viktigste ressursen i helse- og omsorgstjenesten.

Det skal fortsatt være et offentlig ansvar å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det. Behovet skal primært dekkes av det offentlige, og det er viktig å utnytte kapasiteten fullt ut. Private aktører er et viktig supplement til den offentlige tjenesten. Sykehus drevet av ideelle organisasjoner skal sikres gode og stabile rammevilkår i de avtaler som inngås med det offentlige.

Behandling og oppfølging skal fortsatt organiseres etter prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå. Det skal tilbys helse- og omsorgstjenester i brukernes nærmiljø som gir mulighet for deltakelse, selvstendighet og mestring. Målet er at alle skal kunne delta i samfunnet på lik linje ut fra egne forutsetninger.

Folkehelsearbeidet skal bidra til redusert helserisiko i befolkningen og bedre helse for den

enkelte. Det skal legges vekt på å redusere sosiale ulikheter i befolkningen.

Bio- og genteknologi er viktig for nye medisinske framskritt. Regjeringen vil fremme utviklingen av moderne bio- og genteknologi til individets og samfunnets beste, innen forsvarlige rammer for etikk, sikkerhet og miljø.

### *Prioritere dem som trenger det mest*

Regjeringen vil videreutvikle den kommunale omsorgstjenesten slik at alle brukergrupper sikres gode muligheter for livskvalitet og utfoldelse. Tilbudet skal være tilpasset den enkeltes behov.

Regjeringen prioriterer psykisk helse og arbeidet med å gjennomføre opptrappingsplanen for psykisk helse. Det skal særlig legges vekt på psykisk helse for barn og unge og tiltak for å redusere ventetider til behandling for denne gruppen.

Regjeringen vil utforme en opptrappingsplan for å samordne og forsterke innsatsen på rusfeltet. Det er nødvendig med en mer helhetlig statlig strategi bl.a. for å støtte oppfølging og behandling av rusmiddelavhengige i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

### *Brukermedvirkning*

Helsetjenesten blir bedre når brukerne medvirker aktivt. Brukermedvirkning må skje på alle nivåer, fra politikktutforming og tjenesteorganisering til medvirkning fra den enkelte bruker i utforming av eget helsetjenestetilbud. Regjeringen vil at helse-tjenesten i større grad nyttiggjør seg resultater av brukermedvirkningen på politikk- og systemnivå.

Tjenestene skal utformes i samarbeid med brukerne og deres pårørende. Pasientene har fått større makt ved styrking av pasientrettighetene. Regjeringen vil at pasientene skal ha kunnskap om tjenestene, og at de skal medvirke og påvirke ved valg av behandlingsform. Individuell frist for behandling av pasienter med rett til nødvendig helshjelp vil sikre trygghet for behandling i rett tid, og bidra til bedre prioritering. Regjeringen legger vekt på rettssikkerhet og at brukernes og pasientenes rettigheter ivaretas i praksis.

### *Helhet og samhandling*

Regjeringen legger til grunn at utforming av tjenestetilbudet skal ta utgangspunkt i den enkeltes behov for tjenester. God samhandling i helsetjenesten skal sikre at alle opplever at tjenesten er tilpasset deres behov, uavhengig av om det er kommunene, fylkeskommunene, helseforetakene eller private som tilbyr hele eller deler av tjenesten.

Manglende helhetstenking fører til at aktører avgrensner sitt ansvarsområde i stedet for å samarbeide om gode løsninger som tjener pasientene. Samhandling skal derfor gis større prestisje og oppmerksomhet på alle nivåer i tjenestene og forvaltningen. Alle medarbeidere i helsetjenesten skal ha kunnskap om brukerens behov for samhandling i og utenfor organisasjonen. Ledere i sektoren har et særskilt ansvar for å organisere og gjennomføre samhandling der dette er nødvendig. Det skal også inngås avtaler mellom ansvarlige aktører på nasjonalt og lokalt nivå.

### *Helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet*

Sykehusreformen har ført til reduserte ventetider for pasientene. Pasientenes tilfredshet avhenger av god og rask tilgang til tjenestene. Organisasjonsstruktur og oppgavefordeling skal sikre høyest mulig kvalitet. Forskning og fagutvikling er viktig for å styrke behandlingstilbudet. Det skal være større åpenhet om feil og utilsiktede hendelser i helsetjenesten, slik at hendelsene kan nyttes til læring og forebygging. Regjeringen vil videreutvikle organisatoriske løsninger slik at brukere og helsetjenesten bedre skal ivareta helheten i prioriterings- og kvalitetsarbeidet.

Det må etableres en kultur for kvalitetsutvikling og forbedring, og legges til rette for faglig utvikling gjennom arbeid med kvalitetsregistre og lett tilgjengelig oppdatert kunnskap. Regjeringen vil fortsatt bidra til god kvalitet i den kommunale omsorgstjenesten, med vekt på brukermedvirkning og individuelle løsninger. Et tilbud av god kvalitet skal gi trygghet for at grunnleggende behov blir dekket, legge til rette for sosialt fellesskap og vise respekt for den enkeltes rett til selvstendighet og privatliv. Regjeringen vil gi kommunene frihet til å utforme gode pleie- og omsorgstjenester ut fra lokale forhold og behov.

## **1.2 Status i helse- og omsorgssektoren**

Norsk helsetjeneste er internasjonalt rangert blant verdens beste. Det store flertall i den norske 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 midten av forrige århundre har forventet levealder ved fødsel 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 land det er naturlig å sammenlikne med. Spedbarnsdødeligheten har sunket med en tredel i løpet av ti år, og ligger nå på et svært lavt nivå, internasjonalt sett.

I 2005 ble det utført knapt 14 000 svangerskapsavbrudd. Den siste statistikken fra Statistisk sentralbyrå viser at vel 2200 av disse var tenåringsaborter. Tallet på tenåringsaborter er fortsatt på et lavt nivå sammenliknet med 1980- og 1990-tallet.

Røyking, spisevaner, fysisk aktivitet og alkohol er det som påvirker antall leveår sterkest. Utviklingen i helsetilstanden er positiv, sett under ett. Hjerte- og karsykdommer er den sykdomsgruppen som forårsaker flest for tidlige dødsfall, og innebærer ofte langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse. Forekomst av hjerteinfarkt og hjertekrampe blant menn i alderen 40 til 74 år har de siste 35 år blitt redusert med 70 pst. Mens infarktdødeligheten tidligere var markert lavere i Sør-Europa, er Norge i ferd med å komme ned på samme nivå, både for menn og for kvinner. Årsaken til den positive utviklingen er både effektive forebyggingstiltak som har bidratt til en endring av livsstil, og forbedringer i infarktbehandlingen.

Alkohol er den tredje største risikofaktoren for helseskade i i-land, 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 personer påvirket av alkohol påfører andre. Antall dødsfall pga. alkohol var i 2004 rapportert å være 441, noe som antas å være en betydelig underrapportering. Narkotikaproblematikk medfører økt sykkelighet og dødelighet. Antall overdosedødsfall var 184 i 2005, som er en stor nedgang siden 2001, da tallet var 338.

Siden 1950-tallet har antall krefttilfeller økt med 80 pst., justert for alder. Samtidig har overlevelsen økt jamt, og den relative femårs-overlevelsen er nå på over 50 pst. for alle kreftformer sett under ett. Også for kreftsykdom er det en sammenheng mellom forekomst og livsstil. Utviklingen av bedre behandlingsmetoder har bidratt til økt overlevelse og betydelig bedre livskvalitet for kreftpasienter.

Diabetes er en sykdom som er på frammarsj i Norge. Rundt 111 000 mennesker blir behandlet med legemidler for diabetes. Det betyr at 2,6 pst. av norske menn 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.

Omkring én av fire personer røykte daglig i 2005. I tillegg røykte rundt regnet 10 pst. av og til, og 4 pst. brukte snus. Undersøkelser gjennomført av Statistisk sentralbyrå i 2005 viser at det har vært en nedgang i dagligrøyking i alle aldersgrupper. Også i aldersgruppen 45–66 år, der nedgangen har vært minst til nå, er det en positiv utvikling.

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

Det finnes ingen god oversikt over den psykiske helsetilstanden i befolkningen. Internasjonale undersøkelser viser at om lag 50 pst. av befolkningen får en psykisk lidelse i løpet av livet. Det har vært en positiv utvikling i retning av større oppmerksomhet og åpenhet omkring psykiske lidelser i samfunnet. Foreløpig synes den psykiske sykkeligheten relativt stabil. Samtidig kan det se ut som om folk henvender seg mer til helsetjenesten for å få hjelp enn tidligere. Det kan skyldes at de opplever bedre tjenester, eller at flere mestrer hverdagen dårligere enn før.

Sosiale ulikheter i helse – det vil si helseforskjeller som følger utdannings-, yrkes- og inntektskategorier i befolkningen – er betydelige og trolig økende i Norge. Basert på et helsemål som dødelighet, har forskjellene økt mellom sosioøkonomiske grupper de siste ti årene. Eksempelvis er dødsrisikoen 2 ½ ganger høyere i aldersgruppen 45–59 år for de med bare grunnskole enn for de med universitetsutdanning. På 1970-tallet var dette forholdstallet mindre enn 2. I tillegg kan gjennomsnittlig levealder mellom enkelte yrkesgrupper variere med opptil 12 år.

I perioden 1988–2005 har demografiske forhold vært avgjørende for sysselsettingen innen pleie- og omsorgssektoren. Flertallet som mottar pleie- og omsorgstjenester er over 80 år, men den sterkeste veksten i tjenestemottakere finnes i gruppen under 67 år. Økingen i yngre brukere og økende antall eldre fører til økt og endret behov for helse- og omsorgspersonell.

#### Ressursbruk

Tallene fra Statistisk sentralbyrå viser at det i 2005 ble brukt nesten 176 mrd. kroner på helse. Det tilsvarer en gjennomsnittlig utgift per innbygger på 38 000 kroner, nesten 17 000 kroner mer enn i

1997. Målt i faste 2000-priser gir dette en gjennomsnittlig årlig vekst på 3,5 pst. Helsetjenestene betales hovedsakelig av staten inkludert folketrygden, og kommunene. Av de samlede helseutgiftene ble 83,6 pst. dekket av offentlige midler i 2005. Denne andelen er høyere enn i 1997, men har vært nokså stabil gjennom de siste fem årene. Andelen av de totale offentlige utgifter som går til helse er økende, fra i underkant av 16 pst. i 1997 til vel 19 pst. i 2005. Kostnadene til helsetjenestene, både målt som andel av brutto nasjonalprodukt og målt som helseutgifter per innbygger, har økt sterkere i Norge enn i andre land det er naturlig å sammenlikne med. Norge er også, sammen med de øvrige nordiske land og Japan, blant de landene som har høyest andel av offentlig finansiering av helsetjenester.

Samlet ressursbruk i spesialisthelsetjenesten, målt som kostnader, utgjorde i 2005 vel 73 mrd. kroner, som er vel 15 mrd. kroner mer enn i 2002. Den samlede reelle veksten i driftskostnadene til helseforetakene i samme periode er anslått til 7 pst. korrigert for nye oppgaver og tekniske endringer. Det har vært en betydelig vekst i antall årsverk ved sykehusene over flere år, men denne veksten har de siste to årene flatet ut. I 2005 var antall årsverk i spesialisthelsetjenesten nær 93 000, en økning på 1,5 pst. fra 2004. Mens årsverk i alt har økt med 8,5 pst. fra 2002, har psykolog- og legeårsverk økt med henholdsvis 27 og 13 pst. Veksten i ressursbruk fra 2004 til 2005 er større innen psykisk helsevern enn innen somatisk spesialisthelsetjeneste. Dette gjelder både når ressursinnsatsen beskrives som kostnader og som årsverk. Sterkest vekst i ressursbruk fra 2004 til 2005 var det innen rusbehandlingen, som økte med hele 5,6 pst. Tilsvarende tall for somatikk og psykisk helsevern var henholdsvis 3,1 og 5,2 pst. Denne utviklingen er i tråd med kravet til regionale helseforetak om sterkere prosentvis vekst innenfor rusbehandling og psykisk helsevern enn innen somatikk.

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, og brutto driftsutgifter var i 2005 over 71 mrd. kroner. Pleie- og omsorgstjenesten utførte i 2005 nærmere 110 000 årsverk for mer enn 200 000 tjenestemottakere. Utgifter til pleie- og omsorgstjenestene utgjør nesten 80 pst. av kommunenes samlede helse- og omsorgsbudsjetter. Helsetjenesten og sosialtjenesten utgjør 10 pst. hver av de resterende utgiftene til kommunenes samlede utgifter til helse- og sosialtjenesten.

### *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 2005 som i 1998. Vel 43 000 barn og unge under 18 år, dvs. 4 pst. av gruppen, fikk et behandlingstilbud fra det psykiske helsevernet i 2005. De aller fleste barn og unge som er i behandling mottar poliklinisk behandling. Antall polikliniske tiltak er mer enn tredoblet i perioden 1998 til 2005, og veksten har vært sterkere i de siste tre år enn i de tre forutgående år.

Tendensen mot dagbehandling og poliklinisk behandling og redusert bruk av senger er gjennomgående i alle deler av spesialisthelsetjenesten. I 2005 ble det gjennomført nær 870 000 polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne, en økning på vel 14 pst. fra året før. Siden 1998 har antallet polikliniske konsultasjoner økt med over 80 pst. Antall utskrivninger har økt med nær 50 pst. fra 1998 til 2005, tilsvarende en årlig vekst på 6 pst. Samtidig har antall oppholds døgn gått ned med 19 pst., eller 3 pst. i gjennomsnitt per år. Dette avspeiler omleggingen av døgnaktiviteten, med økt vekt på aktiv behandling i institusjon, mens langtidsomsorg skjer i brukernes egne boliger i kommunene.

Også målt ved aktivitet er veksten sterkere innen psykisk helsevern enn innen somatikk. Innen somatikk brukes såkalte DRG-poeng som mål på aktivitet (se tekstboks 5.1, side 149), og reflekterer både endring i antall opphold og endring i pasientsammensetning. Aktivitetsveksten fra 2004 til 2005 var på 3,8 pst. målt i registrerte DRG-poeng. Andelen til private kommersielle sykehus av samlet aktivitet var i 2005 på 2,5 pst. Det ble utført om lag 3,5 mill. polikliniske konsultasjoner ved offentlige sykehus i 2005, hvilket svarer til en vekst på 2,5 pst. fra 2004.

Ventetiden har det siste året fortsatt å synke innen den somatiske spesialisthelsetjenesten. Per første tertial 2006 tok det i gjennomsnitt 68 dager før behandlingen ble påbegynt. Dette er 13 dager kortere enn for ett år siden. Ventetidene innen psykisk helsevern har det siste året vist en tendens til økning. Samtidig har antall henvisninger økt, og et større antall pasienter får behandling. Etter rusreformen har det vært en klar økning i antall henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk. Det er store variasjoner i forventet ventetid til slik behandling, både mellom helseregionene og innad i den enkelte helseregion. Et system for ventelisteregistrering på rusområdet, samordnet med øvrig ventelisteregistrering innen spesialisthelsetjenesten, iverksettes etter planen i 2006.

Det er betydelige variasjoner i tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og i faktiske ventetider, både mellom regioner, enkelte helseforetak, mellom aldersgrupper og mellom kjønn. Pasientrettighetsloven gir pasientene rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten etter nærmere definerte kriterier. Andelen pasienter som blir tildelt slik rett til nødvendig helsehjelp, varierer nå mellom 54 pst. og 92 pst. i de fem helseregionene.

Alle kommuner har en fastlegeordning, og 99,5 pst. av befolkningen deltar i ordningen. Forskningsrådets evaluering viser at tilgjengeligheten til tjenesten objektivt sett er blitt bedre i de fleste kommuner, men at det er rom for forbedringer. Tilgjengeligheten oppleves fortsatt som for dårlig, både hva gjelder telefontilgjengelighet, ventetid på time og tilgjengelighet til øyeblikkelig hjelp.

Om lag 204 000 brukere mottok tjenester fra de kommunale pleie- og omsorgstjenestene ved utgangen av 2004, og av disse bodde 41 000 personer i institusjon. Det betyr at fire av fem nå mottar omsorgstjenestene hjemme.

### **1.3 Sentrale utfordringer**

Norge har et høyt ambisjonsnivå for helsetjenestene. Tjenestene skal ha høy kvalitet, være tilgjengelig innenfor 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 landet har en helsetjeneste 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. Målet er at helsetjenester skal være likeverdig fordelt. Likevel er det geografiske forskjeller i tjenestetilbud. Det er forskjellig ventetid for å komme til behandling, og det er forskjell på hvordan pasienter blir prioritert i ulike deler av landet. Det er fortsatt uakseptable ventetider innen noen fagområder. Det er også dokumentert forskjeller i helse og helsetjenestebruk mellom ulike sosiale grupper i befolkningen. Det er nødvendig med en innsats mot sosial ulikhet i helse, overfor etniske minoriteter og innenfor kvinnehelse. Likeverdige helse- og omsorgstjenester krever god kommunikasjon med pasient, bruker og pårørende. Språkbeherskelse og flerkulturell forståelse er nødvendig overfor den samiske befolkningen og den økende innvandrerbefolkningen.

Regjeringen vil våren 2007 legge fram en stortingsmelding som presenterer en strategi mot sosial ulikhet i helse, dvs. mot systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier – spesielt utdanning, yrke og inntekt.

Brukere og pårørende har høye forventninger til helsetjenestene, og det kan være avstand mellom forventningene og tilbudet som gis. Ny kunnskap og ny teknologi kan øke denne avstanden og skape nye forskjeller. En sentral utfordring for kvalitetsarbeidet er at den teknologiske og medisinske utviklingen skjer fort, og at tjenestene endrer seg i takt med ny kunnskap og nye erfaringer. Fagfolkene står i en virkelighet hvor pasienters forventninger, kunnskapens muligheter, etiske grunnverdier og økonomiske og faglige prioriteringer møtes. Prioriteringsutfordringene i helsetjenesten er krevende og kompliserte, og må løses med deltagelse fra fagmiljøene og brukerorganisasjonene. Et godt kunnskapsgrunnlag er viktig for å sette mål og utforme tjenester av god kvalitet.

Mange pasienter og pårørende opplever helsetjenesten som oppstykket og lite samordnet. For dårlig samhandling og for lite helhet er et tilbakevendende budskap i utredninger og evalueringer og fra brukerorganisasjonene. Dette gjelder både innen helsetjenesten og mellom helsesektoren, skole, barnevern, arbeids- og velferdsetat, justis-sektoren mv. Mange brukere opplever at de selv må styre samhandlingen mellom aktørene. Samordnede og samtidige tiltak overfor personer som både har rusproblem og psykisk sykdom representerer en særskilt utfordring. Manglende helhetstenking fører til at aktører avglrenser sitt ansvarsområde i stedet for å samarbeide om gode løsninger som tjener pasientene. Samhandling må derfor gis større prestisje og oppmerksomhet på alle nivåer i tjenestene og forvaltningen.

Den største utfordringen for helsetjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser er å heve kvaliteten i hele tjenesten. Dette kommer bl.a. til uttrykk ved mangelfull kompetanse i deler av tje-

nesten, fortsatt for dårlig tilgjengelighet, for svak samordning av tilbudet mv. Det kommunale tilbudet er preget av store variasjoner fra kommune til kommune.

Det er en sterk 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 rusmiddelmisbruk. Store kostnader er knyttet til helse- og sosialhjelp, tapt arbeidsinnsats, velferdstap og rusrelatert kriminalitet.

Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene. Disse utfordringene knytter seg primært til nye brukergrupper, aldring, knapphet på omsorgsytere, behov for medisinsk oppfølging og behov for aktiviteter og sosial kontakt. Regjeringen har derfor fremmet St.meld. nr. 25 (2005–2006), Mestring, muligheter og mening, som angir både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse utfordringene.

Morgendagens utfordringer ligger dels i at det blir flere gamle, at sykdomsbildet endrer seg og i at ny kunnskap gir nye og oftest kostbare behandlingsmuligheter. Disse utfordringene er betydelige og vil kreve nye grep. For å møte dette vil regjeringen i Nasjonal helseplan 2007–2010 (del III, kap. 6) legge vekt på seks bærebjelker for hele helsetjenesten:

- helhet og samhandling
- demokrati og legitimitet
- nærhet og trygghet
- sterkere brukerrolle
- faglighet og kvalitet
- arbeid og helse

## 2 Profilen i budsjettforslaget

Helse- og omsorgsdepartementets samlede budsjettforslag for 2007 er på om lag 110,5 mrd. kroner. Dette fordeler seg med 90,5 mrd. kroner på programområde 10 Helse og omsorg og 20 mrd. kroner på folketrygdens programområde 30 Stønad ved helsetjenester.

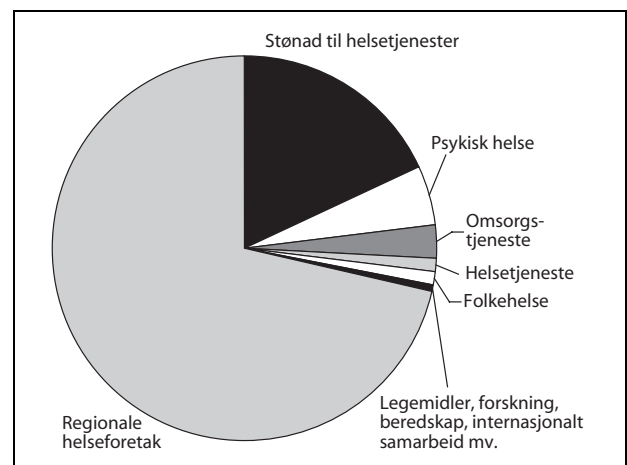
Budsjettforslaget innebærer en øking i løpende priser på 7 ½ pst., eller om lag 7,7 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2006. Regnet i faste priser tilsvarer dette en vekst på om lag 3,8 mrd. kroner, hvorav refusjoner under folketrygden utgjør om lag 800 mill. kroner. Det vises til boks 2.1 for oversikt over de viktigste styrkingene i budsjettforslaget for 2007. I kapittel 3 redegjøres det for innsparingstiltak på Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Det vises til nærmere omtale under de enkelte kapitler og poster i del II Budsjettforslaget.

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

De kommunale helse- og omsorgstjenestene 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 5,4 mrd. kroner i 2007, eller 2,2 pst. Veksten er regnet fra det inntektsnivået i 2006 som ble lagt til grunn i revidert nasjonalbudsjett 2006. Av veksten i de samlede inntektene er vel 2,4 mrd. kroner frie inntekter fra skatteinntekter og rammetilskudd. Veksten er fordelt med vel 1,7 mrd. kroner på kommunene og om lag 0,7 mrd. kroner på fylkeskommunene. De viktigste satsingsområdene med øremerket finansiering er barnehagesektoren og opptrappingsplanen for psykisk helse. Det økonomiske opplegget

for kommunesektoren i 2007 er nærmere omtalt i St.meld. nr. 1 (2006–2007) Nasjonalbudsjettet 2007, og i St.prp. nr. 1 (2006–2007) for Kommunal- og regionaldepartementet, kapittel 2.

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. I løpet av 2006 og 2007 vil kommunenes frie inntekter være betydelig styrket. En gjennomgang av tall fra Kostra (Statistisk sentralbyrå) og PAI-registeret (KS) indikerer en personellvekst i intervallet 1600 til 2200 årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i 2005, eller anslagsvis 1900 årsverk. Det understrekes at det er betydelig usikkerhet knyttet til dette anslaget. Departementet mener at et forsiktig anslag for 2005 og 2006 samlet vil være 3500 nye årsverk. Inntektsveksten til kommunene i 2007 bidrar til at målsettingen om 10 000 nye årsverk i den kommunale omsorgstjenesten innen utgangen av 2009 er innen rekkevidde.



Figur 2.1 Fordeling av budsjettforslaget på programkategorier

Boks 2.1 på side 18 viser de viktigste styrkingene innenfor programområde 10.



Betegnelse	(i mill. kr)		
	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
<i>Programområde 10 Helse og omsorg</i>			
10.00 Helse- og omsorgsdepartementet m.v.	331,4	381,2	15,0
10.10 Folkehelse	1 040,0	1 221,1	17,4
10.20 Helsetjeneste	1 308,4	1 431,6	9,4
10.30 Regionale helseforetak	70 025,9	75 056,1	7,2
10.40 Psykisk helse	4 672,9	5 398,9	15,5
10.50 Legemidler	225,9	223,3	-1,2
10.60 Omsorgstjenester	3 041,6	3 061,4	0,6
Sum før lånetransaksjoner	80 646,1	86 773,6	7,6
Lånetransaksjoner	2 865,0	3 700,0	29,1
Sum Helse og omsorg	83 511,1	90 473,6	8,3
<i>Programområde 30 Stønad ved helsetjenester</i>			
30.10 Spesialisthelsetjenester mv.	2 498,0	2 540,0	1,7
30.50 Legehjelp, legemidler m.v.	16 165,0	17 097,0	5,8
30.90 Andre helsetiltak	563,0	381,0	-32,3
Sum Stønad ved helsetjenester	19 226,0	20 018,0	4,1
Sum Helse- og omsorgsdepartementet	102 737,1	110 491,6	7,5

## 2.1 Styrket sykehusøkonomi

Regjeringen legger fram et budsjettforslag for helseforetakene i 2007 der de samlede bevilgningene til drift foreslås økt med 1646 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2006. Av dette skal 1,0 mrd. kroner dekke økte pensjonskostnader. Budsjettforslaget legger til rette for at det høye aktivitetsnivået i 2006 kan videreføres i 2007.

Etter sykehusreformen i 2002 har helseforetakene fått bevilgninger som ikke har tatt tilstrekkelig høyde for kostnadene ved gjenanskaffelse og vedlikeholdsinvesteringer av bygninger og utstyr. I dette statsbudsjettet foreslås det å trappe opp bevilgningene til helseforetakene med til sammen 1 mrd. 2007-kroner over årene 2008 til 2010 slik at helseforetakene isolert sett kan gjenanskaffe om lag 80 pst. av de bygg og det utstyr de overtok i 2002. Til sammen foreslås og varsles det en øking på vel 2,6 mrd. kroner i helseforetakenes inntekter. Budsjettforslaget for 2007 gir dermed viktige avklaringer og forutsigbarhet for helseforetakenes samlede virksomhet.

Aktivitetstall for første tertial i år indikerer en vekst i pasientbehandling som omfattes av innsatsstyrt finansiering med 1,6 pst. fra 2005 til 2006, mens det opprinnelig var budsjettert med uendret

aktivitet i samme periode. Bevilgningene til innsatsstyrt finansiering og poliklinisk behandling foreslås økt med til sammen 390 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2006.

Det foreslås at overgangsperioden for omfordeling av basisbevilgningen til de regionale helseforetak sluttføres i 2007, jf. St.meld. nr. 5 (2003–2004) og Innst. S. nr. 82 (2003–2004). For å få til dette, foreslås det å bevilge 256 mill. kroner mer sammenliknet med saldert budsjett 2006. Av dette er 104 mill. kroner videreføring av vedtatt tilleggsbevilgning på 100 mill. kroner til Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF i forbindelse med St.prp. nr. 66 (2005–2006).

Fra og med 2007 legges det opp til at det regnskapsmessige årsresultatet til foretakene ikke lenger skal korrigeres for meravskrivninger knyttet til verdien av åpningsbalansen og levetider for bygningene. Disse avskrivningskostnadene, som det tidligere ble korrigeret for og som i 2005 utgjorde om lag 1,6 mrd. kroner, vil nå inngå i det resultatet som det skal styres etter. Resultatkravet for 2007 settes til et regnskapsmessig ukorrigert underskudd på inntil 1,4 mrd. kroner for de regionale helseforetakene samlet sett. Dette innebærer et krav til at de regionale helseforetakene drives i økonomisk balanse bortsett fra de ovennevnte

### Boks 2.1 Regjeringens viktigste satsinger på Helse- og omsorgsdepartementets område sammenliknet med saldert budsjett 2006

Styrket sykehusøkonomi . . . . .	1646 mill. kroner
Opptappingsplanen for psykisk helse . . . . .	700 mill. kroner
Gjennomføring av store sykehusprosjekt . . . . .	558 mill. kroner
Gratis fysioterapi . . . . .	290 mill. kroner
Pneumokokkvaksine for barn . . . . .	93 mill. kroner
Opptappingsplan for rusfeltet <sup>1</sup> . . . . .	50 mill. kroner
Bedre folkehelse – mindre sosial ulikhet i helse . . . . .	28 mill. kroner
Styrket kvalitet i omsorgstjenesten . . . . .	25 mill. kroner
Tiltak mot fattigdom og for integrering og inkludering. . . . .	18 mill. kroner
Styrket pasientskadeordning . . . . .	18 mill. kroner
Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse . . . . .	10 mill. kroner
Oppgradert strålevern . . . . .	9 mill. kroner
Mer til forskning . . . . .	8 mill. kroner
Politiattest for helse- og sosialpersonell <sup>2</sup> . . . . .	6 mill. kroner
Nasjonal enhet for pasientsikkerhet . . . . .	3 mill. kroner

<sup>1</sup> Av dette foreslås 5 mill. kroner bevilget over Justisdepartementets budsjett.

<sup>2</sup> Rammeoverføring til Justisdepartementets budsjett .

meravskrivningene. Det er ikke akseptabelt med vedvarende underskudd på den ordinære driften. Virksomheten må tilpasses de økonomiske rammebetingelsene som nå er lagt på plass for sektoren.

Laboratorie- og radiologitjenester er delvis finansiert ved refusjon etter takster. For å få kontroll med utgiftsveksten, er en større del av finansieringen tidligere blitt innlemmet i basisbevilgningen til regionale helseforetak. Til tross for dette ligger det an til at den kraftige volumveksten fortsetter i 2006, for radiologivirksomhet med 19 pst. og for laboratorietjenester med 12 pst. sammenliknet med 2005. For å bremse ytterligere vekst, foreslås det å sette ned takstene svarende til 90 mill. kroner i forhold til det høye aktivitetsnivået i 2006. Tilsvarende underregulering av takstene foretas for de private laboratorie- og radiologitjenestene, som også har en fortsatt høy aktivitetsvekst i 2006.

Regjeringen har foreslått at arbeidsgiverne får et utvidet ansvar for lønn under sykdom. Omleggingen gjelder nye tilfeller med virkning fra 1. mars 2007. Merkostnadene for de regionale helseforetakene anslås å ligge i størrelsesorden 200 mill. kroner i 2007 med uendret sykefravær. Målet må være å oppnå redusert sykefravær i helseforetakene gjennom systematisk forebyggende arbeid. Forslaget innebærer at perioden der arbeidsgiver dekker sykkelønn fullt ut settes ned fra 16 til 14 dager. Samtidig innføres 20 pst. delfinansiering for

arbeidsgiver etter 14 dager og ut sjette måned, og deretter 10 pst. delfinansiering. Det legges samtidig opp til skjerming, der arbeidstaker som har en langvarig eller kronisk sykdom og risiko for særlig stort samlet sykefravær kan bli unntatt fra arbeidsgiverens ansvar for sykepengene. Skjermingsordningen vil også gjelde for sykefravær som skyldes graviditet.

## 2.2 Opptappingsplanen for psykisk helse

Opptappingsplanen for psykisk helse vil i 2007 være inne i sitt niende og nest siste år. Det skal investeres for om lag 6,3 mrd. kroner i løpet av planperioden. Dette svarer til 8,5 mrd. 2007-kroner. Driftsutgiftene skal økes gradvis til et nivå som ligger reelt 4,6 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998, som svarer til 6,1 mrd. 2007-kroner. Det foreslås en styrking på 700 mill. kroner til gjennomføring av opptappingsplanen sammenliknet med saldert budsjett 2006. I tillegg foreslås 15 mill. kroner til tiltak for barn med psykisk syke/rusavhengige foreldre som ledd i Handlingsplan mot fattigdom, jf. omtale i avsnitt 2.9 nedenfor.

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 2004 til 2005 var større innen psykisk helsevern enn innen somatisk spesialisthelsetjeneste. For den gjenstående delen av opptrappingsperioden er det nødvendig å legge sterk vekt på det kvalitative innholdet i tjenestene, og gjennom dette sikre at tjenestene har tillit og legitimitet. Til tross for kraftig kapasitetsøkning innen 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 innen de kommunale tjenestene, i de distriktpsya- triske sentrene og innen 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 innen det psykiske helsevernet, både for voksne, barn og unge. Innen rammen av opptrappingsplanen vil satsingen på informasjon og holdninger i skole, arbeidsliv og overfor brukere og ansatte bli intensivert. Det samme gjelder arbeid og psykisk helse.

### **2.3 Gjennomføring av store sykehusprosjekt**

Regionale helseforetak har et helhetlig ansvar for drift og investeringer i sine respektive regioner. Det er meget høy investeringsaktivitet i helseforetakene. Blant annet gjennomføres nå utbyggingsprosjektene Nye Ahus, nytt St. Olavs Hospital og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet. Statens bidrag, som legger til rette for realisering av disse prosjektene, foreslås økt med 558,4 mill. kroner i 2007. I tillegg foreslås en låneramme på 3,5 mrd. kroner for 2007 til gjennomføring av investeringsprosjekter.

### **2.4 Gratis fysioterapi**

Pasienter med visse kroniske sykdommer eller med behov for opptrening etter større operasjoner, var inntil 1. januar 2006 fritatt fra å betale egenandel for fysioterapi. Fra dette tidspunktet ble det, etter forslag i St.prp. nr. 1 (2005–2006), innført en egenandel på 50 kroner per behandling for disse pasientene. Egenandeler for fysioterapi inngår i egenandelstak 2-ordningen, og utgiftstaket for 2006 ble, etter forslag i St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005–2006), satt ned fra 3500 til 2500 kroner.

Egenandelen representerte en betydelig merbelastning for mange mennesker som er avhengige av regelmessig behandling og trening for å kunne fungere i hverdagen. Mange må ha behandling flere ganger i uka, og mange er minstepensjonister. På denne bakgrunn ble egenandelen fjernet igjen 1. juli 2006, etter forslag i St.prp. nr. 66 (2005–2006). Samlet ble de aktuelle bevilgningene satt opp 137 mill. kroner for 2006. Helårsvirkningen av vedtaket medfører utgifter på i alt 290 mill. kroner i 2007.

### **2.5 Pneumokokkvaksine for barn**

Pneumokokker er en type bakterier som forårsaker lungebetennelse, blodforgiftning, hjernehinnebetennelse og mellomørebetennelse. I Norge oppstår 60–80 tilfeller årlig av alvorlig pneumokokkinfeksjon hos barn under to år, hvorav anslagsvis fire tilfeller vil ha dødelig utgang. Med vaksine vil antall dødsfall og alvorlige pneumokokkinfeksjoner kunne reduseres med om lag 70 pst.

Pneumokokkvaksine til spedbarn er innført som del av barnevaksinasjonsprogrammet, jf. St.prp. nr. 39 (2005–2006) og Innst. S. nr. 121 (2005–2006). Vaksinen er gratis, og tilbys alle barn født fra og med 2006, og gis ved 3, 5 og 12 månederskontrollene på helsestasjon. Vaksinasjonsprogrammet startet opp 1. juli i år. Norge er dermed blant de første landene som har innført denne vaksinen i sitt nasjonale vaksinasjonsprogram. Det er Nasjonalt folkehelseinstitutt som står for innkjøp av vaksinen og formidling av denne til helsestasjonene. Budsjettet er foreslått styrket med 93 mill. kroner til dette tiltaket sammenliknet med saldert budsjett 2006.

### **2.6 Opptrappingsplan for rusfeltet**

Regjeringen vil høsten 2006 ferdigstille en opptrappingsplan for rusfeltet. Fastlegereformen, sykehusreformen, rusreformen og ny arbeids- og velferdsforvaltning har lagt de organisatoriske rammen for tilbudet til personer med rusmiddelproblemer. Regjeringen vil gjennom arbeidet i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten synliggjøre at russpørsmål er en del av det integrerte arbeidet i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringens styrking av kommunesektoren og sykehussektoren gir derfor et godt fundament for planen. Også Regjeringens satsinger i fattigdomsarbeidet, arbeid gjennom strategien På vei til egen bolig og arbeid gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse, vil ha innvirkning på rusfeltet. Samtidig kreves det på enkelte områder tiltak som er spesifikt rettet mot rusfeltet. Disse tiltakene skal koordine-

res gjennom planen. Det presiseres at dette ikke skal medføre at det blir etablert en særomsorg for rusfeltet. Tjenestetilbudet til personer som har eller er i ferd med å utvikle rusmiddelproblemer skal i utgangspunktet inngå som en del av det ordinære tilbudet om helsetjenester, sosialtjenester, arbeidsrettede tjenester mv.

For å forebygge at rusmiddelproblemer oppstår og for å redusere det framtidige behovet for behandling og rehabilitering, vil det i opptrappingsplanen bli lagt vekt på å forebygge mer og bedre. Opptrappingsplanen vil videre omhandle utfordringer og tiltak når det gjelder behandling og oppfølging av rusmiddelavhengige, både innenfor spesialisthelsetjenesten og på kommunenivå. Iverksetting og oppfølging vil skje i et samarbeid mellom flere sektorer. I kommunene skal det legges vekt på bedre oppfølging og inkludering. Det skal satses på flere tilpassede boliger, oppfølging i bolig, bedre oppfølging av deltakere i legemiddelassistert behandling (LAR), oppsøkende og ambulerende arbeid, bedre helse- og rehabiliteringstiltak og fritids- og kulturtiltak. Kompetansen innenfor forebygging, behandling og oppfølging skal bedres. Det skal legges vekt på tidlig intervensjon og tiltak rettet mot særlig risikoutsatte barn, unge og pårørende. Det skal satses på mer effektive og bedre samordnede forebyggingsmetoder, samt bedre sammenheng i det lokale rusforebyggende arbeidet. Regjeringens arbeid med rusfeltet er nærmere omtalt i Nasjonal helseplan i del III, kap. 6.6.2.

For 2007 foreslås 50 mill. kroner til tiltak på rusfeltet jf. Kap. 718. I tillegg foreslås 15 mill. kroner til tiltak for barn med psykisk syke/rusmiddelavhengige foreldre som ledd i Handlingsplan mot fattigdom, jf. omtale i avsnitt 2.9 nedenfor. Videre foreslås 5 mill. kroner til diagnosebaserte befolkningsundersøkelser av psykiske lidelser, hvor nye faggrupper for forstyrrelser knyttet til rusmiddelbruk og dobbeltdiagnose skal igangsettes i 2007.

## **2.7 Bedre folkehelse – mindre sosial ulikhet i helse**

Budsjettet foreslås styrket med til sammen 28 mill. kroner til å følge opp St.meld. nr. 16 (2002–2003) om folkehelsepolitikken. I tillegg foreslås 3 mill. kroner til folkehelseiltak som ledd i Handlingsplan for integrering og inkludering, jf. omtale i avsnitt 2.9 nedenfor.

Regjeringen vil våren 2007 legge fram en stortingsmelding som presenterer en strategi mot for ulikhet i helse. Meldingen vil være førende for hvordan regjeringen og den sentrale forvaltningen skal ta hensyn til sosial utjamning i helse de kom-

mende ti årene. Mange av virkemidlene i strategien vil være forankret i andre handlingsplaner og satsingsområder. En vesentlig del av innsatsen mot sosial ulikhet i helse vil måtte skje lokalt. Staten gir tilskudd til fylkeskommuner og kommuner som organiserer folkehelsearbeidet i partnerskap for folkehelse for å få til en mer systematisk og samordnet innsats. Partnerskapene involverer folkevalgte organer, statlige etater, regionale helseforetak, høgskoler og universiteter samt frivillige organisasjoner og aktører innen arbeidsliv og skole mv. Det lokale arbeidet forslås styrket med 10 mill. kroner slik at flere fylker kan etablere partnerskap for folkehelse, og flere kommuner kan trekkes med.

Helseutfordringene i Norge er preget av sykdommer der ugunstig livsstil, og ikke minst usunt kosthold, er en medvirkende årsak til sykdomsutviklingen. Det foreslås 13 mill. kroner som ledd i den kommende strategien mot sosial ulikhet i helse og en ny handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen. Videre skal handlingsplanen for fysisk aktivitet og den nasjonale strategien for det tobakksforebyggende arbeidet følges opp. Skolefruktordningen foreslås styrket med 2 mill. kroner.

Det forslås en styrking på 2 mill. kroner for å videreføre innsatsen for å forebygge sykehusinfeksjoner og motvirke antibiotikaresistens.

Det foreslås 1 mill. kroner til arbeidet med å bistå kommuner og byggebransjen med informasjon og kompetanseheving om radon.

Som et ledd i strategien mot sosial ulikhet i helse og Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen foreslås det å legge om avgiftene for alkoholfrie drikkevarer slik at drikkevarer med tilsatt sukker/søtstoff avgiftsbelegges, mens vann kun tilsatt kullsyre og eventuelle smaksstoffer fritas for avgift.

## **2.8 Styrket kvalitet i omsorgstjenesten**

Regjeringen ønsker å styrke tjenestetilbudet til demente og deres pårørende. I arbeidet med å utvikle en helhetlig plan for demensomsorgen legges det vekt på å utvikle tiltak rettet mot forskning, kompetanseheving, rekruttering, utvikling av tilpassede tjenestetilbud og samarbeid med pårørende og frivillige, og at spesialisthelsetjenestens får en tydelig rolle overfor denne pasientgruppen. Det tas sikte på å presentere en helhetlig plan for en styrket demensomsorg i løpet av 2007. Det foreslås 10 mill. kroner til tiltak i 2007.

For å styrke forskningen på omsorgstjenester, vil det legges til rette for etablering av regionale forsknings- og utviklingssentre knyttet til høgskolemiljøene som utdanner personell til helse- og sosialtjenesten. Sentrene skal bidra til forsknings-

formidling og kompetanseheving i pleie- og omsorgssektoren, og styrke fag- og metodeutvikling i utdanningen i samarbeid med kommuner og fagmiljøer. Program for helse- og omsorgstjenesteforskning i Norges forskningsråd foreslås styrket med 5 mill. kroner.

Legetjenesten i sykehjem skal styrkes. Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus) arbeider for å sikre og bedre kvaliteten laboratorievirksomhet utenfor sykehus. Kun 20–25 pst. av landets sykehjem deltar i opplegget. En fastere struktur for sykehjemmenes deltakelse i Noklus vil gi bedre diagnostikk, redusere antallet unødvendige konsultasjoner og henvisninger til spesialisthelsetjenesten, minske risikoen for feilbehandling og redusere unødige kostnader. Det foreslås å bevilge 4 mill. kroner til et introduksjonstilskudd.

Det foreslås å opprette en landsdekkende kontaktteltelefon for eldre som er utsatt for vold. Telefonen skal gi råd og veiledning til den som henvender seg. I tillegg til hjelp til den enkelte og tjenesteapparatet, vil et slikt tiltak synliggjøre problemområdet. Det foreslås å bevilge 1 mill. kroner til tiltaket.

Etter mønster av Den kulturelle skolesekken som har vært innført i grunnskolen, foreslås det 5 mill. kroner til en kultursatsing i omsorgssektoren.

## **2.9 Tiltak mot fattigdom og for integrering og inkludering**

Det foreslås til sammen 18 mill. kroner til tiltak som ledd i Regjeringens handlingsplaner mot fattigdom og for integrering og inkludering.

Som ledd i Handlingsplan mot fattigdom foreslås å bevilge 15 mill. kroner til en satsing rettet mot å utvikle og implementere tiltak for barn med rusmiddelavhengige og/eller psykisk syke foreldre. Satsingen skal omfatte tiltak som kommer barna direkte til gode. Tiltakene vil blant annet omfatte støtte til frivillige organisasjoner som driver grupper for barn og ungdom, fagutvikling og forskning knyttet til barns innleggelse i rusinstitusjoner for voksne samt kompetanseheving.

Som ledd i Handlingsplan for integrering og inkludering foreslås å bevilge 3 mill. kroner til forebygging av livsstilsrelaterede sykdommer blant personer med innvandrerbakgrunn.

## **2.10 Styrket pasientskadeordning**

Det er fortsatt vekst i antall erstatningskrav fra pasienter som er blitt påført skade etter behandlingssvikt innen den offentlige helsetjenesten. Det foreslås derfor å styrke pasientskadeordningen

med totalt 18 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2006, fordelt med 6 mill. kroner til økt saksbehandlingskapasitet ved Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda og 12 mill. kroner til dekning av advokatutgifter.

## **2.11 Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse**

Regjeringen vil forsterke satsingen på kvinnehelse. Etableringen av et nasjonalt medisinsk kompetansesenter for kvinnehelse ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet (Nasjonalt kvinnehelsesenter) er et viktig tiltak i denne sammenheng og er en del av oppfølgingen av kvinnehelsestrategien (2003–2013). Senteret vil ha oppgaver innen forskning, kompetanseoppbygging, rådgivning og formidling av kunnskap om kvinnehelse, spesielt på områder der kvinner har helseplager som ikke fanges opp eller ivaretas godt nok innenfor den ordinære helsetjenesten. Det er i 2006 bevilget 10 mill. kroner til etablering av det nye senteret, jf. St.prp. nr. 66 (2005–2006), og Innst. S. nr. 250 (2005–2006). Bevilgningen foreslås ført videre med 10,4 mill. kroner i 2007.

## **2.12 Oppgradert strålevern**

Statens strålevern leverer tjenester gratis til norsk stråleterapi for å sikre riktige stråledoser til pasienter. Strålevernet kontrollerer om lag 40 stråleterapimaskiner hvert år, og dette gir grunnlag for dosering og behandling av flere enn 10 000 kreftpasienter per år. Sykehusenes strålekilder kalibreres mot en standard ved Strålevernets dosimetrielaboratorium. Anlegget er gammelt og trenger fornyelse, samtidig som det er et økende behov for tjenesten gjennom de siste års utbygging av stråleterapi som ledd i Nasjonal kreftplan. Ny forskrift om strålevern og bruk av stråling medfører i tillegg skjerpede krav.

Det foreslås bevilget 9,3 mill. kroner til renovring og påbygging av Strålevernets lokaler hvorav 4,3 mill. kroner til fornyelse av utstyr ved dosimetrielaboratoriet.

I tillegg foreslås 1 mill. kroner til radonforebygging, jf. omtale av folkehelseiltak i avsnitt 2.7 ovenfor.

## **2.13 Mer til forskning**

For 2007 foreslås medisinsk og helse- og sosialfaglig forskning styrket med 8,0 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2006. Dette omfatter 2 mill. kroner til en landsomfattende ADHD-undersøkelse i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt

i samarbeid med et norsk og internasjonalt nettverk, 3 mill. kroner til etablering av organisatoriske enheter for allmennmedisinsk forskning og 3 mill. kroner til befolkningsundersøkelsen HUNT 3 (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag).

I tillegg foreslås styrking på til sammen 13,7 mill. kroner som ledd i den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet, stortingsmeldingen om Mestring, muligheter og mening og opptrappingsplanen for psykisk helse. Et program for rusmiddeforskning er under etablering i Norges forskningsråd. Det foreslås 3 mill. kroner til styrking av dette programmet. Det foreslås 5 mill. kroner til forskning på Eldres levekår og helse, med særlig vekt på demens og til oppbygging av regionale forsknings- og utviklingssentre. Det foreslås 5 mill. kroner til diagnosebaserte befolkningsundersøkelser av psykiske lidelser. Nye faggrupper knyttet til rusmiddelbruk og dobbeltdiagnostikk skal prioriteres. Mammografiprogrammet skal evalueres, og det foreslås 0,7 mill. kroner til en styrking av dette i regi av Forskningsrådet.

Gjennom avkastning fra Fondet for forskning og nyskaping styrkes stamcelleforskning, global helse- og vaksinasjonsforskning og forskning på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet med 20 mill. kroner i 2007.

For 2007 er det øremerkede tilskuddet til forskning i helseforetakene på 408,6 mill. kroner. Av dette tildeles 60 pst. ut fra oppnådde forskningsre-

sultater. De regionale helseforetakene har valgt å prioritere forskning ut over den statlige øremerkede finansieringen.

## **2.14 Politiattest for helse- og sosialpersonell**

---

I Ot.prp. nr. 86 (2005–2006) som ble fremmet i juni 2006, ble det foreslått lovendringer slik at personell som skal yte helse- og sosialtjenester til barn eller personer med utviklingshemming, skal avkreves politiattest. Formålet med lovforslaget er å forebygge seksuelle overgrep mot barn og utviklingshemmede. En lovendring vil føre til merarbeid for politiet. Det er lagt til grunn at endring trer i kraft 1. januar 2007, og 6 mill. kroner foreslås overført fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjett-ramme til Justis- og politidepartementet.

## **2.15 Nasjonal enhet for pasientsikkerhet**

---

Det foreslås å bevilge 3 mill. kroner til å etablere en uavhengig nasjonal enhet for pasientsikkerhet i 2007. Formålet er å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser. Senteret skal drive pedagogisk virksomhet og ikke føre kontroll, tilsyn eller sette i verk tiltak som ligger til ansvarlige myndigheter. Enheten vil bli lokalisert i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

## 3 Budsjett- og strukturtiltak

### 3.1 Egenbetaling

---

Det foreslås at egenandelene innenfor trygdens refusjonsordninger justeres om lag i tråd med forventet prisstigning. Den maksimale egenandelen for legemidler og sykepleieartikler på blå resept foreslås satt opp fra 500 til 510 kroner fra 1. januar 2007. Fra samme dato foreslås egenandelen for pasienttransport satt opp fra 115 til 120 kroner per reise, det vil si fra 230 til 240 kroner tur/retur. Egenandelene for legehjelp, psykologhjelp og fysioterapi foreslås satt opp 5 pst. fra 1. juli 2007, som svarer til en justering på 2,5 pst. for året.

Egenandelstak 1, som omfatter utgifter til legehjelp, psykologhjelp, legemidler og sykepleieartikler på blå resept og pasienttransport, foreslås satt opp fra 1615 kroner for 2006 til 1660 kroner for 2007.

Egenandelene foreslås prisjustert med til sammen 160 mill. kroner. I samband med omlegging av trinnprissystemet for legemidler, vil pasientenes egenbetaling reduseres med vel 50 mill. kroner.

Det vises til del III, kap. 10, for en bredere omtale av egenandeler.

### 3.2 Strukturtiltak på legemiddelområdet

---

Foretrukket legemiddel innebærer at myndighetene, ut fra kunnskap om legemidlenes effekt, angir det legemiddelet som skal være førstevalg innenfor en gitt behandling. Ordningen med foretrukket legemiddel er innført for behandling av ukomplisert hypertensjon (høyt blodtrykk), for kolesterolsenkende behandling og for allergilegemidler. Innenfor kolesterolsenkende behandling har bruken av det foretrukne legemiddelet økt, og de fleste nye pasientene (90 pst.) starter behandlingen med dette legemiddelet. Imidlertid er det fortsatt for mange pasienter som ikke har byttet behandling og dermed får unødig dyre kolesterolsenkende legemidler. Arbeidet med informasjon og kontroll for å få flere til å bytte behandling vil intensiveres i 2007. Dersom forbruk av det dyre alternativet (atorvastatin) ikke reduseres ytterligere, eksempelvis til et nivå som i Danmark, vil det kunne bli aktuelt å overføre legemiddelet fra for-

håndsgodkjent refusjon til refusjon etter individuell søknad. Dette kan eventuelt gjennomføres fra sommeren 2007. Økt grad av bytte er anslått å øke innsparingen med 80 mill. kroner i 2007. Det vil også bli innført foretrukket legemiddel for behandling av migrene. Det er anslått at dette vil kunne gi en innsparing på 5 mill. kroner i 2007.

Kolinesterasehemmere er legemidler som kan dempe symptomene for enkelte pasienter med mild eller moderat alzheimer demens. Utfordringen er å målrette refusjonene til pasienter som har god effekt av behandlingen. Det foreslås å gi refusjon for kolinesterasehemmere etter individuell søknad. Tiltaket vil settes i verk i begynnelsen av 2007. I forhold til regelverket innebærer ikke endringen noen innstramning med hensyn til hvilke pasienter som skal gis refusjon, men refusjonen vil kunne målrettes bedre til de pasientene som har god effekt av behandlingen. Statens legemiddelverk anbefalte ikke refusjon av kolinesterasehemmere på blå resept, men Stortinget vedtok likevel å innvilge refusjon. I Danmark refunderes disse legemidlene ikke på forhåndsgodkjent refusjon. Før tiltaket gjennomføres, vil det bli gjennomført en prosess som blant annet omfatter innhenting av ny dokumentasjon fra produsentene og informasjon fra pasientforeninger. Dersom det i denne prosessen kommer fram informasjon av betydning for bevilgningsforslaget, vil departementet komme tilbake til saken, senest i samband med framlegging av revidert nasjonalbudsjett. De endringene som foreslås vil gi en innsparing på anslagsvis 50 mill. kroner.

Trinnprissystemet omfatter et utvalg legemidler med virkestoff som har mistet patentbeskyttelsen. Når et virkestoff mister patentbeskyttelsen vil flere produsenter tilby like legemidler. Gjennom trinnprissystemet utnyttes denne konkurransen slik at prisene reduseres. Dagens trinnprismodell ble innført 1. januar 2005. En evaluering utført av Statens legemiddelverk konkluderer med at prisene på generiske legemidler er høyere i Norge enn i Sverige og Danmark. Trinnprismodellen foreslås derfor endret slik at prisene reduseres ytterligere. Forslag til endringer av trinnprismodellen ble sendt på høring i august 2006 med høringsfrist 25. september. Dersom det etter høringsfristen foreligger informasjon som tilsier justering av opplegget, vil

departementet komme tilbake til saken senest i forbindelse med framlegging av revidert nasjonalbudsjett våren 2007. De foreslåtte endringene forutsettes å gi en innsparing for folketrygden i 2007 på 190 mill. kroner. I tillegg vil pasientenes egenbetaling reduseres med vel 50 mill. kroner.

De administrative kostnadene knyttet til disse tiltakene utgjør 8 mill. kroner.

Det foreslås å flytte legemidler fra bidragsordningen til blåreseptordningen i to trinn, og at første trinn gjennomføres i 2007. Overføringen omfatter enkelte legemidler til behandling av kroniske sterke smerter, lindrende behandling i livets sluttfase, godartet prostatahyperplasi, samt næringsmidler ved behandling av kreft, immunsvikt eller annet sykdom som krever næringstilskudd. Samtidig utvides den eksisterende negativlisten til bidragsordningen med ikke refusjonsverdige legemidler.

### **3.3 Utvidelse av ISF-ordningen**

I tråd med St.meld. nr. 5 (2003–2004) vil deler av aktiviteten under offentlige poliklinikker flyttes til

ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF) fra 2007. Omleggingen omfatter somatisk aktivitet i offentlige poliklinikker, men ikke poliklinisk behandling innen psykisk helsevern, rusbehandling eller laboratorie- og røntgenvirksomhet. Formålet med denne utvidelsen av ISF-ordningen er å etablere et gjennomgående aktivitetsbasert finansieringssystem for all somatisk pasientbehandling.

1. januar 2006 ble det tatt i bruk et nytt kodeverk for poliklinikkene. Datagrunnlaget har foreløpig ikke hatt en kvalitet som gjør det mulig å lage et fullverdig DRG-/ISF-system som kan erstatte takstsystemet fra og med 2007. For å bedre kvaliteten i datagrunnlaget overføres 10 pst. av forventede utbetalinger (svarende til 120 mill. kroner) fra kap. 732, post 77, Refusjon for poliklinisk virksomhet ved sykehus, til post 76, Innsatsstyrt finansiering. I 2007 vil regionale helseforetak få utbetalt disse midlene sammen med øvrige ISF-refusjoner dersom aktiviteten ved poliklinikkene registreres på samme måte som øvrig ISF-aktivitet.



## 4 Oversikter

### 4.1 Utgifter fordelt på kapitler

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
<b>Helse- og omsorgsdepartementet mv.</b>					
700	Helse- og omsorgsdepartementet	132 501	134 167	138 619	3,3
701	Forskning	135 576	153 964	174 215	13,2
702	Helse- og sosialberedskap	197 170	17 876	39 555	121,3
703	Internasjonalt samarbeid	39 899	25 354	28 817	13,7
	<i>Sum kategori 10.00</i>	<i>505 146</i>	<i>331 361</i>	<i>381 206</i>	<i>15,0</i>
<b>Folkehelse</b>					
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	690 504	591 934	713 451	20,5
712	Bioteknologinemnda	6 981	6 765	6 995	3,4
715	Statens strålevern	93 521	94 953	108 659	14,4
716	Statens institutt for rusmiddelforskning		31 924	33 057	3,5
718	Alkohol og narkotika		127 497	134 320	5,4
719	Folkehelse	101 325	186 972	224 628	20,1
	<i>Sum kategori 10.10</i>	<i>892 331</i>	<i>1 040 045</i>	<i>1 221 110</i>	<i>17,4</i>
<b>Helsetjeneste</b>					
720	Sosial- og helsedirektoratet	502 174	394 082	439 342	11,5
721	Statens helsetilsyn	69 031	66 542	70 750	6,3
722	Norsk pasientskadeerstatning	521 967	79 601	99 786	25,4
723	Pasientskadenemnda	18 872	20 233	22 572	11,6
724	Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak	270 941	243 189	248 858	2,3
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	66 186	39 302	64 993	65,4
726	Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige	97 050	103 409	141 038	36,4
727	Tannhelsetjenesten	16 646	53 667	55 706	3,8
728	Forsøk og utvikling mv.	126 787	92 041	56 661	-38,4
729	Annen helsetjeneste	169 168	216 359	231 896	7,2
	<i>Sum kategori 10.20</i>	<i>1 858 822</i>	<i>1 308 425</i>	<i>1 431 602</i>	<i>9,4</i>

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
	<b>Regionale helseforetak</b>				
732	Regionale helseforetak	72 420 326	72 815 396	78 675 739	8,0
737	Kreftregisteret	72 106	75 485	80 353	6,4
	<i>Sum kategori 10.30</i>	<i>72 492 432</i>	<i>72 890 881</i>	<i>78 756 092</i>	<i>8,0</i>
	<b>Psykisk helse</b>				
742	Kontrollkomisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern	37 025	26 561	34 710	30,7
743	Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse	3 817 733	4 603 385	5 319 648	15,6
744	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	41 516	42 929	44 560	3,8
	<i>Sum kategori 10.40</i>	<i>3 896 274</i>	<i>4 672 875</i>	<i>5 398 918</i>	<i>15,5</i>
	<b>Legemidler</b>				
750	Statens legemiddelverk	136 489	141 611	151 790	7,2
751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak	69 594	84 274	71 477	-15,2
	<i>Sum kategori 10.50</i>	<i>206 083</i>	<i>225 885</i>	<i>223 267</i>	<i>-1,2</i>
	<b>Omsorgstjenester</b>				
760	Utredningsvirksomhet m.m.	6 508	7 693	13 986	81,8
761	Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet	2 890 523	3 033 904	3 047 369	0,4
	<i>Sum kategori 10.60</i>	<i>2 897 031</i>	<i>3 041 597</i>	<i>3 061 355</i>	<i>0,6</i>
	<i>Sum programområde 10</i>	<i>82 748 119</i>	<i>83 511 069</i>	<i>90 473 550</i>	<i>8,3</i>
	<b>Spesialisthelsetjenester mv.</b>				
2711	Spesialisthelsetjenester mv.	3 124 160	2 498 000	2 540 000	1,7
	<i>Sum kategori 30.10</i>	<i>3 124 160</i>	<i>2 498 000</i>	<i>2 540 000</i>	<i>1,7</i>
	<b>Legehjelp, legemidler m.v.</b>				
2751	Legemidler mv.	9 026 471	8 821 000	8 975 000	1,7
2752	Refusjon av egenbetaling	3 202 404	3 520 500	3 621 000	2,9
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	3 852 927	3 823 500	4 501 000	17,7
	<i>Sum kategori 30.50</i>	<i>16 081 802</i>	<i>16 165 000</i>	<i>17 097 000</i>	<i>5,8</i>
	<b>Andre helsetiltak</b>				
2790	Andre helsetiltak	524 236	563 000	381 000	-32,3
	<i>Sum kategori 30.90</i>	<i>524 236</i>	<i>563 000</i>	<i>381 000</i>	<i>-32,3</i>
	<i>Sum programområde 30</i>	<i>19 730 198</i>	<i>19 226 000</i>	<i>20 018 000</i>	<i>4,1</i>
	<i>Sum utgifter</i>	<i>102 478 317</i>	<i>102 737 069</i>	<i>110 491 550</i>	<i>7,5</i>

**4.2 Inntekter fordelt på kapitler**

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
<b>Helse- og omsorgsdepartementet m.v.</b>					
3700	Helse- og omsorgsdepartementet	2 747			
3703	Internasjonalt samarbeid	26 888			
	<i>Sum kategori 10.00</i>	<i>29 635</i>			
<b>Folkehelse</b>					
3710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	236 778	107 624	124 042	15,3
3712	Bioteknologinemnda	310			
3715	Statens strålevern	36 110	37 101	38 511	3,8
3716	Statens institutt for rusmiddelforskning		520	540	3,8
5527	Vinmonopolavgiften m.m.	19 449	28 500		-100,0
5631	Aksjer i AS Vinmonopolet	52 695	28 802	28 802	0,0
	<i>Sum kategori 10.10</i>	<i>345 342</i>	<i>202 547</i>	<i>191 895</i>	<i>-5,3</i>
<b>Helsetjeneste</b>					
3720	Sosial- og helsedirektoratet	43 134	3 064	3 480	13,6
3721	Statens helsetilsyn	5 497			
3722	Norsk Pasientskadeerstatning	73 989	1 000	1 038	3,8
3723	Pasientskadenemnda	17 047			
3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	12 661	12 798	13 584	6,1
3725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	28 173	106	110	3,8
3728	Forsøk og utvikling mv.	1 130			
	<i>Sum kategori 10.20</i>	<i>181 631</i>	<i>16 968</i>	<i>18 212</i>	<i>7,3</i>
<b>Regionale helseforetak</b>					
3732	Regionale helseforetak	191 003	260 000	565 000	117,3
	Sum kategori 10.30	191 003	260 000	565 000	117,3
<b>Psykisk helse</b>					
3743	Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse	25			
	<i>Sum kategori 10.40</i>	<i>25</i>			
<b>Legemidler</b>					
3750	Statens legemiddelverk	14 639	5 741	144 635	2 419,3
3751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak	210	151	157	4,0
5572	Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet			184 225	

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
5577	Legemiddelomsetningsavgift	146 757	150 313		-100,0
5578	Avgift på farmasøytiske spesialpreparater	145 429	131 672		-100,0
	<i>Sum kategori 10.50</i>	<i>307 035</i>	<i>287 877</i>	<i>329 017</i>	<i>14,3</i>
	<i>Sum programområde 10</i>	<i>1 054 671</i>	<i>767 392</i>	<i>1 104 124</i>	<i>43,9</i>
	<i>Sum inntekter</i>	<i>1 054 671</i>	<i>767 392</i>	<i>1 104 124</i>	<i>43,9</i>

### 4.3 Stillinger og årsverk

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

Kap.	Virksomhet	Årsverk per 1. mars 2005	Årsverk per 1. mars 2006
700	Helse- og omsorgsdepartementet	189	216
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	544	658
715	Statens strålevern	97	98,9
716	Statens institutt for rusmiddelforskning	40	36,5
720	Sosial- og helsedirektoratet	434	442
	herunder: Pasientombudene	39	39
721	Statens helsetilsyn	83	88
722	Norsk pasientskadeerstatning	72	86
724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	27	26
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	78	92,3
750	Statens legemiddelverk	176	194
	Nemndssekretariater mv.	39	42

#### Merknader:

Helse- og omsorgsdepartementet ble tilført årsverk våren 2005 i samband med funksjonsendringer mellom departementene.

2005-tallet for Nasjonalt folkehelseinstitutt inkluderer ikke eksternt finansierte årsverk.

2005-tallet for Sosial- og helsedirektoratet inkluderer ikke Statens autorisasjonskontor for helsepersonell og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, slik det gjorde i tilsvarende tabell i St.prp. nr. 1 (2005–2006).

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 2005	Garantiansvar per 31.12.2005	Fullmakt nye garantitilsagn 2006	Forslag nye garantitilsagn 2007	Ramme garantiansvar 2007
Garanti for lån til opprettelse og ombygging av apotek, kap. 751.70	0	19,8	0	0	400,0

#### 4.5 Anmodningsvedtak

Anmodningsvedtak fra stortingssesjonen 2005–2006 er omtalt følgende steder i proposisjonen:

Vedtak nr.	Dato	Del	Kap.
135	9. desember 2005	II	718

Anmodningsvedtak fra stortingssesjonen 2004–2005 er omtalt følgende steder:

Vedtak nr.	Dato	Del	Kap.
376	30. mai 2005	II	2751.70
385	31. mai 2005	II	719.21
527	16. juni 2005	II	2755.70
528	16. juni 2005	III	6.3.4

#### 4.6 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 2007
702	21	Spesielle driftsutgifter	36 130
702	70	Tilskudd	3 425
718	63	Rusmiddeltiltak	11 707
718	70	Frivillig arbeid mv.	86 936
719	21	Spesielle driftsutgifter	60 982
719	60	Kommunetilskudd	35 589
719	70	Hivforebygging, smittervern mv.	29 495
719	71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort	24 994
719	73	Fysisk aktivitet	13 219
719	74	Skolefrukt	28 521
719	79	Andre tilskudd	15 770
720	22	Elektroniske resepter	42 849
726	71	Kjøp av opptrening og helsetjenester	71 138
732	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren	7 858
732	70	Tilskudd til helseforetakene	3 188 021
732	71	Tilskudd til Helse Øst RHF	18 610 280
732	72	Tilskudd til Helse Sør RHF	10 372 101
732	73	Tilskudd til Helse Vest RHF	9 691 889
732	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF	7 012 605
732	75	Tilskudd til Helse Nord RHF	6 119 485
732	78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre	747 511
732	81	Tilskudd til store byggeprosjekter	1 417 429
743	21	Spesielle driftsutgifter	26 389
743	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner	2 954 694
743	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid	363 754
743	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress	105 605
743	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern	1 869 206
761	60	Tilskudd til omsorgstjenester	118 079
761	63	Tilskudd til rusmiddeltiltak	144 695
761	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv.	98 671

*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 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
700	Helse- og omsorgsdepartementet	132 501	134 167	138 619	3,3
701	Forskning	135 576	153 964	174 215	13,2
702	Helse- og sosialberedskap	197 170	17 876	39 555	121,3
703	Internasjonalt samarbeid	39 899	25 354	28 817	13,7
	Sum kategori 10.00	505 146	331 361	381 206	15,0

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
01-23	Statens egne driftsutgifter	340 101	169 865	199 241	17,3
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	3 188	4 232	4 325	2,2
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	135 576	153 964	174 215	13,2
70-89	Andre overføringer	26 281	3 300	3 425	3,8
	Sum kategori 10.00	505 146	331 361	381 206	15,0

#### Kap. 700 Helse- og omsorgsdepartementet

(i 1 000 kr)					
Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	
01	Driftsutgifter	129 313	129 935	134 294	
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 188	4 232	4 325	
	Sum kap. 700	132 501	134 167	138 619	

Overført fra 2005 til 2006:  
400 000 kroner (fra kap. 600.01)  
Post 01: 4 078 000 kroner og  
Post 45: 1 540 000 kroner

Helse- og omsorgsdepartementets mål er å utforme en helhetlig og effektiv politikk for helse-tjenester (primærhelsetjenester og spesialisthelse-tjenester), 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 innenfor følgende hovedområder:

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

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

- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF
- Helse Sør RHF
- Helse Vest RHF
- Helse Øst 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 2005–2006 har departementet lagt fram følgende for Stortinget i tillegg til de faste budsjettproposisjonene:

- St.prp. nr. 39 (2005–2006) Om endringer i statsbudsjettet for 2006 under Helse- og omsorgsdepartementet (pneumokokkvaksine for barn mv.)
- St.prp. nr. 71 (2005–2006) Om endringer i statsbudsjettet for 2006 som følge av takstoppgjera for legar, psykologar og fysioterapeutar
- Ot.prp. nr. 6 (2005–2006) Om lov om kosmetikk og kroppspfleieprodukt mv. (kosmetikklova)
- Ot.prp. nr. 28 (2005–2006) Om lov om endringer i folketrygdloven og pasientrettighetsloven (regulering av behandling hos kiropraktor og manuellterapeut)
- Ot.prp. nr. 30 (2005–2006) Om lov om endringer i folketrygdloven og spesialisthelsetjenesteloven
- Ot.prp. nr. 42 (2005–2006) Om lov om endringer i lov 19. juni 1931 nr. 18 om Aktieselskapet Vinmonopolet
- Ot.prp. nr. 45 (2005–2006) Om lov om endringer i lov 9. februar 1973 nr. 6 om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik mv. (forlenging av mellombels forbod mot xenotransplantasjon)
- Ot.prp. nr. 49 (2005–2006) Om lov om endringer i helseregisterloven (Norsk pasientregister)
- Ot.prp. nr. 63 (2005–2006) Om lov om endringer i lov om svangerskapsavbrudd og lov om sterilisering (tilpasning til biomedisinkonvensjonen)
- Ot.prp. nr. 64 (2005–2006) Om lov om endringar i pasientrettslova og biobanklova (helsehjelp og forskning – personar utan samtykkekompetanse)
- Ot.prp. nr. 65 (2005–2006) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven mv.
- Ot.prp. nr. 86 (2005–2006) Om lov om endringer i helsepersonelloven, sosialtjenesteloven og i enkelte andre lover
- St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.

Følgende offentlige utredning er avgitt og lagt fram for departementet i perioden 2005–2006:

NOU 2006: 5 Norsk helsearkiv – siste stopp for pasientjournalene. Utvalget skulle utrede en depot-

ordning, kassasjons- og avleveringsregler for helsearkivmateriale fra spesialisthelsetjenesten. Mange, men særlig sykehusene, har et akutt behov for å avlevere arkivmateriale som ikke lenger er i bruk. Det er også viktig med en forsvarlig oppbevaring av helsearkivmateriale for fremtiden, blant annet til forskning.

### Merknad til budsjettforslaget for 2007

Bevilgningen foreslås redusert med 0,75 mill. kroner som en innstramning i driftsbevilgningen.

## Kap. 701 Forskning

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
50	Norges forskningsråd mv.	135 576	153 964	174 215
	Sum kap. 701	135 576	153 964	174 215

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 oppdragsforskning, grunnfinansiering og driftsstøtte til enkelte forskningsinstitutter/forskningsmiljøer. Videre finansieres forskning i helseforetakene og som en integrert del av virksomhetene til underliggende etater og endelig den langsiktige satsingen i regi av Norges forskningsråd.

For 2007 foreslås medisinsk og helse- og sosialfaglig forskning styrket med 8,0 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett i forhold til saldert budsjett for 2006. Dette gjelder forslag til 3 mill. kroner til forskning på allmennmedisinske kompetansesentre, 3 mill. kroner til befolkningsundersøkelsen HUNT3, og 2 mill. kroner til styrking av forskning på ADHD. I tillegg foreslås 5 mill. kroner til forskning på eldres levekår og helse med særlig vekt på demens og til oppbygging av regionale forsknings- og utviklingsentre. Det foreslås videre en styrking på 3 mill. kroner til et eget rusmiddelforskningsprogram som er under opprettelse i Forskningsrådet, jfr. arbeidet med en opptrappingsplan for rusfeltet, se Del. III, kap. 6.6.2 i Nasjonal helseplan. Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse foreslås 5 mill. kroner til oppbygging av et diagnosebasert register. Det foreslås også 0,7 mill. kroner evaluering av mamografiprogrammet i Forskningsrådet.

Gjennom avkastning av Fondet for forskning og nyskaping vil forskning på stamcelleforskning, global helse- og vaksinasjonsforskning samt fors-

kning på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet styrkes med 20 mill. kroner over Kunnskapsdepartementets kap. 286 Fondet for forskning og nyskaping, post 50, Overføring til Norges forskningsråd.

For 2007 er det øremerkede tilskuddet til kap. 732, Regionale helseforetak, post, 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, på 408,6 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:

- Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt, post 01. Posten foreslås styrket med 5 mill. kroner til diagnosebaserte befolkningsundersøkelser av psykiske lidelser. Nye faggrupper på forstyrrelser knyttet til rusmisbruk og dobbeltdiagnoser skal prioriteres i 2007.
- Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt, post 21, foreslås styrket med 2 mill. kroner til en landsomfattende ADHD-undersøkelse i regi av Folkehelseinstituttet.
- Kap. 719 Folkehelse, post 79. Befolkningsundersøkelsen HUNT3 foreslås styrket med 3 mill. kroner i forhold til saldert budsjett for 2006.

- Kap. 724 Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak, post 21. Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten mv. Det foreslås 3 mill. kroner til styrking til etablering av fire organisatoriske enheter for allmenntilleggsforskning. Gjennom kapitlet gis støtte til drift ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin og støtte til drift og vitenskaplig aktivitet ved Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin ved universitetet i Tromsø. Etter at kontrakten med Forskningsrådet gikk ut 1. august 2005 overtok departementet avtaleforholdet til Universitetet i Tromsø og det direkte ansvaret for grunnbevilgningen til forskningssentret. Videre støttes forskning og drift av Senter for samisk helseforskning ved universitetet i Tromsø, lokalisert i Tromsø og Karasjøk og til etablering av enheter for forskning i allmenntilleggsmedisin.
- Kap. 726 Habilitering og rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige post 70. Tilskudd. Over posten tildeles blant annet midler til Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitetet i Oslo til formålet undervisning, kunnskapsutvikling og forskning når det gjelder kliniske rusmiddelproblemer, særlig medikamentell behandling.
- Kap. 727 Tannhelsetjenesten, post 21. Støtte til drift og forskning ved Bivirkningsgruppen for odontologisk biomateriale (Bergen), til forskning ved Nordisk institutt for odontologisk materiale, og etablering av regionale odontologiske kompetansesentre.
- Kap. 728 Forsøk og utvikling mv., post 70. Sintef Helse får tilskudd til basisfinansiering av forskningsvirksomheten relatert til spesialisthelsetjenesten. Tilskuddet dekker blant annet bidrag til infrastruktur og drift, og til nødvendig kompetanseoppbygging.
- Kap. 743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse, post 70 og post 73. Det bevilges midler til forskning, kompetanse- og kunnskapsutvikling blant annet gjennom tilskudd til Regionsenter for barn og unges psykiske helse og Senter for studier av problemadferd og innovativ praksis (post 70), Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og Seksjon for selvmordsforskning ved Universitetet i Oslo (post 73). Videre bevilges det midler over kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Kap. 761 Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet, post 60 Tilskudd til omsorgstjenester. Dette er en samlepost for regjeringens nye kompetanse- og rekrutteringsplan »Kompetanseløftet 2015». I planen ligger blant annet midler til undervisningssykehjem, som er regionale

ressurssentra 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 gode resultater. Det er registrert en øking både i forskningsaktivitet og prioritering av forskning og forskerutdanning i helseforetakene. En fortsatt satsing på forskning i helseforetakene vil bidra til at norsk pasientrettet klinisk forskningsaktivitet kommer på høyden med øvrige nordiske land. 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 er det lagt til rette for behovsdrivet innovasjon i helseforetakene, jfr. omtale under kap. 728, post 21.

#### Forskning og utredningsarbeid i underliggende etater

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

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress samler eksisterende mindre kompetansetilgjenger 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.

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.

#### 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 2007 skal dekke forskningsprogrammer herunder pågående prosjekter og andre langsiktige satsinger knyttet til helse- og omsorgssektoren. Fra 2006 er det etablert fem nye forskningsprogrammer i Norges forskningsråd:

Helse- og omsorgstjenester,  
 Folkehelse  
 Psykisk helse  
 Klinisk forskning  
 Gen, miljø og helse  
 Global helse- og vaksinasjonsforskning  
 Program for rusmiddelforskning (under etablering)

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. Departementet mottar årsrapporter fra Forskningsrådet.

Ved utarbeiding av de nye programmene har det vært et mål å få større programmer. 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 2007 foreslås bevilgningen til Forskningsrådet økt med 8,7 mill. kroner.

### Folkehelseprogrammet

Programmet skal bidra til å øke kunnskapen om helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Prioriterte områder er fysisk aktivitet, kosthold, psykisk helse og sosial ulikhet i helse. 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.

I tråd med St.meld. nr. 16 (2003 – 2004) «Resept for et sunnere Norge,» er forskning på de store folkesykdommene som hjerte-/karlidelser, kreft og diabetes, og på økende folkehelseproblemer som alvorlig fedme viktige satsingsområder. I Nasjonal

strategi for kreftområdet (2006 – 2010) og Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006 – 2010) er behovet for forskning på kreft og diabetes, herunder forekomst og forebygging fremhevet. 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

Programmet skal stimulere til utvikling av relevant ny kunnskap om helse- og omsorgstjenesten.

Det finnes lite nasjonal forskning om styring, ledelse og prioritering i norsk helsetjeneste, og det er et stort behov for mer kunnskap. Dette er i tråd med St.meld. nr. 20 (2005 – 2005) «Vilje til forskning,» der det framgår 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. 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. Programmet vil omfatte forskning om effekter av ulike samhandlingsmetoder samt organisatoriske og økonomiske barrierer for samhandling. Videre vil programmet omfatte hvordan organiserings- og finansieringsmodeller påvirker situasjonen for brukeren.

Det er behov for å styrke den universitets- og høyskolebaserte forskningen, og å knytte denne tettere sammen med forskningen 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 Utdannings- og forskningsdepartementet. Prosjektet skal ferdigstilles i 2008.

For å styrke forskningen på omsorgstjenester, foreslås det å etablere egne regionale forsknings- og utviklingssentre knyttet til høyskolemiljøene som utdanner personell til helse- og sosialtjenesten. Sentrene skal bidra til forskningsformidling og kompetanseheving i pleie- og omsorgssektoren, og styrke fag og metodeutvikling i utdanningen i samarbeid med kommuner og fagmiljøer. Programmet foreslås økt med 5 mill. kroner.

### Program for klinisk forskning

Gjennom programmet Pasientnær klinisk forskning og alternativ medisin (2000 – 2005) bidro Forskningsrådet til å finansiere forskningsprosjekter som har hatt til formål å gi resultater som kan få umiddelbar betydning for bedre diagnostikk, behandling og pleie av pasienter. Programmet har finansiert store randomiserte studier, fire kompetansesentre for klinisk forskning og to for odontologisk forskning. Kompetansesentrene har bidratt til å styrke kvaliteten på forskningsprosjekter. Programmet ble avsluttet i 2005. Fra 2006 videreføres satsingen på klinisk forskning gjennom ny programstruktur. Forskning på alternativ behandling ivaretas gjennom dette programmet samt Program for helse- og omsorgstjenester og Folkehelseprogrammet.

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 bygge opp og styrke forskningskompetanse der det er nasjonale behov for kompetanseoppbygging, som for eksempel innenfor allmenntilleggsmedisin, odontologi og alternativ behandling.

Det foreslås å flytte 5,7 mill. kroner fra kap. 728, post 21, til kap. 701, post 50, til forskning på muskel- og skjelettlidelser. Det vises til at Nasjonalt ryggnettverk er reorganisert og at finansiering av forskning på rygg- og nakke skal ivaretas gjennom Forskningsrådet.

### Program for gen, miljø og helse

Programmet skal framskaffe ny kunnskap om miljøfaktorerens positive og negative innvirkning på helsen og samspill med arvelige faktorer. Problemstillinger knyttet til barns helse og utvikling har spesielt 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 inneklima. 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 mattrygghetsområdet, 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, og for forebygging av sykehusinfeksjoner.

### Program for psykisk helse

Program for psykisk helse erstatter det tidligere programmet Mental helse. Dette programmet hadde som formål å konsolidere og videreutvikle norsk forskning om mental helse både i dybde, kvalitet og bredde. Programmet la vekt på å fremme utviklingen av forskernettverk og videreutvikle forskningsmiljøer av særlig høy kvalitet. Det er fortsatt behov for å øke innsatsen innenfor forskning om psykiske helse, og på flere områder mangler kunnskap både om årsaksforhold, forebyggig og behandling. Program for psykisk helse sitt overordnede mål er å bidra til utvikling av relevant kunnskap om psykisk helse med sikte på å fremme den psykiske helsen. 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. Relasjonelle aspekter er særlig viktige for forståelsen av psykisk helse og lidelser og av livssituasjonene til de individer som er rammet av lidelsen. Nyere internasjonale undersøkelser 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 i et translasjonsperspektiv og forskning om psykologiske og psykiatriske aspekter ved somatisk sykdom.

### Program for global helse- og vaksinasjonsforskning

Fra 2006 er det tidligere programmet Global helse utvidet med en større bevilgning til vaksinasjonsforskning. I den forbindelse har programmet også endret navn. De to delene av programmet vil ha atskilte budsjetter og egne utlysninger. Fra norsk

hold er det i flere år påpekt at det internasjonalt må settes inn større ressurser til forskning på fattigdomsrelaterede 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 fattigdomsrelaterede 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 fattigdomsrelaterede sykdommer som særlig rammer folk i utviklingsland. For å sikre 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. Gjennom Fondet for forskning og nyskaping vil programmet styrkes over Kunnskapsdepartementets kap. 286. Fondet for forskning og nyskaping, post 50, Overføring til Norges forskningsråd.

#### Velferdsprogrammet – aldersforskning

Aldersforskningssatsingen (2002 – 2012) er en langsiktig strategisk satsing med en tematisk og faglig bredde som omfatter både samfunnsvitenskaplig og helsefaglig forskning. Utvikling av nye og tverrfaglige problemstillinger og perspektiver, oppbygging av forskningsmiljøer og nyrekruttering står sentralt. Tematisk spenner forskningen over problemstillinger som basalforskning på aldringsprosesser, nevropsykiatrisk forskning tilknyttet parkinsons sykdom, en intervensjonsstudie i forhold til pasientadferd 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

For å styrke forskning og undervisning på rusfeltet skal det opprettes et forskningsprogram under Forskningsrådet. Et siktemål med programmet er at det skal etableres et nytt rusmiddelforsknings-senter tilknyttet et av universitetene som skal være et fremtidig hovedmiljø for forskningsprogrammet. Lokalisering av senteret vil bli avgjort etter utlysning og konkurranse.

NOU 2003: 4, Forskning på rusmiddelfeltet og en ekspertgruppe for alkohol- og narkotikaspør-

mål har påpekt betydelige mangler i rusmiddelforskningen i Norge. Det forskes lite på rusmiddelfeltet ved universiteter, høyskoler og regionale helseforetak, og forskningen er tildels fragmentert og lite koordinert. Etableringen av det nye forsknings-senteret som er en del av programsatsingen, skal bidra til en sterkere akademisk forankring av rusmiddelforskningen, mer undervisning, og en økt synlighet og status for rusmiddelfeltet.

Rusmiddelforskningsprogrammet vil favne bredt innenfor rusmiddelfeltet, og skal fremme forskning av høy kvalitet innenfor forebygging, behandling, tidlig intervensjon av risikoutsatte grupper mv. Det nye programmet og forsknings-senteret skal bidra til forskningssamarbeid og etablering av nye nettverk. Det er viktig at forskningen ses i sammenheng med annen rusmiddelforskning som for eksempel gjøres ved Statens institutt for rusmiddelforskning, Folkehelseinstituttet og regionale helseforetak og bevilgninger til rusmiddelforskning gjennom øvrige programmer i Forskningsrådet. Det vises bl.a. til at forskning om rusmiddelbruk, avhengighet og psykisk helse er et særskilt satsingsområde i program for psykisk helse (2006 – 2010). Programmet foreslås styrket med 3 mill. kroner for 2007.

#### Strategiske satsinger

Flere av tidligere års strategiske satsinger i Forskningsrådet har blitt innarbeidet i de nye programmene innenfor medisin og helse. Dette gjelder næringsrettet bio- og genteknologi, mat og helse, drikkevannsforskning samt antibiotikaresistens/forebygging av sykehusinfeksjoner samt legemiddelforskning.

#### Forskning på stamceller

Stamcelleforskning er viktig for å utvikle og styrke kompetanse innen grunnforskning og klinisk forskning med sikte på behandling av alvorlig syke. Dette forskningsområdet har et stort potensial innen regenerativ medisin, kreftdiagnose/terapi mv. Forskning på stamceller fra fødte mennesker har vært et prioritert område siden 2002. Regjeringen ønsker økt satsing på stamcelleforskningen. Samtidig er det ønskelig å åpne for forskning på stamceller fra overtallige befruktede egg, og et forslag til endring i bioteknologiloven om dette har vært på en høring. Gjennom Fondet for forskning og nyskaping vil programmet styrkes over Kunnskapsdepartementets kap. 286. Fondet for forskning og nyskaping, post 50, Overføring til Norges forskningsråd.

## 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 og regjeringen ønsker også i 2007 at det øremerkes midler til denne satsingen. Det har blitt satt av midler til Forskningsrådet til osteoporoseforskning og kvinneforskning på psykisk helse ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Prosjekter med særlig relevans for kvinners helse inngår i mange av forskningsprogrammene Forskningsrådet. Forskningsrådet ser til at kjønn og kjønnsforskjeller blir drøftet og analysert i alle relevante forskningsprosjekter. I de nye programplanene til Norges forskningsråd er det lagt tydelige føringer for å ivareta kjønnsperspektivet i forskningen og forskning på kvinners helse. Det var i 2004 i overkant av 60 prosjekter med spesiell relevans for kvinners helse. Hovedvekten av prosjektene var innenfor osteoporose, brystkreft og reproduktiv helse. En rapport om forskning på kvinners helse utarbeidet av Forskningsrådet viser et behov for økt forskning på flere relevante temaer innenfor kvinnehelse. Fibromyalgi, minoritetskvinner og helse og kjønnsperspektivet ved psykiske lidelser fremheves særskilt.

## 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 helsetjenesten (translasjonsforskning). Det ble under Nasjonal kreftplan (1998–2003) utarbeidet en strategi for offentlig kreftforskning i regi av Forskningsrådet. Fra 2002 er det bevilget om lag 20 mill. kroner årlig gjennom Forskningsrådet til prosjekter innenfor kreftforskning. Satsingen

videreføres i 2007. Det ble i 2006 utarbeidet en Nasjonal strategi for kreftområdet (2006 – 2010) jf omtale i Nasjonal helseplan (2007 – 2010).

## EUs strålevernprogram

Forskningsprogrammet Eurotom 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 av syvende rammeprogram ved årsskiftet 2006 – 2007. EU har tidligere åpnet for at Norge kan delta på prosjekt- til prosjektbasis innen forskningsprogrammene. EUs syvende rammeprogram er ikke 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 om strålevern og avfallshåndtering mest relevant. Deltakelsen samfinansieres av Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Utenriksdepartementet, Nærings- og handelsdepartementet og Fiskeri- og kystdepartementet.

## Evalueringsprogrammet

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 påvise 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 for å danne et faglig grunnlag for en eventuell utvidelse av mammografiprogrammet til også å gjelde andre aldersgrupper. Stortinget bevilget 0,7 mill. kroner i revidert nasjonalbudsjett for 2006 til et forberedende arbeid for evaluering av mammografiprogrammet. Evaluering av mammografiprogrammet skal administreres av Forskningsrådet og planlegges gjennomført i perioden 2007 – 2010 Midlene foreslås videreført i 2007.



**Kap. 702 Helse- og sosialberedskap**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
01	Driftsutgifter	197 170		
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>		14 576	36 130
70	Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>		3 300	3 425
	Sum kap. 702	197 170	17 876	39 555

Overført fra 2005 til 2006:

Post 01: 26 826 000 kroner

Helse- og omsorgssektoren er en stående beredskapsorganisasjon. Aktører og ansvarsforhold er omtalt i budsjettets del III, Nasjonal helseplan 2007–2010. Formålet med beredskapsplanen er å bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester ved kriser, katastrofer og krig.

Hovedprioriterte områder i perioden 2007 er:

- å styrke krisehåndteringen i helse- og sosialtjenesten
- å styrke abc-beredskapsplanen (atomberedskap og beredskap mot biologiske og kjemiske hendelser)
- å arbeide for en robust forsyningsikkerhet i helsetjenestene og næringen
- å styrke det sivilmilitære og internasjonale helse- og sosialberedskapsarbeidet

Tiltak følges opp som del av regjeringens arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap. Tiltak finansieres primært over ordinære driftsbudsjetter. Det vises særlig til kapitlene 703, 710, 715, 720, 732 og 751. Bevilgningen over kap. 702 omfatter særskilte beredskapstiltak og delfinansiering av enkelte tiltak over ordinære driftsbudsjetter. For å ivareta en helhetlig framstilling er enkelte beredskapstiltak på de ordinære driftsbudsjetter også omtalt her.

**Styrket krisehåndteringsevne i helse- og sosialtjenesten**

Krav til beredskap følger av lov om helsemessig og sosial beredskap og annen helse- og sosiallovgivning, bl.a. smittevernloven, matloven og strålevernloven. Lovgivningen pålegger kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten å ha beredskapsplaner for å sikre forsvarlige helse- og sosialtjenester ved kriser og krig. Sykehus, vannverk og næringsmiddelkontrollen har selvstendig planplikt.

Sosial- og helsedirektoratet forvalter lov om helsemessig og sosial beredskap og deler av smittevernloven mens Statens helsetilsyn fører tilsyn med at tjenestene etterlever lovene. Tilsyn viser at alle de regionale helseforetakene og de 32 helseforetakene har bekreftet å ha planer etter lov om helsemessig og sosialberedskap. 414 av landets 431 kommuner har per juli 2006 opplyst å ha slike planer. Alle regionale helseforetak og alle kommuner, med ett unntak, har beredskapsplaner iht. smittevernloven.

Statens strålevern forvalter strålevernloven. Sosial- og helsedirektoratet, Helsetilsynet, Strålevernet og fylkesmennene følger opp kommuner og helseforetak for å få nødvendig planverk på plass i løpet av 2006.

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

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 ca. 67 pst. å ha beredskapsplan pr. desember 2005. Disse vannverkene leverer vann til ca 4 mill. fastboende personer. Antall personer som får vann fra vannverk uten beredskapsplan utgjør ca 320.000 fastboende. Mattilsynet har i samarbeid med bransjen laget en veileder i beredskapsplanlegging for vannverkene, som forelå i juni 2006.

Sektoren utvikler planene løpende på basis av risiko- og sårbarhetsanalyser, øvelser, organisasjonsendringer og virkelige hendelser. Oppfølging av St.meld. nr. 37 (2004 – 2005) Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering, er en prioritert oppgave. Det er gjennomført tiltak for å koordinere planer og innsats mellom nivåer og sektorer. Departementet vil bl.a. fastsette en over-

ordnet nasjonal helseberedskapsplan i løpet av 2006. Helseberedskapsrådet, som ledes av Sosial- og helsedirektoratet, arbeider for å styrke det sivilmilitære helsesamarbeidet på flere områder.

Sektoren har i perioden vært involvert i flere tilfeller av krisehåndtering: Fugleinfluensautbrudd i andre land, legionellautbrudd i Østfold våren 2005 og utbrudd av E-coli vinteren 2006. Krig i Libanon krevde at flere departementer måtte sette i verk ekstraordinære tiltak, jf. St.prp.nr. 81 (2005-2006) om endringer under enkelte kapitler på statsbudsjettet for 2006.

Sektoren har deltatt i flere øvelser, bl. a. redningsøvelsen Barents Rescue september 2005 og EUs pandemiøvelse Common Ground november 2005. Sektoren vil også delta i Øvelse Oslo 2006.

- Målene for 2007 er å utvikle kvalitet og sammenheng i beredskapsplanene på alle nivåer. Det vil bli gjennomført tiltak for: å få kommunene til å utvikle kvaliteten på sine beredskapsplaner, å utvikle samhandlingen i egen sektor og overfor andre sektorer, å følge opp flodbølgekatastrofen i Sør-Asia, samt øve alle nivåer. Mattilsynet vil gjennomføre tiltak og tilsyn slik at vannverk og næringsmiddelkontrollen har nødvendig planverk på plass i løpet av 2007.

### **Styrket abc-beredskap**

Helsemyndighetene har gjennomført flere tiltak mot et eventuelt utbrudd av pandemisk influensa. Forberedelsene er i tråd med anbefalingene fra Verdens helseorganisasjon og EU. Det er fastsatt en tredje versjon av Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. Planen gir rammer for helse- og sosialsektoren og alle departementenes beredskapsplanlegging. Det er kjøpt inn og lagret antivirale legemidler og inngått en leveranseavtale for kjøp av influensavaksine jf. St.prp. nr. 1 (2005-2006). Helsemyndighetene gjennomfører nå tiltak for å videreutvikle beredskapslagre og leveranseavtaler.

Helsemyndighetene har siden 2001 utviklet andre deler av abc-beredskapen: overvåknings-, måle- og analysekapasitet, kompetanse og legemiddellagre. Departementet har godkjent landsfunksjon for behandling av abc-skader ved Ullevål universitetssykehus HF. Funksjonen omfatter pasientbehandling, forskning og rådgivning i behandling av pasienter med abc-skader.

Det gjenstår å videreutvikle måle- og analysekapasitet, kompetanse og legemiddellagre. Koordinering av abc-beredskapen involverer et stort antall sektorer og virksomheter. Kriseutvalget for atomberedskap er kommet langt i å utarbeide koordinerte planer, jf. ny kgl.res. av 17.2.2006. Hel-

seberedskap mot biologiske og kjemiske hendelser bygger på den alminnelige smittevernberedskapen og nødetatens kjemikalieberedskap.

- For 2007 er det et mål å videreutvikle abc-beredskapen. Det pågår et kontinuerlig arbeid med å følge opp tiltak i Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa og videreutvikle relevante tiltak mot en eventuell pandemi. Landsfunksjon for abc-skader ved Ullevål universitetssykehus HF skal videreutvikles. Departementet planlegger en gjennomgang av sektorens beredskap ved biologiske og kjemiske hendelser.

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

Kommunene, regionale helseforetak og helseforetak har ansvar for egen forsyningssikkerhet og er pålagt å ta beredskapshensyn i logistikksystemer og leveranseavtaler. Som et supplement forvalter Sosial- og helsedirektoratet nasjonale beredskapslagre av medisinsk forbruksmateriell og legemidler, herunder avtale med en grossist som holder beredskapslager av legemidler. Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for nasjonal vaksineforsyning og holder selv et beredskapslager av vaksiner.

Legemidler, medisinsk utstyr og forbruksmateriell produseres i liten grad i Norge, og lagrene i norske distribusjonsledd holdes på lavt nivå. Sosial- og helsedirektoratet foretar kontinuerlig vurdering av beredskapen på området.

I følge direktoratet har grossistene og apotekene i gjennomsnitt en lagerbeholdning på to til tre ukers forbruk hver. Det er derfor behov for fortsatt innsats og utvikling av beredskapslagre og leveranseavtaler.

I 2007 vil Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene, sammen med andre berørte aktører, arbeide videre med å styrke forsyningssikkerheten på alle nivåer.

### **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, bl.a. ved å delta i EUs nye senter for forebygging og kontroll av sykdommer i Stockholm (ECDC). I den nordiske kretsen er det inngått en helseberedskapsavtale som bl.a. omfatter assistanse og informasjonsutveksling ved kriser og katastrofer.

En prioritert oppgave inneværende år har vært å legge til rette for nasjonal implementering av det nye internasjonale helsereglementet til WHO, som omfatter tiltak for å møte alvorlige hendelser som kan true folkehelsen i flere land. En annen utfordring er å utvikle det nordiske samarbeidet bl.a. ved kriser i utlandet. Som et ledd i Norges formannskap i Nordisk ministerråd i 2006 har departementet lagt til rette for en prosess fram mot en beslutning om et eventuelt nordisk samarbeid om produksjon av influensavaksine.

Målene for 2007 er: å utvikle nordisk samarbeid med vekt på tiltak for håndtering av pandemisk influensa og større krisesituasjoner i utlandet, å gjennomføre WHO's internasjonale helse-

reglement samt utvikle samarbeidet innenfor og mellom WHO, EU, IAEA og NATO.

### Merknader til budsjettforslaget

Ved Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2006 ble bevilgningen satt ned 10 mill. kroner som følge av overført beløp fra 2005 til 2006. For å korrigere dette foreslås bevilgningen satt opp 10 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2006.

Det foreslås å flytte 11 mill. kroner fra kap. 751, post 21 til kap. 702, post 21 for å samle finansieringen av særskilte legemiddelberedskapstiltak ett sted.

## Kap. 703 Internasjonalt samarbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelser	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
21	Spesielle driftsutgifter	13 618	25 354	28 817
70	Tilskudd til private/andre	26 281		
	Sum kap. 703	39 899	25 354	28 817

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

Internasjonalt samarbeid er integrert i de ulike fagområdene og finansieres primært over ordinære driftsbudsjetter. Bevilgningen over kap. 703 går i hovedsak til kontingenter 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 EUs nordlige dimensjon skjer med prosjektmidler bevilget over Utenriksdepartementets budsjett.

Hovedprioriteringer for 2007:

- følge utviklingen i EU på helse- og mattrygghetsområdet og følge opp tiltak i St.meld.nr. 23 (2005 – 06) Om gjennomføring av europapolitikken

- videreutvikle nordisk samarbeid på helse- og mattrygghetsområdet for blant annet å styrke den nordiske plattformen i EU og WHO
- ivareta sentrale helse- og utviklingspolitiske målsettinger gjennom arbeidet i WHO og støtte WHO's helsefremmende arbeid
- bidra til å styrke det internasjonale helseberedskapsarbeidet
- under norsk nordområdepolitikk, utvikle helsepolitiske satsinger i nærområdene gjennom multilateralt og bilateralt samarbeid
- løfte rusmiddelproblemer høyere på den internasjonale agendaen

### EU/EØS

Selv om helsetilbudet til befolkningen er et nasjonalt ansvar for EUs medlemsland, er det økende vilje til samarbeid for bl.a. å stå bedre rustet til i fellesskap å møte internasjonale helsetrusler og øke gjensidig læring.

Norge deltar i EUs folkehelseprogram 2003–2008 gjennom representasjon i programkomiteen og deltakelse i arbeidsgrupper knyttet til programets tre hovedsøyler: 1) helseinformasjon, 2) rask respons på helsetrusler, og 3) forebygging av risikofaktorer. Norske fagmiljøer deltar i flere prosjekter, også med prosjektansvar. Kontingent for delta-

kelsen, samt kostnader til to nasjonale eksperter ved EU-kommisjonen knyttet til programmet, dekkes over dette kapitlet. Kommisjonen har lagt fram forslag til å videreføre et revidert Folkehelseprogram for perioden 2007-2013. Norges videre deltakelse vil bli foreslått i en egen proposisjon.

EUs regelverksutvikling på mattrygghetsområdet følges opp ved årlig å gjennomføre 50–100 rettsaker i norsk rett. Norge deltar i den faste komiteen for næringsmiddelkjeden og dyrehelsen, og i en rekke arbeids- og ekspertgrupper for å påvirke innholdet i nytt regelverk. En nasjonal ekspert på mattrygghetsfeltet finansieres over dette kapitlet. Norge arbeider blant annet 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). EFSA's hovedoppgave er å framskaffe uavhengige vitenskapelige vurderinger i saker av betydning for mattryggheten, herunder risikovurderinger knyttet til dyrehelse, dyrevelferd og plantehelse. EFSA's vitenskapelige vurderinger vil danne grunnlag for utvikling av regelverk i regi av EU-kommisjonen.

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 egen stortingsproposisjon om norsk deltakelse i EFSA når saken er avklart gjennom beslutning i EØS-komiteen.

Norge deltar i EU-byrået for godkjenning av legemidler (European Agency for Evaluation of Medicinal Products, EMEA) og byråets ekspertkomiteer. Nytt regelverk for godkjenning og markedsføring av legemidler (legemiddelreformen) trådte i kraft i EU med gjennomføringsfrist oktober 2005. Det må gjennomføres et betydelig implementeringsarbeid nasjonalt, dels med lov- og forskriftsendringer. Norske representanter deltar også i utvalg og komiteer på områdene legemidler og medisinsk utstyr. En nasjonal ekspert på legemiddelområdet finansieres over dette kapitlet. Kontingenten for deltakelse i EMEA dekkes over kap. 750 Statens legemiddelverk.

EF-domstolens praksis vedrørende pasienters mulighet til å få dekket utgifter til helsehjelp i andre medlemsstater (pasientmobilitet) har sammenheng med fri bevegelse av tjenester, og gjelder på samme måte for EØS-land som for medlemsland. Kommisjonens opprinnelige forslag til tjenstedirektiv inneholdt bestemmelser som i hovedsak skulle være en kodifisering av EF-domstolens praksis på området. I behandlingen av utkastet til tjenstedirektiv ble bestemmelsen strøket samtidig som helsetjenester er unntatt fra direktivets vir-

keområde. Kommisjonen har varslet at det vil bli satt i gang arbeid med separat regulering på området. Departementet vil følge utviklingen i dette arbeidet. Norge deltar som observatør i EUs High Level Group on Health Services and Medical Care og i en av arbeidsgruppene som arbeider med spørsmål knyttet til å søke eller motta helsehjelp i utlandet og utfordringer i denne sammenheng.

Norge er medlem i EUs narkotikaovervåkings-senter The European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Medlemskapet bygger på en bilateral avtale og 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 informasjon. Bevilgningen dekker kontingenten for deltakelse i EMCDDA.

EFTA-landene er invitert til å delta i EUs nylig vedtatte 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-komiteen.

EU-landene har siden 2001 hatt et beredskaps-samarbeid mot terror med bruk av abc-midler. Norge deltar i Health Security Committee (HSC), herunder i nettverk for informasjon og varsling relatert til bruk av abc-midler, samt arbeidsgrupper for utvikling av felles standarder og krisehåndteringsverktøy. EUs senter for forebygging og kontroll av sykdommer (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC), etablert i Stockholm i 2005, 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. Funksjonene i EUs nettverk for smittsomme sykdommer, der Norge har deltatt siden etableringen i 1998, videreføres som hovedfunksjoner ved senteret. 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. Aktuelle områder er helsesystemutvikling og forebygging, styrking av primærhelsetjenesten, e-helse, helseregistre, alkohol, narkotikamisbruk, tobakk og helsefremmende tiltak. Finansieringsordningene bør også

bidra til styrking av bilaterale forbindelser. Departementet legger vekt på å bidra aktivt i utvikling av prosjekter og partnerskap med de aktuelle landene.

I tråd med målsettingen i St.meld. nr. 23 (2005 - 2006) om en aktiv og åpen europapolitikk som mer offensivt ivaretar norske interesser overfor EU er målet for 2007 å følge opp samarbeidsområdene pasientmobilitet, smittevern, mattrygghet og deltakelse i folkehelseprogrammet 2007-2013.

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

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

Departementet arbeider nå 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 som kan iverksettes i forhold til sykdomsbekjempelse.

Sammen med de øvrige nordiske landene bidro Norge i 2005 til å sette problemer knyttet til alkohol og folkehelse på WHO's dagsorden. Norge var det første landet til å ratifisere rammekonvensjonen om kontroll av tobakkbruk i 2003. Det første partsmøtet ble avholdt i 2006.

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, den siste i Budapest i juni 2004. Norge har fulgt disse prosessene og deltatt aktivt i oppfølgingen av Budapest-konferansen. Videre har Norge deltatt aktivt i utviklingen av WHO's globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse, som ble vedtatt av helseforsamlingen i 2004 og er fulgt opp på europeisk og nordisk nivå i 2006. I november 2006 arrangerer WHO en europeisk ministerkonferanse om overvekt. Norge samarbeider med WHO om gjennomføring av WHO/FN-protokollen om vann og helse. Departementet deltar også i arbeidet i Codex Alimentarius Commission, WHO's 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 i kommisjonen (2004-2007).

Mål for 2007 er å bidra til et målrettet og samlet norsk engasjement i WHO, herunder oppfølging

og implementering av rammekonvensjonen for tobakkskontroll, den globale strategien for kosthold, fysisk aktivitet og helse, oppfølging av den europeiske ministerkonferansen om overvekt, det nye internasjonale helsereglementet, handlingsplanen for barns miljø og helse, samt arbeidet med alkohol og folkehelse. Videre legges det vekt på helsesystemutvikling og implementering av prosjekter under protokollen for vann og helse. Et annet mål for 2007 er å følge opp et nordisk initiativ om et faglig basert handlingsdokument for å styrke det internasjonale arbeidet mot alkoholskader.

### **Nordisk Ministerråd – helsesamarbeid**

Under formannskapet i Nordisk Ministerråd i 2006 har Norge bidratt i en rekke nordiske prosjekter innenfor helseområdet: samarbeid om e-helse og telemedisin, legemidler, helseberedskap, miljømedisin, alkoholpolitikk, narkotikamisbruk, merking, kjøttkontroll og samarbeid med Nordvest-Russland og de baltiske landene. Norge har ledet arbeidet med å utrede muligheten for en felles nordisk vaksineproduksjon.

Nordisk helseberedskapsavtale knytter helseberedskapssamarbeidet til det nordiske samarbeidet under Nordisk Ministerråd. Det vises til kap. 702 Helse- og sosialberedskap for en nærmere omtale av beredskapssamarbeidet.

Mål for 2007 er å følge opp viktige saker i det nordiske helsesamarbeidet. Dette gjelder oppfølging av prosjekter fra Norges formannskapsperiode og nye saksområder som gir merverdi for det nordiske samarbeidet og styrker 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.

I tråd med en handlingsplan vedtatt i 2006, vil Ministerrådet for fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk i 2007 prioritere samarbeid om kosthold, fysisk aktivitet, nordisk mat og forskningsbehov på matområdet.

### **EUs nordlige dimensjon, Barents- og Russlandssamarbeidet**

Norge er pådriver i helsesamarbeidet i nordområdene gjennom Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor rammen av EUs nordlige dimensjon og Barents helse- og sosialprogram.

Utbredelse av smittsomme sykdommer har lenge vært en trussel i regionen, særlig hiv/aids og multiresistent tuberkulose. Norge har prioritert tiltak mot tuberkulose samt helse og hygiene i

fengsler. Tuberkulosesituasjonen generelt er i bedring, men mye gjenstår når det gjelder forebygging av hiv.

Gjennom Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor rammen av EUs nordlige dimensjon har Norge et helse- og sosialsamarbeid med Russland, Estland, Latvia, Litauen og Polen. Samarbeidet ble etablert på en ministerkonferanse i Oslo i 2003. 15 land og 8 internasjonale organisasjoner inngår i partnerskapet. Norge har nestledervervet i 2006 og 2007. Helse- og sosialsamarbeidet under Barentsrådet er del av partnerskapet for helse og livskvalitet. Norge og Murmansk fylke leder samarbeidet i 2006-2007. De viktigste aktivitetene er tiltak mot hiv/aids og tiltak for barn og unge.

Norge har et omfattende bilateralt helsesamarbeid med Russland under Barentssamarbeidet og EUs nordlige dimensjon. Det gjennomføres et hundretalls samarbeidsprosjekter, med deltakere fra lokalt og regionalt nivå. Hovedinnretningen i prosjektene er faglig kontakt og kompetanseoverføring, med vekt på områder som hiv/aids, barn og unge, primærhelsetjenester og smittevern. Samarbeidet med Russland finansieres over Utenriksdepartementets budsjett. Den salderte bevilgningen til prosjekter på sosial- og helseområdet var i 2006 på 17,5 mill. kroner.

Mål for 2007 er å ivareta det norske viseformannskapet i ND-partnerskapet og formannskapet i arbeidet med sosial- og helsespørsmål under Barentsrådet samt nå målene i erklæringen om ND-partnerskapet og programmet for helse og sosiale spørsmål i Barentsregionen.

### **Bilaterale samarbeidsordninger og -avtaler**

Norge har et omfattende samarbeid med Russland gjennom EUs nordlige dimensjon og Barents helse- og sosialprogram. Norge har også hatt en bilateral helseavtale med Russland fra 1999, som utløp i 2005. Det er innledet dialog med Russland med sikte på å inngå en ny bilateral avtale med Russlands føderale myndigheter.

I tillegg til Russland har Norge bilateralt samarbeid med Kina og Frankrike. Som en oppfølging av helsesamarbeidet med Kina signeres det høsten 2006 en ny handlingsplan for perioden 2006–2009. Det legges vekt på folkehelse og forebygging, primærhelse, forebygging av infeksjoner, mor og barn-helse og helsesystemer.

Norge og Frankrike inngikk i februar 2003 en helsesamarbeidsavtale, og avtalen ble fornyet for to nye år i 2006. Avtalen skal bidra til utveksling av informasjon og kunnskap og etablering av partnerskap på departements-, etats- og helseforetaksnivå.

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

Mål for 2007 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 styringskomiteer under Europarådet; bioetikkkomiteen, Steering Committee on Bioethics (CDBI) og helsekomiteen, European Health Committee (CDSP). Hver komité har to plenumsmøter i året. Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin ble undertegnet av Norge i 1997. Konvensjonen skal etter planen ratifiseres høsten 2006. CDBI arbeider for tiden med en tilleggsprotokoll om genetisk testing som forventes ferdigstilt fra komiteens side i løpet av 2006.

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

I 2007 fortsetter omleggingen av Helsekomiteens primær oppgaver, med vekt på menneskerettigheter og etiske spørsmål i helsetjenesten.

### **Samarbeid i OECD om utfordringer på helsesektoren**

OECD, Organisation for Economic Co-operation and development, har initiert et program for å utrede helsesystemer, beskrive omfang og kvalitet på helsetjenestetilbudet og analysere pågående helsereformer i medlemslandene. Programmet ble avsluttet i 2004 og har fått stor oppmerksomhet og støtte fra medlemslandene. Rapporter og analyser fra programmet har stor verdi for den norske helseforvaltningen i arbeidet med å videreutvikle vår nasjonale helsetjeneste. Medlemslandene, inkludert Norge, ønsker å videreføre dette arbeidet i OECD i årene framover. Departementet er aktivt involvert i delprosjekter som skal utvikle indikatorer for måling av kvalitet i helsetjenesten, tiltak for å redusere ventetider på behandling og metoder

for å kvalitetssikre innføring av ny teknologi i helsetjenesten.

Mål for 2007 er å arbeide for videreføring og styrking av OECDs analyse- og utredningsarbeid rettet mot helsesektoren.

#### **European Observatory on Health Systems and Policies**

Sammen med Sverige, Finland, Spania og Hellas, samt WHO's Europakontor, Verdensbanken, The European Investment Bank (EIB), Open Society Institute, London School of Economics og London School of Hygiene & Tropical Medicine, er Norge partner og økonomisk bidragsyter til European Observatory (EO). Hensikten med EOs virksomhet er å gjøre tilgjengelig kunnskap og erfaringer

fra ulike helsesystemer for å bruke dette som grunnlag for politikktutforming i flere land. Grunnlaget skapes ved sammenliknende studier av europeiske helsesystem. Kunnskap spres på internett, ved deltakelse på forskningskonferanser mv. EO samler og utgir fakta om hvert europeisk land i egne hefter.

Mål for 2007 er økt bruk av kunnskap og erfaringer fra EO i Norge og i forbindelse med norsk deltakelse i helsesamarbeid i nærområdene.

#### **Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen foreslås satt opp med 2.5 mill. kroner. Dette er knyttet til en forventet kontingentøkning over EØS-avtalen og en formalisering av vår deltakelse i EFSA.

## Programkategori 10.10 Folkehelse

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt	690 504	591 934	713 451	20,5
712	Bioteknologinemnda	6 981	6 765	6 995	3,4
715	Statens strålevern	93 521	94 953	108 659	14,4
716	Statens institutt for rusmiddelforskning		31 924	33 057	3,5
718	Alkohol og narkotika		127 497	134 320	5,4
719	Folkehelse	101 325	186 972	224 628	20,1
	Sum kategori 10.10	892 331	1 040 045	1 221 110	17,4

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
01-23	Statens egne driftsutgifter	794 232	786 558	938 808	19,4
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	12 271	15 375	20 013	30,2
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen		36 000	47 296	31,4
70-89	Andre overføringer	85 828	202 112	214 993	6,4
	Sum kategori 10.10	892 331	1 040 045	1 221 110	17,4

Folkehelsearbeidet er samfunnets samlede innsats for å styrke faktorer som fremmer helsen og reduserer faktorer som medfører helserisiko. Folkehelsearbeidet er sektorovergripende og omfatter tiltak i mange samfunnssektorer med sikte på å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, 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 der fedme, inaktivitet, tobakks- og rusavhengighet er blant de største helsetruslene. Samtidig må tiltak og beredskap mot helsetrusler som følger av at vi lever i en glo-

balisert verden, opprettholdes. Forebygging av smittsomme sykdommer og vern mot strålingsfarer er i denne sammenheng viktig.

Programkategori 10.10 Folkehelse omfatter bevilgninger til virksomhetene Nasjonalt folkehelseinstitutt, Bioteknologinemnda, Statens strålevern og Statens institutt for rusmiddelforskning. Programkategorien omfatter videre bevilgninger til sentralt og lokalt folkehelsearbeid, herunder oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge. Kategorien omfatter spesielle driftsutgifter til folkehelsearbeidet, herunder bl.a. miljø og helse, tobakksskadeforebygging, ernæringsarbeidet 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.

Våren 2007 vil det legges fram en stortingsmelding som presenterer en strategi mot sosial ulikhet i helse, jf. nærmere omtale i del III, kap. 7. Meldingen vil være førende for hvordan regjeringen og den sentrale forvaltningen skal ta hensyn til sosial utjamning i helse de kommende ti årene. Mange av virkemidlene i strategien vil være forankret i andre handlingsplaner og satsingsområder. Flere av tiltakene som settes i verk eller styrkes i 2007, vil være relevante i arbeidet for å redusere sosial ulikhet i helse.

Helseutfordringene i Norge er preget av sykdommer der ugunstig livsstil og ikke minst usunt kosthold er en medvirkende årsak til sykdomsutviklingen. Som et ledd i den kommende strategien mot sosial ulikhet i helse og som oppfølging av Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005–2009 og en ny handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen, foreslås det bevilget 13 mill. kroner til styrking av disse områdene.

Satsingen på lokalt forankret folkehelsearbeid med vekt på bl.a. tverrsektorielle tilnærminger og tilpasninger til regionale og lokale forutsetninger og behov videreføres gjennom partnerskap for folkehelse. Stimuleringstilskuddet til partnerskapsfylkene styrkes med 10 mill. kroner slik at alle fylker fra 2007 kan innlemmes i ordningen.

Arbeidet med forebygging av sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistens foreslås styrket med 2 mill. kroner, jf. kap. 719, post 70 Hivforebygging, smittevern mv., og ny felles strategi skal utarbeides. Utbrudd av smittsomme sykdommer skal forebygges og smitteoverføring motvirkes.

Det vil fortsatt være behov for at Strålevernet bistår kommunene og byggebransjen med informasjon og kompetanseheving om radon. Arbeidet styrkes med 1 mill. kroner til bl.a. kartlegging og målinger, særlig i utsatte områder og områder for ny boligbygging, veiledning og befaringer, og praktiske forsøk for å få til kostnadseffektive utbedringstiltak.

Diagnosebaserte befolkningsundersøkelser av psykiske lidelser foreslås styrket med 5 mill. kroner over kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt, post 01. Videre foreslås det 2 mill. kroner til en landsomfattende undersøkelse, i regi av Nasjonalt folke-

helseinstitutt, av sentrale problemstillinger ved ADHD. Befolkningsundersøkelsen i Nord-Trøndelag, Hunt 3, foreslås styrket med 3 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett i 2006.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal gi et helhetlig og samordnet tilbud til gravide og til barn og ungdom 0–20 år, og språkutvikling vil stå sentralt i 2007.

På bakgrunn av legionelleautbruddet i Østfold i 2005 utarbeidet en prosjektgruppe, oppnevnt av departementet, en rapport der det foreslås forslag til nye tiltak for å forebygge legionellasykom. Det arbeides nå med å følge opp tiltakene i rapporten, herunder å utarbeide permanent regelverk for å hindre overføring av legionella via aerosol.

Høsten 2006 skal regjeringen ferdigstille en opptrappingsplan for rusfeltet, se nærmere omtale i Del III, kap. 6.6.2 i Nasjonal helseplan. Planen vil omhandle tiltak på hele rusfeltet – forebygging, behandling, omsorg, oppfølging, forskning, kompetanse, kvalitet mv. Det presiseres at dette ikke skal medføre etablering av særomsorg på rusfeltet – utgangspunktet er at tjenestetilbudet til personer som har eller er i ferd med å utvikle rusmiddelproblemer skal inngå som en del av det ordinære tilbudet om helsetjenester, sosialtjenester, arbeidsrettete tjenester mv. Tiltakene i planen skal sikre en helhetlig og balansert rusmiddelpolitikk. Det overordnede målet for planen vil være å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner og for samfunnet. For å nå dette målet vil det være det nødvendig å ta flere grep. Regjeringen har som mål å:

- gi rusmiddelpolitikken et tydeligere folkehelseperspektiv
- heve kvaliteten og kompetansen på rusfeltet
- bidra til sosial inkludering og mer tilgjengelige tjenester
- legge til rette for at de som yter tjenester samhandler og samordner seg
- sikre brukere innflytelse på tjenestene de mottar og pårørende bedre ivaretagelse

I 2007 foreslås en satsing på 50 mill. kroner. Se nærmere omtale under kapitlene 701, 718, 726, 732, 761, 2752 og 2755, samt under kap. 430 i St.prp. nr. 1 (2006–2007) for Justis- og politidepartementet.

**Kap. 710 Nasjonalt folkehelseinstitutt**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
01	Driftsutgifter	514 400	403 796	413 738
21	Spesielle driftsutgifter	163 833	172 763	284 000
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	12 271	15 375	15 713
	Sum kap. 710	690 504	591 934	713 451

Overført fra 2005 til 2006:

Post 01: 3 748 000 kroner

Post 45: 7 770 000 kroner

Nasjonalt folkehelseinstitutt (heretter instituttet) er landets fagmyndighet for smittevern, miljømedisin, epidemiologi og retts toksikologi. Instituttet forvalter kunnskap om helsetilstanden i befolkningen og om forhold som påvirker helsen, og skal bidra til å bedre folkehelsen gjennom å skaffe fram kunnskap, gi råd og yte tjenester som gjør det mulig å forebygge sykdom og helseskade. 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 det nyeste på forskningsfronten og skal være i stand til å omsette kunnskapen til nytte for beslutningstakere, helse- og omsorgstjenestene og offentligheten.

Instituttet har i 2005 styrket helseovervåkingen gjennom mer effektiv datainnsamling. Data og statistikk er systematisert i databasen Norgeshelse. Data i Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) er gjort allment tilgjengelig på instituttets nettsted. Det gir en fortløpende oppdatert oversikt over utbredelsen av smittsomme sykdommer i landet.

Instituttet har bistått Sosial- og helsedirektoratet med å vurdere hvilke nasjonale sykdoms- og kvalitetsregistre som bør opprettes for viktige folkehelseproblemer. Instituttet har anbefalt at det opprettes et nasjonalt personidentifiserbart pasientregister som kan gi opplysninger om alle typer sykdommer og skader.

Abortstatistikken er overført fra Statistisk sentralbyrå til instituttet.

Reseptbasert legemiddelregister har gjort det mulig å lage oversikter over legemiddelforbruket i befolkningen spesifisert på alder, kjønn og bosted. Det er satt i gang arbeid med å lage en søkbar offentlig nettversjon med data fra Reseptregisteret.

I 2006 har instituttet fortsatt arbeidet med å innføre elektronisk innmelding av data til helseregistrene. Blant annet skal alle landets sykehus sende inn meldinger om fødsler og aborter elektronisk til Medisinsk fødselsregister før 31. desember 2006.

Overvåkingen av helseskadelige effekter av rusmidler og sammenhengen mellom rusmidler og ulykker, og rus og psykiske lidelser er styrket. Overvåkingen og forskningen på området rusmiddelbruk og trafikkulykker har vært hemmet av manglende hjemmelsgrunnlag for å utnytte instituttets data til forskning. I 2006 har instituttet imidlertid avsluttet en stor nordisk undersøkelse om rusmiddelbruk blant drepte bilførere, og fortsetter den såkalte Veikantundersøkelsen for å kartlegge hvor utbredt bruk av medikamenter og rusmidler er hos bilførere. Instituttet har bistått påtalemyndighetene og rettsvesenet med analyser, rådgivning og sakkyndige uttalelser i straffesaker som omfatter rusmidler, gifter og skadelige virkninger av medikamenter. Det er lagt vekt på å holde kort svartid og høy kvalitet på tjenestene.

I 2007 vil instituttet arbeide med å effektivisere tjenestene i retts toksikologi og rekruttere nye fagspesialister. Målet er å oppnå balanse mellom etterspørsel og kapasitet.

Instituttets fagmiljø i psykisk helse er styrket bl.a. ved etablering av flere fag-, forsknings- og overvåkingsgrupper. Instituttet har også utarbeidet oversikt over utbredelse av psykiske vansker blant barn og unge og har i 2006 engasjert seg i det psykiske helsetilbudet til denne gruppen. Det ansettes nye forskere og fagspesialister for å styrke forskningen på alvorlige psykiske lidelser og selvmord og forskning for å utvikle effektive forebyggingstiltak. Psykisk helse vil fortsatt være et satsingsområde i 2007. Målet er å bygge opp et solid fagmiljø med kompetanse innenfor alle viktige diagnosegrupper.

Som ledd i miljømedisinsk overvåking er det i 2005 gjennomført flere undersøkelser for å skaffe oversikt over befolkningens kroppsbelastning med

organiske miljøgifter som PCB, dioksiner og bromerte flammehemmere. Søvnforstyrrelser forårsaket av støy er kartlagt. For å utvikle tiltak som kan redusere skadevirkningene av støy, kartlegges det i 2006 hvilke effekter ulike typer fasadeisolerings tiltak har på støyplager og søvnforstyrrelser. Det gjennomføres også et prosjekt for å kartlegge effektene av støy fra togtrafikk.

Instituttet har styrket den nasjonale beredskapen mot smittsomme sykdommer og kjemiske miljøfaktorer for å gjøre landet bedre rustet mot epidemier og eventuell framtidig bruk av biologiske eller kjemiske terrormidler. Instituttet har bidratt i arbeidet med å utvikle en nasjonal beredskap mot pandemisk influensa, og er sekretariat for departementets pandemikomité.

Overvåkingen av smittsomme sykdommer er styrket ved at rutinene for Tuberkuloseregisteret og MSIS er forbedret. Overvåking av hiv-resistens ble innlemmet i MSIS som en prøveordning i 2005 og som fast ordning fra 2006.

Instituttet skal videreføre informasjonsoppgavene knyttet til forebygging av hiv og aids og andre seksuelt overførbare infeksjoner, og ellers følge opp Strategiplanen i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, jf. kap. 719, post 70.

Det er oppdaget flere tilfeller av matbåren smitte, bl.a. utbruddet med den spesielle O:103-stammen av *E. coli* bakterien der 18 personer ble alvorlig syke og ett barn døde. Dårlig drikkevannskvalitet er fortsatt en utfordring i forhold til vannbårne sykdommer. For bl.a. å demme opp for det økte smittepresset av mat- og vannbårne infeksjoner vil instituttet samarbeide med Veterinærinstituttet, Mattilsynet og kommunene om å styrke innsatsen for økt mattrygghet. Instituttet skal i 2007 ivareta referansefunksjoner, faglig beredskap og yte annen FoU-basert bistand til Mattilsynet, med grunnlag i basisbevilgningen og eksisterende avtaler. Instituttet skal videreutvikle rådgivnings- og informasjonsfunksjonen overfor sentrale helse- og landbruksmyndigheter, kommunene og helseforetakene.

Antibiotikaresistens er overvåket og det er laget en plan for overvåking av befolkningens immunitet mot ulike infeksjonssykdommer. Instituttet har bidratt til internasjonal smitteovervåking, særlig i Nordvest-Russland og de baltiske statene.

Opgaver som er tillagt instituttet i Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004–2006 er iverksatt, herunder overvåking av infeksjoner i henhold til Norsk overvåkningssystem for infeksjoner i sykehus (NOIS) og gjennomføring av en nasjonal håndhygienekampanje i sykehus og sykehjem. Håndhygienekampanjen

med veileder har ført til endringer i holdninger og atferd hos helsepersonell og har ført til økning i forbruket av hånddesinfeksjonsmidler.

Feltepideologisk gruppe og overvåkingssystemet skal styrkes slik at utbrudd kan oppdages og kilden uskadeliggjøres tidligere enn nå. Arbeidet med å forebygge sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistens skal i 2007 fortsatt stå sentralt. Målet er å redusere antall sykehusinfeksjoner og unngå ytterligere økning av antibiotikaresistens.

Instituttet har bidratt til det internasjonale smittevern samarbeidet gjennom Verdens helseorganisasjon og det nyopprettede European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) i Stockholm. Instituttet skal i 2007 delta i internasjonalt smittevern arbeid, jf. kap. 703 Internasjonalt samarbeid.

Instituttet har fått støtte til flere store prosjekter gjennom Norges forskningsråd og internasjonale forskningsfinansieringskilder som EUs 6. rammeprogram for forskning og National Institutes of Health i USA. Samarbeidet med internasjonale forskningsmiljøer er videreutviklet.

Instituttet deltok aktivt i arbeidet med å oppklare utbruddet av legionellasykdom i Østfold i 2005 ved bruk av feltepideologisk gruppe og avanserte DNA-analyser.

Biobankregisteret er satt i drift, og det er etablert egen nettside med skjema for forskningsbiobanker og diagnostikk- og behandlingsbiobanker.

Som ledd i gjennomføringen av ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin, skal instituttet i 2007 legge til rette for at stillinger kan benyttes i utdanning av spesialister i samfunnsmedisin.

I 2007 vil arbeidet med å fullføre datainnsamlingen til den landsdekkende Mor- og barnundersøkelsen ha høy prioritet. Innsamlingen av data til undersøkelsen er utvidet til å omfatte de aller fleste sykehusene i landet. Det utarbeides en statistikkalendar som skal gi brukere oversikt over når ulike typer regelmessig statistikk vil bli publisert.

Det er gjennomført forskningsprosjekter for å skaffe kunnskap om årsaker til de store folkehelseproblemene som allergi, astma, diabetes, hjerte- og karsykdommer, kreft og osteoporose og om hvilke effekter ulike miljøfaktorer har på helsen.

Instituttet har satt i gang forskning på fysisk aktivitet og helse, kosthold og helse og årsaker til sosial ulikhet i helse. I 2007 vil instituttet styrke forsknings- og rådgivningsinnsatsen på området sosial ulikhet og helse, hovedsakelig ved epidemiologisk forskning.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 49 (2003–2004) Mangfold gjennom inkludering og deltakelse, har instituttet startet arbeidet med å utvikle dødelighet som indikator på utvikling i helsesitu-

sjonen for ulike innvandrergupper. Det er imidlertid nødvendig med flere analyser og mer forskning før en endelig presentasjon, jf. vedlegg til St.prp. nr.1 (2006–2007) Kunnskapsdepartementet.

Instituttet gjennomfører et prosjekt om kartlegging av familierelasjoner i ekteskap. Prosjektet samfinansieres av Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet og vil foreligge innen utgangen av 2006.

I 2006 er det laget en kunnskapssammenstilling om barns miljø og helse som bakgrunnsdokument til en interdepartemental strategiplan om samme tema. Instituttet deltar også i arbeidet med ny handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen.

Pneumokokkvaksine ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet fra 1. juli 2006. Kikhoste er innført for 2.klassinger fra 1. januar samme år. Instituttet har forberedt innkjøp og logistikk og har bistått kommunene med råd. Det har vært en målsetting å øke vaksinasjonsdekningen av influensavaksine i risikogrupperne til 50 pst. i 2006. Bestillingene fra kommunene på influensavaksine tyder på at dette målet vil nås.

Avdeling for biofarmasøytisk produksjon har hatt flere større produksjonsoppdrag. Arbeidet med å omstille denne virksomheten fra ordinær vaksineproduksjon til oppdragsproduksjon går etter planen. Arbeidet tar sikte på å bygge opp en konkurransedyktig enhet for biofarmasøytisk produksjon.

### **Vitenskapskomiteen for mattrygghet**

Vitenskapskomiteen for mattrygghet ble etablert 1. januar 2004 som del av reformen av matforvaltningen. Hovedformål for komiteen er å sikre uavhengige vitenskapelige risikovurderinger for Mattilsynet om forhold som har direkte eller indirekte betydning for helsemessig trygghet i alle ledd i matkjeden fra produksjon til konsum. Risikovurderingene vil være grunnlag for etablering av beskyttelsesnivå og valg av tiltak, for eksempel utarbeidelse av forskrifter, instruksjoner og i enkeltsituasjoner der nye risikoforhold oppstår. Komiteen skal også utføre vitenskapelige risikovurderinger på områdene kosmetikk, dyrehelse, dyrevelferd og plantehelse, og inkludere relevante miljøhensyn under Mattilsynets forvaltningsansvar. Vitenskapskomiteen er organisert i en hovedkomite og åtte faggrupper. Sekretariatet er lokalisert til Nasjonalt folkehelseinstitutt, men er faglig uavhengig av instituttet.

Vitenskapskomiteen for mattrygghet har avgitt uttalelser i en rekke større saker i 2005 og 2006, bl.a. helse- og miljørisiko knyttet til antibiotikare-

sistensgener i GMO, risiko for introduksjon av fugleinfluenta til Norge og en helhetsvurdering av fisk og annen sjømat. En større vurdering av helsemessige konsekvenser ved bruk av søtstoffer i stedet for sukker i drikker er under arbeid.

Å tydeliggjøre Vitenskapskomiteens rolle i forhold til andre aktører innen mattrygghet er blitt vektlagt, men det vil fortsatt være nødvendig å videreutvikle samarbeidsrutiner og rollefordeling i forhold til Mattilsynet, FoU-miljøene og Nasjonalt råd for ernæring. Evaluering av Vitenskapskomiteen gjennomføres i 2006, i forkant av nyutnevning av komiteen i 2007.

Kompetanseutviklingstiltak i forhold til risikovurderinger skal gjennomføres. Deltakelse i EFSA's Advisory Forum og kontakt med andre EØS-lands risikovurderingsorganer er høyt prioritert. Vitenskapskomiteens arbeid skal være åpent og tilgjengelig via nettpubliserings, bl.a. gjennom Matportalen, og dialog med berørte parter.

### **Post 01 Driftsutgifter**

17,3 mill. kroner av driftsbevilgningen foreslås ørmerket Vitenskapskomiteen for mattrygghet.

Programmet for screening for livmorhalskreft (cervix-screening) er flyttet fra Nasjonalt folkehelseinstitutt til Kreftregisteret, jf. Innst. S. nr. 205 (2005–2006), jf. St.prp. nr. 66 (2005–2006). Bevilgningen foreslås satt ned 2 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 737, post 70, settes opp tilsvarende.

Posten foreslås styrket med 5 mill. kroner til diagnosebaserte befolkningsundersøkelser av psykiske lidelser. Nye faggrupper på forstyrrelser knyttet til rusmiddelbruk og dobbeltdiagnose skal igangsettes i 2007.

Bevilgningen foreslås satt ned 2,75 mill. kroner som en innstramming.

### **Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Gratis pneumokokkvaksine til spedbarn er innført som del av barnevaksinasjonsprogrammet, jf. St.prp. nr. 39 (2005–2006) og Innst. S. nr. 121 (2005–2006). Posten foreslås styrket med 93 mill. kroner til dette formålet.

Bevilgningen foreslås satt opp 2 mill. kroner til landsomfattende ADHD – undersøkelse i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt.

For å ta hepatitt B-vaksine med i barnevaksinasjonsprogrammet, foreslås bevilgningen satt opp 5,1 mill. kroner mot at bevilgningen over kap. 2751, post 70, settes ned tilsvarende.

Nasjonalt folkehelseinstitutt har i 2006 fått ansvar for drift av Register for biobanker, tidligere

finansiert over kap. 719, post 21. Bevilgningen foreslås satt opp 1 mill. kroner mot at kap. 719, post 21, settes ned tilsvarende.

### Kap. 3710 Nasjonalt folkehelseinstitutt

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
02	Diverse inntekter	226 639	37 324	38 742
03	Vaksinesalg		70 300	85 300
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	334		
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	4 141		
17	Refusjon lærlinger	429		
18	Refusjon sykepenger	5 235		
	Sum kap. 3710	236 778	107 624	124 042

#### Merknad til budsjettforslaget

For 2006 ble det bevilget 15 mill. kroner til gratis influensavaksine til risikogrupper. For å starte opp tilbudet har kommunene i 2006 kunnet skaffe vaksine vederlagsfritt fra instituttet, og kunnet ta betalt for arbeidet med å vaksinere og legge til rette for et system for massevaksinasjon. Utkast til

forskrift om at kommunen plikter å tilby vaksinen til risikogruppen, har vært på høring med forslag om iverksetting januar 2007. Det foreslås i 2007 at Nasjonalt folkehelseinstitutt selger vaksinen til kommunene, som tar betalt for vaksinen slik praksis har vært før 2006. Bevilgningen over post 03 foreslås derfor satt opp 15 mill. kroner.

### Kap. 712 Bioteknologinemnda

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
01	Driftsutgifter	6 981	6 765	6 995
	Sum kap. 712	6 981	6 765	6 995

Overført fra 2005 til 2006:  
Post 01: 208 000 kroner

Bioteknologinemnda er et frittstående, rådgivende organ oppnevnt av regjeringen og hjemlet i bioteknologiloven og genteknologiloven. Nemnda skal drøfte etiske og samfunnsmessige spørsmål knyttet til bioteknologisk virksomhet, informere publikum, bidra til samfunnsmessig bevisstgjøring og gi råd om gen- og bioteknologi til norske myndigheter. Nemnda har 21 medlemmer, hvorav 13 personlig oppnevnte og åtte organisasjonsoppnevnte. I nemnda møter også observatører fra syv departement. Sekretariatet har i 2005 hatt fem faste stillin-

ger, to stillinger på engasjement, vikariat og timebasis og en sivilarbeider.

I 2005 har nemnda hatt ni ordinære møter, avgitt 18 høringsuttalelser og avholdt kurs for lærere og elever. Nemnda har drevet utstrakt informasjonsarbeid og har en omfattende kontaktflate mot fagmiljøer og allmennheten. Nemnda mottok over 1200 henvendelser, bl.a. fra elever og lærere. Informasjonsbladet Genialt utkom med fire nummer i opplag 8000, har 7200 abonnenter og er tilgjengelig på nemndas nettside. Nemnda har arrangert seks åpne møter med ulike temaer. For å styrke den offentlige debatten i forbindelse med endring av bioteknologiloven, ble det arrangert to åpne høringer om preimplantasjonsdiagnostikk og

forskning på befruktete egg. Nemndsmedlemmene og sekretariatet har holdt et stort antall eksterne foredrag.

Bevilgningen foreslås ført videre på samme nivå som for 2006.

### Kap. 3712 Bioteknologinemnda

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
16	Refusjon fødselspenger	309		
	Sum kap. 3712	309		

### Kap. 715 Statens strålevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
01	Driftsutgifter	63 361	59 413	66 468
21	Oppdragsutgifter	30 160	35 540	37 891
45	Større utstørsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>			4 300
	Sum kap. 715	93 521	94 953	108 659

Overført fra 2005 til 2006:  
Post 21: 23 000 kroner

Statens strålevern (Strålevernet) forvalter lov av 12. mai 1972 nr. 28 om atomenergivirksomhet (atomenergiloven), lov 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling (strålevernloven) og forskrifter gitt med hjemmel i disse. Til støtte for denne forvaltningen driver Strålevernet forsknings-, utviklings- og utredningsarbeid. Strålevernet har ledelse og sekretariat for Kriseutvalget for atomberedskap.

Strålevernet har produsert veiledere og gjennomført revisjoner og tilsyn for å sikre etterlevelse av forskrift 21. november 2003 nr. 1362 om strålevern og bruk av stråling. Implementering av forskriften vil være hovedsatsing også i 2007. Det er særlig forvaltningsarbeidet i tilknytning til godkjenninger som vil bli prioritert. Arbeidet med kvalitetssikring i stråleterapi (KVIST) vil bli fulgt opp bl.a. med utvikling av handlingsprogrammer i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet.

Strålevernets arbeid med Institutt for energiteknikk (IFE) konsekvensvurderingsrapport er avsluttet uten nye pålegg. Strålevernets gjennomgang av historiske utslipp i Kjellerområdet ble avsluttet i februar 2005. Gjennomgangen gjorde

det mulig å trekke konklusjoner med henhold til eventuelle helseeffekter. I 2007 vil behandlingen av konsesjonssøknaden om fornyet konsesjon for samtlige av IFEs nukleære anlegg, samt det statlig eide anlegget for lagring og deponering av radioaktivt avfall i Himdalen kreve stor innsats. Innstilling til søknaden skal gis i 2008. Strålevernet vil samtidig fortsette behandlingen av IFE's dekommissjoneringsplaner der Strålevernet har satt krav om videre utredninger. I september 2006 var Strålevernet, som tilsynsmyndighet, involvert i oppfølgingen av en hendelse i IFE's forskningsreaktor på Kjeller. Hendelsen medførte ikke helsefarlige utslipp.

Statens strålevern har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført en evaluering av de tiltak mot radon som ble gjennomført i perioden 1999–2003. Det ble gjennomført radonmålinger i 158 kommuner, i totalt 37 200 boliger. Resultatene viser at tiltakene ga god effekt idet radonkonsentrasjonen i boliger er blitt redusert med gjennomsnittlig 62 pst. etter utbedringstiltak. Det foreslås en styrking av Strålevernet med 1 mill. kroner til arbeid med å bistå kommuner og byggebransjen med informasjon og kompetanseheving om radon. Det vil arbeides videre for å sette i verk kostnadseffektive radonforebyggende tiltak.

Arbeidsgruppen som vurderte forvaltningen av høyspentanlegg har avgitt sin rapport. Rapporten er fulgt opp i en arbeidsgruppe mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Olje- og energidepartementet. Regjeringens forvaltningsstrategi for elektromagnetiske felt og helse ble inntatt i revidert nasjonalbudsjett våren 2006, jf. St.prp. nr. 66 (2005–2006). Strålevernet skal følge opp de informasjonsoppgaver som er omtalt i strategien. Informasjonsarbeidet skal gjennomføres i samarbeid med Norges vassdrags- og energidirektorat. Utgiftene til dette arbeidet dekkes over kap. 719, post 21.

Strålevernets innsats i forhold til Miljøverndepartementet og Utenriksdepartementet har i 2005 pågått i samsvar med planverk og tildeling. Dette har inkludert et bredt samarbeid med russiske myndigheter. Strålevernet har i 2005 hatt en bred internasjonal aktivitet. På miljøsektoren gjaldt dette i forhold til OSPAR, ICRP og IUR.

Uv-varsling startet opp i juni 2006, som et samarbeid mellom Strålevernet og Meteorologisk institutt.

Helse- og omsorgsdepartementet og Forsvarsdepartementet har sammen med Strålevernet utarbeidet en rapport om anløp av reaktordrevne fartøyer i norske havner.

En ny kongelig resolusjon om atomberedskap ble vedtatt i 2006. Resolusjonen utvider Kriseutvalgets rolle i forhold til å gjelde også villede handlinger (atomhendelser), ikke bare atomulykker. Et større arbeid med å implementere denne i den nasjonale beredskapsorganisasjonen vil bli sluttført i 2007. Oppfølging av Kriseutvalgets langtidsplan og helsemyndighetenes ABC-beredskap videreføres for å bedre den nasjonale beredskapen. Internasjonalt vil Strålevernet videreføre sin ledende rolle i oppbyggingen av internasjonal atomberedskap.

Strålevernet vil fortsatt ha en aktiv rolle i det arbeid som pågår for å bedre atomsikkerheten og miljøet i våre nærområder. Behovet for informasjon på strålingsområdet er stort, og målgruppene er mange og differensierte. Felles for all stråleeksponering er at negative helseeffekter kan opptre, og at viktige samfunnsverdier kan forringes eller trues. For Strålevernet vil fokusering på riktige tiltak og virkemidler for bedre strålevern være en overordnet og vedvarende utfordring.

Strålevernet vil i nært samarbeid med andre etater videreføre og videreutvikle de nasjonale overvåkningsprogrammer for radioaktiv forurensning i luft, marint og terrestrisk miljø samt i husdyr

og næringsmidler. Strålevernet vil arbeide aktivt for videre utvikling av det internasjonale samarbeidet på området og bidra til at Norge oppfyller sine internasjonale forpliktelser. Strålevernet vil styrke samarbeidet med russiske tilsynsmyndigheter med hensyn på å styrke deres funksjoner og kapasitet slik at fortsatt bistand til oppryddingsarbeidet i Russland følger internasjonale retningslinjer med hensyn til helse, miljø og sikkerhet.

En helhetlig rapport som dokumenterer stråledoser til alle yrkeseksponerte grupper, ble ferdigstilt i 2006. Kvalitetssikringsarbeid innen stråleterapi og mammografi har hatt fremdrift som planlagt i 2006. I industrisektoren har tilsyn avslørt mangler hos radiografivirksomheter, som krever oppfølging fra Strålevernets side. Samarbeidet mellom HMS-etatene er i utvikling, herunder samarbeidsavtale om grensesnittet mot Petroleumstilynet.

#### **Merknader til budsjettforslaget for 2007**

Bevilgningen foreslås satt opp 1 mill. kroner til informasjons- og kompetansetiltak om radon overfor kommunene og byggebransjen. Videre foreslås bevilgningen satt opp 5 mill. kroner til dekking av en del av engangsutgiften i forbindelse med renoveringen og påbygging av Strålevernets lokaler i Grini Næringspark.

Statens strålevern leverer tjenester gratis til norsk stråleterapi for å sikre riktige stråledoser til pasienter. Strålevernet kontrollerer om lag 40 stråleterapimaskiner hvert år, og dette gir grunnlag for dosering av behandling av flere enn 10 000 kreftpasienter per år. For lav eller for høy stråledose vil kunne være skadelig eller dødelig for de fleste av disse pasientene. Sykehusenes strålekilder kalibreres derfor mot en radioaktiv koboltkilde (kobolt-60) ved Strålevernets dosimetrilaboratorium. Kilden er del av et gammatronanlegg (gammastrålemaskin) som er mer enn 40 år gammelt og slitt, og reservedeler kan ikke lenger skaffes. Bevilgningen foreslås satt opp 4,3 mill. kroner til innkjøp av ny gammastrålemaskin.

Helse- og omsorgsdepartementet vil fastsette ett gebyr som skal dekke Strålevernets ressursbruk forbundet med behandlingen av IFEs konsesjonssøknad, jf. Kgl. res. 19. mai 2000 om delegasjon av myndighet til å innføre og fastsette tilsynsavgift og behandlingsgebyr for behandling av konsesjonssøknad etter atomenergiloven.

**Kap. 3715 Statens strålevern**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
02	Salgs- og leieinntekter	4 708	1 608	1 669
05	Oppdragsinntekter	30 136	35 493	36 842
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	10		
16	Refusjon fødselspenger	853		
18	Refusjon sykepenger	403		
	Sum kap. 3715	36 110	37 101	38 511

**Kap. 716 Statens institutt for rusmiddelforskning**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
01	Driftsutgifter	32 289	31 924	33 057
	Sum kap. 716	32 289	31 924	33 057

Overført fra 2005 til 2006(overført fra kap 622.01):  
Post 01: 879 000 kroner

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har som formål å utføre forskning som kan bidra til økt kunnskap omkring bruk og misbruk av rusmidler, tobakk og andre avhengighetsskapende stoffer, 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 pengespill.

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.

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 2005 utgitt for femte gang.

Instituttet skal ha et internasjonalt perspektiv i sin forskning. Det er behov for inngående analyser av endringer i nasjonal og internasjonal alkoholpolitikk, ikke minst med tanke på det nordiske samarbeidet i forhold til EU og WHO. Det er bl.a. behov for å analysere hvordan ulike alkoholpolitiske tiltak virker på norske forhold.

Instituttet skal i 2007 videreutvikle arbeidet med å holde oversikt over og fremskaffe kunnskap om forbruk, tilgjengelighet, økonomi, skadevirkninger og kriminalitet knyttet til alkohol-, narkotika- og tobakksbruk.

I 2007 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 skal etableres i forbindelse med det nye rusmiddelforskningssenteret i Norges forskningsråd, jf. kap. 701, post 50.

Statistikkdatabasen RusStat (<http://statistikk.sirus.no>), som ble etablert i 2005, gir tilgang til aktuell rusmiddelstatistikk og mulighet for å søke etter og bearbeide data. I 2007 skal instituttet fortsette arbeidet med å utvikle en samordning av alkoholstatistikken, herunder et indikatorsystem



som viser utviklingen i det uregistrerte alkoholforbruket.

Evaluering av Regionprosjektet, et større lokalbasert forebyggingsprosjekt igangsatt av Sosial- og helsedirektoratet, ble påbegynt i 2005. I 2007 videreføres dette arbeidet, samt arbeidet med evaluering av prøveordningen med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyterom) og effekten av statlige tobakkspreventive tiltak.

I 2007 skal instituttet videre prioritere prosjekter som gir mer forskningsbasert kunnskap om forebyggingsstrategier rettet mot innvandrere, og om omfang, karakter og konsekvenser av rusmiddelbruk blant innvandrere. I tillegg skal instituttet arbeide for å omsette forskningsbasert kunnskap på forebyggingsområdet slik at den blir anvendbar for praksisfeltet og forvaltningen.

Instituttet hadde i 2005 flere prosjekter knyttet til temaet barn av rusmiddelbrukende foreldre. Det ble videre satt i gang en oppfølgingsstudie av det såkalte kost/nytte-prosjektet, som tok sikte på å finne ut om noen typer tiltak for narkotikamisbru-

kere gir bedre behandlingsresultater enn andre, sett i forhold til kostnadene. I prosjektet Narkotikamarkedet i Oslo studeres narkotikapriser, finansiering og omfang av bruk av rusmidler blant sprøytemisbrukere i Oslo. Det ble i 2005 publisert en rapport som omfatter data fra nærmere 4000 intervjuer med sprøytemisbrukere fra tidsrommet 1993–2004.

Instituttet skal fortsatt prioritere forskning på effekt av tiltak rettet mot og metoder for tidligere identifisering av risikoutsatte barn og unge. Instituttet skal videre prioritere forskning på konsekvensene av rusmiddelbruk for andre personer enn misbrukeren selv, herunder pårørende, og bidra til mer kunnskap om omfang og karakter av rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte problemer i arbeidslivet.

Instituttet skal være en viktig bidragsyter i det faglige løftet som et av hovedtemaene i den kommende opptrappingsplan på rusfeltet vil være, jf. omtale i Del III, kap. 6.6.2 i Nasjonal helseplan.

### Kap. 3716 Statens institutt for rusmiddelforskning

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
02	Oppdragsinntekter	3 503	520	540
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	616		
18	Refusjon av sykepenger	392		
	Sum kap. 3716	4 511	520	540

Regnskap 2005 gjelder Kap. 3622

### Kap. 5527 Vinmonopolavgiften m.m.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
72	Gebyr på statlige skjenkebevillinger	1 043	300	
73	Vinmonopolavgiften	18 406	28 200	
	Sum kap. 5527	19 449	28 500	

#### Post 72 Gebyr på statlige skjenkebevillinger

Denne bevilgningen er nå foreslått under kap. 3720, post 04.

#### Post 73 Vinmonopolavgiften

Denne bevilgningen er nå foreslått under kap. 5572, post 71.

**Kap. 5631 Aksjer i AS Vinmonopolet**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
80	Statens overskuddsandel	52 692	28 800	
81	Utbytte	3	2	
85	Statens overskuddsandel			28 800
86	Utbytte			2
	Sum kap. 5631	52 695	28 802	28 802

AS Vinmonopolet er gjennom selskapets enerett til detalj salg av alkoholholdig drikk med høyere alkoholinnhold enn 4,7 volumprosent et sentralt virkemiddel i alkoholpolitikken. Gjennom kontroll med tilgjengelighet og omsetning og fravær av privatøkonomiske interesser, bidrar Vinmonopolet til å begrense alkoholkonsumet og dermed alkoholens skadevirkninger.

På bakgrunn av den alkoholpolitiske målsetting om lavere alkoholforbruk settes det ikke opp mål for Vinmonopolets økonomiske resultater utover kravet til mest mulig kostnadseffektiv drift. Vinmonopolet er forpliktet til å sikre leverandørene og produktene markedsadgang på like vilkår.

For å sikre fortsatt oppslutning og legitimitet i befolkningen, er det nødvendig å skape forståelse for ordningen som alkoholpolitisk virkemiddel og at Vinmonopolet utvikler seg i takt med samfunnets forventninger og behov. Som ledd i dette er en målsetting for driften – innen alkoholpolitiske rammer – å sikre god og rettferdig tilgjengelighet av selskapets tjenester over hele landet.

Etter avviklingen av ordningen med landsplan er det overlatt til Vinmonopolet å utarbeide planer for etablering av nye utsalg og i den forbindelse sørge for tilfredsstillende rutiner for håndtering av kommunenes interesser, jf. Innst. O. nr. 19 (2004–2005). Det er forutsatt at Vinmonopolet ved avgjørelser om butikketablering finner en rimelig balanse mellom økonomiske kriterier og ønsket om økt tilgjengelighet.

For å sikre at vinmonopolordningen også i framtida skal ha den nødvendige oppslutning i befolkningen, har Regjeringen besluttet å utrede muligheten for endringer i gjeldende system for utbygging av salgsnett, med sikte på en ordning der det kan etableres vinmonopolutsalg i de kommuner som ønsker det. Det er behov for å utrede bl.a. juridiske (herunder EØS-rettslige), alkoholpolitiske og økonomiske sider ved en slik endring. I påvente av konklusjonene fra utredningen videreføres gjeldende rammebetingelser for butikketableringer.

*Resultat 2005*

Informasjon om Vinmonopolets alkoholpolitiske rolle og risikoinformasjon er spredd gjennom bruk av trykksaker, materiell, butikkampanjer og selskapets nettsted.

Vinmonopolet åpnet i 2005 tre nye butikker. Ved utgangen av 2005 var det i alt 198 butikker. Vinmonopolet redegjorde for planlagt utbyggings-takt og gjeldende kriterier for etablering av nye utsalg i høringsbrev til alle landets kommuner våren 2005. Styret i Vinmonopolet vedtok høsten 2005 etablering av 12 butikker i nye kommuner i løpet av 2006, hvorav syv såkalte distriktsbutikker, jf. Stortingets anmodningsvedtak nr. 314 (2001–2002) og St.prp. nr. 65 (2004–2005).

Nemnd for prøving av AS Vinmonopolets beslutninger om innkjøp mv. ble opprettet i 1997 som et ledd i å sikre leverandørene markedsadgang på like vilkår. I 2005 mottok nemnda sju klager, hvorav en ble avvist. Vinmonopolet ble gitt medhold i fem av sakene. Forskriften om AS Vinmonopolets innkjøpsvirksomhet ble revidert våren 2006, og endringene trådte i kraft 1. juli 2006.

Vinmonopolet solgte totalt 66 mill. liter i 2005, en økning på 3 mill. liter eller 4,9 pst. fra 2004. Salget av svakvin økte med 5,7 pst. til 53 mill. liter. Salget av brennevin og brennevinsbaserte drikker økte med 2,5 pst. til 12 mill. liter i 2005. Salget av sterkvin gikk ned med 4,7 pst. til 1 mill. liter, mens det ble solgt 0,7 mill. liter sterkøl, en økning på 0,5 pst. fra 2004. Alkoholsvake drikker økte med 2,5 pst. til 85 000 liter.

Vinmonopolets omsetning ekskl. mva. var 8,7 mrd. kroner i 2005. Av dette var 4,8 milliarder kroner avgifter til staten. Dette er en omsetningsøkning på 0,4 mrd. kroner fra 2004. Driftsresultatet var 101,3 mill. kroner, en økning på 2,5 mill. kroner fra 2004. Resultatforbedringen skyldes hovedsakelig økt salgsvolum. Resultatet før vinmonopolavgift var 116,6 mill. kroner. Av dette er det satt av 25,2 mill. kroner til vinmonopolavgift og 36,5 mill. kroner til utbytte til staten. De resterende 54,8 mill. kroner er tilført egenkapitalen.

Omsetningsveksten i 2005 kan forklares ved 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 alkoholomsetning som bl.a. omfatter hjemmebrent og smuglersprit.

Datterselskapet Nordpolet AS hadde i 2005 et resultat på 6 mill. kroner. Hele resultatet for 2005 ble tilbakeført til lokalsamfunnet på Svalbard gjennom Longyearbyen lokalstyre.

### Post 80 Statens overskuddsandel

Stortinget har vedtatt at statens andel i 2006 av driftsoverskuddet i Vinmonopolet fastsettes til 40 pst. av resultatet i 2005, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgiften. Det foreslås at statens andel av overskuddet som tas som inntekt under denne posten i 2007 – ved eget vedtak – fastsettes til 40 pst. av resultatet i 2006, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgift, jf. romertallsvedtak V. Statens andel av overskuddet i Vinmonopolet er, på bakgrunn av budsjettert resultat i 2006 og en andel av overskuddet på 40 pst., anslått

til 37,0 mill. kroner. Dersom resultatutviklingen for 2006 blir bedre enn anslått, blir inntektene for 2007 høyere enn 37,0 mill. kroner. Tilsvarende blir inntektene 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 i overskuddet for 2006 bygger på vurderinger av selskapets framtidige kapitalbehov, bl.a. i forbindelse med utvidelse av butikknett, 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 fremtiden på en bedre måte. Effekten av prinsippendringen innebærer at egenkapitalen reduseres fra 31,3 pst. ved utgangen av 2004 til 17,4 pst. ved utgangen av 2005.

### Post 81 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 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
21	Spesielle driftsutgifter		32 444	35 677
63	Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>		11 300	11 707
70	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres</i>		83 753	86 936
	Sum kap. 718		127 497	134 320

Regnskap 2005 er oppført på kap. 620 og 621 under Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Overført fra 2005 til 2006:

Post 21: 500 000 kroner (fra kap. 620.21) og 1 600 000 kroner (fra kap. 621.21)

Post 63: 600 000 kroner (fra 621.63)

Post 70: 131 000 kroner (fra 621.70)

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, Justisdepar-

tementet, Kommunal- og regionaldepartementet og Kunnskapsdepartementet.

Statens institutt for rusmiddelforskning, AS Vinmonopolet, Sosial- og helsedirektoratet og de regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål har sentrale oppgaver på det rusmiddel-politiske området. Det legges vekt på god kontakt og samarbeid dem i mellom. Sosial- og helsedirektoratet er et utøvende og rådgivende organ på rusmiddelområdet. Direktoratet har ansvar for å gjennomføre store deler av rusmiddelpolitikken og for å ha oversikt over rusmiddelsituasjonen på regionalt og lokalt nivå. Direktoratet yter videre tilskudd til frivillige organisasjoner på rusmiddelområdet. Innenfor rammen av tilskuddsordningene legges

det vekt på et bredt samarbeid med frivillige organisasjoner. Regjeringen utgir årlige statusrapporter om rusmiddelsituasjonen.

Regjeringen ferdigstiller høsten 2006 en opptrappingsplan for rusfeltet. Planen er nærmere omtalt i Del III, kap. 6.6.2 i Nasjonal helseplan.

Planen skal omfatte tiltak og strategier på hele rusfeltet, herunder forebygging, behandling og rehabilitering/oppfølging. Det skal legges til rette for et faglig løft gjennom forskning og styrking av kompetanse i tiltaksapparatet. Planen skal fokusere på både alkohol- og narkotikapolitikken, og den skal ha et tydelig folkehelseperspektiv. Utgangspunktet er at det ordinære tiltaksapparatet skal være tilgjengelig for å gi nødvendig hjelp til personer med rusmiddelproblemer. Regjeringens betydelige satsing på sykehussektoren og på kommunene er derfor fundamentet for planen. Regjeringens satsinger i fattigdomsarbeidet, arbeid gjennom strategien På vei til egen bolig og arbeid gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse, vil også ha invirkning på rusfeltet. På noen områder, både når det gjelder forebygging, behandling og rehabilitering, er det likevel behov for særskilte tiltak, og for 2007 foreslås det bevilget 50 mill. kroner til slike tiltak. Noen tiltak er nye, mens andre styrkes. Det foreslås følgende satsing i 2007:

- rusmiddelforskningsprogram i regi av Norges forskningsråd, 3 mill. kroner, jf. kap. 701, post 50
- styrking av kompetanseutvikling i kommunene basert på regionprosjektet, veileder i rusmiddelpolitisk handlingsplan og nasjonal strategi for tidlig intervensjon, 2 mill. kroner, jf. kap. 718, post 21
- utviklingsarbeid og kompetansehevede tiltak særskilt knyttet til gravide i LAR, 2 mill. kroner, jf. kap. 726 post 70
- økt behandlingsskapasitet/avrusing, 9 mill. kroner, jf. kap. 732, postene 70–75 – se også også kap. 726 for omtale
- legemiddelassistert rehabilitering (LAR), 10 mill. kroner, jf. kap. 732, postene 71–75 og 77, kap. 2752, post 70 og kap. 2755, post 70 – se også kap. 726 for omtale
- videreutdanning i rusfaglig kompetanse for sosial- og helsepersonell og ansatte i kriminalomsorgen og politiet, samt til evaluering av private rusinstitusjoner, 9 mill. kroner, jf. kap. 761, post 21
- styrking og erfaringsspredning av arbeidet med lavterskeltiltak og LAR-tiltak i kommunene, 7 mill. kroner, jf. kap. 761, post 63
- tiltak for å styrke ledelse, organisering og kompetansespredning i samarbeid med KS (kvalitetsavtalen) og kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, 3 mill. kroner, jf. kap. 761, post 77

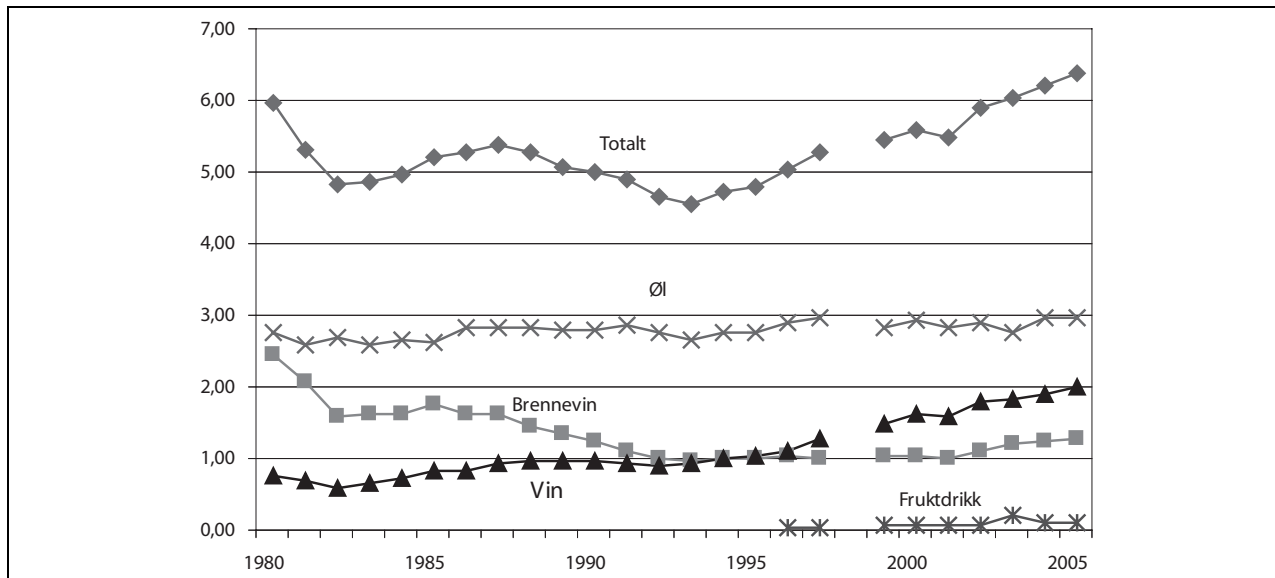
- etablering av rusmestringsenheter i fengsler, 5 mill. kroner, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2006–2007) for Justis- og politidepartementet

Av samlet foreslått bevilgning foreslås 2 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 rett kapittel og post.

I tillegg foreslås 15 mill. kroner til tiltak for barn med psykisk syke/rusmiddelavhengige foreldre som ledd i handlingsplan mot fattigdom, jf. omtale i Del I, kap. 2.9. Videre foreslås 5 mill. kroner til diagnosebaserte befolkningsundersøkelser av psykiske lidelser, hvor nye faggrupper på forstyrrelser knyttet til rusmiddelbruk og dobbelt-diagnose skal igangsettes i 2007 jf. omtale under Kap. 710, post 21.

#### *Utviklingen i alkoholskonsumet*

Selv om narkotikaproblemene ofte får stor oppmerksomhet i media, er det alkohol som forårsaker størstedelen av de sosiale og helsemessige skadene, både blant ungdom og voksne. Ifølge Verdens helseorganisasjon er bruk av alkohol den tredje viktigste risikofaktor til sykdom og tidlig død i industrialiserte land. I 2004 ble det registrert 441 dødsfall som skyldes alkohol. Det er grunn til å anta at det er en betydelig underrapportering av antall dødsfall hvor alkohol oppgis å være dødsårsak. Det er en klar sammenheng mellom alkoholbruk og omfanget av helsemessige og sosiale skader, sykdom og ulykker. Alkoholkonsumet i Norge har steget siden begynnelsen av 1990-tallet. I 2005 var det registrerte forbruket det høyeste siden 1877, med 6,4 liter ren alkohol per person over 15 år. Det uregistrerte konsumet har trolig sunket noe siden 1990-tallet. Alkoholkonsumet har steget mer blant ungdom enn i befolkningen generelt. Den sterkeste økingen ses blant 15–16 åringer, som nesten har doblet sitt forbruk de siste 10 årene. Når forbruket i ungdomsgruppen har gått tilbake de siste to årene, skyldes det at guttene drikker mindre. Jentene drikker like mye som i toppåret 2003. Det blir stadig færre avholdende og blant ungdom oppgir vel 90 pst. at de drikker alkohol. Debutalderen har lenge vært relativt stabil, om lag 14,5 år for øl og 15 år for vin og brennevin. Til tross for økningen i konsum er alkoholforbruket i Norge 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.

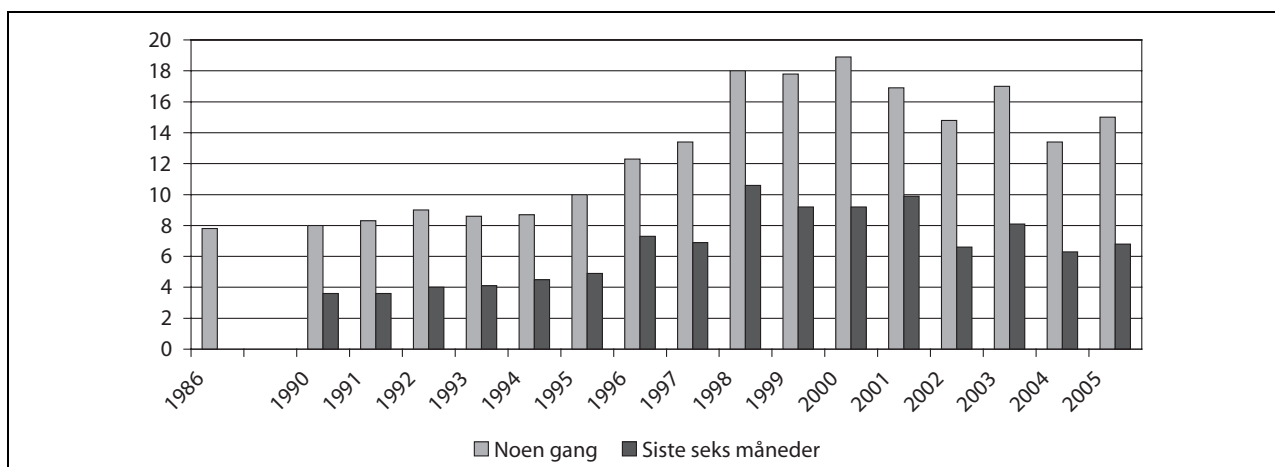


Figur 5.1 Årlig omsetning av alkohol i Norge per innbygger 15 år og eldre, 1980–2005, målt i liter ren alkohol per person totalt og på ulike drikkesorter.

#### 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 på et noe lavere nivå. Cannabis er det mest brukte illegale rusmiddelet, fulgt av amfetamin. I 2005 oppga 15 pst. av ungdommene (15–20 år) på landsbasis at de noen gang har prøvd cannabis. Nær 7 pst. oppga å ha brukt cannabis i løpet av de siste seks månedene. Bruken er høyere i Oslo, men forskjellene mellom Oslo og landet for øvrig minker. Andelen som oppgir at de har brukt andre rusmidler har stort sett flatet ut eller gått ned de siste årene. Ecstasybruken er redusert, mens bruken av amfe-

tamin fremdeles er forholdsvis høy. Sniffestoffer (lim og løsemidler) brukes imidlertid mer enn både amfetamin og ecstasy. Narkotikamisbruket i Norge er lavt i europeisk sammenheng. Antall injiserende misbrukere er imidlertid relativt høyt. Statens institutt for rusmiddelforskning anslår antallet til å være mellom 11 000 og 15 000. Dette anslaget har steget fra 9 000–11 000 på slutten av 1990-tallet og 4 000–5 000 på slutten av 1980-tallet. Nye anslag fra Statens institutt for rusmiddelforskning er ventet høsten 2006. Antall narkotikarelaterte dødsfall (overdosedødsfall) har sunket kraftig fra 2001 til 2005 (fra 338 til 184), men det er fortsatt høyt, og det er til dels store variasjoner fra et år til et annet.



Figur 5.2 Prosentandel av ungdom i alderen 15–20 år i Norge som oppgir at de har brukt cannabis henholdsvis noen gang og i løpet av de siste seks måneder i 1986–2005.

### Aldersgrensene for alkoholholdig drikk

Stortinget har vedtatt følgende, jf. anmodningsvedtak nr. 135, 9. desember 2005:

«Stortinget ber Regjeringen vurdere de nye aldersgrensene for salg og skjenking av alkohol og konsekvensene disse får for unges alkoholforbruk og skader, og ber Regjeringen melde tilbake til Stortinget på egnet måte.»

Ved lov 17. desember 2004 nr. 86 ble systemet for inndeling av alkoholholdig drikk i lov 2. juni 1989 nr. 27 om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholloven) endret fra et system basert på inndeling etter alkoholtypene øl, vin og brennevin til et system basert på inndeling etter alkoholinnhold. Bakgrunnen for endringen var først og fremst behovet for en permanent lovmessig implementering av EFTA-domstolens dom i den såkalte rusbrus-saken. Komiteen uttalte i Innst. O. nr. 19 (2004–2005) at «det på bakgrunn av rusbrus-dommen er naturlig å foreta en gjennomgripende endring av lovens system for inndeling av alkoholholdig drikk i alkoholtypene øl, vin og brennevin, og at denne oppdelingen endres til å være en oppdeling etter et prinsipp om likebehandling av alkoholholdig drikk med samme alkoholinnhold». Systemet for inndeling av alkoholholdig drikk har betydning for en rekke av alkohollovens bestemmelser, herunder bevillingssystemet og aldersgrensene. Endringene trådte i kraft 1. juli 2005.

En konsekvens av lovendringen er at aldersgrensen for brennevinsprodukter mellom 4,8 og 22 volumprosent alkohol ble senket fra 20 til 18 år. På bakgrunn av bekymringsmeldinger fra ulike aktører ba Stortinget Regjeringen om å «evaluere erfaringene med de nye bestemmelsene og legge disse fram for Stortinget våren 2006», jf. Budsjett-innst. S nr. 11 (2005–2006) Kap. 718 Alkohol og narkotika og anmodningsvedtak nr. 135 (2005–2006).

Ikke minst fordi det har gått kort tid siden lovendringen, kan det ikke per i dag trekkes sikre konklusjoner med hensyn til hvilken betydning lovendringen eventuelt har fått for alkoholforbruk og skadeomfang blant unge. Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom kontakt med aktuelle organisasjoner og bransjeaktører ikke mottatt opplysninger som indikerer at lovendringen har bidratt til en generelt skadelig utvikling når det gjelder konsum av den aktuelle type alkoholholdige produkter i den aktuelle aldersgruppe.

AS Vinmonopolets salgsstatistikk for 2005 viste en nedgang i salget av «øvrige brennevin under 22 volumprosent alkohol», som er den produktkategorien hvor brennevinsprodukter som kan appellere til og selges til ungdom mellom 18–20 særlig

befinner seg. Første halvår 2006 er det en økning i salget for denne produktkategorien. Det skal bemerkes at statistikken ikke sier noe om hvilke aldersgrupper som kjøper produktene. For øvrig ser ikke AS Vinmonopolet tegn som tyder på produkttilpasning eller nye kreative produkter rettet mot ungdom hos Vinmonopolet. Det er ikke tilgjengelig statistikk som direkte sier noe om omfanget og utviklingen når det gjelder skjenking av brennevinsprodukter som inneholder under 22 volumprosent alkohol til aldersgruppen 18–20 år. I følge tilbakemeldinger fra Vin- og brennevinleverandørenes forening, har det vært en nedgang i omsetningen av de aktuelle produktene i 2005 på skjenkestedene. Heller ikke informasjonen fra Vin- og brennevinleverandørenes forening skiller mellom omsetning til personer over/under 20 år. Vin- og brennevinleverandørenes forening har for øvrig påpekt at endringene i alkoholloven har vært positive i den forstand at de skaper et enkelt og forståelig regelverk.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) gjennomfører årlige undersøkelser av alkoholforbruket blant ungdom i aldersgruppen 15–20 år. Etter SIRUS' beregninger var det en viss nedgang i totalforbruket (omfatter både salg og skjenking) av brennevin i denne aldersgruppen fra 2004 til 2005, både når det gjelder brennevin med opp til 4,7 volumprosent alkohol og brennevin med over 4,7 volumprosent alkohol. Undersøkelsen skiller imidlertid ikke mellom brennevin med over og under 22 volumprosent alkohol, noe som innebærer at det ikke kan trekkes klare konklusjoner når det gjelder utviklingen for produkter som spesielt er berørt av endringen.

Etter Helse- og omsorgsdepartementets oppfatning gir tilgjengelig statistikk og tilbakemeldinger indikasjoner på at lovendringen ikke har bidratt til en skadelig utvikling når det gjelder forbruk av brennevin blant ungdom under 20 år. Etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering er det derfor ikke behov for å fremme forslag om endring av aldersgrensene på nåværende tidspunkt. En endring av aldersgrensene ville dessuten medføre et avvik fra det systemet for inndeling av alkoholholdig drikk som ellers gjelder i alkoholloven, og som har gode grunner for seg, jf. omtalen av systemendringen i Ot.prp. nr. 86 (2003–2004) kapittel 3 og Innst. O. nr. 19 (2004–2005).

Helse- og omsorgsdepartementet vil følge med på utviklingen videre, og ved behov vurdere relevante tiltak.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Følgende formål skal dekkes over bevilgningen:

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

Deler av bevilgningen overføres til Sosial- og helsedirektoratet for bruk til 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 2005 behandlet fylkesmennene totalt 90 klagesaker mot 109 i 2004. Utgiftene til fylkesmennenes arbeid med klagesaker og utgifter til kurs og konferanser mv. om faglige spørsmål som fylkesmennene holder på regionalt nivå, dekkes over denne bevilgningen.

#### *Informasjons- og holdningsskapende arbeid – alkohol*

Sammenfallet av et økende alkoholforbruk, ungdoms manglende kunnskap om alkoholens skadevirkninger og press på tradisjonelle alkoholpolitiske virkemidler og strategier, stiller store krav til effektive informasjons og holdningsskapende arbeid. Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte både i 2004 og 2005 kampanjer for å øke bevisstheten i befolkningen om hvilke skader alkohol kan føre til, og hvilke virkemidler og tiltak som har best effekt for å redusere rusmiddelproblemer. Bevilgningen videreføres, og basert på erfaringene fra disse kampanjene skal direktoratet utarbeide og gjennomføre informasjonstiltak og holdningsskapende arbeid i nært samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, frivillige organisasjoner, Statens institutt for rusmiddelforskning og andre kunnskapsmiljøer.

#### *Forebyggende rusmiddeltiltak*

Formålet med bevilgningen er å videreføre og videreutvikle samspillet mellom myndigheter og frivillige aktører, videreføre og styrke et målrettet arbeid for barn og unge som er særlig risikoutsatte, herunder barn med alvorlige adferdsvansker, barn av rusmiddelmisbrukere og risikoutsatt ungdom med innvandrerbakgrunn, samt videreføre og styrke arbeidet med forebygging og tidlig intervensjon overfor rusmiddelproblemer i arbeidslivet. Sosial- og helsedirektoratet skal styrkes på forebyggingsområdet. Formålet med styr-

kingen er å sikre implementering av mål og tiltak knyttet til samordning av lokal forebygging og kompetanseheving når det gjelder tidlig intervensjon, jf. omtalen av den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet i Del III, kap. 6.6.2 i Nasjonal helseplan.

#### **Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen foreslås satt opp med 2 mill. kroner i 2007 til styrking av kompetanseutvikling i kommunene basert på erfaringer fra regionprosjektet, veileder i rusmiddelpolitisk handlingsplan og arbeidet med en nasjonal strategi for tidlig intervensjon, jf. også nærmere omtale av tiltaket under post 63.

#### **Post 63 Rusmiddeltiltak og sosiale tjenester, kan overføres**

Følgende formål skal dekkes over bevilgningen:

- lokalt forebyggende rusmiddelarbeid
- nasjonal strategi for tidlig intervensjon

Bevilgningen overføres til Sosial- og helsedirektoratet for bruk til disse formål.

#### *Lokalt forebyggende rusmiddelarbeid*

Sosial- og helsedirektoratet satte i 2004, i nært samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, i gang et forsøksprosjekt for å oppnå mer målrettet og bedre samordnet forebyggende innsats på kommunenivå. Hensikten var å styrke det lokale og regionale arbeidet med forebyggende tiltak, styrke lokal kunnskapsproduksjon og formidling, samt styrke det lokale politiske og strategiske arbeidet med rusmiddelforebygging. Forsøkene har pågått i ni kommuner, og avsluttes høsten 2006. Forsøkene evalueres av Statens institutt for rusmiddelforskning og evalueringen vil foreligge i løpet av våren 2007. Sosial- og helsedirektoratet skal, jf. post 21, styrkes for bl.a. å utarbeide og gjennomføre et opplegg for kunnskapsformidling til øvrige kommuner basert på erfaringene fra prosjektet, jf. den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål.

Som ledd i styrkingen av det forebyggende arbeidet har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet en ny veileder for kommunale rusmiddelpolitiske handlingsplaner. Veilederen ble sendt ut våren 2006. Direktoratet skal arbeide for å fremme bruken av rusmiddelpolitiske handlingsplaner, bl.a. gjennom å utvikle et interaktivt nettbasert skriveverktøy for hvordan kommunene kan arbeide med

slike planer. Det skal også utarbeides et opplegg for opplæring og kunnskapsformidling, i regi av bl.a. Sosial- og helsedirektoratet og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. For å fremme lokalt forebyggende arbeid skal direktoratet også samarbeide med frivillige aktører der det er naturlig og hensiktsmessig. Opplegget vil rettes mot lokalpolitikere, kommunale ledere og personell som jobber både med forebygging og oppfølging av rusmiddelmissbrukere. Arbeidet må sees i sammenheng med kunnskapsformidlingen fra regionprosjektet, jf. ovenfor.

I samarbeid med Oslo kommune ble det i desember 2002 etablert en forsøksordning med en landsdekkende opplysningstjeneste, RUSTelefonen. RUSTelefonen er evaluert av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, som anbefaler videre drift med visse justeringer. Sosial- og helsedirektoratet vil, i dialog med Rusmiddeletaten i Oslo kommune, som driver tjenesten, følge opp anbefalingene.

Det gis videre tilskudd til Nordland fylkeskommune til videreføring og styrking av en interaktiv nettjeneste ([www.klaraklok.no](http://www.klaraklok.no)) der barn og unge fra hele landet kan få kvalifiserte svar på spørsmål om bl.a. rusmidler.

#### *Nasjonal strategi for tidlig intervensjon*

Dersom rusmiddelproblemer og andre adferdsproblemer avdekkes tidlig, er det større sjanse for å forebygge en videre problemutvikling. En rapport utarbeidet av Borgestadklinikken på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, beskriver aktuelle målgrupper og arenaer for tidlig identifisering og intervensjon. På bakgrunn av bl.a. denne rapporten skal Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, utarbeide en nasjonal strategi for tidlig intervensjon. Et opplegg for å heve kompetansen i hjelpeapparatet blant personell som kommer i kontakt med risikoutsatte barn og unge skal være et sentralt element i strategien. Tidlig intervensjon er aktuelt både overfor barn, unge og voksne. Strategien skal skissere metoder for arbeid med utvalgte målgrupper. Arbeid med ulike målgrupper krever ulike arbeidsmetoder. Arbeidet med nasjonal strategi for tidlig intervensjon vil ivareta mål og

tiltak i den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet, og må ses i sammenheng med den øvrige styrkingen av det rusmiddelforebyggende arbeidet.

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

Bevilgningen dekker drifts- og prosjekttilskudd til frivillig rusmiddelforebyggende arbeid samt andre tilskudd for å styrke frivillig rusmiddelforebyggende arbeid.

Frivillige organisasjoner bidrar betydelig til å forebygge rusmiddelproblemer, og det er nødvendig at samspillet mellom det offentlige og de frivillige aktørene fungerer godt. Sosial- og helsedirektoratet tildelte i 2006 nær 84 mill. kroner til frivillig rusmiddelforebyggende arbeid i form av drifts- og prosjekttilskudd til frivillige organisasjoner, foreninger og bedrifter. Formålet med tilskuddsordningen er at frivillige rusmiddelforebyggende organisasjoner, som arbeider for å fremme en rusfri livsstil og for å redusere forbruk og skader forårsaket av rusmidler, skal få midler til å vedlikeholde og utvikle sin innsats på området. Etter en evaluering og påfølgende endringer i regelverket for tilskuddsordningen for prosjektstøtte, legges det fra 2004 stor vekt på at tiltakene skal evalueres. Fra 2005 ble det derfor også bevilget midler til evaluering av tiltak. Dette skal bidra til å styrke kvaliteten på det frivillige rusmiddelforebyggende arbeidet. Det legges, innenfor rammene av tilskuddsordningen, vekt på å støtte kunnskapsbaserte strategier og tiltak med kontinuitet og lokal forankring. Tilskuddsordningen skal også inkludere rusmidelfrie kulturtilbud som driver primærforebyggende arbeid på rusmiddelfeltet. Det er bl.a. gitt tilskudd til Actis (Rusfeltets samarbeidsorgan), rusmiddelpolitiske organisasjoner, Arbeidslivets komite mot alkoholisme og narkomani (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 Komité. Det er videre gitt driftstilskudd til de fire organisasjonene tilknyttet Norsk senter for rusfri miljøutvikling (NSRM).



**Kap. 719 Folkehelse**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	15 497	43 913	60 982
60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>		24 700	35 589
70	Hivforebygging, smittervern mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	35 743	26 488	29 495
71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	22 804	24 079	24 994
72	Stiftelsen Amatheia	15 026	14 507	16 058
73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	12 255	12 735	13 219
74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>		25 550	28 521
79	Andre tilskudd, <i>kan overføres</i>		15 000	15 770
	Sum kap. 719	101 325	186 972	224 628

Overført fra 2005 til 2006:

Post 21: 1 500 000 kroner

Post 70: 96 000 kroner

Post 71: 343 000 kroner

**Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan overføres**

Spesielle driftsutgifter til folkehelsearbeidet bevilges under denne posten, herunder oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken. Posten dekker spesielle driftsutgifter til Sosial- og helsedirektoratets forvaltningsoppgaver på folkehelseområdet.

Oppfølging av tiltak i handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009), ny handlingsplan for bedre kosthold (2007–2011) og ny nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse (2007–2017) foreslås styrket.

Nedenfor følger en nærmere omtale av områdene miljø og helse, ernæring og mattrygghet, tobakksskadeforebygging, fysisk aktivitet, grønn resept og helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Området fysisk aktivitet er også omtalt under kap. 719, post 73.

**Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen foreslås satt opp 13 mill. kroner til oppfølging av tiltak på områdene fysisk aktivitet, kosthold og sosial ulikhet i helse.

Abort- og steriliseringsnemndene har hittil vært finansiert av driftsbudsjettet til Sosial- og helsedirektoratet og foreslås flyttet til spesielle driftsutgifter under kap. 719, post 21. Bevilgningen fore-

slås satt opp 0,4 mill. kroner mot at kap. 720, post 01 settes ned tilsvarende. Midlene disponeres av Sosial- og helsedirektoratet.

Bevilgningen foreslås satt opp 3 mill. kroner til forebygging av livsstilsrelaterte sykdommer blant grupper med innvandrere, jf. handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen, herunder ekstra innsats i Groruddalen.

Det foreslås å flytte 1 mill. kroner til permanent drift av biobankregistret fra kap. 719, post 21 til 710, post 21, jf. omtale under denne.

**Miljø og helse**

I St.meld. nr. 16 (2002–2003) omtales plan- og bygningsloven som et sektorovergripende verktøy for å styrke folkehelsearbeidet med forankring i samfunns- og arealplanleggingen. Her er det lansert en rekke tiltak knyttet til bl.a. organisering av folkehelsearbeidet basert på partnerskap, utvikling av planleggingsverktøy og oppbygging av plan- og prosesskompetanse i helsesektoren.

Helsekonsekvensutredninger innebærer å vurdere effekten, direkte eller indirekte, på folkehelsen av en politikk, strategi, program eller prosjekt. Sosial- og helsedirektoratet har etablert en kompetansenhet for helsekonsekvensutredninger som arbeider med metodeutvikling og erfaringsoppsummering, kompetanseoppbygging, nettverksarbeid og veiledning ovenfor fylker og kommuner, samt faglig støtte og rådgivning til Helse- og omsorgsdepartementet. Sosial- og helsedirektoratet har i 2005 bl.a.:

- gjennomført forprosjekter på tema økonomisk verdsetting av liv, helse og trivsel med midlertidige anbefalinger
- utarbeidet rapport om status vedrørende helse i konsekvensutredning internasjonalt
- gjennomført forprosjekt på metodikk for hvordan fordelings effekter kan synliggjøres i konsekvensutredninger
- vist hvordan samfunnsøkonomiske analyser kan brukes på forebyggingstiltak

I løpet av høsten 2006 vil det bli gitt ut veiledningsmaterieell til forskrift om konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven med metoder og eksempler på hvordan helsehensyn kan ivaretas i kommunale og regionale planprosesser. Dette følges opp gjennom samarbeid med fylkesmenn og fylkeskommuner.

Veileder om miljø og helse i konsekvensutredninger skal tas i bruk i 2007, og evaluering av veilederen skal startes opp. Videre skal det utvikles metodikk og metoder for helsekonsekvensutredninger av nasjonale tiltak etter utredningsinstruksen.

Kommunehelseprofiler skal gjøre data om helsetilstand, påvirkningsfaktorer og tjenester mer tilgjengelig for kommunene. Arbeidet utføres av Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Nettportalen for kommunehelseprofiler åpnet i august 2006. I 2007 skal det utvikles flere indikatorer med vekt på risikofaktorer og beskyttende faktorer i folkehelsearbeidet i kommunene.

Utpøving av plan- og bygningsloven og ulike planleggingsverktøy til bruk i folkehelsearbeidet er organisert som et prosjekt, Helse i plan, forankret i Sosial- og helsedirektoratet. Miljøverndepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet står bak prosjektet. Det er etablert samarbeid med 7 fylker og 37 kommuner om utpøving og forankring av folkehelse tiltak i kommuneplanen. Videre er det etablert samarbeidsfora mellom fylkeskommune og fylkesmann for oppbygging av regional kompetanse som utgangspunkt for implementering av erfaringene, og det er initiert samarbeid med 6 høyskoler med sikte på utdanningstilbud for å styrke plan- og prosesskompetansen i helsesektoren. I 2007 skal utviklingsarbeidet i kommuner videreføres, og respektive fylker og regionale partnerskap for folkehelse skal involveres.

Norge deltar i EEHC Den europeiske miljø- og helsekomiteen (European Environmental Health Committee, EEHC) for å bidra til å implementere en felles strategiplan for barns miljø og helse i hele Europa (Childrens Environment and Health Action Plan for Europe, CEHAPE). Arbeidet med en

nasjonal plan for barns miljø og helse startet i 2005 og ble forankret i Helse- og omsorgsdepartementet med Sosial- og helsedirektoratet som sekretariat. Den nasjonale planen skal bidra til økt kunnskap om fysiske og sosiale miljøfaktorer betydning for barn og unges helse, peke på strategiske tiltak for å redusere negative miljøpåvirkninger, og bidra til iverksetting av vedtatt politikk på området. Planen skal ferdigstilles i løpet av 2006 og planperioden er 2006–2016. Det har vært foretatt kartlegging av barn og unges synspunkter, etablert nordisk samarbeid under Nordisk ministerråd, og Norge har tatt initiativ til å virkeliggjøre involvering av barn og unge i EEHC og CEHAPE. I 2007 vil arbeidet med barn og unges deltakelse fortsette ved implementering av strategiplan for barn og unges miljø og helse nasjonalt og internasjonalt.

### Fysisk aktivitet

I 2007 skal forebyggingsinnsatsen intensiveres overfor grupper med behov for spesiell tilrettelegging og som ikke så lett fanges opp gjennom befolkningsrettede og miljørettede tiltak. Det skal legges vekt på lavterskeltilbud og målrettet kommunikasjon overfor befolkningsgrupper med særlig høy risiko, herunder grupper i innvandrerbefolkningen. Noen helseproblemer er vanligere i enkelte innvandrergupper, og slike sammenhenger kan være sammenfallende med sosioøkonomisk posisjon. Forekomsten av overvekt og fedme, fysisk inaktivitet, diabetes type 2, høyt blodtrykk og høyt kolesterol er høyere og synes å være økende i deler av innvandrerbefolkningen.

I en tre-årig befolkningsstudie i bydel Romsås i Oslo, MoRo-prosjektet, lyktes det gjennom lokalbaserte lavterskeltilbud å redusere andelen fysisk inaktive med om lag 25 pst., vektøkningen ble halvert sammenlignet med nabobydelen og flere sluttet å røyke. Tiltakene hadde god effekt uavhengig av sosioøkonomisk gruppe og etnisitet. Sannsynlige suksessfaktorer i prosjektet har vært systematisk arbeid med vekt på lokal forankring, tverrsektorielt samarbeid og stor grad av medvirkning fra innbyggerne samt et godt teorigrunnlag.

Det foreslås satt av 3 mill. kroner fra Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen til et eget prosjekt for å styrke innvandrerbefolkningens helse med vekt på økt fysisk aktivitet, gode kostvaner og sunn livsstil, herunder god tannhelse. Prosjektet skal bygge videre på erfaringene fra MoRo-prosjektet og gjennomføres i et samarbeid med Oslo kommune i et utvalg bydeler i Oslo, herunder i Groruddalen, og rettes mot risikogrupper i innvandrerbefolkningen. Se også kap 719, post 73.

Prosjektet «Fysisk aktivitet og måltider i skolen» ble satt i gang skoleåret 2004/2005, i samarbeid med utdanningsmyndighetene. Prosjektet finansieres av Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Det prøves ut modeller for organisering av skoledagen, slik at det legges til rette for en time daglig fysisk aktivitet og gode rammer for måltider i skolen. Over 300 grunnskoler og 18 videregående skoler over hele landet er med i prosjektet. Det er utformet et nettsted og gjennomført nasjonale samlinger og regionsvise nettverkssamlinger med sikte på erfaringsutveksling og -spredning. Prosjektet evalueres for å identifisere gode modeller for erfaringsspredning og implementering i større skala som ledd i satsingen på daglig fysisk aktivitet og måltider i skolen. Prosjektet videreføres for skoleåret 2006–2007. Fylkesmennene skal i samarbeid med fylkeskommunene bidra til oppfølging og erfaringsspredning.

### Ernæring

Hovedmålene innen ernæring er å få folk til å spise mer frukt og grønnsaker, grove kornprodukter og fisk, og å redusere inntaket av sukker og fett, særlig mettet fett og transfett. Kostholdet i befolkningen varierer etter utdanning og inntekt. Grupper med lav inntekt og utdanning spiser mer energitett mat og mindre grønnsaker enn grupper med høy inntekt og utdanning. Et overordnet mål i arbeidet med ernæring er å redusere sosiale forskjeller i helse.

For spedbarna er det gunstig at andelen som ammes har økt. Tall fra Spedkost 1998–1999 viser at om lag 80 pst. av barna får morsmelk ved 6 måneders alder, men det er fortsatt behov for å fremme amming i tråd med offisielle anbefalinger.

Gjennomføringen av EUs barnematdirektiv i Norge fører til økt behov for å følge utviklingen av kostholdet til spedbarn og barn. De landsomfattende kostholdsundersøkelsene Spedkost og Småkost gjennomføres i 2006 og 2007. Nyhetsbrevet Småfakta utarbeides i samarbeid med Mattilsynet og sendes helsestasjonene som en oppfølging av EUs barnematdirektiv.

Omsetningen av sukkerholdig brus har gått ned fra 93 liter per person i 1997 til 79 liter per person i 2004. Blant ungdom er inntaket av sukker imidlertid betydelig høyere enn ønskelig. Brus, saft og søtsaker er de største sukkerkildene. Informasjonsvirksomhet om sukker og arbeid for bedre merking av sukkerinnhold i matvarer har vært prioritert og vil fortsette.

Utilfredsstillende vitamin D-status er påvist blant eldre og enkelte innvandrergupper. Resultatene fra prosjektet med gratis utdeling av vitamin

D-dråper til spedbarn i utsatte grupper vil foreligge i løpet av 2006, og danne grunnlag for vurdering av permanente tiltak.

I samarbeid med flere aktører ble kokeboken Fra boller til burritos distribuert gratis til alle nien-deklassinger. Dette arbeidet videreføres med sikte på nyttegivelse i 2007. Kartlegging av mat- og drikketilbudet i landets barnehager ble gjennomført i 2005 og gir grunnlag for utforming av pedagogiske og faglige oppfølgingstiltak. Ressursgrupper i ernæring er etablert i 16 fylker som et bidrag til ernæringsarbeidet i det lokale folkehelsearbeidet.

Løpende innsamling og bearbeiding av data om norsk kosthold er, i tillegg til analyser av matvarer, kartlegging og overvåking i matproduksjonskjeden, nødvendige faktagrunnlag for å utforme tiltak både i forhold til ernæring og mattrygghet. For å kunne følge utviklingen og vurdere effekten av innsatsen skal innsamlingen av data om befolkningens kosthold prioriteres. Arbeid for å styrke skolemåltidet har vært prioritert bl.a. gjennom videreføring av prosjektene Fysisk aktivitet og måltider i skolen og Skolefrukt. Skolefruktordningen er nærmere omtalt under kap. 719, post 74.

I 2006 utarbeides det en tverrdepartemental handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen, jf. del III, kap. 9. Denne skal følges opp i 2007 bl.a. gjennom samarbeid med skole- og barnehagemyndighetene om mat og måltider i barnehage og skole, bl.a. basert på resultater fra prosjektet Fysisk aktivitet og måltider i skolen. Sosial- og helsedirektoratet og Mattilsynet vil samarbeide med Utdanningsdirektoratet med sikte på å utvikle undervisningsopplegg for faget Mat og helse i grunnskolen.

Det vil bli arbeidet for at ernæringsarbeidet i helsetjenesten skal prioriteres, bl.a. på kommunenivå. Oppfølging av mattilbud og ernærings situasjonen i eldreomsorgen skal også prioriteres, bl.a. i forbindelse med oppfølging av St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.

### 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 kapittel 1115 under Landbruks- og matdepartementet.

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.

Vinteren og våren 2006 var preget av et utbrudd av sykdom grunnet smitte med *E. coli* O:103 i spekevarer. 18 personer ble syke, 16 av disse var barn. Ett barn døde av nyresvikt. Saken vekket begrunnet frykt og stor allmenn interesse. I etterkant ble det satt ned et eget utvalg som skal se på alle relevante sider av saken, og avlegge rapport innen 1. november 2006.

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 virksomheter og tilsyn for å sikre god hygiene i matproduksjonskjeden. I 2007 skal det gjennomføres særskilt, målrettet tilsyn med hygienien ved produksjon og omsetning av mat i serveringssteder og i dagligvarehandelen. Som en oppfølging av St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge skal det vurderes å sette i gang arbeid med en ny plan for mat og smittevern.

Kun 40 pst. av de godkjenningspliktige vannforsyningsanleggene i Norge er godkjent, selv om fristen for å søke godkjenning gikk ut 1. januar 2003. De større anleggene i deler av landet med tett bosetning er som regel godkjent, mens mindre anlegg i tynt befolkede områder ofte ikke er godkjent. Tilsynet med drikkevann skal styrkes slik at vannforsyningsanleggene kan bli godkjent eller tatt ut av drift dersom de ikke er oppgradert i samsvar med regelverket.

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 2007 bl.a. i forbindelse med revisjonen av EUs merkedirektiv. Som oppfølging av Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet, skal det arbeides videre på nordisk nivå med kriterier for ernæringsmerking.

Utvikling og gjennomføring av nytt regelverk i EU fortsetter i 2007, jf. kap 703 Internasjonalt arbeid. Aktuelle saker er utkast til 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**

Sosial- og helsedirektoratet arbeider for å redusere tobakksbruk og dermed omfanget av helseskader som skyldes tobakk. Tiltakene som settes i verk skal bidra til å utjevne sosial ulikhet i helse. Det arbeides med å hindre at folk begynner å bruke tobakk, motivere og gi hjelp til røykeslutt og sikre vern mot eksponering for tobakksrøyk.

I 2005 arbeidet Sosial og helsedirektoratet tett med fylkesmennene for å styrke det lokale tobakksforebyggende samarbeidet. Det finnes nå ressursgrupper for tobakksarbeid i alle fylker. Tilbud om lokale røykesluttkurs faller inn under samarbeidsområdet.

Undervisningsprogrammet i ungdomsskolen, VÆR røykFRI, ble gjennomført med 63 pst. deltakelse i skoleåret 2005–2006, dvs. over 118 000 elever – en økning på om lag 2 pst. fra skoleåret 2004–2005. Skoleprogrammet har vist svært god effekt. Fra høsten 2006 er programmet revidert i henhold til ny læreplan (L06).

Det ser ut til at lovens bestemmelser om røyk-frie serveringssteder etterleves i svært stor grad. Kommuner og serveringssteder har mottatt løpende veiledning og informasjon om lovens virkeområde. Støtten i befolkningen øker, 76 pst. er positive til loven. Den pågående evalueringen viser at serveringspersonalets helseplager og ubehag er redusert.

Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 ble lagt fram av departementet på Verdens røykfrie dag 31. mai 2006. Det er åtte innsatsområder i strategiplanen: forebygge røykestart, røykeslutt, vern mot tobakksrøyk, forebygge snusbruk, informasjonstiltak, lokalt folkehelsearbeid, forskning og internasjonalt samarbeid.

Utover dette har direktoratet i 2005 gjennomført ulike tiltak rettet mot bl.a. skole, ungdom, helsepersonell, gravide og småbarnsforeldre.

I 2006 røykte 25 pst. av befolkningen i alderen 16–74 år daglig, mot 26 pst. i 2004. Det vil si at om lag 930 000 personer røyker daglig i Norge. Andelen kvinner og menn som røyker er omtrent lik. I 2005 røykte om lag 24 pst. av unge i alderen 16–24 år daglig. Fra 2000 til 2005 ble andelen som røyker daglig i ungdomsskolen halvert fra 10 til 5 pst. Andelen gravide som røyker har gått betydelig ned fra 1999 til 2004. Det er imidlertid fortsatt om lag 10,5 pst. av de gravide som røyker ved svangerskaps slutt. Blant menn i alderen 16–44 år snuser om lag 25 pst. daglig eller av og til (om lag 14 pst. dag-

ligbrukere). Det er svært få kvinner som snuser. Det totale tobakkssalget har gått noe ned fra 2004 til 2005, mens salget av snus økte en del.

Ifølge rapport 2006:4 *Hvor dødelig er røyking?* fra Nasjonalt folkehelseinstitutt skyldtes 6700 dødsfall (16 pst. av alle dødsfall) i 2003 røyking. Blant kvinner var røyking skyld i 26 pst. av dødsfallene i aldersgruppen 40 og 70 år, mens det tilsvarende tallet for menn var 40 pst.

I januar og februar 2006 ble det gjennomført en ny omfattende massemediekampanje med fokus på helseskader og redusert livskvalitet som følge av røyking. Målgruppen var både voksne og unge. Foreløpige meningsmålinger viser at ni av ti har lagt merke til kampanjen. Tre av fire sier de har et godt inntrykk av den. Kunnskapen om sykdommen kols (kronisk obstruktiv lungesykdom) ser også ut til å ha økt betydelig som følge av kampanjen.

Som oppfølging av den nye strategiplanen skal forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer på salgssteder, og tilsynsordning med salg av tobakk til ungdom utredes.

Innen 2012 er målet at andelen unge som røyker halveres, andel gravide som røyker ved slutten av svangerskapet halveres og andelen dagligrøykere i befolkningen reduseres til under 20 pst.

Hjelp til røykeslutt gis gjennom gratis veiledningstjeneste på Røyketelefonen 800 400 85. Gjennom nytt informasjonsmaterieell og kompetanseheving skal det satses på økt bruk av én-til-én kommunikasjon i helsetjenesten for å informere om helseskader knyttet til tobakksbruk og motivere til røykeslutt.

### 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 og finansieres over kap. 720, post 01. Ordningen omfatter en stimuleringsstakst for legen og faglig veiledningsmaterieell 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 resepten kan imidlertid også brukes overfor alle pasienter som vurderes å ha nytte av livsstilsveiledning og hjelp til omlegging av helseatferd.

Takstbruksundersøkelsen for perioden 1. juli 2005 til 1. juli 2006 utført av Rikstrygdeverket viser at taksten er utløst 33 400 ganger. Dette er en økning på 5000 ganger sammenlignet med foregående takstperiode.

En devaluering i 2005 basert på legers erfaringer med ordningen utført av Lægeforeningens Forskningsinstitutt viser at nær halvparten av allmennlegene mener ordningen er et godt tiltak for å få til endringer i kosthold og fysisk aktivitet. Evalueringen avdekket samtidig behov for forbedringer. Som oppfølging er det satt i gang revisjon av veiledningsmaterieellet. Arbeidet med IT-verktøy er påbegynt. Ulike tiltak er gjennomført på fylkes- og kommunenivå, som kostholdskurs for pasienter. Det er opprettet samarbeid med allmennlegene i Den norske lægeforening om utvikling og iverksetting av videreutdanningskurs for leger. Arbeidet med utprøving av oppfølgingsopplegg for pasienter på grønn resept pågår i flere kommuner i fire fylker. Dette videreføres i 2007. Evalueringens del II er iverksatt og vil gi grunnlag til en samlet vurdering av hvordan ordningen skal videreutvikles for å bli best mulig for pasientene.

### Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et tilbud til gravide, barn og unge under 20 år. Tjenesten skal fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Tilbudet skal omfatte helseundersøkelser, vaksiner, rådgivning, veiledning, opplysningsvirksomhet og forebyggende psykososialt arbeid. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har særlig oppmerksomhet rettet mot barn og unge med spesielle behov og sårbare og utsatte grupper. Det skal satses videre på tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. Innen utgangen av 2008 er helsestasjons- og skolehelsetjenesten planlagt styrket med 800 årsverk, jf. Opptappingsplan for psykisk helse 1999–2008. Det vises til omtale under kap. 743 Statlige stimuleringsstiltak for psykisk helse, post 62.

Som oppfølging av St.meld. nr. 49 (2003–2004) Mangfold gjennom inkludering og deltakelse har Rambøll Management AS på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet evaluert bruk av språkkartleggingsverktøyet Språk 4 ved fireårskontrollen på helsestasjon. Evalueringen viser at Språk 4 er et egnet språkkartleggingsverktøy og at helsestasjonene har fått et konkret redskap i arbeidet med språkkartleggingen. Språk 4 bidrar til å sette fokus på førskolebarns språkutvikling, herunder bedre norskkunnskaper for barn med minoritetsbakgrunn, samt bidrar til videreutvikling av tverrfaglig samarbeid. Det er nødvendig at helsestøtstre får god veiledning i hvordan språkkartleggingen gjennomføres overfor minoritetspråklige barn. I 2006 gjennomføres en prøveordning i 12

kommuner der alle barn språkkartlegges ved bruk av dette kartleggingsverktøyet ved fireårskontrollen. Hensikten er å tidlig fange opp svak språkutvikling og mangelfulle norskkunnskaper og sette i verk språkstimuleringstiltak før skolestart. Prøveordningen gjennomføres med midler fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet og videreføres i 2007. Prøveordningen omfatter også etterutdanning av helsesøstre i bruk av verktøyet.

#### *Forebygging av kjønnslemlestelse*

I Innst. S. nr. 185 (2004–2005) til St.meld. nr. 49 (2003–2004) Mangfold gjennom inkludering og deltakelse har et flertall i Stortinget fattet følgende anmodningsvedtak nr. 385, 31. mai 2005.

«Stortinget ber Regjeringen utrede innføring av klinisk observasjon av alle barns kjønnsorganer ved dagens helsekontroller, samt utrede omfanget av slike kontroller og om de skal være obligatoriske.»

Sosial- og helsedirektoratet fikk av Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag å utrede dette, og tilrår i sin utredning at klinisk observasjon av barns kjønnsorganer for å forebygge kjønnslemlestelse ikke gjøres obligatorisk i dagens helsekontroller. Direktoratets begrunnelse er at en slik undersøkelse uten medisinsk indikasjon kan ikke forsvares verken etisk, juridisk eller medisinsk.

Direktoratet avgrensner oppdraget til å omfatte vurdering av klinisk observasjon av jenters kjønnsorganer i og med at omskjæring av gutter er tillatt og utbredt.

Risiko for kjønnslemlestelse berører en liten andel jenter i Norge som det er svært vanskelig å avgrense både med hensyn til nasjonalitet, folkegruppe og alder. Vanskeligheten med å avgrense risikogruppen forsterker de medisinske og etiske betenkelighetene knyttet til obligatorisk observasjon av genitalia. Kjønnslemlestelse av kvinner er forbudt ved lov i Norge, og innføring av særbestemmelser om undersøkelse av kjønnsorganer til jenter fra utvalgte etniske miljøer er egnet til å stigmatisere grupper i befolkningen. Det kan bli oppfattet som krenkende av dem det gjelder, og vil i tillegg reise vanskelige spørsmål knyttet til menneskerettskonvensjonen og diskrimineringsforbudet i barnekonvensjonen.

Det fremgår av helselovgivningen at ytelse av helsehjelp er basert på frivillighet og samtykke fra pasienten eller dennes pårørende. Tillit til helsetjenesten er helt avgjørende for å drive et godt forebyggende arbeid. De mange helsekontrollene gjennom barns oppvekst og kontakt med helsestasjonen, skolehelsetjenesten og fastlegen innebæ-

rer at barn og foreldre følges over tid, og helsepersonell har gjentatte muligheter for gjensidige åpne og tillitsfulle samtaler. Ved bekymring eller mistanke om at en mulig kjønnslemlestelse er på gang eller planlegges, vil råd og veiledning være sentralt i helsepersonells lovpålagte plikt til å avverge en kjønnslemlestelse. Helsepersonell kan også melde sin bekymring til barnevernet som må følge opp meldingen med en undersøkelse i hjemmet i henhold til barnevernloven. Direktoratet foreslår å videreføre og intensivere forebyggende arbeid i primær- og spesialisthelsetjenesten, kompetansehevende tiltak for berørte yrkesutøvere og fortsatt delta i internasjonalt samarbeid mot kjønnslemlestelse.

Departementet tar utredningen fra direktoratet til etterretning, og støtter forslagene om fortsatt å bidra til å sikre spisskompetanse i helseforetakene, ivareta og tilby helsehjelp til kjønnslemlestedede kvinner ved poliklinikkene i alle helseregioner, arrangere nasjonale og regionale seminarer for berørte grupper i regionene, ta initiativ til at det blir etablert ressursgrupper i hver helseregion for å spre kunnskap om kjønnslemlestelse, samt fortsatt skolere helsesøstre og jordmødre, særlig i kommuner med mange innbyggere med innvandringsbakgrunn.

Departementet vil i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet vurdere å igangsette et kartleggingsprosjekt for å få mer kunnskap om omfanget av kjønnslemlestelse i Norge, om omfanget av jenter som kan være i faresonen for kjønnslemlestelse, om avvergelsesplikten er/blir benyttet og om helsepersonells meldeplikt til barnevernet er/blir benyttet.

#### **Post 60 Kommunedilskudd, kan overføres**

St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge legger føringer for å styrke det lokale folkehelsearbeidet gjennom en organisering basert på partnerskap for folkehelse og sikre en sterkere forankring i ordinære politiske og administrative prosesser i fylker og kommuner. Som oppfølging ble det i 2004 etablert en stimuleringsordning til utvikling av partnerskap for folkehelse regionalt og lokalt. Fylkeskommunene er som regional utviklingsaktør og med ansvar for bl.a. regional planlegging, utfordret til å være pådrivere i folkehelsearbeidet og til å påta seg lederrollene i regionale partnerskap der bl.a. regionale statsetater, herunder Fylkesmannsembetet og regionale helseforetak, høgskoler og frivillige organisasjoner deltar i tillegg til kommunene.

Det ble i 2005 tildelt statlige stimuleringsmidler til ti fylker til styrking av det lokale folkehelsearbeidet gjennom partnerskapsordningen. Statlig stimulering forutsetter at fylker og kommuner bidrar med egne ressurser og at arbeidet er forankret i det fylkeskommunale og kommunale plansystemet. Midlene går i hovedsak til å styrke og støtte opp om et systematisk og helhetlig folkehelsearbeid i kommunene, bl.a. med bruk av plan- og bygningsloven som verktøy. Stimuleringsordningen administreres av Sosial- og helsedirektoratet. Bevilgningen for 2006 ga i utgangspunktet rom for en begrenset tildeling til seks nye fylker i tillegg til de ti fylkene. Partnerskapsordningen ble i 2006 styrket med 5 mill. kr for å involvere flere kommuner i de seks nye partnerskapsfylkene, jf. Innst. S. nr. 205 (2005–2006), jf. St.prp. nr. 66 (2005–2006). Totalt er nå 16 av landets fylker og et stort antall kommuner i disse fylkene med i partnerskapsordningen. Direktoratet har 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. En kartlegging av folkehelsearbeidet tyder på at det er mer omfattende og bedre forankret og organisert i kommuner i partnerskapsfylker enn i kommuner som står utenfor ordningen. I arbeidet framover skal partnerskap for folkehelse videreutvikles som arbeidsform. Det vises til omtale i kap. 719, post 21 om miljø og helse.

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 2006 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 forebygge tobakksskader, støtte opp om innsats overfor grunn- og videregående skoler og arbeidslivet, samt styrke arbeidet med tilrettelegging av lokale lavterskeltilbud for å fremme fysisk aktivitet.

Ordningen med tilskuddsmidler til lokale folkehelse tiltak videreføres i 2007. Målet er å stimulere til lokal implementering av nasjonale satsinger innen ernæring, fysisk aktivitet og tobakksforebygging som ledd i kommunenes systematiske og helhetlige folkehelsearbeid.

Tilskuddsmidlene skal kanaliseres gjennom regionale partnerskap for folkehelse. Dette vil gjøre det mulig å se ulike tilskuddsordninger som har innvirkning på oppveksts- og levekår i en sammenheng og dermed bidra til mer effektiv bruk av offentlige ressurser.

### **Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen foreslås i 2007 satt opp 10 mill. kroner i forhold til saldert budsjett 2006, slik at samtlige fylkeskommuner, og flere kommuner involveres. Samtidig skal partnerskap for folkehelse videreutvikles som arbeidsform for et systematisk og helhetlig folkehelsearbeid.

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

Det foreslås bevilget 29,5 mill. kroner til formålet, hvorav 20 mill. kroner til oppfølging av Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer, hiv-samarbeidet med Kina og fylkesvise smittevernkonferanser. Det foreslås videre 9,5 mill. kroner til videreføring av innsatsen for å forebygge sykehusinfeksjoner 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. 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.

### *Forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner*

Med bakgrunn i hiv-utbruddet blant menn som har sex med menn som startet i 2003 og utviklet seg videre i 2004, ble forebyggingstiltak for denne målgruppen gitt høy prioritet gjennom en ekstrabevilgning i 2004. Satsingen ble videreført i 2005, bl.a. ved at Helseutvalget for homofile fikk en øremerket ekstratildeling på 1 mill. kroner. Satsingen på tiltak rettet mot innvandrere ble videreført, med spesiell oppmerksomhet rettet mot kvinner og barn. Befolkningsrettede tiltak, herunder kunnskapsformidling om smitteveier og risiko med særlig fokus på ungdom og unge voksne, har vært vektlagt også i 2005. Fylkesvise smittevernkonferanser for helsepersonell og for ansatte i asylmottak, faglig veiledning og økonomisk støtte til hiv-forebyggende arbeid i regi av frivillige organisasjoner har vært gjennomført i regi av Sosial- og helsedirektoratet. Samarbeidsavtalen med Kina på området hiv/aids er videreført, og HivNorge har vært sentral i oppfølgingen der styrking av frivillig sektors forebyggende arbeid i Kina er prioritert.

I 2005 ble det diagnostisert 219 nye hiv-smittede i Norge (122 menn og 97 kvinner). Dette er

noe lavere enn 2004 (252 tilfeller) og skyldes en nedgang blant hetero- og homoseksuelt smittede, mens antall hiv-smittede sprøytemisbrukere har økt noe.

Hiv-utbruddet blant menn som har sex med menn i 2003 og 2004 så ut til å avta i 2005. Det ble påvist 56 tilfeller mot 70 i 2004. Det er fortsatt i all hovedsak i Oslo smitten skjer.

Av de 219 hiv-positive meldt i 2005 var det 120 personer av utenlandsk opprinnelse som var smittet før de kom til Norge. 101 var smittet heteroseksuelt i opprinnelige hjemland (75 kvinner og 26 menn). De øvrige var smittet homoseksuelt, via stoffmisbruk, barn smittet perinatalt i hjemlandet eller med ukjent smittebakgrunn. Som tidligere kom de fleste fra Afrika og Asia. I forbindelse med Oslo kommunes tilbud om helseundersøkelse av prostituerte, ble det i 2005 påvist 12 hiv-smittede kvinner. De fleste av disse var i Norge på midlertidig opphold og var fra Afrika eller Øst-Europa. Den nedgangen i antall hiv-positive innvandrere som nå registreres knyttes til at det kommer færre innvandrere til Norge fra land med høy hiv-forekomst, en utvikling som forventes å fortsette i 2006.

Det ble i 2005 påvist noe økning i antall hiv-positive stoffmisbrukere, 20 tilfeller i 2005 mot 15 i 2004, i hovedsak knyttet til flere påviste tilfeller blant innvandrere, hvorav fem tilfeller fra Øst-Europa som var smittet før ankomst til Norge. Fem barn ble meldt perinatalt smittet i 2005, alle født i utlandet. Siste påviste tilfelle av perinatal smitte hos barn født i Norge var i 2000, og denne smitte måten anses å være under god kontroll i Norge. Totalt var det ved årsskiftet diagnostisert i underkant av 3300 hiv-smittede i Norge (vel 2200 menn og 1000 kvinner). Anslagsvis lever 2500 med hiv i Norge i dag. I begynnelsen av september 2006 var det meldt 136 nye hiv-smittede hittil dette året mot 219 i hele 2005. Dette er en del høyere enn på samme tidspunkt i 2005.

I det hiv-forebyggende arbeidet vil det også i 2007 særlig bli fokusert på innvandrere og menn som har sex med menn. Kvinner utgjør fortsatt en økende andel av hiv-positive med innvandrerbakgrunn, og det skal settes inn tiltak som er tilpasset kvinners særskilte behov. Det skal arbeides for å sikre hiv-positives rettigheter og levekår både i et rettighets- og et forebyggingsperspektiv, ikke minst som oppfølging av erklæringen fra United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS) i 2001 og FNs oppfølging av denne i 2006. Hiv-samarbeidet med Kina vil bli videreført.

I 2005 ble det diagnostisert i underkant av 20 000 tilfeller av genital klamydiainfeksjon, det høyeste antallet siden 1988. Infeksjonen er mest

utbredt i aldersgruppen 15–24 år. Det ble meldt om en liten økning i antall tilfeller av gonore i 2005. Antall tilfeller blant menn som har sex med menn gikk noe ned sammenlignet med 2004, mens antall tilfeller blant de som ble smittet heteroseksuelt økte. Forekomsten av syfilis var noe lavere i 2005 enn i 2004.

Arbeidet med å redusere forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner, særlig blant menn som har sex med menn og hos ungdom der forekomsten av klamydia er høy, skal fortsette. Økt tilgjengelighet av gratis kondomer skal sikres, og det skal gis god informasjon om forebygging, testing, smitteoppfølging og oppfølging tilpasset de ulike målgruppene. Med bakgrunn i kjønns- og aldersfordelingen av klamydia skal testaktiviteten blant unge menn økes, og smitteoppfølgingen bedres.

Strategiplanen, som omfatter både forebygging av hiv og forebygging av seksuelt overførbare infeksjoner, vil bli evaluert i løpet av 2006.

Stortinget bevilget 12 mill. kroner til Prosjekt 46664 Tromsø i november 2004. Tromsø kommune gjennomførte et stort hiv/aidsarrangement som bl.a. innholdt en internasjonal konsert med Nelson Mandela som hovedgjest (Mandela-konserthen) i juni 2005. Arrangementet gikk som planlagt. Tromsø kommune leverte i juni 2006 tilfredsstillende sluttrapport og revisorattestert regnskap for bruk av tilskuddet.

#### *Øvrig smittevern*

Arbeidet med forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste ble sluttført i 2005. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2006 og vil bli supplert med en veileder. Nytt internasjonalt helsereglement (IHR 2005) ble vedtatt av Verdens helseforsamling i mai 2005, og arbeidet med å gjennomføre reglementet i norsk rett ble påbegynt.

Å forebygge legionelasykdom har stått sentralt, og ny midlertidig forskrift om tiltak for å hindre overføring av legionella via aerosol trådte i kraft juli 2005. Et utredningsarbeid for å foreslå nytt permanent regelverk for å forebygge legionelasykdom ble satt i gang, og nytt regelverk vil bli sendt på høring ved årsskiftet.

Forskrift om norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS) er fastsatt, og den første overvåkingsperioden ble gjennomført i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt. Instituttet gjennomførte samme år, i samarbeid med landets sykehus og sykehjem, en nasjonal håndhygienekampanje som er evaluert med godt resultat. Ved Universitetet i Oslo, Institutt for allmenntilleggsmedisin, ble det opprettet et senter og nasjonalt nettverk for riktig antibiotikabruk i primærhelsetjeneste.



ten. Helse Midt-Norge ved St. Olavs Hospital fikk tildelt nasjonal referansefunksjon for meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA).

Departementets rådgivende komite for beredskap mot pandemisk influensa har med utgangspunkt i Pandemiplanen og utbruddet av fugleinfluensa i Asia, videreført sine oppgaver i tråd med komiteens mandat. Det ble høsten 2005 satt i gang arbeid med revisjon av pandemiplanen, og departementet fastsatte den tredje versjonen februar 2006. Norge deltok i EU-øvelsen om influensapandemi, Common Ground, i november 2005, hvor sentrale helsemyndigheter spilte en aktiv rolle. Se ellers omtale under kap. 702 Beredskap og 703 Internasjonalt arbeid. Arbeidet med å styrke smittevernberedskapen mot pandemisk influensa skal fortsette.

EUs bloddirektiver (2002/98/EF og 2004/33/EF) ble satt i verk gjennom en ny blodforskrift i februar 2005. Sosial- og helsedirektoratet har godkjent 36 blodbanker i medhold av blodforskriften. Blodforskriften vil bli justert i tråd med kravene i EUs to nye direktiver på blodområdet.

Det vil bli utarbeidet en ny tverrdepartemental strategi for å motvirke antibiotikaresistens som en videreføring av Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens som utløp i 2004. Tiltak i handlingsplan for forebygge sykehusinfeksjoner som utløper ved utgangen av 2006 vil bli vurdert å inngå i den nye satsningen. Aktuelle tiltak vil være å overvåke antibiotikabruk i sykehus og andre helseinstitusjoner, å oppdatere antibiotikaveiledere, å styrke utdanningskapasiteten innen medisinsk mikrobiologi og å avslutte arbeidet med å formalisere utdanningen av hygienesykepleiere.

Arbeidet med å gjennomføre det internasjonale helsereglementet (IHR 2005) skal slutføres ved fastsettelse av nytt nasjonalt regelverk. Reglementet gir retningslinjer for håndtering av utbrudd av smittsomme sykdommer i WHO og medlemslandene. Det vises til omtale under kap. 702 og kap. 703.

### **Merknader til budsjettforslaget**

Bevilgningen foreslås satt opp 2 mill. kroner til oppfølging av og videreføring av innsatsen gjennom en ny strategiplan for å forebygge sykehusinfeksjoner og motvirke antibiotikaresistens.

### **Post 71 Forebygging av uønskede svangerskap og abort, kan overføres**

Det foreslås bevilget 25 mill. kroner til oppfølging av handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort, hjelpetelefonene og til kompe-

tanse- og utviklingstiltak. Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for å følge opp tiltakene i handlingsplanen og hjelpetelefonene gjennom forvaltning av tilskuddsmidlene.

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 arbeidet er ungdom og unge voksne generelt, ungdom og unge voksne med etnisk minoritetsbakgrunn, grupper med spesielle behov og kvinner/par som vurderer abort.

Handlingsplanens innsatsområder følges opp bl.a. opp gjennom å styrke lokale lavterskeltilbud til ungdom. På landsbasis er det etablert 325 helsestasjoner for ungdom. Det gjennomføres landsdekkende informasjons- og rådgivningstiltak om kropp, seksualitet og prevensjon ovenfor ungdom. Hovedvekt legges på tiltak der målgruppene selv tar ansvar for egen læring (ung til ung-formidling). Strategier for forebygging av klamydiainfeksjoner og bruk av kondom står sentralt i arbeidet. Bruken av helsestasjon for ungdom på internett ([www.klara.klok.no](http://www.klara.klok.no)) øker. Brukerne er ungdom fra hele landet, majoriteten er i alder 13–18 år, og om lag 40 pst. er gutter. Kompetanseheving og prosjekter til ungdom med ikke-vestlig bakgrunn og ungdom og unge voksne med funksjonshemninger skal videreføres.

Informasjonshefter til elever og foreldre om samliv og seksualitet distribueres årlig på tiende klassetrinn og suppleres med temasider på [www.skolenettet.no](http://www.skolenettet.no). Heftene skal evalueres i 2006 av Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Utdanningsdirektoratet.

I 2005 var det totalt om lag 2100 helsesøstre og jordmødre som hadde gjennomført kurs som gir dem rett til å rekvirere hormonelle prevensjonsmidler til kvinner i alderen 16–19 år. Kurset er fra 2005 integrert i de ordinære helsesøster- og jordmorutdanningene. Ordningen med gratis p-piller til jenter i alderen 16–19 år ble innført i 2002 for å forebygge tenåringsaborter. Fra 1. mars 2006 ble ordningen utvidet til å omfatte alle hormonelle prevensjonsmidler (p-piller, p-plaster, p-ring, p-sprøyte), men bidraget fra folketrygden ble begrenset opp til kr 100 per preparat. Det innebærer at preparater som koster under kr 100 er gratis for brukeren.

Undervisningsbesøk utføres i avgangsklasser i videregående skole for å informere om rutiner for anskaffelse av prevensjon hos fastlege/studenthelsetjeneste. Arbeidet med å sikre gode rutiner for tilbud om informasjon og veiledning til gravide og

par som vurderer svangerskapsavbrudd videreføres. Landskonferanser for landets abortnemnder dekkes av midler over handlingsplanen. Harmonisering og kvalitetssikring av arbeidet i abortnemndene pågår.

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

Midler til kompetanse- og utviklingstiltak har i 2005 og 2006 vært brukt til å innføre elektronisk melding av svangerskapsavbrudd fra sykehusene til Medisinsk fødselsregister ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Fra 2005 er instituttet databehandler for abortstatistikken. Omleggingen er tidkrevende, men det tas sikte på at alle helseforetak er inne i meldingssystemet ved årets utløp.

Det ble i 2005 utført nær 14 000 svangerskapsavbrudd. Dette gir en abortrate på 12,9 per 1000 kvinner i alderen 15–49 år. Abortraten i aldersgruppen 15–19 år var 15,4 i 2005. Dette er den laveste raten som er observert i aldersgruppen siden registrering av utførte svangerskapsavbrudd startet i 1979.

### Post 72 Stiftelsen Amatheas

Amatheas er en privat stiftelse som tilbyr gratis rådgivning/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 gravide kvinner/par. Målsettingen for Amatheas virksomhet er nedfelt i lov om svangerskapsavbrudd § 2, første ledd som lyder:

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

Amatheas er et landsdekkende tilbud med 19 lokal-kontor og felles administrasjon i Oslo. I 2005 var det 41 ansatte rådgivere som utførte til sammen 29 årsverk. Samtlige ansatte er høgskole- eller universitetsutdannet med kompetanse innen råd-/veiledningsmetodikk. I 2005 deltok i tillegg om lag 80 personer som frivillige medarbeidere. Amatheas er hovedsakelig finansiert over statsbudsjettet med

vel 14,5 mill. kroner i saldert budsjett 2006. I 2005 utgjorde tilskudd fra fylker/helseforetak og kommuner vel 3,7 mill. kroner, og private gaver utgjorde 760 000 kroner.

I St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005–2006), jf. Budsjett-innst. S.nr. 11 (2005–2006) ble det besluttet at det skulle foretas en evaluering av Amatheas virksomhet. Evalueringen er utført av Sintef Helse etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

I evalueringen er det benyttet ulike metoder som dokumentgjennomgang (for eksempel av vedtekter, retningslinjer, årsrapporter mv), fokusgruppeintervjuer av Amatheas ansatte, spørreundersøkelse til alle ansatte i Amatheas, dybdeintervju med ledelsen i Amatheas, tilgang til Amatheas brukerstatistikk, tre ulike brukerundersøkelser og datainn-samling fra øvrige aktører i helsetjenesten (samarbeidspartnere).

Sentrale deler av evalueringsrapportens konklusjoner er blant annet:

- Kvinner har krav på rådgivning/veiledning ved et uønsket svangerskap for selv å kunne ta det endelige valg på fritt grunnlag. Amatheas gir et kvalitativt godt tilbud om slik rådgivning. Over 90 pst. av brukerne svarte at veiledningen hadde vært til hjelp.
- Rådgiverne i Amatheas har spesialkompetanse i og solide metoder for veiledning. Rådgiverne arbeider forskningsbasert så langt mulig, og den betydelige veilederkompetansen som ligger i Amatheas, bør bevares etter Sintefs vurdering.
- «Driften av Amatheas er svært kostbar i forhold til antall konsultasjoner og i forhold til andelen kvinner i målgruppen som tilbudet når fram til. Stiftelsen har store ressurser til rådighet i form av god økonomi og dermed god tid til konsultasjonene» heter det i rapporten.
- «Amatheas har i dag ikke evne til å gi et større bidrag til å redusere verken forekomsten av uønsket svangerskap og/eller abort på nasjonalt plan. Organisasjonen oppgir i sin årsrapport forholdsvis lav aktivitet i forhold til primærforebygging....», uttales det videre i rapporten.
- Ettersom største delen av Amatheas virksomhet dekker tjenester nedfelt i lovverket, bør et slikt tilbud være tilgjengelig. Dersom alternative tilbydere skal gi denne ytelsen, bør disse underlegges tilsvarende evaluering i forhold til tilgjengelighet og kvalitet, uttaler Sintef.

Evalueringen viser også at kvinner i aldersgruppen 20–24 år er den største brukergruppen, samme aldersgruppe som har høyest aborthyppighet. Videre viser rapporten at Amatheas når ut til van-

skeligstilte kvinner, bl.a. kvinner med ikke-vestlig bakgrunn og enslige kvinner med svakt sosialt nettverk.

Det foreslås bevilget 16 mill. kroner til fortsatt drift av Amatheia.

### **Post 73 Fysisk aktivitet, kan overføres**

Det foreslås bevilget 13,2 mill. kroner til tiltak for bedre folkehelse gjennom fysisk aktivitet i befolkningen. For å øke aktivitetsnivået i tråd med gjeldende faglige anbefalinger skal det, i tillegg til innsats mot barn og unge, rettes særlig innsats mot fysisk inaktive og ulike grupper i befolkningen som krever spesiell tilrettelegging.

Sykdomsbildet og vektutviklingen de siste tiårene er et uttrykk for en livsstil og en samfunnsutvikling som innebærer for lite fysisk aktivitet. Undersøkelser viser at 20–29-åringer i perioden mellom 1984–86 og 1995–97 økte sin gjennomsnittlige kroppsvekt med 7,3 kg (kvinner) og 7,9 kg (menn). Aktivitetsnivået i befolkningen er generelt for lavt, og dette skyldes bl.a. at både hverdags- og arbeidslivet stiller stadig mindre krav til fysisk belastning for den enkelte. Om lag halvparten av barn, unge og voksne har et aktivitetsnivå i tråd med gjeldende faglige anbefalinger. Samtidig er det klare sosioøkonomiske forskjeller i aktivitetsvaner og aktivitetsnivå. Andelen fysisk inaktive er høyest i gruppene med kort utdanning og lav inntekt.

Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005–2009) ble lagt fram i 2004 som oppfølging av St.meld. nr 16 (2002–2003) og Innst. S. nr. 230 (2002–2003). Hovedmålene er å øke andelen barn og unge som er moderat fysisk aktive i minst 60 minutter hver dag, og øke andelen voksne og eldre som er moderat fysisk aktive i minst 30 minutter hver dag. Planen omfatter statlige virkemidler og tiltak på åtte departementers ansvarsområder og den initierer et bredt samarbeid på alle forvaltningsnivåer, bl.a. ved at fysisk aktivitet skal inngå som en prioritert satsning i partnerskap for folkehelse. Tiltakene i planen skal bidra til utvikling av lokalbaserte lavterskelaktiviteter, gode muligheter for fysisk aktivitet på viktige hverdagsarenaer som barnehage, skole og arbeidsplasser og til at fysiske omgivelser planlegges og utformes på en måte som ivaretar behovet for lek og fysisk aktivitet og gjør det lettere for alle å velge en aktiv livsstil.

Parallelt med utviklingen av handlingsplanen ble det i 2004 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 i 2005 og 2006 videreført som en inte-

grert del av handlingsplanen for å stimulere til lokalbaserte lavterskelaktiviteter. Tilskudd til frivillige lag og organisasjoner er prioritert og skal fortsatt prioriteres. Tilskuddsordningen forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet og midlene er fra og med 2005 kanalisert gjennom regionale partnerskap for folkehelse i fylker der slike er etablert, og i de øvrige gjennom fylkesmannen.

Som ledd i oppfølgingen av øvrige tiltak i handlingsplanen er det iverksatt arbeid med å utvikle et system for overvåking av aktivitetsnivået i befolkningen. I den forbindelse gjennomføres en kartlegging av fysisk aktivitet og fysisk form blant 9- og 15-åringer. Norges idrettshøgskole har fått oppdraget og data vil foreligge i overgangen 2006/2007. Arbeidet med overvåkingssystemet fortsetter i 2007.

Videre er det utviklet en kommunikasjonsstrategi med sikte på bl.a. informasjons- og holdnings-skapende tiltak rettet mot befolkningen og tiltak for å mobilisere til bred innsats på alle nivåer gjennom handlingsplanperioden. Arbeid med å styrke kunnskapen om fysisk aktivitet og helse i relevante grunnutdanninger og i etter- og videreutdannings-tilbud, herunder i helsefaglige grunnutdanninger, pågår og vil bli videreført i 2007. Det er gjennomført tiltak som gjelder medisiner utdanningen, og det er utført kartlegginger av innholdet på sykepleierutdanningene og fysioterapeututdanningene.

Økt oppmerksomhet er i 2006 rettet mot tiltak i handlingsplanen om å ivareta gode muligheter for fysisk aktivitet i ordinær planlegging i fylker og kommuner, herunder areal- og transportplanlegging. Gang- og sykkelveger er for eksempel viktige for at flere kan gå eller sykle til og fra jobb, skole og andre gjøremål. Arbeid med sikte på aktivitetsfremmende areal- og transportplanlegging skal fortsette også i 2007. Erfaringene fra prosjektet fysisk aktivitet og måltider i skolen skal oppsummeres og de gode modellene skal spres og implementeres i alle landets skoler. Det vises til omtale under kap. 719, post 21.

### **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 har vært ett av myndighetenes tiltak for å øke tilgjengelighet og forbruk blant barn og unge.

De viktigste suksesskriteriene for Skolefrukt har vist seg å være god kvalitetssikring, egen skolefrukt-ansvarlig på skolene, aktiv elevmedvirk-

ning, enkel administrering for skolene og løpende informasjonsarbeid.

Høsten 2005 deltok 1370 skoler og 80 000 elever i abonnementsordningen. Internettbasert påmelding for skoler og abonnenter ble innført for å gjøre det lettere å melde seg inn i ordningen. Det er bl.a. gjennomført et omfattende informasjonsarbeid, to evalueringer, regionale møter og kvalitets sikringstiltak som leverandør opplæring. Førsteklassingene fikk gratis frukt i 14 dager og aktivitetsspakker om frukt/grønt.

Våren 2006 deltok 1405 grunnskoler og 75 000 elever i Skolefrukt. Den lille nedgangen i abonnementsstall fra høsten 2005 skyldes at noen elever bare var korttidsabonnenter som del av frukttilskudd til alle landets førsteklasinger den høsten. 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 dem som blir abonnenter allerede spiser sunnere enn ikke-abonnenter. Fortsatt kvalitetssikring og god informasjon om ordningen til skoler, foreldre og elever er derfor viktig for å oppnå økt deltakelse i ordningen.

Abonnementsordningen foreslås videreført i 2007. Det foreslås avsatt 28,521 millioner kroner, hvorav 2 millioner kroner er en styrking av ordningen. I tillegg foreslås 0,9 mill. kroner til spesielle driftsutgifter bevilget over kap 719, post 21.

### Post 79 Andre tilskudd, kan overføres

Formålet med posten er tilskudd til ulike handlingsplaner, forskningsinstitusjoner og frivillige organisasjoner mv. på folkehelseområdet. Det foreslås å videreføre bevilgningen til gjennomføring av strategiplan for forebygging av skader og ulykker, handlingsprogram for forebygging av osteoporose og osteoporotiske brudd, og strategiplan for astma, allergi og inneklimesykdommer. Midlene forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet. Det foreslås videre bevilget tilskudd til Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner, befolkningsundersøkelsen Hunt og den frivillige organisasjonen Ammehjelpen.

Sosial- og helsedirektoratet skal i 2006 slutføre arbeidet med ny nasjonal strategi for forebygging av astma, allergi og inneklimesykdommer (2006–2009).

Sosial- og helsedirektoratet har i 2005 fulgt opp strategiplan for forebygging av skader og ulykker (2005–2007), herunder Sekretariatet for Trygge

Lokalsamfunn. I tillegg har Sosial- og helsedirektoratet støttet opp under arbeidet med nytt personskaderegister på St. Olavs hospital i Trondheim og bistått ved nasjonale- og regionale konferanser.

Sosial- og helsedirektoratet vil i 2007 bidra i gjennomføringen av tiltakene i strategiplanene for forebygging av skader og ulykker og for forebygging av astma, allergi og inneklimesykdommer. Et viktig område innen forebygging av skader og ulykker vil være å følge opp implementering og sikring av datakvalitet i det nye personskaderegistret, samt sørge for tilgang til skadedata på lokalt nivå. Sosial- og helsedirektoratet vil også i 2007 støtte kommuner og fylker som ønsker å satse på arbeidet med Trygge Lokalsamfunn.

### Nasjonalt kompetansesenter for genteknologi

Norsk institutt for genøkologi ble etablert som stiftelse i 1998, med følgende formål:

- Å drive forskning, informasjon og rådgivning angående horisontal genoverføring og andre prosesser som kan innebære økologiske og helsemessige risikomomenter i forbindelse med anvendelse av genteknologi og genmodifisering.
- Å utvikle metoder for risikovurdering, overvåking og monitorering av horisontal genoverføring fra genmodifiserte organismer/virus og genkonstruksjoner i økosystemet, næringskjeder, matvarer etc.

Ved slutten av 1998 fikk instituttet tilsagn på økonomisk støtte fra Sosial- og helsedepartementet, og har siden mottatt årlig driftsstøtte fra departementet. Miljøverndepartementet har fått i oppgave å gjøre GenØk til et nasjonalt kompetansesenter for genteknologi (biosikkerhet). Det foreslås derfor at 2,8 mill. kroner overføres til Miljøverndepartementet som delfinansiering av det nye kompetansesenteret som organisatorisk ligger under Miljøverndepartementet.

### Merknader til budsjettforslaget

Bevilgningen til Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, Hunt 3, foreslås satt opp 3 mill. kroner sammenlignet med saldert budsjett 2006. Bevilgningen til undersøkelsen ble satt opp 4 mill. kroner i 2006, jf. St. prp. nr. 66 (2005–2006) jf. Innst.nr. 205 (2005–2006).

Det foreslås at bevilgningen settes ned 2,8 mill. kroner mot at bevilgningen over Miljøverndepartementets kap. 1410, post 50, settes opp tilsvarende.

## Programkategori 10.20 Helsetjeneste

Programkategori 10.20 omfatter bevilgningene til Sosial- og helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Norsk Pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetje-

nesten. I tillegg har man her samlet omtalen av habilitering og rehabilitering, tiltak for rusmiddelmissbrukere, tannhelsetjeneste, forsøks- og utviklingstiltak, samt annen helsetjeneste.

### Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)

Kap.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
720	Sosial- og helsedirektoratet	502 174	394 082	439 342	11,5
721	Statens helsetilsyn	69 031	66 542	70 750	6,3
722	Norsk pasientskadeerstatning	521 967	79 601	99 786	25,4
723	Pasientskadenemnda	18 872	20 233	22 572	11,6
724	Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak	270 941	243 189	248 858	2,3
725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	66 186	39 302	64 993	65,4
726	Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige	97 050	103 409	141 038	36,4
727	Tannhelsetjenesten	16 646	53 667	55 706	3,8
728	Forsøk og utvikling mv.	126 787	92 041	56 661	-38,4
729	Annen helsetjeneste	169 168	216 359	231 896	7,2
	Sum kategori 10.20	1 858 822	1 308 425	1 431 602	9,4

### Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)

Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
01-23	Statens egne driftsutgifter	980 095	764 370	817 140	6,9
50-59	Overføringer til andre statsregnskap	433 123			
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	326 038	236 257	249 312	5,5
70-89	Andre overføringer	119 566	307 798	365 150	18,6
	Sum kategori 10.20	1 858 822	1 308 425	1 431 602	9,4

Kommunene har etter kommunehelsetjenesteloven ansvaret for nødvendig helsehjelp til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Det kommunale ansvaret omfatter helsefrem-

mende og forebyggende arbeid, diagnostikk og behandling av sykdom, skade og lyte, hjelp ved ulykker og akutte situasjoner, habilitering og rehabilitering samt pleie og omsorg. Helsefremme-

og forebyggende arbeid, samt pleie og omsorg er omtalt under andre programkategorier i denne proposisjonen.

I dette avsnitt omtales allmennlegetjenesten inkludert fastlegeordningen, medisinsk nødmeldetjeneste, legevakt, fysioterapitjeneste og jordmor-tjeneste.

## Allmennlegetjenesten

### *Fastlegeordningen*

Allmennlegetilbudet til befolkningen er fra 1. juni 2001 organisert som en fastlegeordning. Formålet med fastlegeordningen er at alle innbyggere som ønsker det skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Kommunene er forpliktet til å tilby innbyggerne mulighet til å være tilknyttet en fast lege eller legepraksis. De fleste fastleger er privatpraktiserende og har en individuell fastlegeavtale med kommunen. Fastlegen har etter fastlegeforskriften § 7 ansvaret for allmennlegetilbudet til innbyggere på sin liste innenfor de rammer som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og sentralt avtaleverk. Listesystemet med en innbyggerliste for hver fastlege og ordningen med kontrakter mellom kommunene og fastlegene er to av kjerneelementene i fastlegeordningen.

Ressursinnsatsen i allmennlegetjenesten utgjorde i 2005 til sammen 4219 årsverk. Dette er en økning fra 3809 i 2000. Antall leger med fastlegeavtale utgjorde om lag 3755 ved utgangen av både 2004 og 2005, mens per 30. juni 2006 var tallet 3807. Per 31. desember 2005 var det 111 fastlegehjemler uten fast lege (ledige lister). Andelen hjemler uten fast lege er fortsatt høy i Nordland og Finnmark. Situasjonen er spesielt vanskelig i enkelte kommuner i indre Finnmark, og da særlig i områder hvor en stor del av befolkningen er samer. Legesituasjonen i Nord-Norge er uansett bedre enn på slutten av 90-tallet. I Sogn og Fjordane har det skjedd en bedring, og per fjerde kvartal 2005 var 9 pst. av hjemlene ubesatt. På landsbasis har de fleste hjemlene uten fast lege vært besatt med korttidsvikarer.

Innfrielse av de rettigheter innbyggerne gis gjennom fastlegeordningen forutsetter tilstrekkelig legedekning. Ved utgangen av fjerde kvartal 2005 sto 75 000 innbyggere (1,6 pst.) på en liste betjent av vikar. I juni 2005 var tilsvarende 62 000 innbyggere. Ved utgangen av fjerde kvartal 2005 hadde innbyggerne i 126 kommuner utilfredsstillende mulighet for legebytte, mot 112 et halvt år tidligere og 103 ved utgangen av 2003. Rett etter innføringen av fastlegeordningen gjaldt dette 146 kommuner.

Finansieringen av allmennlegetjenesten varierer avhengig av type tjeneste. Om lag 90 pst. av fastlegene er privatpraktiserende. For de oppgavene som er knyttet til fastlegeordningen får disse legene basistilskudd fra kommunen per innbygger på legens liste, stykkprisfinansiering fra trygden og egenandeler fra pasientene. Egenandelene inngår i egenandelstak 1. I 2005 utgjorde basistilskuddet 315 kroner per innbygger per år. For leger som er ansatt i kommunen dekker kommunen lønn, mens trygderefusjon og egenandel tilfaller kommunen. Kommunenes basistilskudd og netto lønnskostnader kan beregnes til å utgjøre til sammen omlag 1,45 mrd. kroner. I tillegg vil mange kommuner ha utgifter knyttet til rekruttering av leger og tiltak for å holde på legene. Refusjoner fra trygden utgjorde 1 830 mill. kroner, se kap. 2755, post 70.

### Evaluerings av fastlegereformen

Fastlegereformen har først og fremst vært en reform av strukturell karakter som innebar en omorganisering av allmennlegetjenesten. Norges forskningsråd (NFR) har hatt ansvar for å koordinere en femårig, forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen fra 2001 til 2005. Sluttrapporten konkluderer med at fastlegereformen i hovedsak har vært vellykket. Det gjenstår likevel noen utfordringer. Sluttrapporten vektlegger tilgjengelighet til fastlegekontoret, rekruttering til og stabilitet i allmennlegetjenesten, fastlegens samarbeid med andre, samt ressurser til allmennt medisinsk offentlig arbeid. Det vises til nærmere omtale av dette under kap. 724.

### Allmennt medisinske offentlige oppgaver

De allmennt medisinske offentlige legeoppgaver omfatter legetjenester på sykehjem, helsestasjon, skolehelsetjeneste, fengselshelsetjeneste og enkelte andre tjenester. Med unntak av fengselshelsetjeneste dekkes disse utgiftene i sin helhet av kommunene. Det samme gjelder utgifter til medisinsk nødmeldetjeneste. Kommunen kan ansette egne leger til disse oppgavene eller la fastlegene i kommunale deltidsstillinger ivareta oppgavene.

Antall legeårsverk i institusjon for eldre og funksjonshemmede økte fra 260 til 275 årsverk fra 2004 til 2005, mens årsverkene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten gikk ned fra 217 til 214 i samme periode. Undersøkelser viser at kommunene i gjennomsnitt ikke har utnyttet fullt ut den muligheten den individuelle fastlegeavtalen gir til å styrke allmennt medisinsk offentlig legearbeid. I gjennomsnitt utøver fastlegene 4,3 timer allmenn-

medisinsk offentlig legearbeid per uke, mens kommunen har mulighet til å pålegge den enkelte fastlege inntil 7,5 timer per fulltids legepraksis.

### Legevakt

Legevaktstjenester finansieres med beredskaps-godtgjøring fra kommunen, trygderefusjoner og egenandeler. Det er etablert i overkant av 30 interkommunale legevaktsamarbeid med legevaktssentral som dekker legevakten for flere kommuner. For kommuner som omfattes av slikt samarbeid dekker kommunene utgifter til driften av legevaktssentralene. Trygderefusjoner og egenandeler tilfaller kommunen. I 2005 utgjorde trygdens utgifter til legevakt, uavhengig av organisasjonsform, om lag 305 mill. kroner, se kap. 2755, post 70. Organisering og finansiering av interkommunalt legevaktsamarbeid med legevaktssentral er nærmere beskrevet under kap. 2755, post 70.

### Fysioterapi

Finansieringen av fysioterapitjenester har mange likheter med finansieringen av allmennlegetjenesten. Kommunens kostnader er knyttet til lønn til ansatte og driftstilskudd til fysioterapeuter med driftsavtale. For denne tjenesten er stykkprisfinansiering fra trygden begrenset til fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen. For fysioterapeuter i ansettelsesforhold får kommunen et tilskudd for fastlønte fysioterapeuter (kap. 2755 post 62). Tilskuddet gis i stedet for stykkprisrefusjon. Fastlønnstilskuddet var i 2005 på til sammen 190 mill. kroner. For fysioterapeuter med driftsavtale utgjorde trygderefusjonen 1 260 mill. kroner i 2005.

Ressursinnsatsen i fysioterapitjenesten utgjorde i 2005 til sammen 4148 årsverk, fordelt på hhv 1326 årsverk i ansettelsesforhold, 2531 med driftsavtale, 153 privatpraktiserende uten driftsavtale og 137 turnuskandidater. Vi har ikke oversikt over ledige hjemler i fysioterapitjenesten. Fysioterapitjenesten har ikke vært gjenstand for systematisk gjennomgang eller evaluering de siste 15 år. Departementet har gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å foreta en kartlegging av tjenesten. Kartleggingen vil foreligge høsten 2006. Denne vil bli fulgt opp på egnet måte av departementet. Det vil også bli gjennomført en utredning om alternative finansierings- og avlønningsformer for kommunal fysioterapi.

### Jordmortjenesten

Jordmortjenesten i kommunene er i hovedsak knyttet til svangerskapsomsorgen. Også for disse

tjenester kan kommunen enten ansette jordmor eller inngå driftsavtale. Trygden yter refusjon, uavhengig av hvorvidt jordmor er ansatt eller har driftsavtale. Nødvendige utgifter til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon dekkes også av folke-trygden. Trygdens samlede utgifter til refusjon utgjorde 31,4 mill. kroner i 2005.

Den kommunale jordmortjenesten utgjorde i 2005 284 årsverk. Hoveddelen av jordmødrene er ansatt i deltidsstillinger, ofte i kombinasjon med deltidsstilling i sykehus.

### Tannhelse

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som tilbyr tannhelsetjenester til den øvrige befolkningen. Om lag tre fjerdedeler av tannlegeårsverkene i 2005 ble utført i privat sektor. Privatpraktiserende tannleger har fri etableringsrett og fri prissetting. Det har over tid vært rekrutteringsproblemer i offentlig sektor og geografiske ulikheter i tilgang på tjenester.

Personer med definerte lidelser og/eller sykdomstilstander i munnhulen kan få offentlig finansierte tannhelsetjenester etter trygdens regelverk. Størstedelen av tannbehandling med trygdefinansiering blir utført i privat sektor. I 2005 ble det utbetalt 734 mill. kroner til tannbehandling over trygdens budsjett. Det foreligger ikke beregninger av omfanget av privat finansiering, men et utvalg har beregnet befolkningens egenbetaling for tannbehandling i 2003 til å være om lag 6 mrd. kroner.

Den offentlige tannhelsetjenesten er organisert inn under fylkeskommunen, som skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen er pålagt et samordningsansvar for den offentlige (fylkeskommunale) tjenesten og privat sektor. Troms, Aust-Agder og Sør-Trøndelag fylkeskommuner har som følge av dette påtatt seg ansvaret for etablering og drift av regionale odontologiske kompetansesentre. Staten gir tilskudd til etablering og senere drift gjennom tilskudd til forskning og fagutvikling samt til desentralisert spesialistutdanning av tannleger ved sentrene.

Fylkeskommunen skal gjennom den offentlige tannhelsetjenesten både organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til definerede grupper i lovens § 1-3. Dette omfatter a) barn og ungdom 0-18 år, b) psykisk utviklingshemmede, c) eldre langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, d) ungdom som fyller 19 eller 20 år i

behandlingsåret og e) andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. Den offentlige tannhelsetjenesten kan i tillegg yte tjenester til øvrig befolkning etter fylkeskommunens bestemmelser og fylkeskommunens fastsatte takster. Dette har størst betydning i distriktskommuner og i områder med begrenset eller ingen tilgang til privatpraktiserende tannleger.

Fylkeskommunens utgifter til offentlig tannhelsetjeneste dekkes i hovedsak gjennom årlig rammetilskudd. Tilskuddet fordeles gjennom inntektsystemet for kommunene og fylkeskommunene. Målt i brutto driftsutgifter ble det brukt 1,75 mrd. kroner til tannhelsetjenesten i fylkeskommunene i 2005. Dette inkluderer behandling av voksne som betaler full egenandel.

Av dem som undersøkes/behandles i den offentlige tannhelsetjenesten er om lag 70 pst. barn og ungdom i alderen 3-18 år, om lag 5 pst. eldre, uføre og langtidssyke i institusjon eller hjemmesykepleie, og om lag 5 pst. 19-20-åringer. I 2005 var 16,5 pst. av dem som ble undersøkt/behandlet voksent betalende klientell.

92,6 pst. av det samlede antall prioriterte personer var under tilsyn i den offentlige tannhelsetjenesten i 2005. Av alle prioriterte personer var 58,1 pst. undersøkt/behandlet av offentlig tannhelsetjeneste i 2005. Det er store fylkesvise variasjoner i antall personer under tilsyn og undersøkt/behandlet.

## Kap. 720 Sosial- og helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
01	Driftsutgifter	443 528	305 793	351 698
21	Spesielle driftsutgifter	52 371	47 009	44 795
22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	6 275	41 280	42 849
	Sum kap. 720	502 174	394 082	439 342

Overført fra 2005 til 2006:

Post 01: 835 000 kroner

Post 21: 1 722 000 kroner

Post 22: 23 725 000 kroner

### Ansvar og organisering

Sosial- og helsedirektoratets arbeid omfatter både Arbeids- og inkluderingsdepartementets og Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområder. Sosial- og helsedirektoratet utfører oppgaver knyttet til tre roller:

- Fagdirektoratsrollen innebærer ansvar for å følge med i helsemessige og sosiale forhold, samt i helse- og sosialtjenestens utvikling. På dette grunnlaget skal direktoratet gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale myndigheter, kommunene, fylkeskommunene, helseforetakene, frivillige organisasjoner og befolkningen. Direktoratet skal sammenstille kunnskap og erfaringer i faglige spørsmål og opptre nasjonalt normerende på tjenestens arbeid på utvalgte områder. Kunnskapsoppsamlinger fra Nasjonalt kunnskapssenter for hel-

setjenesten ligger ofte til grunn for direktoratets normerende virksomhet.

- Rolle i forhold til fastsatte regler. Direktoratet er tillagt myndighet i lov/forskrift og etter delegering. Direktoratet forvalter (administrerer og fortolker) sosial- og helselovgivningen på vegne av departementene.
- Iverksetterrollen innebærer at direktoratet har ansvar for å sikre at vedtatt sosial- og helsepolitikk blir gjennomført på de områder og etter de føringer som Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet gir.

### Råd og Sekretariater m.m.

Sosial- og helsedirektoratet deltar aktivt i internasjonalt arbeid på helse-, omsorgs- og utviklingspolitikens område. Direktoratet skal bidra til at Norge fører en samordnet, helhetlig og fagbasert politikk i internasjonale fora og sammenhenger. Direktoratet opprettet i 2005 et Sekretariat for internasjonalt arbeid for å styrke direktoratets innsats på området.

Sosial- og helsedirektoratet ivaretar sekretariatet for Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenest-



ten, Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording, Nasjonalt råd for fødselsomsorg, Nasjonalt råd for tobakksforebygging, Nasjonalt råd for ernæring, Nasjonalt råd for fysisk aktivitet, Statens råd for funksjonshemmede og Statens seni-orråd. Direktoratet har også ansvar for statens kompetansesenter for deltagelse og tilgjengelighet for funksjonshemmede, Deltasenteret, som er en egen avdeling i direktoratet.

Sosial- og helsedirektoratet har etatsstyringsansvar for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten omtalt under kap. 725 og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) omtalt under kap. 724. Direktoratet er administrativt ansvarlig for Pasientombudene som er omtalt under kap. 729.

### *Organisatoriske endringer*

Sosial- og helsedirektoratet er fra 2006 tillagt et helhetlig ansvar for kode- og klassifikasjonsarbeid samt forvaltning og utvikling av aktivitetsbasert finansiering, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2005-2006). Oppgaver knyttet til drift og utvikling av Norsk pasientregister og Innsatsstyrt finansiering har siden 1997 vært utført av SINTEF Helse på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet har besluttet at disse oppgavene fra og med 2007 skal utføres innenfor den statlige helseforvaltningen og innlemmes i Sosial- og helsedirektoratet. Bakgrunnen for endringen er at det i de siste årene er skjedd betydelige endringer i spesialisthelsetjenestens organisatoriske, juridiske og økonomiske rammebetingelser. Blant annet har departementet foreslått å utvide formålene og endre registerform for Norsk pasientregister, jf. Ot.prp. nr. 49 (2005-2006) Om lov om endringer i helseregisterloven. Ved overføring av personalet fra SINTEF Helse til den sentrale helseforvaltning vil arbeidsmiljølovens bestemmelser om virksomhetsoverdragelse bli lagt til grunn. Enhetene skal fortsatt lokaliseres i Trondheim.

### *Formål*

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

Direktoratets arbeid er rettet inn mot fem virksomhetsområder; folkehelse, levekår, spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og sosial- og omsorgstjenesten. Flere satsinger på sosial- og helseområdet er overlappende i forhold til disse virk-

somhetsområdene. Direktoratet har derfor et særskilt fokus på samhandling, både mellom ulike fagprofesjoner og på tvers av tjeneste- og forvaltningsnivå.

### *Rapport 2005 og status 2006*

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 Helse- og omsorgsdepartementets og Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjettproposisjoner.

### *Mål 2007*

#### *Handlingsplan mot fattigdom*

Regjeringen legger sammen med forslaget til statsbudsjett for 2007 fram en handlingsplan mot fattigdom. Handlingsplanen inneholder tiltak på flere sektordepartementers ansvarsområder, herunder Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med andre statlige etater en sentral rolle i gjennomføringen av flere av tiltakene i handlingsplanen. Disse tiltakene omfatter kvalifiseringsprogram for utsatte grupper, en landsomfattende arbeidsmarkedssatsing for langtids sosialhjelpsmottakere, ungdom 20-24 år og enslige forsørgere som mottar sosialhjelp, samt innvandrere, kompetanse- og utviklingstiltak for å forebygge og redusere barnefattigdom og varig bolig fremfor bruk av hospits og andre midlertidige botilbud.

Det vises til nærmere omtale i St.prp. nr. 1 (2006-2007) for Arbeids- og inkluderingsdepartementet, resultatområde 5 Levekår kap. 601, post 21 og kap. 621 post 21 og 63. Handlingsplan mot fattigdom er vedlagt som uttrykt vedlegg til St.prp. nr. 1 (2006-2007) for Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

#### *Kodeverk og pasientklassifasjonssystemer*

Sosial- og helsedirektoratet skal videreføre arbeidet med å utvikle kodeverk og pasientklassifasjonssystemer for områdene rehabilitering, habilitering, psykisk helsevern og rus. Utvikling av kode- og klassifasjonssystemer er vesentlig for å kartlegge aktiviteten og få på plass gode styringsystemer, uavhengig om dette senere blir benyttet som finansieringssystem. Arbeidet med å styrke kvaliteten og kontrollapparatet med ISF-ordningen skal gis høy prioritet.

*Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009)*

Nasjonal strategi for kreftområdet ble lansert 15. mai 2006. Strategien er en oppfølging av Nasjonal kreftplan (1999-2003). Det vises til omtale i nasjonal helseplan (2007-2010) under kap. 6.6.4. Sosial- og helsedirektoratet er gitt en koordinerende rolle i oppfølging av strategien. I St.prp. nr. 66 (2005-2006) ble det bevilget 0,7 mill. kroner for finansiering av stillingen som strategidirektør for kreftområdet i Sosial- og helsedirektoratet. Midlene foreslås videreført i 2007.

*Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006–2009)*

Diabetesstrategien er en oppfølging av Budsjettinnst. S. nr. I (2004-2005), jf. St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2004-2005). Nasjonal strategi for diabetesområdet ble lansert i juli 2006. Det vises til omtale i Nasjonal helseplan (2007-2010) under kap. 6.6.5. Det foreslås bevilget 0,6 mill. kroner for ansettelse av en strategidirektør for diabetesområdet for å sikre koordinering og implementering av strategien.

*Nasjonal strategi for KOLS-området*

Nasjonalt folkehelseinstitutt legger til grunn at om lag 200 000 mennesker har KOLS (Kronisk obstruktiv lungesykdom), og at antallet vil øke i årene fremover. For å møte de særskilte utfordringene denne pasientgruppen står overfor, utarbeides det en nasjonal KOLS-strategi, jf. interpellasjon i Stortinget 11. april 2005. Sosial- og helsedirektoratet skal ha en koordinerende rolle i forhold til implementering av strategien. Det vises til ytterligere omtale i Nasjonal helseplan (2007-2010) under kap. 6.6.6.

*Handlingsplan mot pengespillproblemer*

Stortinget vedtok etter forslag i Ot.prp. nr. 44 (2002-2003) at det årlig skal avsettes inntil 0,5 pst. fra Norsk Tippings spilleoverskudd til forskning, informasjon, forebygging og kompetanseheving i sosial- og helsetjenestene i forhold til spilleavhengighet. Regjeringen har avsatt 12 mill. kroner av spilleoverskuddet til disse formålene i 2006. Tilsvarende vil det i budsjettet for 2007 bli avsatt inntil 0,5 pst. av spilleoverskuddet. Det vises til ytterligere omtale i Kultur- og kirkedepartementets budsjettproposisjon. Midler fordelt til informasjonsarbeid og kompetansehevingstiltak om spilleavhengighet i sosial- og helsetjenestene forvaltes av Helse- og omsorgsdepartementet. Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for iverksetting og gjen-

nomføring av disse tiltakene som finansieres gjennom inntekter over kap. 3720 post 03.

På Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde er det bl.a. iverksatt kompetansehevende tiltak rettet mot sosialtjenesten, primærhelsetjenesten og rustjenesten. Utvikling av brosjyrer med tilpasset informasjon rettet mot minoriteter er utarbeidet og distribuert. I tillegg er det startet utviklingsarbeid knyttet til selvhjelpsguide og utvikling av nettbasert behandlingstiltak med telefonstøtte. Handlingsplanen har et særlig fokus på å forhindre at barn og unge utvikler problemer med pengespill.

*Samfunnsmedisin*

Som ledd i arbeidet med å styrke den samfunnsmedisinske kompetansen i kommuner og i den statlige helseforvaltning sentralt og regionalt, skal Sosial- og helsedirektoratet legge til rette for at stillinger i direktoratet kan benyttes i spesialistutdanningen i samfunnsmedisin.

*Merknader til budsjettforslaget for 2007*

Det foreslås følgende budsjettmessige flyttinger fra Sosial- og helsedirektoratet:

- 4,5 mill. kroner til kap. 728 post 21 til pasienthjelpprosjektet
- 9,0 mill. kroner til kap. 725 post 01 til pasienttilfredshetsundersøkelser utført av Nasjonalt Kunnskapssenter
- 0,4 mill. kroner til kap. 719 post 21 til drift av steriliseringsnemndene

Det foreslås følgende budsjettmessige flyttinger til Sosial- og helsedirektoratet til videreføring av tiltak som i 2006 er finansiert over andre kapitler:

- 24,977 mill. kroner fra kap. 728 post 21 i forbindelse med ansvarsoverføringen av oppgaver tidligere utført av SINTEF Helse NPR og PaFi
- 1,0 mill. kroner fra kap. 726 post 21 i forbindelse med ansvarsoverføringen av SINTEF Helse NPR
- 8,8 mill. kroner fra kap. 732 post 21 i forbindelse med ansvarsoverføringen av oppgaver tidligere utført av SINTEF Helse NPR og PaFi
- 1,0 mill. kroner fra kap. 751 post 21 til arbeid for å fremme riktig bruk og håndtering av legemidler i helsetjenesten
- 0,75 mill. kroner fra kap. 724 post 61 til finansiering av faste stillinger som før ble dekket over kap. 724 post 61
- 1,5 mill. kroner fra kap. 761 post 60 til finansiering av faste stillinger som før ble dekket over kap. 761 post 60

- 4 mill. kroner fra kap. 720 post 21 knyttet til kodeverk og pasientklassifikasjonssystemer

Det foreslås følgende endringer i driftsbevilgningen:

- 1,3 mill. kroner til oppfølging av nasjonal strategi for kreft og nasjonal strategi for diabetes
- 1,0 mill. kroner til direktoratets arbeid med nytt nødnett
- 2,75 mill. kroner som en innstramming i driftsbevilgningen

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Hoveddelen av bevilgningen dekker elektronisk samhandling

### Elektronisk samhandling – S@mspill 2007

Formål og hovedprioriteringer

Riktig bruk av IT er avgjørende for å lykkes i den videre utviklingen av helse- og sosialsektoren. Et helseforetak, et legekantor, en tannklinikk og et sykehjem er alle avhengig av IT for å kunne fungere. Det elektroniske samarbeidet mellom ulike ledd i tjenesteyting og forebyggende virksomhet er også omfattende og økende. S@mspill 2007 (2004-2007) er Helse- og omsorgsdepartementets strategi for styrket elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren, hvor visjonen er helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid. Strategien konsentreres gjennom to hovedsatsinger.

- Styrke informasjonsflyten i sektoren
- Inkludere flere aktører, med fokus på pasienter og brukere, apotek og kommunal helse- og sosialtjeneste, herunder leger og legekantor.

### Resultatrapport 2005

Sosial- og helsedirektoratet har ansvaret for gjennomføring av S@mspill 2007. I det ligger et ansvar for nasjonal samordning for å koordinere og å være en pådriver for utviklingen, sikre forsvarlighet og å sørge for utvikling av nasjonale fellesgoder. Et viktig virkemiddel er å skape arenaer for involvering og forankring. Det er etablert et Samarbeidsforum hvor aktørene i sektoren involveres i gjennomføringen. Videre deltar direktoratet i Nasjonal IKT – de regionale helseforetakenes felles IT-samarbeid. Direktoratet har opprettet og er sekretariat for Brukerråd for Norsk Helsenett AS, som et rådgivende organ for å ivareta bredere brukerinteresser i utviklingen av selskapets tjenester. Indikatorer for elektronisk samarbeid i sektoren er utarbeidet. For 2005 viser indikatorene en jevn og

god utvikling innen elektronisk samhandling. I overkant av 50 pst. av fastlegene og alle helseforetak er knyttet til helsenettet. Utviklingen i bruk av meldinger er foreløpig svak på sentrale områder som elektronisk henvisning og epikrise.

### Tilstandsvurdering 2006

En midtveiseevaluering av S@mspill 2007 viser at det er stor enighet om de felles, nasjonale målene på nasjonalt og regionalt nivå. I de enkelte helseforetak og kommuner generelt er kjennskapet til strategien svakere. Blant viktige utfordringer er synkronisering av utvikling av tjenester og tilkopling av aktører. Gjennom foretaksmøtene i 2006 stilte Helse- og omsorgsdepartementet krav til de regionale helseforetakenes tilbud om elektronisk henvisning og epikrise. Sosial- og helsedirektoratet har i 2006 ferdigstilt Norm for informasjonssikkerhet for helse- og sosialsektoren. Normen vil være grunnlag for felles avtaleverk for tilkopling av nye aktører til helsenettet. Mange av de gjenværende utfordringene for styrket elektronisk samhandling – og grunnlaget for å kunne hente ut gevinster av satsningen på elektronisk samhandling – ligger i å involvere kommunale aktører i samhandlingen.

### Satsingsområder og resultatmål for 2007

Det er behov for sterkere nasjonal styring og koordinering på IKT-området. Det skal settes et sterkere trykk på utviklingen av nasjonale IKT-systemer for å understøtte samarbeid og samhandling både innenfor og mellom tjenestene. Dette skal inkludere spesialisthelsetjenestens helseforetak, fastlegene og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste, apotek og NAV.

Volumet av kommunale aktører som er tilkoblet Norsk Helsenett må bli vesentlig større, også utover allmennlegene. Tjenestetilbudet i helsenettet skal økes. For å styrke samhandlingen mellom forvaltningsnivåene og øke bruken av helsenettet skal det legges til rette for at kommunene i større grad sikres innflytelse på styring og prioritering av utviklingen i helsenettet.

Videreutvikling av dagens elektroniske pasientjournaler vil være et viktig tiltak for å bedre samhandling, rapportering og dokumentasjon.

2007 er det siste året i gjennomføringen av S@mspill 2007. I 2007 vil det foreligge resultater fra flere evalueringer og studier av virkningene av å ta i bruk elektroniske samhandlingsløsninger. Resultater kommer både fra fyrtårnskommunene og evalueringer i regi av Gevinst- og dokumentasjonsprogrammet.

### Merknader til budsjettforslaget for 2007

Det foreslås følgende budsjettmessige overføringer fra kap. 720 post 21:

- 4,0 mill. kroner til kodeverk og pasientklassifikasjonssystemer overføres til kap. 720 post 01

### Post 22 Elektroniske resepter

I St.prp. nr. 66 (2005-2006) ble det varslet en gjennomgang av alle sider ved eResept prosjektet, herunder en vurdering av private aktørers medfinansiering av prosjektet.

Sosial- og helsedirektoratet har på bakgrunn av dette gjennomført prosesser med de øvrige aktørene i prosjektet: Apotekforeningen, Bandasjistenes næringspolitiske utvalg, Den norske lægeförening, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Statens legemiddelverk og helseforetakene. Målet for disse prosessene har vært å finne fram til en godt definert plattform for prosjektet og klargjøre de ulike aktørenes bidrag og ansvar i prosjektet. Prosessene skal, etter planen, være fullført ved månedsskiftet september/oktober.

Ved videreføringen av prosjektet er det lagt til grunn at apotekene og bandasjistene (utlevererne) i hovedsak selv skal dekke investeringer og driftskostnader knyttet til sine egne systemer for å utvikle og ta i bruk eResept. Staten dekker investeringer og driftskostnader ved etableringen og driften av eResept-databasen samt forskrivningsstøtte og

mottak og kontroll av blåresepter til Arbeids- og velferdsetaten.

Staten vil stimulere til at det utvikles løsninger for rekvirentene (legene) ved å delfinansiere disse.

Midler innen de statlige etatenes budsjett vil også disponeres til eResept. Arbeids- og velferdsetaten vil årlig disponere om lag 8 mill. kroner til prosjektet, mens Legemiddelverket planlegger å disponere om lag 2 mill. kroner.

Departementet legger foreløpig til grunn en brutto kostnadsramme på 283 mill. kroner for prosjektet (2006-kroner). Endelig kostnadsramme og fremdriftsplan vil foreligge primo oktober. Prosjektperioden vil være 2005-2010. En pilot vil etter planen bli satt i drift i 2008.

Departementet foreslår en bevilgning på 42,9 mill. kroner på kap. 720 post 22 til prosjektet i 2007. Ved en videreføring av dette bevilgningsnivået på posten i 2008 og 2009 og en vesentlig lavere bevilgning i 2010, vil det utgjøre 211 mill. kroner (2006 kroner).

Det vil overføres ubrukt bevilgning fra 2006 til 2007.

Det foreslås videre en bestillingsfullmakt på 35 mill. kroner for 2007.

Departementet arbeider med en lovendring for å hjemle eResept-databasen (Reseptbanken) i helseregisterloven. Et forslag var på høring våren 2006 og departementet planlegger å fremme en Ot.prp. i vårsesjonen 2007.

## Kap. 3720 Sosial- og helsedirektoratet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
02	Salgs- og leieinntekter	29 010	2 064	2 142
04	Gebyrinntekter	3 936	1 000	1 338
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	93		
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	5 948		
17	Refusjon lærlinger	164		
18	Refusjon sykepenges	3 983		
	Sum kap. 3720	43 134	3 064	3 480

### Post 03 Oppdragsinntekter

Posten omfatter inntekter fra Norsk Tippings spilleoverskudd. Inntektene skal finansiere Sosial- og helsedirektoratets tiltak mot spilleavhengighet. Det vises til omtale under post 01.

### Post 04 Gebyrinntekter – diverse inntekter

Posten gjelder:

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

- Gebyr på statlige skjenkebevillinger, som tidligere er ført opp under kap. 5527, post 72. Kontroll med utøvelsen av statlige bevillinger gitt for skjenking av alkoholholdig drikk på tog, fly

og skip m.m. etter alkoholloven §§ 5-2 og 5-3 annet ledd, tilligger departementet. Bevillingsgebyrene tilfaller staten og utgjør 0,3 mill. kroner i forslaget.

## Kap. 721 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
01	Driftsutgifter	69 031	66 542	70 750
	Sum kap. 721	69 031	66 542	70 750

Overført fra 2005 til 2006:  
Post 01: 655 000 kroner

### Formål og hovedprioriteringer

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med sosialtjenesten og med helsetjenesten i landet. Etter sosialtjenesteloven og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten består tilsynsmyndighetene av Statens helsetilsyn (overordnet tilsynsmyndighet), fylkesmennene (sosialtjenesten) og Helse-tilsynet i fylkene (helsetjenesten 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 virksomheten i strid med lovgivningen. 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.

Helsetilsynets 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 klage- og tilsynssaker (enkelt saker), tilsyn med virksomhetene, områdeovervåkning, og fra andre kilder. Tilsynsressursene styres mot områder av stor betydning for enkeltmenneskers rettssikkerhet, områder der sannsynlighet for svikt er stor, der konsekvensene av svikt for klienter og pasienter er alvorlige, eller der klienter og pasienter ikke selv kan forventes å ivareta egne interesser.

### Resultat 2005

Riksrevisjonen foretok i 2005 en undersøkelse av klagesaksbehandlingen i Helsetilsynet i fylket. Riksrevisjonen skriver blant annet i sine vurderinger at det er store forskjeller i saksbehandlingstidene mellom fylkene. I 2005 var forskjellen på omtrent 5,5 måneder. Dette er en nedgang på 2 måneder fra 2004. Det har vært en stor økning i antall tilsynssaker de siste årene. I Riksrevisjonens sin rapport kommer det fram at antall tilsynssaker i Helsetilsynet i fylket har økt med 36 pst. fra 2002 til 2005.

### Statens helsetilsyn

I 2005 behandlet Statens helsetilsyn 242 tilsynssaker som var oversendt fra Helsetilsynet i fylkene for vurdering. Antall tilsynssaker var omtrent som i 2004, mens median saksbehandlingstid var 4,8 md, en nedgang fra 6 md i 2004 (gjennomsnitt i 2005 5,8 md). Per 31. desember 2005 var 146 saker til behandling i Statens helsetilsyn. På grunn av store restanser og vanskelig bemanningssituasjon ved Helsetilsynet i fylkene gjennomførte Statens helsetilsyn i 2004 og 2005 et prosjekt der 240 saker fra tre fylker ble behandlet i Statens helsetilsyn.

Statens helsetilsyn foretar fortløpende analyser av saksbehandlingen og av innholdet i sakene. I 2005 er det foretatt egen registrering av saker som gjelder selvmord under psykisk helsevern. I tilsynssaker mot personell legges det vekt på å få fram virksomhetenes ansvar for å forebygge feil og uheldige hendelser.

Statens helsetilsyn vurderte om det skulle begjæres påtale for straffbart brudd på helsepersonelloven overfor helsepersonell eller virksomheter i 15 saker. Etter lov om alternativ behandling av sykdom mv., ble det vurdert om det skal begjæres påtale i to saker.

46 helsepersonell har fått tilbakekalt sin autorisasjon, og 87 personer har fått advarsel for brudd på helsepersonelloven. Den hyppigste årsaken til tilbakekall for alle grupper helsepersonell er misbruk av alkohol og vanedannende legemidler. Statens helsetilsyn har innvilget søknader fra 13 helsepersonell om å få tilbake autorisasjon.

I 2005 ga Statens helsetilsyn pålegg til Helse Vest i forbindelse med overbelegg ved psykiatrisk akuttpost, og pålegg til Aker Universitetssykehus om stansing av et forskningsprosjekt som ikke oppfylte kravene til kliniske undersøkelser. Det er gitt varsel om pålegg til 6 helseforetak om å ferdigstille beredskapsplaner, samt til 28 kommuner om å utarbeide plan for helsemessig og sosial beredskap.

Statens helsetilsyn har i 2005 fortsatt utviklingen av retningslinjer og registreringssystemer for behandling av rettighetsklager knyttet til sosialtjenesteloven og helselovgivningen.

Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene gjennomfører tilsyn med helse- og sosialtjenester dels på bakgrunn av lokal vurdering av hvor det er behov for tilsyn, og dels som ledd i landsomfattende tilsyn (planlegges og oppsummeres av Statens helsetilsyn). I 2005 har Statens helsetilsyn utarbeidet rapporter om landsomfattende tilsyn med:

- Bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming
- Kommunale helse- og sosialtjenester til voksne over 18 år med langvarige og sammensatte behov
- Kommunikasjon i helseforetak som behandler pasienter med akutte sykdommer og kreftsykdommer i mage- tarmkanalen

Kvaliteten i legemiddelbehandlingen i spesialist- og kommunehelsetjenesten er oppsummert.

Det er gjennomført undersøkelse av tjenestekjeden fra henvendelse om funn av bevisstløs person er mottatt hos akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) til oppdraget er avsluttet av ambulansetjenesten. Rapport fra undersøkelsen ble ferdigstilt i juni 2006.

Statens helsetilsyn følger situasjonen innen legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det er innhentet informasjon fra alle landets LAR-tiltak om kapasitet og ventetider.

I 2005 har Statens helsetilsyn utarbeidet rapport om erfaringer og funn fra tilsyn med tjenestene til mennesker med psykiske lidelser. I februar 2006 publiserte Statens helsetilsyn en rapport om bruk av tvang i psykisk helsevern.

For å følge opp fattigdomsutviklingen med tanke på å identifisere tilsynsrelevante områder er

det gjennomført samtaler med noen fylkesmenn om tilstanden i sosialkontortjenesten.

Helsetilsynet publiserte høsten 2005 rapporten: «Pleie- og omsorgstjenester på strekk».

Statens helsetilsyn har i 2005, med utgangspunkt i offentlig statistikk, utredet området tannhelsetjenester med et særlig fokus på tjenester til de prioriterte gruppene.

Statens helsetilsyn har i 2005 innhentet og systematisert informasjon fra tilsyn med tjenester forankret i spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og sosialtjeneste som utføres av private operatører.

Oppfølgingen av kommunene i forhold til planer for helsemessig og sosial beredskap og styrking av krisehåndteringen fortsatte i 2005 i samarbeid med Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene.

#### *Fylkesmennene*

I 2005 avsluttet Fylkesmennene 6021 klagesaker etter sosialtjenesteloven. Ved utgangen av 2005 var det 841 ubehandlede saker til behandling hos fylkesmennene.

I 2005 gjennomførte fylkesmennene 160 systemrevisjoner med sosialtjenesten. Av disse var 53 ledd i landsomfattende tilsyn med rettssikkerhet ved bruk av tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming, og 60 var landsomfattende felles tilsyn med Helsetilsynet i fylkene med kommunale tjenester til voksne over 18 år med langvarige og sammensatte behov.

Fylkesmennene gjennomførte 194 stedlige tilsyn etter lov om sosiale tjenester § 4A-5. I tillegg ble det gjennomført 12 andre stedlige tilsyn.

#### *Helsetilsynet i fylkene*

I 2005 ferdigbehandlet Helsetilsynet i fylkene 1965 tilsynssaker, en liten økning fra 2004. I 14 av fylkene er saksbehandlingstiden innenfor målsettingen om median behandlingstid på 5 måneder. For hele landet er behandlingstiden 4,6 måneder. Antall saker hos Helsetilsynet i fylkene ved utgangen av året var 971 saker. Helsetilsynet i fylkene behandler også klager etter pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven. Omfanget av denne klagesaksbehandlingen øker raskt, og i 2005 ble det behandlet 754 slike saker.

I 2005 gjennomførte Helsetilsynet i fylkene 222 systemrevisjoner med helsetjenesten. Dette er en økning fra 202 systemrevisjoner i 2004. De landsomfattende tilsynene er inkludert i disse tallene, med henholdsvis 60 i kommunehelsetjenesten og 23 i spesialisthelsetjenesten. I tallene for kommu-

nehelsetjenesten inngår 76 tilsyn der Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket har ført felles tilsyn med helse- og sosialtjenester. Videre gjennomførte Helsetilsynet i fylkene landsomfattende tilsyn med kommunikasjon i helseforetak som behandler pasienter med gastrokirurgiske sykdommer. Det ble i 2005 gjennomført tilsyn med kommunal legevakt i 28 kommuner. Det ble særlig lagt vekt på å vurdere tilgjengelighet, kommunenes sikring av faglig kompetanse og retningslinjer for legevaktlegenes arbeid.

### *Tilsynserfaringer*

Som tillegg til foreliggende beskrivelse vises til Tilsynsmelding 2005 (tilgjengelig på Statens helsetilsyn sine hjemmesider).

Landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og sosiale tjenester til voksne over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester, viser at kommunene ikke har etablert robuste styringsstrukturer som sikrer forsvarlig utredning. Statens helsetilsyn ser det som alvorlig og forbundet med stor fare for svikt, at kommunene ikke sikrer en tverrfaglig vurdering og utredning til denne gruppen tjenestemottakere. Svikt i en eller flere deltjenester vil påvirke helheten i tjenestetilbudet, og kan dermed ha betydning for om tjenestetilbudet er forsvarlig.

Tilsynserfaringer med tjenester til personer med psykiske lidelser viser at det er grunn til bekymring for om kommunene har tilstrekkelig tilpassede tjenester til barn og eldre med psykiske problemer, og mennesker med alvorlige psykiske lidelser og samtidig psykisk utviklingshemming eller rusmiddelmissbruk. Det er kapasitetsmessige og kompetansemessige utfordringer i DPS-ene, og organisatoriske utfordringer innen og mellom nivåene i helsetjenestene. Den faglige kvaliteten varierer, og tilbudet til pasientene avhenger av bosted. Samlet sett synes tjenestetilbudet å være preget av mangelfull styring og ledelse, og av manglende konsensus om faglige anbefalinger.

Helsetilsynet publiserte i februar 2006 en rapport om bruk av tvang i psykisk helsevern. Rapporten viser store geografiske variasjoner i tvangsbruk, og at de pasientene det blir brukt tvang overfor har dårligere økonomi, lavere utdanning og svakere sosial tilknytning enn de pasientene som behandles frivillig. Mer enn 40 pst. av pasientene innlagt under tvang har ikke egen bolig.

Omfanget av klagesaker, kunnskap innhentet fra fylkesmennene, samt kunnskap fra forskning og rapporter som beskriver situasjonen for mottakere av økonomisk stønad etter sosialtjenesteloven, kan tyde på at dette er et område med fare for

svikt i tjenestene til personer med omfattende hjelpebehov. Omorganisering til nye arbeids- og velferdskontorer kan medføre særlige utfordringer med hensyn til praktisering av bestemmelsene i sosialtjenestelovens kapittel 5.

Flere kommuner har inngått avtaler med private utførere om drift av sykehjem og botilbud med tjenester. Boligene kan være lokalisert utenfor hjemkommunen og har ofte institusjonspreg. Tilsynsmyndighetene har funnet svikt i oppfølging fra bestillerkommunene, og avvik mellom kommunens vedtak om hvilke tjenester mottakeren har krav på og hva som ytes. Det er nødvendig at tilsynsmyndighetene følger opp virksomhetene i forhold til manglende forsvarlighet i innhold og styring av tjenestene.

Landsomfattende tilsyn med kommunikasjonen mellom helsepersonell, og mellom helsepersonell og pasienter i helseforetak, som gir kirurgisk behandling til pasienter med akutte sykdommer og kreftsykdommer i mage-tarmkanalen, viser at tjenesten ikke i tilstrekkelig grad sikrer de områdene tilsynet omfattet.

Landsomfattende tilsyn med rettssikkerhet knyttet til bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming, viser at tjenestetilbudet ikke er i samsvar med behovet. Det avdekkes særlig svikt i saksbehandling og rapporterings- og kommunikasjonsrutiner. Kommunene sikrer ikke i tilstrekkelig grad systematisk arbeid med andre løsninger enn bruk av tvang og makt. Mange av de undersøkte kommunene mangler nødvendig styring og ledelse av tjenestene.

På bakgrunn av kunnskapsinnhenting i 2004 og 2005 er Statens helsetilsyns hovedinntrykk at mange rusmiddelmissbrukere ikke får de tjenestene de har behov for. De såkalte tunge rusmiddelmissbrukernes helseproblemer (psykiske og somatiske lidelser) og den høye dødeligheten, er særlig bekymringsfull.

Tilsynserfaringer og dokumentasjon om kvaliteten av legemiddelbehandlingen viser indikasjoner på systemsvikt og brudd på forsvarlighetskravet, og at eldre pasienter fremstår som en særlig risikogruppe.

Undersøkelse i akuttmedisinske kommunikasjonsentraler gir ikke indikasjon på at rusrelaterte hendelser håndteres annerledes av AMK, enn ved antagelse om andre årsaker til bevisstløshet. Ved noen av de medisinske nødmeldingene har ikke AMK innhentet tilstrekkelig informasjon om pasientens vitale funksjoner til å ha et godt nok beslutningsgrunnlag for å kunne prioritere og iverksette forsvarlig akuttmedisinsk respons.

Ved årsskiftet 2005-2006 var det fortsatt 41 kommuner som ikke hadde ferdigstilt og vedtatt

sine beredskapsplaner. Ved utgangen av 2005 manglet noen få, mindre kommuner smittevernplaner.

Infeksjonskontrollprogram mangler fortsatt i mange av landets sykehjem. Det er stor variasjon blant fylkene når det gjelder andel kommuner som har inngått avtale med spesialisthelsetjenesten om sykehushygienisk bistand til sykehjemmene. Tuberkulosekontrollprogram inngår i de fleste smittevernplanene. Det er ulikt hva de regionale helseforetakenes smittevernplaner legger opp til å ha av isolatkapasitet.

Tilsyn med legevaktjenester i utvalgte kommuner i alle fylker viser at det fortsatt mangler et system for enkel tilgang til legevakt på dagtid, at det er dårlig dekning ved overgang fra dag til kveld, og at kommunene som ansvarlige, i liten grad har felles retningslinjer for tjenesten.

Flere års tilsynserfaringer viser at kommunene fortsatt har mangelfulle styringssystemer og mangelfulle systemer for forbedringsarbeid. Det mangler f.eks. ofte rutiner som sikrer brukernes rettigheter ved tildeling, iverksetting og endring av tjenester, det er avdekket svikt i systematiske vurderinger av behov som grunnlag for utforming av tjenestetilbud, endringer i tjenestebehov, iverksetting av tjenester, brukermedvirkning og evaluering av om tjenestetilbudet over tid fungerer. Det er svikt i rapporterings- og kommunikasjonsrutiner.

Tilsynserfaringer indikerer også at kommuner ikke i tilstrekkelig grad opplyser om og sikrer sosiale tjenester. Rekruttering, opplæring og oppfølging av personer som utøver sosiale tjenester, er mange steder tilfeldig og mangelfull (gjelder f.eks. hjemmehjelpere, brukerstyrt personlige assistenter, miljøarbeidere). Tilsvarende svikt kan gjelde der private virksomheter utfører tjenester på vegne av kommunene.

Det er økning i antall meldinger til Helsetilsynet i fylket iht. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Fra 2001 til 2004 er antallet økt med 51 pst., hvorav omlag en tredjedel gjelder betydelig personskaade, mens over halvparten av meldingene gjelder forhold som kunne ført til betydelig personskaade. Pasienten er ikke informert om skaden i over 50 pst. av tilfellene.

Tilsynssaker viser at sykehus og kommuner har svært ulike rutiner for håndtering av rusproblemer blant helsepersonell, f.eks. avskjed og melding til Helsetilsynet i fylket.

Kommersialisering av helsetjenester utfordrer regler for markedsføring og informasjon. I samarbeid med Forbrukerombudet foretok Statens helsetilsyn undersøkelse av kirurgiske klinikkens markedsføring av kosmetiske inngrep. Det ble fun-

net brudd på markedsføringsbestemmelsene ved 16 av 32 undersøkte klinikker.

### Satsningsområder for 2007

Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene skal følge opp påpekte avvik overfor virksomheter som har hatt tilsyn. Oppsummeringsrapporter som sammenfatter funnene fra de tre landsomfattende tilsynene i 2006 med habiliteringstjenester til barn, rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere utarbeides.

Det vil i 2007 bli gjennomført landsomfattende tilsyn med:

- Kommunale helse- og sosiale tjenester til voksne med psykiske lidelser
- Avlastnings- og støttekontaktjenester
- Kvalitet og forsvarlighet i akuttmottak

Statens helsetilsyn gjør nødvendige forberedelser i 2006 med tanke på tilsyn med tannhelsetjenester til prioriterte grupper.

Statens helsetilsyn vil følge situasjonen når det gjelder kommunenes praktisering av økonomisk sosialhjelp og NAV-reformen.

På bakgrunn av kunnskapsoppsummering i 2006 vil Helsetilsynet vurdere behov for videre tilsynsmessig oppfølging av brukerstyrt personlig assistanse og omsorgslønn i 2007.

Helsetilsynet skal følge med på kommunenes beredskap når det gjelder pandemisk influensa.

Helsetilsynet skal føre tilsyn med blodområdet i henhold til blodforskriften.

På bakgrunn av landsomfattende tilsyn i 2004 og 2006 vil Statens helsetilsyn kartlegge øyeblikkelig hjelp ved overdoser og materialet om LAR-tiltakene, samt følge opp videre kunnskapsinnhenting på rusområdet.

Statens helsetilsyn skal fortsatt følge utviklingen når det gjelder tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser, herunder gjøre nødvendige forberedelser med sikte på landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenester til personer med psykiske lidelser i 2008 eller 2009.

Statens helsetilsyn vil oppsummere kunnskap om helsetjenester til utviklingshemmede og autister.

Statens helsetilsyn vil gjennomgå og oppsummere tilsynserfaringer knyttet til barneboliger. I samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet vil det i 2007 gjøres nødvendige forberedelser med sikte på å gjennomføre felles tilsyn i 2008 rettet mot tjenester overfor barn.



Statens helsetilsyn vil fortsette arbeidet med å fremskaffe kunnskap om den faglige standarden på legemiddelbehandlingen av eldre og legetjenester til eldre i sykehjem. Dette med sikte på å vurdere landsomfattende tilsyn på området. I 2007 planlegges videre tilsynsmessig oppfølging av legemiddelbruken hos eldre i helseinstitusjoner.

Statens helsetilsyn vil utarbeide veileder for tilsyn med private aktører i helse- og sosialtjenesten.

Statens helsetilsyn vil videreføre arbeidet med Meldesentralen samt utvikle elektronisk meldeordning.

Økende mengde klagesaker på rettighetsområdet, og kompleksiteten i disse sakene, innebærer at arbeidet med å utvikle verktøy som skal medvirke til likebehandling av saker på landsbasis, intensiveres, bl.a. gjennom å øke fagkompetanse og videreutvikle saksbehandlerveilederen. Det vil være særlig fokus på hvordan rettighetsklager på rusfeltet håndteres.

Statens helsetilsyn vil organisere et prosjekt med siktemål å utvikle tilsynsmetodikken med tanke på systemtilnærming i det hendelsesbaserte tilsynet.

Statens helsetilsyn vil oppsummere og gjennomgå to års registrering av selvmordsaker i psykisk helsevern.

#### Resultatmål for tilsyn og saksbehandlingstid i 2007

- Helsetilsynet i fylkene skal gjennomføre minst 300 tilsyn med helsetjenesten
- Fylkesmennene skal gjennomføre minst 180 tilsyn med sosialtjenesten. I tillegg kommer stedlig tilsyn etter sosialtjenestelovens kap. 4A og tilsyn med rusinstitusjoner etter kap. 3 i forskrift til lov om sosiale tjenester
- Valg av tilsynsobjekter skal skje ut i fra en risiko- og sårbarhetsvurdering.
- Median saksbehandlingstid i Helsetilsynet for klage- og tilsynssaker som avsluttes i 2007, skal

være 6 måneder eller mindre, ved maksimalt 250 nye saker årlig.

- Median saksbehandlingstid ved Helsetilsynet i fylkene for tilsynssaker som avsluttes i 2007, skal være 5 måneder eller mindre, ved maksimalt 2000 nye saker årlig.
- 90 pst. av sakene som behandles av Helsetilsynet i fylkene etter pasientrettighetsloven og kommunehelsetjenesteloven, og som avsluttes i 2007, skal ha en saksbehandlingstid på tre måneder eller mindre.
- 90 pst. av klagesakene etter sosialtjenesteloven som behandles av fylkesmannen, og avsluttes i 2007, skal ha en saksbehandlingstid på tre måneder eller mindre.

#### Merknader til budsjettforslaget for 2007

«Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev» (celler- og vevforskriften) trådte i kraft 7. april 2006. Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med at bestemmelsene i forskriften overholdes.

Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring og distribusjon av humant blod og blodkomponenter, og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (blodforskriften) trådte i kraft 8. februar 2005. Både EUs bloddirektiver og den norske forskriften krever at det blir ført tilsyn hvert annet år. Dette er en økning i tilsynsplikten i forhold til tidligere for de 36 blodbankene som er godkjent av Sosial- og helsedirektoratet.

Det er behov for å starte et utviklingsarbeid som har som mål å tilby en fullverdig web-basert meldeordning for § 3-3 meldingene for hele spesialisthelsetjenesten fra og med 2009.

Det foreslås at Statens Helsetilsyn tilføres i alt 2,5 mill. kroner til disse oppgavene.

Videre foreslås å redusere Helsetilsynets driftsbevilgning med 0,75 mill. kroner som en innstramning av driftsbevilgningen .

## Kap. 3721 Statens helsetilsyn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
02	Salgs- og leieinntekter	3 160		
04	Diverse inntekter	678		
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	859		
18	Refusjon av sykepenger	800		
	Sum kap. 3721	5 497		

**Kap. 722 Norsk pasientskadeerstatning**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
01	Driftsutgifter	71 095	66 796	74 038
50	Tilskudd til NPE som statlig fond	433 123		
70	Dekning av advokatutgifter	17 749	12 805	25 748
	Sum kap. 722	521 967	79 601	99 786

**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 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 basis-tilskudd fra offentlige myndigheter, det som finansieres gjennom kjøpsavtaler med det offentlige, helsetjenester i utlandet som det offentlige helt eller delvis bekoster, og såkalte øyeblikkelig hjelp-situasjoner.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i egen proposisjon foreslå at Lov om erstatning ved pasientskader trer i kraft for privat sektor fra 1. januar 2008. NPE vil få ansvaret for å behandle saker fra privat sektor.

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 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.

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 og tilstandsvurdering**

Fra opprettelsen av NPE i 1988 og til utgangen av 2005 har NPE mottatt i overkant av 31 000 erstatningskrav. Saksmengden har økt fra 230 saker det første året til 3366 saker i 2005. Saksmengden har aldri vært høyere enn i 2005 med en økning fra forrige år på nesten syv pst. mot 35 pst. året før.

921 pasienter fikk medhold i sitt krav om erstatning, mens 2013 fikk avslag. I tillegg fikk 74 pasienter medhold etter overprøvinger i Pasientskadenemnda og domstolene. 874 erstatningssøkere fikk fastsatt endelig erstatning i løpet av 2005, nesten 15 pst. flere enn i 2004.

For saker hvor erstatningens størrelse ble fastsatt i 2005, ble det i gjennomsnitt utbetalt 484 000 kroner per sak. Beløpet i den enkelte sak varierer fra et minstebeløp på 5000 kroner og opp til flere mill. kroner.

Saker som er gitt medhold i NPE i 2005 tilsvarende en andel på 33 pst. Gjennomsnittet for de siste årene viser at andelen pasienter som har fått erstatning har vært i underkant av 35 pst.

I 2005 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid for saker med hensyn til krav på erstatning eller ikke 363 dager, mot 365 dager året før. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for å avklare erstatningens størrelse etter at det var fattet vedtak om at erstatning skulle gis, var 328 dager, mot 359 dager året før.

Per utgangen av juni 2006 har NPE mottatt 1872 nye saker, og det forventes en økning i antall saker på 10 pst. i 2006.

Statens Helsetilsyn utarbeider hvert år en rapport som oppsummerer meldinger til Helsetilsynet i fylket om hendelser som har ført til betydelig personskade eller som kunne ha ført til betydelig personskade i spesialisthelsetjenesten. For 2004 er det registrert 2056 hendelser som utløste meldeplikten til Helsetilsynet i fylket etter § 3-3 (registrert per 1. desember 2005).

I rapporten fra Statens Helsetilsyn fremgår det at i 61 pst. av meldingene om betydelig personskade er det registrert at pasienten ble informert

om skaden, og i 21 pst. er det registrert at pasienten ble informert om Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Selv om det kan knyttes feilkilder til disse data, er det mange pasienter som ikke ser ut til å være informert om skaden eller om Norsk Pasientskadeerstatning. Foreløpige tall for 2005 (1683 meldinger) viser at 25 pst. ble informert om NPE. Selv om flere blir informert enn tidligere er dette ikke tilfredsstillende.

### Budsjettforslaget for 2007

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

I 2007 vil NPE i samarbeid med andre instanser fortsette arbeidet med utnyttelse av etatens erfaringsmateriale i kvalitetsutvikling og skadeforebyggende arbeid. Informasjonsarbeidet i 2007 vil ha spesielt fokus på informasjon knyttet til innlemmelse av privat helsesektor i pasientskadeordningen.

Finansieringen av pasientskadeordningen ble lagt om med virkning fra 2006. De regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner dekker selv 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.

Omleggingen av finansieringsordningen innebærer at de årlige innbetalinger (premier) fra regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner til NPE skal tilsvare de forventede erstatningsutbetalinger for det aktuelle året. Det er derfor ikke etablert et eget fond for fremtidige erstatningsutbetalinger. Ved omleggingen i 2006 ble rammene til regionale helseforetak, kommunesektoren og fylkeskommunene styrket for å dekke de forventede innbetalinger til NPE.

Til sammen ble det utbetalt 438 mill. kroner i erstatning i 2005, 40 mill. kroner mer enn i 2004. Tallene inkluderer både erstatningsutbetalinger i avsluttende saker og delutbetalinger i saker under arbeid. For 2006 er det lagt til grunn 487,5 mill. kroner, og for 2007 er anslaget 507,3 mill. kroner. Det vises til tabellen nedenfor med oversikt over finansieringen av erstatningsutbetalingene for 2007.

### Oppgjørsordning i 2007

Inntekter	(i 1 000 kr)
Tilskudd fra helseforetak	430 300
Tilskudd fra kommuner	45 000
Tilskudd fra fylker	2 000
Egenbetaling	30 000
Sum	507 300

Tilskuddene på sektornivå i tabellen skal innbetales til NPE i 2007.

Det er knyttet stor usikkerhet til anslagene over erstatningsutbetalingene. I budsjettforslaget for 2007 forventes en moderat økning i erstatningsutbetalingene sammenliknet med prognosene i St.prp. nr.1 (2005-2006). Den andel av statens rammetilskudd til regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner som er forutsatt å dekke aktørens innbetalinger til NPE i 2007, er justert med ordinær prisomregningsfaktor.

Ved omleggingen 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. Departementet vil i Revidert nasjonalbudsjett 2007 vurdere behovet for en særskilt økonomisk kompensasjon for helseforetakene for eventuelle endringer i utgiftsnivået i 2007.

### Post 01 Driftsutgifter

Ved behandling av St.prp. nr. 66 (2005–2006) ble det gitt en tilleggsbevilgning på 3 mill. kroner. For 2007 foreslås det en styrking av driftsrammen med 4,5 mill. kroner som inkluderer videreføring av tilleggsbevilgningen i 2006.

### 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 dekker over erstatningsordningen og fatter vedtak om dette i medhold i pasientskadeloven. Vedtak kan påklages til Pasientskadenemnda. I forhold til saldert budsjett for 2006 foreslås det en styrking av bevilgningen med over 12 mill. kroner i 2007.

**Kap. 3722 Norsk Pasientskadeerstatning**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
02	Diverse inntekter		1 000	1 038
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	1 218		
18	Refusjon sykepenger	236		
50	Overføring fra NPE som statlig fond	72 535		
	Sum kap. 3722	73 989	1 000	1 038

**Kap. 723 Pasientskadenemnda**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
01	Driftsutgifter	18 872	20 233	22 572
	Sum kap. 723	18 872	20 233	22 572

**Formål og hovedprioriteringer**

Pasientskadenemnda (PSN) 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 nemndsbehandlete saker. Pasientskadenemnda er oppnevnt av regjeringen og består av fem medlemmer med to sett av personlige varamedlemmer.

Pasientskadenemnda (også kalt nemnda) 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.

Fra 1. januar 2004 ble Staten ved Pasientskadenemnda å anse som rette saksøkt i søksmål som tas ut mot ordningen. Frem til da hadde NPE vært rette saksøkt.

Posten skal dekke utgifter til drift av Pasientskadenemnda. Dette gjelder både utgifter til sekretariatet og til selve nemnda.

**Resultatrapportering og tilstandsvurdering**

I 2005 behandlet Pasientskadenemnda 663 saker (mot 662 saker i 2004 og 582 saker i 2003), mens 79 saker (mot 48 saker i 2004) ble behandlet etter delegasjonsfullmakten. I tillegg ble 19 saker enten

tilbakevist til Norsk Pasientskadeerstatning eller henlagt. Samlet sett førte 17 pst. av samtlige saker helt eller delvis frem i favør av pasientene. Dette er en økning på 3,4 pst. sammenlignet med foregående år. Behandling av erstatningsutmålingssakene førte til en gjennomsnittlig oppjustering av erstatningsnivået med nær 21 pst. PSN mener at utviklingen skyldes tilfeldige variasjoner og ikke endret praksis i nemnda.

Utviklingen viser at flere pasienter lar seg representere ved advokat enn tidligere. I 2003 var 28 pst. av pasientene representert ved advokat, mens 39 pst. var representert ved advokat i 2004. I 2005 hadde dette steget til 44 pst.

PSN mottok 96 stevninger i 2005, mot 85 stevninger i 2004. Antall stevninger har øket markant etter at pasientskadeloven trådte i kraft. PSN har til en hver tid rundt 120 løpende rettssaker under behandling. Omlag 43 pst. av alle stevninger som kommer inn til ordningen ender opp med å bli trukket før hovedforhandling.

Utviklingen i 2006 indikerer en sterk økning i antall nye saker og antall saker under behandling. Antall saker som er under ankebehandling for høyere rettsinstanser er høyere nå enn tidligere. Det ble høsten 2004 inngått en rammeavtale med et advokatfirma, og om lag halvparten av sakene prosederes av dette firmaet. Imidlertid er det et mål at PSNs sekretariat i enda større grad skal prosedere sakene selv, idet dette vil være kostnadsbesparende totalt sett. Det er iverksatt tiltak i form av styrking av bemanningen for å oppnå dette.

## Budsjettforslag for 2007

På bakgrunn av veksten i saksmengden foreslås det å styrke driftsrammen med 1,5 mill. kroner.

**Kap. 3723 Pasientskadenemnda**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	131		
50	Overføring fra NPE som statlig fond	16 916		
	Sum kap. 3723	17 047		

**Kap. 724 Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
01	Driftsutgifter	23 272	24 022	25 307
21	Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	51 575	22 696	21 158
60	Tilskudd til rekrutteringsplanen	58 159		
61	Tilskudd til turnustjenesten	124 478	146 800	149 335
70	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>		36 000	38 868
71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	13 457	13 671	14 190
	Sum kap. 724	270 941	243 189	248 858

**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.

**Resultatrapportering og tilstandsvurdering**

Nemnda har i 2005 behandlet 87 saker (110 saker i 2004). Av disse var 46 saker fra Statens helsetilsyn og 39 fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid var 2,7 måneder. Klagerne fikk helt eller delvis medhold i underkant av 15 pst. av sakene.

Nemnda hadde et budsjett for 2005 på 5,6 mill. kroner. Totalt forbruk i perioden var i overkant av 4,6 mill. kroner. Mindreforbruket har først og fremst sammenheng med at nemnda behandlet færre saker enn året før.

Nemnda har i første halvår 2006 behandlet 46 klagesaker. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid har vært i underkant av to måneder.

Nemnda er for 2006 tildelt 5,5 mill. kroner.

**Mål for 2007**

Nemndas viktigste mål vil også i 2007 være å treffe en mest mulig riktig avgjørelse i den enkelte sak. Hensynet til helsepersonellens rettssikkerhet 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.

### Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

#### Formål og hovedprioriteringer

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) er en selvstendig etat, underlagt Sosial- og helsedirektoratet. SAFHs to hovedoppgaver er utstedelse av autorisasjon og lisens for helsepersonell utdannet i Norge og i utlandet og administrasjon av turnustjeneste for leger og kiropraktorer. I tillegg forvalter SAFH tilskudd til sykehus og oppføringsinstitusjoner for turnusleger og fysioterapikandidater, samt tilskudd til kiropraktorkandidater i turnustjeneste. SAFH behandler også søknader fra turnuskandidater om tilskudd til dekning av reise- og flytteutgifter for å tiltre turnustjeneste. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell skal behandle søknader for helsepersonell raskt og med sikte på å ivareta den enkelte søkers rettssikkerhet på forsvarlig måte. Det skal etterstrebes så god kvalitet på avgjørelsene at man sikrer at søkere som får autorisasjon har de kvalifikasjoner som kreves.

#### Resultatrapport og tilstandsvurdering

SAFH fattet i 2005 om lag 19 650 enkeltvedtak om autorisasjon eller lisens, hvorav om lag 1100 var avslag. Antall mottatte søknader var 19 600, noe som var snaut 600 færre enn i 2004. Administrasjonen av turnustjenesten for leger har økt betydelig på grunn av økt antall kandidater som søker turnusplass og et økt antall turnusleger. I 2006 utgjør det årlig om lag 1200 turnusplasser. Om lag 400 saker må behandles særskilt fordi kandidaten søker særplass. Det er et avtagende antall søknader etter overgangsforskriften for de 11 nye yrkesgruppene som fikk profesjonsgodkjenning ved ikrafttredelse av helsepersonelloven fra 1. januar 2001. Overgangsordningen utløper 1. januar 2008, men det forventes et begrenset antall nye søknader fra disse gruppene i årene fremover. I 2005 ble gebyrene prisjustert og økte med ti kroner til henholdsvis 670 (uten turnus) og 1010 kroner (med turnus).

#### Mål for 2007

SAFHs hovedmål og prioriteringer vil være de samme i 2007 som tidligere år. Det antas at antallet søknader om autorisasjon eller lisens vil holde seg omtrent på samme nivå i 2007 som i 2006. Det har vært en liten økning av søkere med utdanning fra EU, hvilket antas å ha sammenheng med utvidel-

sen av EU med ti nye land i 2004. Antall turnusleger forventes å være omlag 1200-1300. For å opprettholde en effektiv og forsvarlig saksbehandling, foreslås en økning i driftsrammen på 0,3 mill. kroner.

Det vises for øvrig til kap. 3724, post 02 der gebyrinntektene til SAFH er ført opp.

#### Merknader til budsjettforslaget

Driftsbudsjettet til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell foreslås økt med 0,3 mill. kroner, mot tilsvarende merinntekter (gebyrinntekter), jf. kap. 3724.

### Post 21 Forsøk og utvikling i primærhelse-tjenesten mv., kan nyttes under post 70

Rekrutteringstiltak og faglig utvikling i allmennlegetjenesten mv.

Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til stabilitet i allmennlegetjenesten i distrikts- og utkantkommuner og bidra til forskning og fagutvikling i allmennmedisin og til allmennlegenes samhandling med andre.

#### Resultat 2005 og status 2006

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ble etablert i 2004. Senteret skal bl.a. bidra til nasjonal og internasjonal faglig utvikling, etablere nødvendige nasjonale, faglige standarder, drive forskning og spredning av kompetanse.

Siden 2004 er legesituasjonen i Sogn og Fjordane spesielt fulgt opp. Tiltak er rettet inn mot interkommunale legevaktordninger, kvalitetssikring av turnustjenesten og mulighet for spesialisering i allmennmedisin for unge leger i indre Sogn.

Et senter for distriktsmedisin ble etablert ved Universitetet i Tromsø i 2002. Formålet er bl.a. styrking av rekruttering og stabilitet innen allmennlegetjenesten i utkantstrøk i Nord-Norge, styrke forskning, fagutvikling og nettverksbygging. Senterets organisatoriske tilknytning til Universitetet i Tromsø vil bli avklart i forbindelse med etablering av enhet for allmennmedisinsk forskning og fagutvikling, se nedenfor.

Utviklingsprosjektet Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms ble etablert i 2003. Prosjektet har som målsetting å bedre rekruttering, stabilitet og faglig kvalitet i den kommunale helse- og sosialtjenesten i 10 kommuner i Midt-Troms. Prosjektet skal også bidra til å øke tilgjengeligheten og kvaliteten på helsetjenestene gjennom interkommunalt samarbeid og samarbeid med spesialisthelsetjenesten gjennom desentraliserte spesialisttjenester. Sente-

ret deltar i et internasjonalt samarbeid i prosjektet Sustainable Rural Health Care Networks sammen med Høgskolen i Tromsø, Utviklingssenteret og institusjoner i Sverige, Skottland, Island og Finland. Prosjektet er bl.a. finansiert med betydelige midler fra EU. I 2005 ble det gitt 2,0 mill. kroner i støtte til prosjektet Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms. Dette er videreført i 2006.

På oppdrag fra departementet har Statistisk sentralbyrå utviklet prosjektet Sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA). SEDA-prosjektet skal bidra til systematisk kvalitetsforbedring av allmennlegenes praksis. Data herfra kan gi grunnlag for forskning og fagutvikling for bedre å kunne møte pasientenes/brukernes behov.

Departementet har sett et behov for å etablere en offentlig statistikk for allmennlegetjenesten. Slik statistikk vil kunne bli et viktig ledd i planlegging og sikring av større helhet i pasientforløp gjennom effektivt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. En videreutvikling av SEDA-prosjektet kan danne grunnlaget for slik statistikk.

I 2005 ble det bevilget 3 mill. kroner til kvalifiseringstiltak/tilleggsutdanning for leger utdannet i utlandet. Tilleggsutdanningen forvaltes av Universitetet i Oslo, og er fra 2005 et tilbud til leger utdannet i land utenfor EU/EØS (143 kandidater godkjent i 2005) og til norske studenter som har studert medisin i utlandet. Organiseringen av tilleggsutdanningen er til vurdering.

Ved behandlingen av Budsjett-Innst. S. nr. 11 (2004-2005), jf. St.prp. nr. 1 (2005-2006), ba Stortinget «Regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag for å styrke forskningen innen allmennmedisin». Komiteen la vekt på at forskningen og fagutviklingen må ha som målsetting å styrke kunnskapsgrunnlaget for praktisk utøvende allmennmedisin og derfor må knyttes nært opp mot praktiserende allmennleger.

Ved behandlingen av St.prp. nr. 66 (2005-2006) ble det bevilget 3 mill. kroner til nærmere planlegging av forskningsenheter.

Ved årets takstforhandlinger mellom staten/KS og Legeforeningen ble det avsatt 2 mill. kroner til fond for forskning i allmennmedisin. Det er forutsatt at disse midlene skal understøtte de nasjonale aspekter ved oppbyggingen av enheter for forskning i allmennmedisin.

### Mål for 2007

Departementet foreslår å videreføre midler til de omtalte aktiviteter.

Det tas sikte på at Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen er i full drift fra 2008. Arbeidet med rekruttering og stabilisering i all-

mennlegetjenesten i Sogn og Fjordane og Finnmark foreslås videreført. Prosjektet Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms involverer helse-, sosial- og næringsutvikling i midt-Tromsregionen, og har i løpet av prosjektperioden blitt svært synlig både nasjonalt og internasjonalt. Departementet foreslår at det gis tilskudd som sikrer at utviklingsprosjektet kan slutføres som forutsatt ut 2007. Departementet vil i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet vurdere eventuelt tilskudd som kan brukes til veilederfunksjon overfor andre kommuner og helseforetak som planlegger aktiviteter av tilsvarende karakter.

Senter for distriktsmedisin etableres permanent i tilknytning til Universitetet i Tromsø. Videreutviklingen av SEDA følges opp i 2007. Det foreslås å videreføre arbeidet med oppbygging av enheter for forskning i allmennmedisin.

### Evaluering av fastlegereformen

Fastlegereformen har først og fremst vært en reform av strukturell karakter som innebar en omorganisering av allmennlegetjenesten. Norges forskningsråd (NFR) har hatt ansvar for å koordinere en femårig, forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen fra 2001 – 2005. Sluttrapporten konkluderer med at fastlegereformen i hovedsak har vært vellykket. Forskningsrådet vektlegger følgende utfordringer for allmennlegetjenesten:

Tilgjengeligheten til fastlegekontoret oppleves i mange tilfeller som for dårlig. Dette gjelder både telefontilgjengelighet, ventetid på time og tilgjengelighet på legevakt. Innbyggernes mulighet til å bytte fastlege og tilgjengelighet til andre fastleger er utilfredsstillende i mange kommuner. Vaktbelastningen på den enkelte lege har stor betydning for rekruttering til fastlegevirksomhet i distriktene. Det er behov for flere legerressurser til allmennmedisinske offentlige legeoppgaver blant annet i sykehjem, og til samfunnsmedisinsk arbeid/ivaretagelse av kommunelege I-funksjonen. Når det gjelder samhandling, antyder mange enkeltfunn fra evalueringsprosjektene at det er et potensial for bedre samhandling både innen kommunehelsetjenesten og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder spesielt samarbeid rundt eldre brukere, personer med oppfølgingsbehov etter behandling i spesialisthelsetjenesten og personer med psykiske lidelser. En undersøkelse tyder dessuten på at legetjenesten mange steder er mangelfullt integrert i den øvrige kommunehelsetjenesten. Det påpekes også behov for å se nærmere på fastlegens koordinator- og portvaktrolle, inklusive hvilke forhold som påvirker henvisningspraksis. Videre tas opp at nyetable-

ring av fastlegepraksis kan være et stort økonomisk løft for unge, nyutdannede leger og at alternative inngangsporter til fastlegevirksomhet bør vurderes. I rapporten pekes det også på at høye egenandeler kan bidra til å motvirke intensjonen om at fastlegeordningen skal være et lavterskeltilbud, for eksempel i forhold til ungdom med psykiske problemer. I tillegg er det behov for å styrke forskning på forskrivning av legemidler, jf. St.meld. nr. 18 (2004-2005), og for å styrke forskning og fagutvikling innen allmennmedisin, jf. over.

I nasjonal helseplan er det gitt en helhetlig omtale av utfordringene knyttet til samhandling, jf. denne proposisjonens del III kapittel 6 Nasjonal helseplan. Samhandling mellom nivåene i helsetjenesten var også tema for Wisløff-utvalget, som i 2005 fremmet sin innstilling NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt. Enkelte av forslagene fra Wisløff-utvalget var særlig relatert til fastlegenes samarbeid med andre. Dette gjelder blant annet utvalgets forslag om at:

- kommunene må utnytte fastlegeavtalene bedre (7,5 timer offentlig legearbeid)
- kommunene bør utvise større fleksibilitet i avtalene med fastlegene (deltids fastlegehjemmel og deltids offentlig legearbeid)
- takstsystemet rettet mot allmennleger må bedre ivareta pasienter med store og sammensatte behov
- fastlegeforskriften bør omfatte funksjons- og kvalitetskrav

Departementet vil gjennomgå evalueringresultatene og Wisløff-utvalgets forslag nærmere. I den sammenheng vil departementet vurdere hvordan utfordringene kan og eventuelt bør følges opp. Dette vil skje i et samarbeid med aktuelle parter, blant annet gjennom Sentralt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen.

#### Øvrige utviklingstiltak innen primærhelsetjenesten

##### *Nye faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen*

Det ble gitt 0,7 mill. kroner til tiltak for å heve kompetansen hos jordmødre og leger i svangerskaps- og fødselsomsorgen i 2006. Midlene foreslås videreført i 2007.

##### *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Målet er god kvalitet på sosial- og helsetjenestene i alle ledd.

Fem innsatsområder er sentrale: Styrke brukeren, styrke utøveren innen sosialtjenesten, styrke utøveren innen helsetjenesten, forbedre ledelse og organisasjon samt styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene. Midlene foreslås videreført i 2007. Direktoratets innsats vil bli styrket gjennom innlemming av Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten (GRUK) i Kunnskapscenteret, se omtale under kap. 725.

##### *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, språk og kultur. 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.

##### Satsingsområder og resultatmål 2007

For 2007 foreslås å videreføre midler til bl.a.:

- utarbeidelse, oversettelse og utgivelse av relevant informasjonsmateriell
- oppfølging av Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente ved revidering av veileder
- oppfølging av arbeidet mot kjønnslemlestelse og tvangsekteskap

##### *Utvikling av helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning*

For 2006 disponeres 11,8 mill. kroner til videreføring av tiltak på grunnlag av handlingsplanen «Mangfold og likeverd». Av disse midlene er 5,7 mill. kroner overført til Sametinget. Sosial- og helsedirektoratet forvalter omlag 6,1 mill. kroner. Av disse midlene er Senter for samisk helseforskning i 2006 tildelt 4,8 mill. kroner.

Departementet skal sammen med Sametinget videreføre arbeidet. Hovedprinsippene i Mangfold og likeverd danner grunnlaget for det videre arbeid. Det vises for øvrig til kap. 743 Statlige stimuleringsstiltak for psykisk helse for omtale av utvikling av nasjonale kompetansebasert tjenester til samisk befolkning innen psykisk helsevern.



Midlene omfatter et grensekommunesamarbeid mellom kommuner i Nord-Finland, Finnmark og Nord-Troms.

For 2007 foreslås midler til videreføring av arbeidet.

#### *Personellstatistikk*

På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet Statistisk sentralbyrå (SSB) i 2005 en ny versjon av sin framskrivning av arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell (HELSEMOD). Framskrivningen brukes bl.a. som grunnlag for beslutninger om dimensjonering av utdanningsplasser innen helse- og sosialfag. Framskrivningsmodellen skal videreutvikles, slik at for eksempel organisasjonsmessige endringer og substitusjon mellom yrkesgrupper kan tas inn i ett eller flere av modellalternativene. Konsekvenser av politiske satsinger og reformprogram må også inkluderes i modellforutsetningene.

Midlene vil også omfatte en oppgradering av Helsepersonellregisteret (HPR).

#### *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 NAFKAM, jf. neste avsnitt. Over kap. 719, post 70 er det bevilget 0,4 mill. kroner til tiltak mot hiv/aids i Kina. Arbeidet foreslås videreført i 2007.

#### *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), utredningsarbeid om utdanninger og eventuelle godkjenningsordninger, tilskudd til drift av sammenslutning av alternative behandlerorganisasjoner (SABORG), drift av Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ behandling (NAFKAM) i Tromsø, og etablering av Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (NIFAB) i Tromsø. Til sammen er det i 2006 tildelt om lag 12 mill. kroner til aktiviteter innenfor området alternativ behandling.

NIFAB planlegger å være i ordinær drift i løpet av vinteren 2006-2007, og vil dermed fungere som et viktig informasjonssenter for innbyggere, pårø-

rende, helsepersonell, pressen, helseforvaltningen og andre. Når det gjelder forskning innenfor alternativ behandling, vises også til omtale under kap. 701, post 50 Norges forskningsråd.

#### *Utdanning av kiropraktorer*

I forbindelse med behandlingen av Kirke-, utdannings og forskningskomiteens budsjettinnstilling for 2005 fattet Stortinget følgende vedtak: «Stortinget ber Regjeringen legge til rette for å etablere et kiropraktorstudium i Norge». Sosial- og helsedirektoratet leverte i juni 2006 utredningen om eventuell etablering av kiropraktorutdanning i Norge. Oppfølgingen av rapporten vil Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet vurdere i samarbeid.

#### *Godkjenningsordning for fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi*

I sosialkomiteens innstilling (Innst. O. nr. 98 (2002-2003), jf. Ot. prp. nr. 27 (2002-2003) Om lov om alternativ behandling av sykdom mv.), anmodes det om at særskilt autorisasjon av manuellterapeuter vurderes. Sosial- og helsedirektoratet har overlevert rapport til departementet. Direktoratet foreslår ikke autorisasjon for manuellterapeuter etter helsepersonelloven på nåværende tidspunkt. Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at manuellterapeuter bør omfattes av forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell. Departementet har nevnte rapport til vurdering. I denne sammenheng vil det bli lagt vekt på en bred og prinsipiell drøfting av kriterier for og behov for autorisasjon av og spesialistgodkjenning av nye grupper helsepersonell.

#### *Merknader til budsjettforslaget*

I 2006 ble allmennmedisinsk forskning styrket med 3,0 mill. kroner, jf. St.prp. nr. 66 (2005-2006) og Innst. S. nr. 205 (2005-2006). Midlene foreslås videreført i 2007.

Tilskudd til Giftinformasjonens nye elektroniske dokumentasjonsdatabase, i alt 1,4 mill. kroner, flyttes fra kap. 724, post 21 til Forsøk og utvikling m.v., kap. 728, post 21.

I forbindelse med at GRUK innlemmes i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, flyttes i alt 5,0 mill. kroner fra kap. 724, hvorav 4,0 mill. kroner fra post 21 og 1,0 mill. kroner fra post 61. Midlene flyttes til Nasjonalt kunnskapssenter, kap. 725, post 01.

I 2006 ble Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (NIFAB) styrket med 1,5

mill. kroner, jf. St. prp. nr. 66 (2005-2006) og Innst. S. nr. 205 (2005-2006). Midlene foreslås videreført i 2007.

## **Post 61 Tilskudd til turnustjeneste**

### **Formål og hovedprioriteringer**

Formålet med turnustjenesten er å kvalifisere turnuskandidater til autorisasjon som henholdsvis lege, fysioterapeut, jordmor eller kiropraktor. Statlig organisering og finansiering av turnustjenesten skal sikre god kvalitet på turnustjenesten og bidra til forutsigbarhet for turnusstedene og turnuskandidatene. Bevilgningen skal kompensere turnusstedene for merkostnader ved å ha turnuskandidater, slik at tilgangen på kvalifisert personell til helsetjenesten sikres. Bevilgningen dekker også veilederprogrammer og kurs for turnuskandidatene. Videre dekker bevilgningen opplæring i trygdefaglige emner for kiropraktorer og manuellterapeuter, og kostnader til veiledet tjeneste for å få adgang til å utøve selvstendig virksomhet som allmennlege innenfor en nasjonal trygdeordning.

I løpet av 2006 iverksettes og evalueres forsøksprosjekt med obligatorisk psykiatri i turnustjenesten for leger. Direktoratet har også fått i oppdrag å utvikle og iverksette en løpende evaluering av turnustjenesten på det enkelte turnussted. Dette for å sikre at gjennomføring av turnustjenesten er i samsvar med forskrift, retningslinjer og direktoratets målbeskrivelse.

### *Tilskudd til turnustjeneste i sykehus/helseforetak/ virksomheter*

Tilskudd til sykehus/helseforetak og godkjente opptreningsinstitusjoner er 25 000 kroner per år per turnusplass. Tilskuddet utbetales til de regionale helseforetakene. Turnusleger må ha ett års turnus i sykehus. Antall turnusplasser for turnusleger er om lag 400 per halvår, for fysioterapikandidater om lag 260.

### *Tilskudd til turnustjeneste for kiropraktorer*

Det gis et tilskudd på 25 000 kroner per år til privatpraktiserende kiropraktorer som påtar seg veiledningsansvar for kiropraktorkandidater i turnustjeneste. Turnustjenesten er ettårig. Det er om lag 30 turnuskandidater per år. Ordningen trådte i kraft i 2004.

### *Tilskudd til turnustjeneste i kommunehelsetjenesten*

Både turnusleger og fysioterapikandidater har et halvt års turnustjeneste i kommune. Kostnadene dekkes i utgangspunktet av den enkelte kommune. Kommuner som har avtale om mottak av turnuslege får et fast tilskudd for hver turnuskandidat på 108 000 kroner per halvår. Dette tilskuddet prisjusteres til 115 000 kroner i 2007.

### *Veiledning av turnuskandidater*

Det gis midler til fylkeslegens kurs for turnuskandidater, til gruppebasert veiledning for turnusleger i kommunehelsetjenesten, til kurs i legevaktmedisin for turnusleger, og til gruppeveiledning av turnusleger på sykehusene i Helse Førde.

Det er i tillegg bevilget midler til særskilte tiltak for å evaluere, effektivisere og kvalitetssikre turnustjenesten. Kommuniturnustjenesten har fått et betydelig løft gjennom disse nye tiltakene. Samlet sett får turnuslegene nå et godt pedagogisk opplegg.

### *Dekning av reise og flytteutgifter*

Tilskudd til reise og flytteutgifter ytes etter regelverk for refusjon innenfor gjeldende budsjett-ramme. Distrikts- og rekrutteringshensyn blir vektlagt.

### *Utvidet krav til veiledet tjeneste for å få adgang til å utøve selvstendig virksomhet som allmennlege innenfor en nasjonal trygdeordning*

Som følge av implementeringen av Europaparlaments- og rådskonklusjon 2001/19/EF i norsk rett, er det fra 1. januar 2006 innført krav om til sammen minst 3 års særskilt opplæring under veiledning (veiledet tjeneste) for å få adgang til å utøve selvstendig virksomhet som allmennlege innenfor en nasjonal trygdeordning. Kravet til veiledet tjeneste er med dette utvidet fra minimum 2 til minimum 3 år. Hovedformålet med utvidelsen av kravet er å styrke pasientsikkerheten i allmennlegetjenesten. Departementet har i forskrift gitt nærmere bestemmelser om den veiledelede tjenesten, herunder om krav til innhold, gjennomføring, godkjenning mv.

Det ekstra året med veiledet tjeneste kan som et alternativ gjennomføres ved at legen tiltrer en fastlegehemmel eller stilling ved kommunal legevakt, hvor det følger med et veiledningsopplegg. Kommunen må organisere et veiledningsopplegg i samsvar med forskriften og retningslinjer fra Sosial- og helsedirektoratet. Kommunenes kostna-

der i forbindelse med den veiledete tjenesten kompenseres ved statlige tilskudd.

Det er antatt et årlig behov på om lag 200 nyutdannede leger i fastlegehemler. Midlene dekker et veiledningsopplegg for den enkelte lege og utgifter til obligatoriske kurs.

#### Merknader til budsjettforslaget

Ved behandlingen av St.prp. nr. 66 (2005-2006) Tilleggsbevilgninger og omdisponeringer ble det vedtatt at prosjektmidler knyttet til faste stillinger i Sosial- og helsedirektoratet flyttes til direktoratets budsjett. Vedtaket gjøres også gjeldende for 2007, slik at 0,75 mill. kroner fra kap. 724 post 61 flyttes til Sosial- og helsedirektoratet, kap. 720 post 01.

I forbindelse med at GRUK innlemmes i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, flyttes i alt 5,0 mill. kroner fra kap. 724, hvorav 4,0 mill. kroner fra post 21 og 1,0 mill. kroner fra post 61. Midlene flyttes til Nasjonalt kunnskapssenter, kap. 725, post 01.

Posten er for øvrig redusert med 1,0 mill. kroner.

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

Fra 2006 er departementets bevilgninger til stimulerings tiltak/faglig utviklingsarbeid innen primærhelsetjenesten samlet på denne posten.

Når det gjelder bruk av midlene, vises det til omtale under post 21 Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten over.

#### Merknader til budsjettforslaget

I 2006 ble Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (NIFAB) styrket med 1,5 mill. kroner, jf. St.prp. nr. 66 (2005-2006) og Innst. S. nr. 205 (2005-2006). Styrkingen foreslås videreført i 2007.

#### 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.

Finansieringsmodellen for NHV er fra 2004 todelt. Grunnfinansieringen utgjør 30 pst. og fastsettes etter den nordiske nøkkelen av Nordisk Ministerråd. Virksomhetsfinansieringen utgjør 70 pst. av det samlede budsjettet, og fordeles i forhold til hvor mange studentmåneder hvert enkelt land har benyttet i løpet av de tre siste årene forut for året da beregningen gjøres.

Det er også satt av midler til WHO-stipender som forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet. Videre gis også midler til standardiseringsarbeid og utprøving av nye odontologiske materialer til Nordisk institutt for odontologisk materialprøving (NIOM) fra denne posten, se for øvrig omtale under kap. 727, post 21.

For 2007 foreslås en videreføring av tilskuddet fra 2006. Det er foretatt prisjustering.

### Kap. 3724 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
02	Gebyrinntekter	11 803	12 798	13 584
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	311		
18	Refusjon av sykepenger	547		
	Sum kap. 3724	12 661	12 798	13 584

#### Post 02 Gebyrinntekter

De budsjetterte inntektene gjelder Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Det foreslås en økning av gebyrene på 2,5 pst.

## Kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
01	Driftsutgifter	66 186	39 302	64 993
	Sum kap. 725	66 186	39 302	64 993

Overført fra 2005 til 2006:

Post 01: 948 000 kroner

### 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, og å innhente og formidle kunnskap om hva helsetjenesten leverer og resultatene av tjenestetilbudet som gis. Kunnskapssenterets kjerneaktiviteter er kunnskapshåndtering (kritisk vurdering og oppsummering av forskning) og kvalitetsmåling (monitorering). Forskning, undervisning og formidling er viktige aktiviteter som skal understøtte kjerneaktivitetene.

#### Resultatrapportering og tilstandsvurdering

Det er etablert et bestillerforum som gir innspill til temaer og råd om prioritering av prosjekter. Prioriteringskriterier er faglig uenighet, varierende praksis, usikkerhet om tiltakets nytteverdi, problemstillinger som omfatter store pasientgrupper eller alvorlige tilstander eller som har stor interesse for allmennheten og vesentlige konsekvenser for ressursbruk.

Prioriterte områder har vært psykisk helse, kreft, folkehelse og avhengighet. Videre har Kunnskapssenteret satsset på legemiddelfeltet som et nytt ansvarsområde. Kunnskapssenteret har startet arbeidet med vurdering av ny og kostbar behandling. Dette gjennomføres som et tett samarbeid med fagmiljøene og Sosial- og helsedirektoratet, og er i første omgang etablert innenfor kreft-

området og for pasienter med revmatiske sykdommer.

Innen kvalitetsmåling har Kunnskapssenteret gjennomført store pasienterfaringsundersøkelser (PasOpp) i somatiske og psykiatriske poliklinikker. Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene etablert et elektronisk bibliotek for helsetjenesten: Helsebiblioteket [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no). Helsebiblioteket driftes av og i Kunnskapssenteret. Målet for Helsebiblioteket er å være en nasjonal elektronisk kunnskapstjeneste for helsepersonell tilpasset deres behov. Det er etablert et emnebibliotek innen området psykisk helse, og det arbeides med å etablere dette også for andre områder som kreft og legemidler.

Det arbeides med en forskningsmessig basis for bruk av relevante kvalitetsindikatorer i tjenesten.

#### Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten

Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten (GRUK) foreslås innlemmet i Kunnskapssenteret fra januar 2007. GRUK ble etablert som en stiftelse i 1999 med mål å fremme god kvalitet i sosial- og helsetjenesten i samarbeid med helsemyndigheter og institusjonseiere. GRUK har bred kompetanse på områder som kvalitetsforbedring og -monitorering, prosjektstyring, prosessforbedring, IKT-utvikling mot helse- og sosialsektoren og samhandling i tjenestene. Departementet og Sosial- og helsedirektoratet ser at det i forbindelse med implementeringen av Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten vil være behov for den kompetanse GRUK innehar. Stiftelsen GRUK sin virksomhet var fram til 1. januar 2006 fullt ut oppdragsfinansiert. For å sikre den videre driften av GRUK, ble det i 2006 gitt 4,0 mill. kroner i tilskudd til drift over kap 724 post 21.

Stiftelsens styre har takket ja til et tilbud om å bli innlemmet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fra 1. januar 2007. Det forventes en god synergieffekt mellom Kunnskapssenterets kompetanse på å frembringe forskningsbasert kunnskap og GRUKs kompetanse på implementering av slik

kunnskap i praksis. Det forutsettes at stiftelsen GRUK opphører.

### Satsingsområder for 2007

Satsingsområdene for 2007 må sees i sammenheng med Nasjonal helseplan, særskilt kap. 6.4.1 Strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering. Kunnskapssenteret skal:

- prioritere kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger om effekt av tiltak innen psykisk helse, avhengighet, folkehelse, screening, legemidler og kreftområdet.
- følge opp intensjonene i St.meld. nr. 18 (2004-2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk og styrke seg som et myndighets- og produsent-uavhengig organ for kunnskap og informasjon om effekt av legemidler.
- bidra til å etablere systemer som sikrer at ny medisinsk teknologi identifiseres og vurderes før de blir etablert i praksis
- etablere en nasjonal enhet for pasientsikkerhet, med formål å støtte opp om helsetjenestenes arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser, jf. kap. 728 post 21.
- bidra til å videreutvikle innholdet i Helsebiblioteket innenfor de rammer som blir gitt av Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene.
- inneha sekretariatfunksjon knyttet til Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer, jf. omtale i Nasjonal helseplan kap. 6.4.1.

### Merknader til budsjett 2007

De regionale helseforetakene ble i bestillerdokumentene for 2005 bedt om å sette av 1,2 mill. kroner hver for bestilling av kunnskapsoppsummeringer, metodevurderinger og annen støtte for å fremme kunnskapsbasert praksis fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Dette for å styrke arbeidet med å fremskaffe et kunnskapsgrunnlag for beslutninger i spesialisthelsetjenesten. Det foreslås at beløpet på 6,0 mill. kroner fra 2007 bevilges direkte over kap. 725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. I tildelingsbrevet til Sosial- og helsedirektoratet/Kunnskapssenteret vil beløpet bli øremerket metodevurderinger og kunnskapsoppsummeringer overfor spesialisthelsetjenesten.

Det foreslås følgende budsjettmessige overføringer til kap 725 post 01:

- 9 mill. kroner fra kap. 720 post 01 til pasienttilfredshetsundersøkelser
- 6 mill. kroner fra kap. 732, postene 71-75, til kunnskapsoppsummeringer
- 5 mill. kroner fra kap. 724 postene 21 og 61 til drift av Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten (GRUK)

Videre foreslås en styrking av driftsrammen med:

- 3 mill. kroner til etablering av nasjonal enhet for pasientsikkerhet
- 1 mill. kroner til kunnskapsoppsummeringer og informasjon på legemiddelområdet.

## Kap. 3725 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
03	Oppdragsinntekter	27 195	106	110
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	535		
18	Refusjon av sykepenger	443		
	Sum kap. 3725	28 173	106	110

### Post 03 Oppdragsinntekter

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har inntekter som finansierer ulike prosjekter innen kunnskapshåndtering og kvalitetsmåling.

**Kap. 726 Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	34 457	19 509	19 250
61	Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmissbrukere, <i>kan overføres</i>	62 593		
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>		32 900	50 650
71	Kjøp av opptrening og helsetjenester, <i>kan overføres</i>		51 000	71 138
	Sum kap. 726	97 050	103 409	141 038

Overført fra 2005 til 2006:

Post 21: 902 000 kroner

Post 61: 693 000 kroner

**Post 21 Spesielle driftsutgifter****Habilitering og rehabilitering**

Tjenester som ytes som ledd i en habiliterings-/rehabiliteringsprosess skal ivareta brukerperspektivet, være samordnet, tverrfaglige, 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 og årsak til 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 gi mer informasjon om udekket behov for habilitering og rehabilitering.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker fortsatt å fokusere på habilitering og rehabilitering. Dette feltet får fortsatt ikke tilstrekkelig oppmerksomhet og prioritet, verken i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten. Departementet ser behov for økt kunnskap og kompetanse, mer målrettet samarbeid mellom ulike etater og nivåer, og faggrupper.

Helse- og omsorgsdepartementet vil legge fram en nasjonal helseplan, der også habilitering og rehabilitering tas opp, og en nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker fortsatt å fokusere på habilitering av barn, voksenhabiliteringstjenesten, og rehabiliteringstilbudet til personer med alvorlig hjerneskade, og styrking av tilbudet til hørselshemmede og synshemmede.

**Habilitering av barn**

I forbindelse med oppfølging av Strategiplan for habilitering av barn ble det i 2005 gitt støtte til 29 utviklingsprosjekt fordelt på alle helseregioner.

Igangsatte prosjekter innen barnehabilitering vil videreføres i 2007 med sikte på å utvikle viktig kunnskap som kan implementeres i den ordinære virksomheten. Departementet ser behov for styrking og koordinering av forskningsinnsatsen innenfor habilitering.

Barnenevrologisk seksjon ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF (BNS) har startet arbeidet med å evaluere effekt av trening etter Domanmetoden. Det er inngått et samarbeid med helsemyndighetene i Danmark for å rekruttere flere familier til evalueringen.

Gjennom igangsatte prosjekter utvikles og evalueres nye tilbud til barn med ulike funksjonsnedsettelse og deres familier. Helseregionene arbeider parallelt med å sikre implementering i ordinær drift når det gjelder tilbud som viser seg å ha effekt. Barnenevrologisk seksjon ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet (BNS) bidrar med veiledning, både faglig og forskningsmessig, til utviklingsprosjektene innen barnehabilitering. BNS skal også være en pådriver for forskningsutvikling innen feltet.

BNS har fått støtte til å ivareta rollen som «lokomotiv» for utviklingen innen barnehabilitering.

Det er gjennomført en evaluering av Petø-tilbudet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Rapporten viste at Petø-tilbudet ved UNN fyller et behov for intensiv trening til barn med motorisk funksjonsnedsettelse. Det er pekt på forhold som er uheldige ved tilbudet ved UNN:

- manglende oppfølging og vedlikehold mellom treningsamlingene
- Petø-tilbudet er ikke integrert i den ordinære habiliteringsoppfølgingen

- Treningstilbudet foregår i hovedsak på engelsk, noe som er observert å virke hemmende på barna.

En undersøkelse har vist at Petø-metoden ikke gir større effekt enn individuell ekletisk fysioterapi og annen intensiv gruppetrening.

Sosial- og helsedirektoratet peker på at selv om funksjonell målrettet trening virker lovende, mangler det et godt nok vitenskapelig fundament, og at det er behov for en betydelig forskningsinnsats på området.

Studiet *Videreutdanning i konduktiv pedagogikk* ble igangsatt ved Høgskolen i Tromsø som en prøveordning høsten 2005.

Det er få studenter som ved videreutdanningen i konduktiv pedagogikk som er igangsatt ved Høgskolen i Tromsø. Videreføring av tilbudet vil bli vurdert når første studentkull av avsluttet sin utdanning i vårsemesteret 2007.

#### *Habilitering av voksne*

Sosial- og helsedirektoratet avsluttet gjennomgangen av voksenhabiliteringstjenesten i 2005. Gjennomgangen har avdekket flere mangler og behov. Sosial- og helsedirektoratet forutsettes å vurdere styrking av voksenhabiliteringstjenesten som oppfølging av gjennomgangen.

Med bakgrunn i gjennomgangen av voksenhabiliteringstjenesten arbeider Sosial- og helsedirektoratet videre med spørsmål knyttet til hvordan habiliteringstjenesten for voksne bør utvikles, og hvilke funksjoner denne tjenesten bør ha.

Det er et mål å sikre psykiatrisk og somatisk oppfølging av personer med psykisk utviklingshemning. Også innenfor voksenhabiliteringsfeltet er det behov for å styrke forskningsinnsatsen.

#### *Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR)*

Avtalen med Statens kunnskaps- og utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) ble forlenget i henhold til den femårige avtalen.

Det ble i 2005 gjennomført 10 etterutdanningskurs i helhetlig rehabilitering og individuell plan. Forsøks- og utviklingsarbeidet har i all hovedsak foregått innenfor rammen av programsatsingen «Samsynt og Framsynt». Programmet har som mål å framskaffe og formidle erfaringsbasert kunnskap som kan gi viktige bidrag til arbeidet med å utvikle god rehabiliteringspraksis i landets kommuner, helseforetak og praksismiljøer.

SKUR som prosjekt forutsettes avvirket fra 2007. Det er igangsatt et arbeid med å vurdere

hvilke av SKUR's nåværende oppgaver som skal videreføres og hvor de ulike oppgaver skal ivaretas. Sosial- og helsedirektoratet har etablert en forskergruppe bestående av sentrale forskere fra ulike forskningsmiljø, representanter fra brukerorganisasjoner og relevante etater. Forskergruppen skal legge fram forslag til hvilke fagmiljøer som kan utvikles til nasjonale forskningsmiljøer.

#### *«Det nytter»-prisen*

«Det nytter»-prisen har vært delt ut årlig siden 1990 til prosjekter innen sosial- og helsesektoren. Førsteprisen gikk i 2005 til Meland kommune ved Sjølbygjarprosjektet for ungdom. Prosjektet legger til rette for etablering av nøkterne boliger av god kvalitet til ungdom som finner det vanskelig å etablere seg på boligmarkedet, ofte på grunn av spesielle vansker, for eksempel rus-, adferds- eller helseproblemer.

#### *Handlingsplanen Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede*

Flere tiltak i planen har vært fulgt opp som utviklingstiltak i Sosial- og helsedirektoratets regi og har bidratt til kunnskap og dokumentasjon.

En arbeidsgruppe har utarbeidet en rapport om behandlingstilbudet til tinnitusrammede. Rapporten ble oversendt departementet i juni 2005.

Handlingsplanen «Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede» forutsettes forlenget til 31.12.2007, der bedring av behandlingstilbudet til tinnitusrammede inngår.

Det er gjennomført et utviklingsarbeid med fokus på eldre døve og sterkt hørselshemmede.

En undersøkelse gjennomført i 100 kommuner våren 2005 avdekket utfordringer vedrørende samordning og styrking av rehabiliteringstilbudet til hørselshemmede og deres pårørende.

Arbeidet med utarbeiding av retningslinjer for hørselssentralene videreføres. Overgangsprosjektet ReSonare er videreført i 2007 for å bidra til at rehabiliteringstilbudet til døvblitte og tunghørtblitte videreutvikles. Rikshospitalet har landsfunksjon for cochlea implantater hos barn. Ventetiden for barn som trenger implantat på begge ører er nå avvirket. På grunnlag av rapport utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet vil de regionale helseforetakene bli bedt om å utvide den samlede operasjonskapasiteten for voksne til om lag 200 operasjoner pr. år.

Sosial- og helsedirektoratet er bedt om å utarbeide forslag til forbedringer når det gjelder høreapparatformidlingen. Rapport forutsettes å foreligge våren 2007.

### *International klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)*

Arbeidet med å implementere ICF ble videreført.

I 2005 startet et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet og KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren) for å utvikle nødvendige kodesett.

### *Ferie- og rekreasjonstilbud på Eidene i Vestfold*

Det er gitt støtte til Cerebral Parese-foreningen for å arrangere tilrettelagte sommerleire for personer med cerebral parese med sammensatte funksjonshemninger på Eidene Senter i Vestfold.

Tilskudd til Cerebral Parese-foreningen for å arrangere tilrettelagte sommerleire for personer med cerebral parese på Eidene Senter er videreført.

### *Tilbud til pasienter med alvorlig hodeskade*

Sosial- og helsedirektoratet har i samråd med en arbeidsgruppe bestående av representanter fra de regionale helseforetakene og Landsforeningen for Trafikkskadde i Norge gitt anbefaling om hva rehabiliteringstilbudet til mennesker med alvorlige hodeskader bør inneholde og hvordan det bør organiseres.

Det er i gang arbeid i de regionale helseforetakene for å styrke rehabiliteringstilbudet til personer med alvorlig hodeskade.

Målet er at pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade skal få et adekvat, likeverdig tilbud, uavhengig av bosted. Rehabiliteringstilbudet til pasienter med alvorlig hjerneskade forutsettes å være en del av det ordinære tjenestetilbudet.

Pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade vil i akuttfasen bli ivaretatt i sykehus med nevrokirurgisk avdeling, dvs. ved Ullevål universitetssykehus, Haukeland universitetssykehus, St. Olavs hospital og Universitetssykehuset i Nord-Norge. Når det gjelder tidlig rehabilitering, dvs. rehabiliteringstiltak som iverksettes så snart som mulig etter intensivfasen, er det anbefalt at denne funksjonen knyttes til hvert av regionsykehusene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø.

I Helse Øst er det i gang et samarbeidsprosjekt mellom Ullevål universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF. Det er etablert en rehabiliteringsenhet ved Ullevål universitetssykehus HF med 2 senger og en enhet ved Sunnaas sykehus HF med 14 senger. Det er etablert et godt samarbeid med Helse Sør. Kompetansen er betydelig hevet, bl.a. gjennom samarbeid med Hammel Neurocenter i

Danmark. I Helse Sør gis det tilbud ved Spesialsykehuset for rehabilitering i Kristiansand (SSR). SSR har 3 plasser og tilbyr ambulante tjenester. SSR har arbeidet med kompetanseheving i samarbeid med sykehus i Danmark og Sverige, og nettverk i Norge.

I Helse Vest er det utarbeidet forslag til regional plan for habilitering og rehabilitering. I denne planen er det bl.a. foreslått opprettet regionale senger for pasienter med behov for tidlig og kompleks rehabilitering etter alvorlig hodeskade. Det er videre foreslått opprettet regionale senger for pasienter med utfordrende atferd etter traumatisk hodeskade, ambulante rehabiliteringsteam, og styrking av det tverrfaglige poliklinikktilbudet. En enhet med 5-6 senger vil kunne gi tilbud til pasienter i overgangen fra fase 1 til fase 2, og i den videre rehabiliteringsprosessen med høyt spesialiserte behandlingsopplegg. I Helse Midt-Norge er det dannet et nettverk for hodeskader som omfatter Sykehuset Levanger, St. Olavs hospital HF og Ålesund sjukehus.

I Helse Nord planlegges en trinnvis oppbygging av tilbudet til pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade. Det tas sikte på en hodeskadeenhet med 3 senger knyttet til Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering som vil være i drift i løpet av høsten 2006.

### *Styrking av rehabiliteringstilbudet til mennesker med synshemninger*

Det tas sikte på å sette i gang tiltak som kan bedre rehabiliteringstilbudet til voksne synshemmede, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Det er et overordnet mål at rehabiliteringstjenestene til voksne synshemmede skal være sammenhengende, tverrfaglige og tverretatlige, og at tilbudet skal være helhetlig. Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet i 2005 et utkast til plan for styrking av rehabiliteringstilbudet til synshemmede. Forslagene omfatter flere departementers ansvarsområde. Målet er at voksne synshemmede får dekket sine behov for rehabilitering uavhengig av bosted og med tilstrekkelig kompetanse. Direktoratet foreslår tiltak for å bedre helsetjenestetilbudet, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene må finne fram til praktiske løsninger som styrker samhandlingen mellom kommunenes synskontakter og spesialisthelsetjenesten. Rehabiliteringstilbudet til synshemmede vil bli omtalt i nasjonal strategi for rehabilitering.



### *Tilbud til mennesker med Huntington sykdom*

I Norge kjenner en omlag 250 tilfeller av Huntington sykdom. Det diagnostiseres omlag 15 nye tilfeller i året. I sykdommens siste fase vil de fleste ha behov for kontinuerlig tilsyn og hjelp. Sosial- og helsedirektoratet av gitt sin tilråding. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med spørsmålet om hvordan en best kan ivareta denne pasientgruppen i sykdommens siste fase.

Det foreslås bevilget 19,25 mill. kroner over posten i 2007.

### **Post 61 Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmissbrukere**

Regnskapstallene gjelder tiltak som fra 2006 er overført til hhv 761 post 63, 761 post 70 og 726 post 70.

### **Post 70 Tilskudd**

#### **Tiltak for rusmiddelavhengige**

Formål og oppgaver

Under denne posten gis en omtale av enkelte tiltak for rusmiddelavhengige. Bevilgningen på posten nyttes til utviklingsarbeid særlig når det gjelder tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, herunder legemiddelassistert rehabilitering (LAR): Evaluering av rusreformen, faglige retningslinjer, statistikk, finansiering av Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer og Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND). Det vises også til kap. 732 når det gjelder bevilgning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk i spesialisthelsetjenesten, kap. 718 når det gjelder forebyggingsfeltet samt kap. 761 når det gjelder kommunale rusmiddeltiltak. Det vises for øvrig til Del III, kap. 6.6.2 i Nasjonal helseplan.

Helhetlig behandling og rehabilitering er grunnleggende for å sikre rusmiddelavhengige et best mulig hjelpetilbud. Formålet med evalueringen av rusreformen er å undersøke hvorvidt rusmiddelavhengige gjennom reformen har fått et bedre og mer helhetlig tilbud. Formålet med LAR er å gi opiatavhengige et helhetlig behandlings- og rehabiliteringsopplegg der et substitusjonslegemiddel inngår som en av flere komponenter. Det er et stort behov for å styrke forskning, dokumenta-

sjonsgrunnlag, kompetanse og fagutvikling på rusmiddelområdet i Norge. Formålet med seksjon for kliniske rusmiddelproblemer ved Universitetet i Oslo, er undervisning, kunnskapsutvikling og forskning når det gjelder kliniske rusmiddelproblemer, herunder forskning i bruk av metadon og andre aktuelle legemidler. Formålet med ND er å forebygge ny kriminalitet og fremme kontroll over rusmiddelmissbruket.

### **Resultatrapport 2005**

#### *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 rusmiddelmissbruk og ble således en del av spesialisthelsetjenesten. Den spesialiserte delen av LAR-tilbudet er organisert i 7 regionale sentra. Disse ligger i Oslo, Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø. I tillegg er det i Helse Sør etablert samarbeidsfunksjoner mellom Buskerud, Vestfold og Telemark og mellom Vest- og Aust-Agder. Legemiddelassistert rehabilitering i Helse Øst (LAR Øst) er, ved siden av å være regionsenter, nasjonalt kompetansesenter for legemiddelassistert rehabilitering. 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. Et forskningsprosjekt med nedtrapping ved bruk av legemidler til yngre heroinavhengige, ble igangsatt i 2002 og ble avsluttet i 2005. Prosjektet viser at opioidavhengige ned til 22 år kan ha god nytte av substitusjonsbehandling med Subutex. Kunnskapen på verdensbasis om implantatbehandling med naltrekson er sparsom. Naltrekson er et medikament som blokkerer virkningen av heroin og andre opioider. Ved seksjon for kliniske rusmiddelproblemer pågår det to forskningsprosjekter som vil kunne bidra til å øke kunnskap om slik behandling av heroinavhengige.

Ved utgangen av 2005 var 3614 pasienter inntatt i LAR – 611 flere enn ved forrige årsskifte. 430 personer stod på venteliste ved utgangen av 2005 – en nedgang på 45 personer sammenlignet med samme tidspunkt i 2004.

På landsbasis var fordelingen slik per 31.12.05:

Helseregion	Antall i behandling	Antall på venteliste <sup>1</sup>
Øst	1746	105
Sør	824	117
Vest	686	86
Midt	224	43
Nord	134	79
Sum	3614	430

<sup>1</sup> Venteliste inkluderer personer som venter på utredning og personer som venter på behandling

Kilde: Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UIO/LAR ØST

En helhetlig evaluering av LAR ble levert høsten 2004. Som en oppfølging av evalueringen har Sosial- og helsedirektoratet i 2005, etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet vurdert gjeldende regelverk og organisering av tilbudet, samt startet arbeidet med utarbeidelse av faglige retningslinjer på området.

#### Tilstandsvurdering

Antallet med et behandlingstrengende alkoholproblem er om lag 30 000 personer, og antallet tungt belastede rusmiddelavhengige (sprøytemisbrukere) anslås til å ligge mellom 11 000 og 15 000. Fra faginstansenes side anslås det at om lag halvparten av sprøytemisbrukerne (mellom 5500 og 7500) er aktuelle for LAR. Omlag 400 personer dør årlig som en direkte følge av alkohol. Antall narkotikarelaterte dødsfall er fortsatt høyt (184 i 2005), selv om antallet etter 2001 har gått ned, de siste fire årene sett under ett. Satsingen på LAR og lavterskel helsetilbud antas å ha bidratt til denne reduksjonen.

Barn av rusmiddelavhengige er en forsømt gruppe. Det er omlag 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.

Helsetjenestene har gjennom iverksettelsen av rusreformen fra 2004 fått et tydeligere ansvar for både forebygging og behandling av rusmiddelavhengige. Rapporter fra de regionale helseforeta-

kene viser at det etter rusreformen har vært en klar aktivitetsøkning i sektoren, og det er registrert en økning i antall henvisninger til rusbehandling. Tilgjengeligheten til somatiske og psykiatriske tjenester for rusmiddelavhengige er dessuten bedret. Det er store variasjoner i forventet ventetid til tverrfaglig spesialisert behandling, både mellom helseregionene og innad i den enkelte helseregion. En betydelig økning i antall LAR-pasienter medfører kapasitetsmessige og kompetansemessige utfordringer i spesialisthelsetjenesten så vel som i kommunene.

De regionale helseforetakene ble i bestillerdokumentene for 2005 og 2006 bedt om å styrke tilbudet innen psykisk helsevern og behandling av rusmiddelavhengige slik at den prosentvise vekst innenfor rus og psykisk helse skal være sterkere enn innen somatikken. Rapporter fra de regionale helseforetakene tyder på at en slik vekst også har funnet sted i alle helseregionene i 2005. Alle de regionale helseforetakene har utarbeidet planer for rusfeltet der det blant annet legges opp til en generell styrking av tverrfaglig spesialisert behandling og da i særlig grad de polikliniske tilbudene og tilbudene om avrusning.

Statens helsetilsyn gjennomfører i 2006 et landsomfattende tilsyn med tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelavhengige.

Rapporter fra Helsetilsynet, Riksrevisjonen, SINTEF Helse og evalueringen av LAR har påvist mangler i det kommunale oppfølgingstilbudet til rusmiddelavhengige. Disse rapportene viser at innsatsen ikke blir satt inn tidlig nok og effekten av behandling i spesialisthelsetjenesten ikke utnyttes godt nok.

#### Legemiddelassistert rehabilitering

Tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) var ved utgangen av 1998 landsdekkende. På det tidspunkt var det beregnet at 7-800 personer var aktuelle for

substitusjonsbehandling i Norge. Etter dette har det årlig vært en jevn økning i antall personer i behandling. Etter 2001 har det vært mer enn en fordobling av antall i behandling. Ved første tertial 2006 var 3803 personer inkludert i LAR. Ifølge rapport fra LAR-Øst har totalt 5017 personer noen gang vært inkludert i LAR, men av ulike årsaker er behandlingen avsluttet eller midlertidig avsluttet for så å bli startet opp igjen.

Følgende tabell viser utviklingen når det gjelder antall i behandling på landsbasis fordelt på regioner i perioden fra 2003 og fram til første tertial 2006.

I behandling	2003	2004	2005	30.04.2006
Øst	1313	1552	1746	1815
Sør	495	627	824	853
Vest	438	568	686	743
Midt/(Nord)	185	256	224	232
Nord (fra 2005)			134	160
Sum	2431	3003	3614	3803

Kilde: Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO/LAR ØST

Når det gjelder antall på venteliste er hovedbildet et nokså stabilt antall på i underkant av 500 personer. Helseregion Midt Norge som særlig har hatt lang ventetid, har oppnådd en markert ned-

gang i ventetid, noe som i hovedsak skyldes opprettelsen av eget LAR-senter i Helse Nord. Følgende tabell gir et bilde av utviklingen når det gjelder antall på venteliste.

Venter	2003	2004	2005	30.04.06
Øst	136	115	105	118
Sør	98	131	117	125
Vest	176	123	86	126
Midt/(Nord)	140	106	43	30
Nord (fra 2005)			79	68
Sum	550	475	430	467

Kilde: Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer, UiO/LAR ØST

### Satsingsområder og mål i 2007

Det utarbeides årlige statusrapporter om rusmiddelsituasjonen. Siste rapport viser til at mye av arbeidet for å redusere de sosiale og helsemessige skadene ved rusbruk har god effekt. Samtidig står vi overfor utfordringer på flere områder som blant annet vil bli fulgt opp i den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet, jf. omtale i Del III, kap. 6.6.2 i Nasjonal helseplan. Når det gjelder behandling og rehabilitering av rusmiddelavhengige, vil særlig innsatsen på følgende områder bli prioritert: Heve kvaliteten og kompetansen på rusfeltet, bidra til mer tilgjengelige tjenester, bedre samhandling, sikre brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av pårørende. I samarbeid med justissektoren er det også et mål at flere innsatte rusmiddelavhengige får et tilpasset behandlings- og rehabiliteringstilbud. Det er også et sentralt mål å styrke tilbudet til unge rusmiddelavhengige samt innsatsen for barn av rusmiddelavhengige foreldre.

Helse- og omsorgsministeren nedsatte i desember 2005 en arbeidsgruppe for å vurdere en ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser

og rusmiddelproblemer. Arbeidsgruppens rapport er sendt på høring med frist 1. november 2006.

Mye tyder på at barn som vokser opp i familier der rusmiddelproblemer er en del av hverdagen selv har en forhøyet risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Mange av disse barna får ikke alltid nødvendig oppfølging og hjelp. I forbindelse med regjeringens Handlingsplan mot fattigdom foreslås det derfor bevilget 15 mill. kroner over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til en satsning rettet mot å utvikle og implementere tiltak for disse barnegruppene. Tiltakene vil blant annet omfatte fagutvikling, forskning og kompetanseheving samt støtte til frivillige organisasjoners engasjement på dette området.

Etter rusreformen har det vært en betydelig økning i henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling. Det er stor variasjon i ventetidene til tverrfaglig spesialisert behandling, både mellom helseregionene og innad i den enkelte helseregion. 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. Knapphet på behandlingsplasser rammer også unge rusmiddelavhengige. I bestillerdokumentene for 2005 og 2006 til de regionale helseforetakene fremgår det at behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige og tilbudet innen psykisk helsevern skal styrkes. Rapporter fra de regionale helseforetakene tyder på at dette styringskravet er fulgt opp. Regjeringen vil også i 2007 be de regionale helseforetakene om å styrke tilbudet innen psykisk helsevern og behandling av rusmiddelavhengige slik at den prosentvise vekst innenfor rus og psykisk helse skal være sterkere enn innen somatikken.

En evaluering av rusreformen vil bli lagt fram ved utgangen av 2006. Sosial- og helsedirektoratet, som har fått i oppdrag å iverksette tiltak for gjennomføring av evalueringen, har etter utlysning gitt oppdraget til Rogalandsforskning. Evalueringen skal gi svar på om sentrale målsetninger ved rusreformen er oppnådd, herunder hvorvidt rusmiddelavhengige har fått et bedre og mer helhetlig tilbud. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme nærmere tilbake til egnet oppfølging av evalueringen.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk 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.

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. Innenfor formålet vil det derfor avsettes midler til utviklingsarbeid på området.

Et helhetlig, tilgjengelig og kvalitativt godt tilbud til rusmiddelavhengige, forutsetter et bredt register av gode kommunale tjenester. Det vises til kap. 761 for nærmere omtale, herunder av ytterligere kompetansetiltak både når det gjelder behandling og oppfølging samt kommunal oppfølging av personer i LAR.

#### *Legemiddelassistert rehabilitering*

Sosial- og helsedirektoratet har vurdert gjeldende regelverk og organisering av LAR og har etter opp-

drag fra Helse- og omsorgsdepartementet startet arbeidet med faglige retningslinjer for LAR.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i juli 2006 på høring 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. Høringsfrist er 1. november 2006.

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. 1 Tillegg nr. 1 (2005-2006) samt budsjettforslaget for 2007, vil om lag 4300 kunne få et tilbud i løpet av 2007. Faglige retningslinjer og en egen forskrift vil erstatte gjeldende rundskriv for LAR, tidligst fra januar 2008. Kostnader ved aktuelle tiltak, herunder kommunale kostnader, vil bli kartlagt og vurdert som ledd i arbeidet med faglige retningslinjer og forskrift.

#### *Narkotikaprogram med domstolskontroll (Drug Court)*

Narkotikaprogram med domstolskontroll er et individuelt tilpasset rehabiliteringsopplegg for tungt belastede rusmiddelavhengige som ledd i en strafferettslig reaksjon. Stortinget har i forbindelse med behandlingen av Ot.prp. nr. 81 (2004-2005) Om lov om endringer i straffeloven (prøveordning med narkotikaprogram med domstolskontroll), gjort vedtak som gir grunnlag for et treårig forsøk med narkotikaprogram med domstolskontroll. Som vilkår for betinget dom kan retten fastsette at domfelte gjennomfører programmet.

Narkotikaprogrammet har som formål å forebygge ny kriminalitet og fremme kontroll over rusmiddelmissbruket. Programmet vil blant annet kunne inneholde et behandlingsoopplegg for den enkelte deltaker i tillegg til andre tiltak som vurderes som viktig for den enkeltes rehabilitering og integrering i samfunnet. Ved behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004-2005), vedtok Stortinget en bevilgning på 1,5 mill. kroner under kap. 726 post 61 til oppstart av prøveprosjekter i Oslo og Bergen. Bevilgningen er økt til 5 mill. kroner i 2006. Prøveprosjekter, med tilsetting av teampersonell, åpning

av ND-sentre og inntak av de første deltakere, er startet opp i de to byene i perioden høsten 2005 – vår 2006. Bevilgninger over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til formålet er benyttet til helse- og sosialpersonell samt oppstart av resultatevaluering av ordningen i regi av Statens institutt for rusmiddelforskning. Bevilgningen til formålet i 2006 foreslås videreført i 2007 på samme nivå.

Det er et mål i større grad å tilby innsatte med rusmiddelproblemer et tilpasset behandlings- og rehabiliteringsopplegg. Et rundskriv utarbeidet av Justis- og politidepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet i august 2006, har som formål å styrke samarbeidet mellom helse- og omsorgssektor og justissektor og således sikre innsatte bedre oppfølging. Rundskrivet beskriver ansvar og oppgaver og skal bidra til et bedre samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten og kriminalomsorgen overfor innsatte rusmiddelavhengige.

Det etableres rusmetringsenheter i noen fengsler. Enhetene vil gi innsatte bedre mulighet for rusbehandling og rehabilitering inne i fengselet. Over Justis- og politidepartementets budsjett, jf. den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet, foreslås det bevilget 5 mill. kroner til formålet i 2007.

Det vises også til omtale i St.prp. nr. 1 (2006-2007) Justis- og politidepartementet, programkategori 06.30 Kriminalomsorg.

### Datagrunnlag og statistikk

Som en oppfølging av rusreformen ble det i 2004 igangsatt et prosjekt for å sikre og videreutvikle nødvendig datagrunnlag innen rusfeltet. Prosjektet skal fremskaffe kvalitetssikret og informativ statistikk for begge behandlingsnivå som skal gi beslutningstakere på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå et grunnlag for å planlegge og evaluere tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige. Arbeidet har hittil tatt for seg rapportering for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk. Data om tjenesteorganisering rapporteres fra 2005 til SSB. Det er utarbeidet et system for ventelisteregistrering på rusområdet som etter planen iverksettes innen utgangen av 2006. Aktivitetsdata planlegges innrapportert til Norsk Pasientregister i 2007. Arbeidet med å innhente data for kommunesektoren er påbegynt i 2006.

### Budsjettforslag 2007

Det er et mål å sikre god tilgjengelighet og kapasitet i det samlede behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige, samtidig som innholdet og kvaliteten i tilbudet bedres. Dette vil bidra til bedre behand-

lingsresultater, reduksjon i antallet overdosedødsfall, reduksjon i helse- og sosialproblemer og bedret livskvalitet for den enkelte. Utgangspunktet må være en helhetlig satsing der utfordringer når det gjelder kapasitet er et av flere viktige elementer. Samlet foreslås det over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett når det gjelder spesialisthelsetjenesten, jf. den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet, som vil ferdigstilles høsten 2006, jf. omtale i Del III, kap. 6.6.2 i Nasjonal helseplan, en styrking av tiltak for rusmiddelavhengige med 21 mill. kroner til følgende tiltak i 2007:

- Det foreslås bevilget 9 mill. kroner over kap. 732 postene 71-75 til økt behandlingsskapasitet med prioriteringsmessig vekt på flere avrusningsplasser.
- Det foreslås bevilget 10 mill. kroner til økt behandlingsskapasitet i LAR. Dette gir et behandlingstilbud til om lag 100 nye pasienter i 2007 (helårsvirkning). Bevilgningen fordeles med 6 mill. kroner over kap. 732 postene 71-75, 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 2 mill. kroner over kap. 726 post 70 til utviklingsarbeid og kompetansehevende tiltak særskilt knyttet til gravide i LAR.

For en samlet oversikt over forslag til satsing på rusfeltet for 2007, vises det til omtale under kap. 718.

Som ledd i Handlingsplan mot fattigdom foreslås det dessuten bevilget 15 mill. kroner til tiltak for barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre over kap. 726 post 70.

Det foreslås bevilget 50 650 000 kroner over posten i 2007.

### 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 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 blant annet til utvikling av opptreningstilbud, jf. St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005-2006). Sosial- og helsedirektoratet fikk i oppdrag å yte tilskudd i 2006 til aktuelle institusjoner som kan tilby institusjonsbaserte tjenester innenfor blant annet

arbeidsrettet rehabilitering og tilbud rettet mot kommunene som et prøveprosjekt. Det ble laget et eget regelverk for prosjekttilskudd, der formålet med ordningen er å gi mulighet for omstilling av opptreningsinstitusjoner som ikke har fått fornyet avtale med helseforetak. Tre institusjoner i Helse Øst og en institusjon i Helse Sør har fått tilskudd til omstilling i henhold til regelverket. Alle institusjonene er godt i gang med sine omstillingsprosjekter. Hovedtyngden av omstillingsprosjektene ligger innenfor rehabilitering med arbeid som mål. Institusjonene er i gang med å bygge nettverk med etatene innenfor NAV, bedriftshelsetjenester, fastleger og kommuner som arbeidsgivere. Institusjonene har gjennomført kompetansetiltak for sine ansatte. Funksjonsvurderinger, tasting og utprøving av ulike aktiviteter, treningstilbud og mestringkurs går igjen i flere av prosjektene. Evaluering og sluttrapport skal foreligge 1. juli 2007. Det tar tid å utvikle et faglig godt tilbud. Denne type omstilling er vanskelig å gjennomføre på ett år. Det foreslås at bevilgningen videreføres for å understøtte omstillingsprosessen.

Resultatene av evalueringen av Friskgården foreligger foreløpig ikke. I stortingsmeldingen om arbeid, velferd og inkludering går en inn for å se nærmere på hvordan den type tilbud som Friskgården representerer kan finansieres. Det foreslås at støtten til Friskgården videreføres i 2007.

Bevilgningen foreslås videreført med 51,1 mill. kroner.

### Kjøp av helsetjenester for å motvirke lettere psykiske og sammensatte lidelser

Som følge av Stortingets tilslutning til St.prp. nr. 1 (2005-2006) Tillegg nr. 1 ble ordningen med kjøp av helsetjenester avvirket, og midlene ble overført til Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet med den opprinnelige ordningen var å bidra til redusert ventetid på behandling for sykmeldte.

Som en følge av at myndighetene og partene i arbeidslivet underskrev et tillegg til avtalen om et inkluderende arbeidsliv for perioden 2006-2009 ble virkemiddelbruken endret. Kjøp av helsetjenester ble gjeninnført, og rettes mot lettere psykiske og sammensatte lidelser.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår på den bakgrunn at det innføres en ordning for kjøp av helsetjenester for å motvirke lettere psykiske og sammensatte lidelser i den hensikt å redusere sykefraværet. Tiltaket vil styrke behandlingstilbudet ved at det kjøpes helsetjenester fra private behandlere som ikke har avtale med regionale helseforetak eller ved at ledig kapasitet utnyttes. Ordningen vil bli administrert av Arbeids- og velferdsetaten.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at det bevilges 20 mill. kroner til dette formålet over kap. 726 post 71. Midlene vil bli stilt til disposisjon for Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Samlet foreslås det bevilget 71,1 mill. kroner over kap. 726 post 71 i 2007. Posten foreslås gjort overførbar.

## Kap. 727 Tannhelsetjenesten

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
21	Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	16 646	8 867	9 204
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>		44 800	46 502
	Sum kap. 727	16 646	53 667	55 706

Overført fra 2005 til 2006:

Post 21: 667 000 kroner

### Post 21 Forsøk og utvikling tannhelsetjenesten, kan nyttes under post 70

Formål og hovedprioriteringer med tilskuddene  
Midler til forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten har som hovedformål å bidra til tilstrekkelig til-

gang på kvalifisert tannhelsepersonell, sikker bruk av tannbehandlingsmaterialer, økt innsats på forebyggende tannhelsearbeid og stimulering til organisatorisk utviklingsarbeid i fylkeskommunene.

## Resultatrapportering 2005 og tilstandsvurdering 2006

### *Oppfølging av tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid*

I samarbeid med KS, Den norske tannlegeforening og Norsk tannpleierforening, utarbeidet departementet i 2004 en tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid. Formålet med planen er å oppnå bedre geografisk fordeling av tannhelsepersonell, en mer hensiktsmessig oppgavefordeling, samt samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Sosial- og helsedirektoratet koordinerer deler av dette arbeidet. Følgende tiltak er iverksatt:

- Rekruttering av tannleger fra EU i regi av Aetat i samarbeid med fylkeskommunene.
- Kvalifiseringsprogram for tannleger med utdanning fra land utenfor EØS.
- Rekruttering av tannlegevikarer til kommuner/distrikter med spesielle bemanningsproblemer.

De tre siste årene er personellsituasjonen i den offentlige tannhelsetjenesten blitt noe bedret. Bedringen kan delvis forklares med en aktiv rekruttering av tannleger fra utlandet og med at det er gjennomført kvalifiseringstiltak for tannleger med utdanning fra land utenfor EØS. Utenlandske tannleger utgjør nå til sammen om lag 20 pst. av tannlegene i den offentlige tannhelsetjenesten. I 2006 er midler gitt til kvalifiseringsprogrammet ved Universitetet i Bergen og til samarbeidsprogrammet med fylkeskommunene.

I 2005 formidlet vikarordningen i regi av Aetat tannlegevikarer til områder med særlig bemanningsproblemer, nærmere bestemt Finnmark, Troms, Nordland og Sogn og Fjordane. Det er gitt statlige midler til organisatoriske utviklingsprosjekter i seks fylker.

### *Videre- og spesialistutdanning av tannleger*

Det er en geografisk skjevfordeling av tannleger med klinisk spesialistkompetanse. I 2005 og 2006 er det gitt tilskudd til videre- og spesialistutdanning av tannleger ved universitetene i Oslo og Bergen og til desentralisert utdanning av spesialister ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nord-Norge (TkNN).

Innhold i og omfang av de ulike spesialistutdanningene er under vurdering. I denne sammenheng vil hensynet til desentralisert spesialistutdanning stå sentralt. Gjennom etablering av odontologiske kompetansesentre i henholdsvis Tromsø, Arendal og i Midt-Norge vil slik desentralisert utdanning kunne få et betydelig omfang.

### *Etablering av regionale odontologiske kompetansesentra*

Departementets midler til etablering og drift av regionale odontologiske kompetansesentra skal sikre odontologiske spesialisttjenester i alle helse-regioner og bidra til faglig utvikling av tannhelsetjenesten. Når slike sentra er kommet i drift vil tilskudd fra departementet knytte seg til desentralisert spesialistutdanning samt forskning og utviklingsarbeid.

I løpet av 2007 skal Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nord-Norge (TkNN) samlokaliseres med den kliniske delen av tannlegeutdanningen.

I 2005 ble det vedtatt at et regionalt kompetansesenter for Sør-Norge skal plasseres i Arendal, lokalisert til Sørlandet Sykehus (jf. St.prp. nr. 65 (2004–2005)). Det er gitt midler i henholdsvis 2005 og 2006 til Aust-Agder fylkeskommune for å starte prosjektering, investering og utviklingsarbeid for etablering av senteret. Det er i 2006 bevilget midler til Sør-Trøndelag fylkeskommune til å videreføre planleggingen av et regionalt kompetansesenter i Midt-Norge.

### *Tannbehandlingsmaterialer*

I 2006 er det gitt midler til prosjekter/aktiviteter i regi av Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM) som bidrar til bruk av sikre og holdbare tannbehandlingsmaterialer med minst mulig bivirkninger. Videre er midler gitt til drift av Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer, pasientforsøk med utskifting av fyllingsmaterialer og andre prosjekter.

Evaluering av bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer ble avsluttet i 2006. Den består av en pasientevaluering, en evaluering av organisasjonen i forhold til mål, rammer og mandat samt en oppsummering av de to første relatert til Sosial- og helsedirektoratets Nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Fremtidig tilskudd til bivirkningsarbeidet vil være basert på viktige hensyn i evalueringen og direktoratets faglige vurderinger. I denne sammenheng er NIOMs nordiske produktdatabase for odontologiske biomaterialer også av betydning.

Som et ledd i oppfølgingen av Miljøverndepartementets handlingsplan for å redusere utslipp av kvikksølv fra 2005, har Miljødepartementet igangsatt et arbeid med sikte på å innføre et forbud mot bruk av kvikksølv i ulike produkter. Arbeidet omfatter også forbud mot tannfyllingsmaterialer som inneholder kvikksølv (amalgam), og skjer i et nært samarbeid med helsemyndighetene.

*Utviklingstiltak i fylkeskommunene*

Det har vært gjennomført en forsøksordning med utvidet tannhelsetilbud til grupper som i dag ikke omfattes av lov om tannhelsetjenesten. Gruppene i forsøksordningen var personer med et pleiebehov som ivaretas av pårørende, personer i kommunal rusomsorg og personer under kommunalt psykisk helsevern. Prosjektet ble gjennomført i Hedmark, Vest-Agder og Nord-Trøndelag.

Fra og med 2006 er fri tannbehandling til personer under kommunal rusomsorg gjort landsomfattende som et ledd i en større satsing på rusfeltet. Se nærmere omtale av bevilgninger til tannbehandling for rusmiddelmissbrukere under kapittel 761 post 63 Tilskudd til rusmiddeltiltak. For de øvrige grupper i prosjektet er tannhelsetilbudet videreført i 2005 og 2006. I forbindelse med den kommende stortingsmelding om tannhelsetjenesten vil det bli tatt stilling til framtidig tannhelsetilbud til de øvrige grupper i forsøksordningen.

*Kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten*

Det har i 2005-2006 pågått et arbeid med å utvikle forslag til kvalitetsindikatorer for tannhelsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet har ledet et samarbeid mellom KS, representanter fra omsorgstjenesten, brukere og Statistisk Sentralbyrå. Det er et mål at indikatorene kan bidra til å utvikle og gi en tjeneste av god kvalitet.

*Bred utredning på tannhelsefeltet*

Våren 2004 ble det oppnevnt et utvalg med mandat å utrede det offentlige engasjement på tannhelsefeltet. Innstillingen ble avgitt i juni 2005 som NOU 2005:11 Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest. Utredningen har vært på en bred høring.

**Satsingsområder og resultatmål for 2007***Oppfølging av tiltaksplan for rekruttering til offentlig tannhelsearbeid*

Midler foreslås videreført til følgende tiltak:

- Kvalifiseringstiltak for tannleger med utdanning utenfor EØS-området. Tiltaket rettes primært mot søkere som bor eller oppholder seg i Norge.
- Vikarordningen for tannleger, utviklingstiltak i fylkeskommunene, samt informasjon og opplysningsarbeid rettet mot befolkningen, tannhelsepersonell og arbeidsgivere.

*Spesialistutdanning av tannleger*

Midler til spesialistutdanning av tannleger foreslås videreført med økende vekt på desentralisert spesialistutdanning ved kompetansesentrene, samtidig som disse bemannes av tannleger med spesialistutdanning og eventuelt forskerkompetanse.

*Etablering av regionale odontologiske kompetansesentra*

Midler til prosjektering og drift av regionale odontologiske kompetansesentra foreslås videreført.

*Tannbehandlingsmaterialer*

Det foreslås å videreføre midler til prosjekter, standardiseringsarbeid og oppdatering av en nordisk produktdatabase. Videreføring av statlige midler til arbeid med bivirkningsproblematikk vurderes på bakgrunn av evalueringen av Bivirkningsgruppen for odontologiske materialer og tilråding fra Sosial- og helsedirektoratet.

*Stortingsmelding om tannhelsefeltet*

Regjeringen tar sikte på, i løpet av våren 2007, å fremlegge en melding for Stortinget. Meldingen skal trekke opp hovedlinjene for politikktutviklingen på tannhelsefeltet. Dette vil også inkludere den organisatoriske forankringen av tannhelsetjenesten.

**Post 70 Tilskudd, kan nyttes under post 21**

Bevilgningen foreslås videreført i 2007. For omtale av bruk av midler på denne bevilgningen, vises det til post 21.



**Kap. 728 Forsøk og utvikling mv.**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
21	Spesielle driftsutgifter	126 787	72 141	39 005
70	Tilskudd		19 900	17 656
	Sum kap. 728	126 787	92 041	56 661

Overført fra 2005 til 2006  
Post 21: 3 242 000 kroner

forskning – bedre helse), er fremmet for Stortinget.

**Post 21 Spesielle driftsutgifter**

Hovedformålet med posten er å bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for helsetjenesten. Nedenfor omtales enkelte av prosjektene som vil bli finansiert innenfor bevilgningen i 2007.

*Nasjonale kvalitetsindikatorer og medisinske kvalitetsregistre*

Sosial- og helsedirektoratet skal som ledd i sin «følge med» rolle videreutvikle systemet med nasjonale indikatorer i 2007. Det nasjonale indikatorsettet skal videreutvikles til å omfatte flere områder av helsetjenesten; rusomsorgen, habilitering/rehabilitering, pleie- og omsorgstjenester og primærhelsetjenesten. Det er et mål å få overordnede indikatorer på alle fagområder som kan si noe om kvaliteten i norsk helsetjeneste, ut fra følgende seks kjennetegn ved helsetjenester av god kvalitet: virkningsfulle, trygge/sikre, involverer brukerne, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdige fordelt. Det er videre et mål at indikatorene skal si noe om endringer over tid og om ulikheter på tvers av fagfelt og geografiske områder. Utvikling av nasjonale indikatorer er en omfattende prosess som inngår som et sentralt satsningsområde i Nasjonal helseplan, strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering.

Målet med medisinske kvalitetsregistre er kvalitetsforbedring og forskning. Regionale helseforetak har fått i oppdrag å etablere hvert sitt nasjonale kvalitetsregister i 2004 og 2005 (jf. omtale under kap. 732). Fremtidig organisering og drift av nasjonale medisinske kvalitetsregistre presenteres i Nasjonal helseplan. Det arbeides med å utarbeide en forskrift som kan gi hjemmelsgrunnlag for de fleste samtykkebaserte kvalitetsregistre. Utkast til forskrift om samtykkebaserte kvalitetsregistre vil bli sendt på høring etter at en proposisjon om ny helseforskningslov (jf. forslaget i NOU 2005:1 God

*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 er den eneste aktør som kan legge faglige føringer på tvers av helseregioner og på tvers av tjenestenivå, og er tillagt ansvaret for nasjonale retningslinjer for helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet har i 2006 i oppdrag å utarbeide et forslag til langsiktig plan for utvikling, tilgjengeliggjøring og evaluering av retningslinjer.

*Pasientsikkerhet – forebygging av uønskede hendelser i helsetjenesten*

I Nasjonal helseplan presenteres et helhetlig opplegg for pasientsikkerhet (kap. 6.4.1, strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering). I dette opplegget inngår eksisterende ordninger for å fremme pasientsikkerheten (tilsyn, klagesystem og Norsk pasientskadeerstatning). I tillegg til dette er det særdeles viktig å styrke tiltak med læring som formål. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor innen 1. februar 2007 etablere en nasjonal enhet for pasientsikkerhet, med formål å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser. Senteret skal drive pedagogisk innsats og ikke drive kontroll, tilsyn eller iverksette tiltak som ligger til ansvarlige myndigheter. Enheten vil bli etablert i tilknytning til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sentralt i oppbyggingen av enheten blir å kartlegge og sikre seg den informasjonen som er nødvendig for å kunne avdekke risikoområder og årsakene til disse, og utforme

læringstiltak som understøtter helsetjenestens bestrebelser på å lære av feil, slik at praksis blir endret. Det tas sikte på at senteret primært innhenter informasjon fra eksisterende meldeordninger lokalt, regionalt og nasjonalt.

#### *Evaluering av sykehusreformen*

Ved utgangen av 2006 avsluttes den tredelte evalueringen for å belyse og vurdere sykehusreformens virkninger, egnethet og resultater. Prosessevalueringen av sykehusreformen ble sluttført av Norsk Institutt for by- og regionforskning (NIBR) og Rogalandforskning i april 2005 ([www.nibr.no/content/view/full/2152](http://www.nibr.no/content/view/full/2152)).

Evalueringen som har til formål å belyse helseforetaksmodellens egnethet ble ferdigstilt av konsulentfirmaene AGENDA og MUUSMANN i desember 2005. Det tredje tiltaket, resultatevalueringen, som skal evaluere reformens resultater på sykehusenes hovedoppgaver, ferdigstilles ved årsskiftet 2006/2007.

De to første evalueringene slår fast at helseforetaksmodellen er velegnet som fundament for styring og utvikling av spesialisthelsetjenesten også i årene som kommer, men at det er behov for justeringer og endringer i forhold til måten helseforetaksmodellen rent faktisk er implementert og utviklet på etter sykehusreformen. Evalueringsrapporten som vurderer modellens funksjonalitet sier blant annet: «Det er en klar vurdering at sykehusreformen og innføringen av helseforetak på regionalt nivå – og etablering av helseforetak som rammer for den offentlige del av produsentsystemet – har vært en gevinst for den norske spesialisthelsetjenesten og for utviklingen av den. (.) Det er likeledes vår vurdering at sykehusreformen og helseforetaksmodellen også i tiden framover vil kunne utgjøre en bærekraftig og hensiktsmessig ramme for utviklingen av spesialisthelsetjenesten». Samtidig trekker evalueringen fram flere områder der det tilrås at det gjennomføres endringer eller tilpasninger, eksempelvis:

- Bedre samhandling mellom primærhelsetjeneste (kommune) og spesialisthelsetjeneste
- Klargjøring av roller mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene
- Tiltak som kan sikre en bedre nasjonal politisk forankring
- Tiltak som kan sikre bedre regional politisk forankring
- Manglende fokus og kunnskap om prioriteringer mellom hovedområder

De fleste av disse prosjekter fanges opp i Nasjonal helseplan. Resultatevalueringen administreres av Norges forskningsråd og ferdigstilles ved årsskiftet 2006/2007. Evalueringen startet i 2005 og består av to større samarbeidsprosjekt, med i alt ni delprosjekt. Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) er administrativt ansvarlig for det ene prosjektet, og UNIFOB, avd. Rokkansenteret, for det andre. Evalueringen har som mål å belyse i hvilken grad sykehusreformen har påvirket spesialisthelsetjenestens kjerneoppgaver og bidratt til å fremme de helsepolitiske målsettingene. De ni delprosjektene omhandler sentrale tema som: brukermedvirkning, brukererfaring og pasientopplæring; arbeidsmiljø og kompetanseutvikling; prioriteringspraksis før og etter sykehusreformen; oppgavefordelingens betydning for pasientbehandlingen; årsaker til aktivitetsvekst; eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet og effektivitet i sykehusene etter reformen.

Det vises til omtale i Nasjonal helseplan for videre oppfølging av evalueringen.

#### *Forsøksprosjekt for spesialistutdanning av leger*

Forsøksprosjektene ble gjennomført i regi av NTNU Trondheim og UiO og innebar utprøving av nye undervisningsformer i spesialistutdanningen av leger. Forsøkene ble igangsatt i 2003 og omfattet åtte spesialiteter (barne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, anesthesiologi, barnesykdommer, geriatri, patologi, fordøyelsesykdommer og klinisk farmakologi). Midlene blir i 2006 brukt til å fullføre forsøkene, samt til evaluering og implementering av de vellykte delene i den ordinære spesialistutdanningen. Dette innebærer at forsøksprosjektene avsluttes i 2006.

#### *Pasienthjelpere*

Det er igangsatt et pilotprosjekt som skal hjelpe pasientene til raskere sykehusbehandling. Gjennom prosjektet vil innbyggerne i Eidskog, Trysil, Hamar og Kongsvinger få hjelp fra kommunen til å utnytte sine rettigheter til å få helsehjelp raskt når de trenger det, bl.a. gjennom å bruke aktivt retten til fritt sykehusvalg. Kommunene får gjennom prosjektet tilskudd til å lønne pasienthjelpere som skal bistå pasientene med å finne fram i systemet og komme på rett plass til rett tid. Helse Øst RHF, KS og Sosial- og helsedirektoratet deltar i prosjektet sammen med de fire pilotkommunene. Erfaringene fra forsøket skal evalueres for å se på om pasienthjelpere kan brukes nasjonalt for å redusere ventetidene.

### *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. Det er etablert nytt styre og sekretariat. Styret ledes av Sosial- og helsedirektoratet med representanter fra de regionale helseforetakene, kommunesektoren, Innovasjon Norge, Helseforetakenes Innkjøpsservice AS og det private næringsliv. Helse Midt-Norge RHF har det operative ansvaret for InnoMed gjennom sekretariatsfunksjonen og for å forankre InnoMed nasjonalt. I nettverket inngår foruten styret og sekretariatet, regionale innovasjonsrådgivere utpekt av de respektive regionale helseforetakene. Innenfor utvalgte satsingsområder skal InnoMed legge grunnlaget for viktige nasjonale utviklingsprosjekter i samarbeid med brukerne, forskere, næringslivet, og i et effektivt samspill med Innovasjon Norge og øvrig virkemiddelapparat med sikte på kommersialisering. «Eldrebolegen» er satsingsområde i perioden 2006–2008.

Det ytes midler til drift av sekretariat, regionale informasjonsrådgivere og ulike prosjekter. InnoMed vil i samarbeid med de regionale helseforetakene, Innovasjon Norge og Norges forskningsråd være en viktig aktør i en felles 5-årig satsing på behovsdrivet innovasjon i helsesektoren mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og handelsdepartementet, jf. omtale i Nasjonal helseplan og omtale under Nærings- og handelsdepartementets budsjett kap. 2421, post 54.

### *Behandling av overvekt og fedme*

Overvekt og fedme er risikofaktorer for en rekke sykdommer og plager. Forebygging anses for å være blant de viktigste tiltakene og inngår i det generelle folkehelsearbeidet, jf. kap. 719 Folkehelse. I tillegg trenger personer med alvorlig overvekt gode behandlingstilbud i helsetjenesten.

På oppdrag for departementet har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet rapporten Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten. Som et ledd i oppfølgingen av rapporten ble de regionale helseforetakene gjennom styringsdokumentet for 2004 og bestillerdokumentet for 2005 pålagt å utvikle regionale og flerregionale behandlingstilbud til denne pasientgruppen. Det har ført til at alle regionale helseforetak har opprettet egne regionale sentre som tilbyr tverrfaglige og helhetlige behandlingstilbud innen kirurgisk og livsstilsendrende behandling.

I tillegg har Sosial- og helsedirektoratet fått i oppdrag å utvikle flere 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.

Det påpekes i ovennevnte rapport at det finnes få behandlingstilbud til alvorlig overvektige barn og unge og at forskningsbasert kunnskap om effekten av slike behandlingstilbud er begrenset. Flere regionale helseforetak har derfor utviklet behandlingstilbud for denne pasientgruppen. Departementet har understøttet en slik utvikling ved å tildele midler til prosjekter som skal bidra til å utvikle gode behandlingstiltak for alvorlig overvektige barn og unge, samt evaluere effekten av dem. Departementet foreslår at det avsettes midler til å videreføre utviklingen av slike behandlingstilbud.

### *Nasjonalt råd for fødselsomsorg*

Nasjonalt Råd for fødselsomsorg ble opprettet våren 2002. Rådet bistår 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 bistår i arbeidet med omgjøring av små fødeavdelinger til fødestuer, og med differensiering av fødetilbudet ved flere store fødeavdelinger. De førstnevnte omstillinger har vist seg å være krevende prosesser, mens det har skjedd en positiv holdningsendring i fagmiljøene til et mer differensiert tilbud ved store fødeavdelinger og kvinneklinikker.

Rådets sekretariat er forankret i Sosial- og helsedirektoratet.

### *SAMDATA*

SAMDATA prosjektet gir styringsinformasjon til beslutningstakere og andre aktører innen spesialisthelsetjenesten. Prosjektet gir datagrunnlag, indikatorer og analyser av utviklingstendenser innen spesialisthelsetjenestens fagområder. SAMDATA skal fra og med 2007 også inkludere data og analyser fra tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbruk.

### *Norsk pasientregister*

Norsk pasientregister (NPR) er i dag etablert som et aidentifiserbart register med konsesjon fra Datatilsynet. Registeret har som formål å gi grunnlag for administrasjon, styring og finansiering av

spesialisthelsetjenesten. NPR eies av Helse- og omsorgsdepartementet og driftes av SINTEF Helse. Fra og med 2007 skal oppgaver knyttet til drift av NPR innlemmes i Sosial- og helsedirektoratet, jf. omtale under kap. 720 post 01.

Helse- og omsorgsdepartementet la i mars 2006 fram et forslag til Stortinget, jf. Ot.prp. nr. 49 (2005-2006), om at registerets formål utvides til å omfatte epidemiologisk og klinisk forskning og til å danne grunnlag for sykdoms- og kvalitetsregistre. For å ivareta disse formålene på en tilfredsstillende måte er det foreslått at NPR etableres som et personidentifiserbart register uten samtykke.

#### Merknader til budsjettforslaget for 2007

Det foreslås bevilget 39 mill. kroner for 2007.

Det foreslås følgende rammeoverføringer fra kap. 728 post 21:

- 2,4 mill. kroner til kap. 725 post 01 knyttet til etablering av nasjonal enhet for pasientsikkerhet
- 24,977 mill. kroner til kap. 720 post 01 i forbindelse med ansvarsoverføringen av oppgaver tidligere utført av SINTEF Helse, NPR og Pafi

Det foreslås følgende rammeoverføringer til kap. 728 post 21:

- 4,5 mill. kroner fra kap. 720 post 01 knyttet til pasienthjelpprosjektet

#### Post 70 Tilskudd

##### *Radiografutdanningen, Høgskolen på Gjøvik*

Som et ledd i oppfølgingen av nasjonal kreftplan ble midlertidige studietilbud i radiografi etablert ved Høgskolen i Gjøvik. Studiet er etablert som et ordinært høgskolestudium finansiert over Kunnskapsdepartementets budsjett jf. omtale i revidert nasjonalbudsjett for 2006. Midlene foreslås derfor ikke videreført.

##### *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 rådgiving, veiledning og støtte til mennesker som er rammet av eller har spørsmål om kreft. Kreftlinjen benytter telefon, e-post, internet chattejeneste og SMS for å nå ut til brukerne. Som et ledd i oppfølgingen av Nasjonal strategi for kreftområdet foreslås det bevilget 0,5 mill. kroner til støtte til drift av kreftlinjen i 2007.

#### *Doping som samfunnsproblem*

Fra 01.01.05 koordinerer Helse- og omsorgsdepartementet arbeidet rettet mot doping som samfunnsproblem. Det er nedsatt en tverrdepartemental gruppe bestående av Barne- og likestillingsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Forsvarsdepartementet, Kultur- og kirke departementet 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. Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med bl.a. berørte departementer gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å iverksette en omfangsundersøkelse i aldersgruppen 13 – 25 år om tilgjengelighet og bruk av dopingmidler i 2006. Resultater vil foreligge i 2007.

Dopingtelefonen ble opprettet i november 2003 som ledd i oppfølgingen av handlingsplanen mot doping. Dopingtelefonen betjener brukere via telefon, Internet 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. Dopingtelefonen er knyttet til et etablert forskningsmiljø ved Hormonlaboratoriet på Aker universitetssykehus HF som skal sikre oppdatert fagkunnskap. Arbeidet for å øke informasjonflyten og bidra til økt kunnskap om doping både for den enkelte bruker av tjenesten og spesifikt rettet mot helsetjenesten og forskningsmiljøer skal videreføres.

#### *Genetisk veiledning*

Utdanning i genetisk veiledning ved medisinsk fakultet ved Universitetet i Bergen ble etablert som et fireårig (2001-2004) prøveprosjekt gjennom Nasjonal Kreftplan. Tiltaket gjøres permanent fra og med opptak høsten 2006, jf. tilrådning i St.prp. nr. 1 (2005-2006) for Helse- og omsorgsdepartementet. I samråd med Kunnskapsdepartementet foreslås midlene på 0,8 mill. kroner overført til Kunnskapsdepartementets budsjett kap. 271, post 50 til basisfinansieringen til Universitetet i Bergen.

### *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. Antallet KEKer er i tråd med departementets styringssignaler utvidet frem til 38 komiteer og aktiviteten i komiteene synes økende og mer variert.

### *Organdonasjon og transplantasjoner*

Regjeringen har som mål å styrke innsatsen for å øke antallet donorer av organer. 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. Direktoratets mål på kort sikt er å øke tilgangen på organer fra dagens 16,5 donasjoner per mill. innbyggere til 25 donasjoner per mill. innbyggere, som tilsvarer om lag 113 donasjoner årlig.

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.

### *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 Organdonasjon mottok i 2006 et ekstraordinært tilskudd til distribusjon av brosjyrer med donorkort til landets apotek og legekontorer. 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.

### *Norges Standardiseringsforbund*

Det gis et mindre tilskudd til Norges Standardiseringsforbund for standardiseringsarbeid innen medisinsk utstyr.

### *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.

### *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 2006 har hovedsatsingen ved museet vært en ny, permanent medisinskhisto-

risk utstilling som har fått navnet God bedring – mennesker, teknologi og viten på sykehus. Utstillingen vil vise 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 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
01	Driftsutgifter		30 180	31 521
60	Helsetjeneste til innsatte i fengsel	80 808	89 457	99 977
70	Behandlingsreiser til utlandet	83 660	91 337	94 808
71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.m.	4 700	5 385	5 590
	Sum kap. 729	169 168	216 359	231 896

### Post 01 Pasientombudene, Dispensasjons- og klagenemnd for behandling i utlandet

#### Pasientombudene

##### Formål og hovedprioriteringer

Pasientombudsordningen ble forankret i lov ved vedtagelsen av pasientrettighetsloven i 1999. På bakgrunn av den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten, ble ansvaret for pasientombudene overført fra fylkeskommunene til Staten fra 1. januar 2003. Pasientombudene er administrativt 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.

##### Resultatrapportering og tilstandsvurdering

Arbeidsområdet for pasientombudet er offentlige spesialisthelsetjenester, med unntak av Oslo. Direktoratet har 1. mars 2004 inngått avtale med Oslo kommune om godkjent drift av pasientombudsordningen på vegne av staten utført av Helse- og sosialombudet i Oslo. I 2004 ble det inngått avtale med Hamar kommune om kjøp av tjenester fra Pasientombudet i Hedmark og Oppland. Tidligere er det inngått avtale med Larvik kommune om kjøp av tjenester fra pasientombudet i Vestfold. Ut fra opplysninger innhentet fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste er antall saker samlet for pasientombudene økt med 10 pst. fra 2004 til 2005, fra 9597 saker til 10 873 saker. Omlag 15 pst. av henvendelsene til pasientombudene gjelder den

kommunale helse- og omsorgstjenesten. Antall årsverk ved pasientombudskontorene er totalt 41,6 fordelt på 46 ansatte. 1,1 årsverk er engasjementstillinger. I 2006 ble det godkjent 2 faste stillinger i 50 pst., samt to engasjement i henholdsvis 60 pst. og 50 pst.

#### Satsningsområder og resultatmål for 2007

Pasientombudene utfører en viktig jobb for pasientene og flere pasientombud rapporterer om økt aktivitet og større og vanskeligere saker. Gjennom ordningen iverksettes det prosesser som fører til bedre kvalitet i spesialisthelsetjenesten.

#### Dispensasjons- og klagenemnda for behandling i utlandet

Dispensasjons- og klagenemnda for behandling i utlandet er hjemlet i pasientrettighetsloven § 7-2 annet ledd og bioteknologiloven § 2-14. Nemnda er et uavhengig organ med selvstendig avgjørelsesmyndighet som ikke er underlagt departementets instruksjonsmyndighet. Nærmere regler om nemndas sammensetning og saksbehandling er gitt i forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd.

Dispensasjons- og klagenemnda har to oppgaver. Nemnda skal behandle klager fra pasienter som har fått avslag på behandling i utlandet selv om det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i Norge. I tillegg skal nemnda behandle saker etter bioteknologiloven § 2-14. Av bioteknologiloven § 2-

14 annet ledd følger det at nemnda, dersom spesielle hensyn taler for det, skal kunne gi tillatelse til genetisk undersøkelse av befruktede egg ved alvorlig, arvelig sykdom uten behandlingsmuligheter.

Nemnda skal bestå av fem medlemmer med personlige varamedlemmer. Når nemnda behandler saker angående dispensasjon fra bioteknologiloven, skal nemnda ha ytterligere tre medlemmer.

### Resultatrapportering

Dispensasjons- og klagenemndas viktigste mål/prioriteringer i 2005 var å fatte korrekte vedtak i henhold til nemndas oppgaver og kompetanse, holde en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på to måneder og behandle like saker likt. Nemnda hadde i all hovedsak god måloppnåelse på disse områdene i 2005.

Nemnda mottok i 2005 48 klagesaker og 21 dispensasjonssøknader. Nemnda fattet vedtak i 67 klagesaker og 20 dispensasjonssøknader. Fire klagesaker og 19 dispensasjonssøknader ble innvilget i 2005. De øvrige klagesakene ble stadfestet. En dispensasjonssøknad ble avvist fordi det etter nemndas syns ikke forelå en aktuell situasjon. I tillegg til de avgjorte klagesakene har nemnda etter anmodning fra klager foretatt en ny vurdering av to tidligere avgjorte saker. I begge sakene opprettholdt nemnda sine tidligere avgjørelser.

Per 30. juni 2006 har nemnda mottatt 19 klagesaker og 13 dispensasjonssøknader i 2006. Nemnda har per samme dato fattet vedtak i 23 klagesaker, hvorav en sak ble innvilget, en sak ble avvist og de øvrige klagesakene ble stadfestet. I tillegg har nemnda etter anmodning fra klager foretatt en ny vurdering av en tidligere avgjort sak. Nemnda opprettholdt sin tidligere avgjørelse. Nemnda har i samme tidsrom avgjort 12 dispensasjonssøknader, hvorav en søknad ble avslått og en avvist. 10 dispensasjonssøknader er innvilget per 30. juni 2006.

### Satsingsområder og mål for 2007

Dispensasjons- og klagenemnda for behandling i utlandet skal ha følgende hovedmål/prioriteringer i 2007:

- Godt pedagogisk utformede og riktige avgjørelser
- Gjennomsnittlig saksbehandlingstid skal være tre måneder
- Like saker skal behandles likt

Budsjettet for Dispensasjons- og klagenemnda er forutsatt å dekke utgifter til sekretariat med to års-

verk, årlige nemndsmøter samt drifts- og administrasjonsutgifter.

### Post 60 – Helsetjenester til innsatte i fengsel

#### Formål og hovedprioriteringer

Kommuner med fengsler har en lovpålagt plikt til å yte helsetjenester til innsatte i fengsel. Helsetjenesten som ytes skal være likeverdig med det tilbudet som gis den øvrige befolkning. Tjenesten drives som en integrert del av den kommunale helsetjenesten, og det skal henvises til spesialisthelsetjenesten ved behov. Staten har et overordnet ansvar for tjenesten. Fylkeskommuner med fengsler skal yte tannhelsetjenester til innsatte i fengsler. Den er forutsatt å omfatte forebyggende, behandlende og rehabiliterende oppgaver.

Det blir gitt øremerkede tilskudd til kommuner og fylkeskommuner for å sikre et like godt helsetilbud til innsatte som til befolkningen for øvrig. I tillegg yter helseforetakene spesialisthelsetjenester.

#### Resultat 2005

Det er utarbeidet et rapporteringssystem til bruk for kommuner med fengsel. Målet med rapporteringene er at helsemyndighetene skal ha et godt grunnlag for å kunne vurdere det faglige innholdet i tjenesten, bemanningssituasjonen og ressursfordeling i forhold til antall innsatte.

Ny veileder ble offentliggjort av Sosial- og helsedirektoratet etter å ha vært på høring til de kommuner som har fengsel, fylkeskommunen, helseforetak, kriminalomsorgen og flere fagorganisasjoner. Veilederen gir informasjon om helsetjenestetilbudet til innsatte i fengsel, og den gir spesifikke råd knyttet til særlige utfordringer som tjenesten har.

#### Status 2006

Helsetjenesten i fengsel skal yte best mulig tjeneste til en utsatt og sårbar gruppe med høyere sykkelighet enn hos befolkningen for øvrig. Mange innsatte har alvorlige somatiske og psykiske helseproblemer, og antall rusmisbrukere er økende. Den utgjør en liten del av kommunehelsetjenesten, og utøves innenfor andre rammer enn den øvrige helsetjenesten. Helsetjenestens oppgave er å sørge for best mulig helse hos de innsatte, og Kriminalomsorgen skal sørge for straffegjennomføringen. En slik samhandlingssituasjon er utfordrende. Rolleforståelse, klare ansvars- og myndighetslinjer samt gjensidig respekt er grunnleggende.

En del innsatte har behov for sammensatte og koordinerte tjenester. I henhold til helse- og sosiallovgivningen har disse rett til individuell plan dersom de ønsker det. Dette virkemiddelet er i liten grad tatt i bruk i helsetjenesten i fengsel. Det pågår imidlertid et prosjekt på Ila fengsel for å ta i bruk individuell plan for langtidsinnsatte, samt i forbindelse med løslatelse. Videre pågår det et samarbeidsprosjekt om individuell plan mellom Kriminalomsorgen og helse- og sosialtjenesten i et utvalg av landets fengsler.

Justis- og politidepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet sendte i 2006 et rundskriv om samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunens sosialtjeneste og kriminalomsorgen overfor innsatte og domfelte rusmiddelavhengige. Rundskrivet skal klargjøre ansvarsfordelingen for rusmiddelavhengige, styrke samarbeidet mellom tjenestene, og bidra til bedre samarbeidsløsninger, felles planer eller avtaler regionalt og lokalt. Et styrket samarbeid er spesielt viktig ved oppstart og avslutning av straffegjennomføring, og i planlegging av løslatelse fra fengsel.

### Budsjettforslag 2007

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. I tillegg er det viktig at det i spesialisthelsetjenesten er etablerte gode avtaler mellom helseforetakene og fengslene (jf Bestillerdokument for 2005), og at dette arbeidet får styrket prioritet.

Det er viktig å øke kompetansen hos helsepersonell i forhold til innsatte i fengsel med psykiske lidelser og adferdsproblemer. Videre er det viktig at innsatte med rusproblemer, ofte kombinert med psykiske lidelser, får tilpasset behandling, og at arbeidet er basert på samarbeid mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen. Individuell plan skal bli tatt i bruk når innsatte har behov for sammensatte og koordinerte tjenester dersom de selv ønsker det.

For å få til en mest mulig ensartet praksis i helsetjenesten i fengsel når det gjelder bruk av vane-dannende medikamenter planlegges en gjennomgang og oppdatering av gjeldende regelverk.

Antall fengselsplasser er økt i 2006, og skal i tillegg økes i 2007. Bevilgningen til helsetjenesten til innsatte i fengsel foreslås økt med 7,3 mill. kroner i 2007 for å dekke økt behov for helsetjenester i den forbindelse. For 2007 foreslås å bevilge 100 mill. kroner.

## 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, pasienter med senskader etter poliomyelitt, barn og ungdom med astma og lungesykdommer, samt barn med atopisk eksem. Staten dekker utgiftene til behandling for barn og voksne. Det betales en egenandel for voksne pasienter og ledsagere. Egenandelen er omfattet av egenandelstak 2. Behandlingen foregår nå i Tyrkia, Montenegro, Spania og Tenerife for revmatikere og i Tyrkia og på Kanariøyene for de øvrige gruppene av pasienter. Ut over de faste programmene sendes prøvegrupper til eventuelle nye behandlingssteder. Daglig administrasjon og faglig ansvar tilligger Rikshospitalet–Radiumhospitalet HF.

### Resultat 2005

I 2005 var det 3272 pasienter og 193 ledsagere til barn som ble omfattet av ordningen med behandlingsreiser til utlandet.

Det ble behandlet 2036 pasienter med revmatiske lidelser i Serbia og Montenegro, Tyrkia, Tunis og Spania. Det ble behandlet 473 pasienter med psoriasis på Gran Canaria. 174 barn og ungdom ble behandlet for astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem på Gran Canaria. Videre ble det sendt 156 pasienter med senskader etter poliomyelitt til Antalya i Tyrkia og Kanariøyene.

### Status 2006

Av de innkomne søknadene under de tre største programmene ble 31 pst. innvilget innenfor astmaprogrammet, 50 pst. innenfor revmaprogrammet og 54 pst. innenfor psoriasisprogrammet. I 2005 er det også gitt tilbud til 156 pasienter med senskader etter poliomyelitt. Mange søkere oppfyller ikke de medisinske kriteriene for å bli tildelt behandlingsopphold i utlandet.

For pasienter med nevromuskulære sykdommer er det avsluttet et prøveprosjekt, hvor konklusjonene fra rapporten viste at det ikke er signifikante forskjeller etter behandlingsopphold i Syden sammenlignet med tilsvarende behandlingssinstitusjon i Norge. Rikshospitalets konklusjon er at behandling i Syden ikke er mer effektiv enn behandling i Norge for denne gruppen. Helse- og omsorgsdepartementet har sluttet seg til dette.

I 2006 vil om lag 1976 revmatikere få behandlingstilbud. I tillegg vil om lag 550 pasienter med



psoriasis få tilbud om behandling til Grand Canaria. 180 barn med astma, kroniske lungesykdommer og atopisk eksem og 135 pasienter med senskader etter poliomyelitt få behandlingstilbud. Det vil også bli gjennomført første del av et prøveprosjekt for pasienter med multippel sklerose høsten 2006 i tråd med Stortingets vedtak.

#### Mål 2007

I 2007 tas det sikte på å gi tilbud til om lag 2840 pasienter, dvs. en liten reduksjon fra 2006. Det ordinære programmet videreføres med 1850 voksne revmatikere, herunder også små grupper med særlige hjelpebehov. Det vil også bli gitt tilbud til 120 pasienter med senskader etter poliomyelitt.

Andre del av prøveprosjekt for pasienter med multippel sklerose vil bli gjennomført i 2007. Reduksjonen i de ordinære programmene for 2007 skyldes i hovedsak økte kostnader for prøveprosjektet. Det er også under planlegging et prøveprosjekt for pasienter med muskel- og skjelettlidelser.

Rikshospitalet har gjennomført konkurranseutsetting av de ordinære programmene for revmatiske pasienter, barn- og unge med kroniske lungesykdommer og pasienter med psoriasis.

For 2007 foreslås bevilget 94,8 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 frittstående og uavhengig pasienthjelpkontor. Foreningen yter gratis hjelp, veiledning og råd til pasienter og pårørende, og bidrar også til å føre en sak gjennom de offentlige klageorganene.

Landsforeningen uventet barnedød er en foreldreforening til felles støtte for 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 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
732	Regionale helseforetak	72 420 326	72 815 396	78 675 739	8,0
737	Kreftregisteret	72 106	75 485	80 353	6,4
	Sum kategori 10.30	72 492 432	72 890 881	78 756 092	8,0

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper

					(i 1 000 kr)
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
01-23	Statens egne driftsutgifter	11 930	17 012	7 858	-53,8
70-89	Andre overføringer	69 383 434	70 008 869	75 048 234	7,2
90-99	Utlån, statsgjeld m.v.	3 097 068	2 865 000	3 700 000	29,1
	Sum kategori 10.30	72 492 432	72 890 881	78 756 092	8,0

De fem regionale helseforetakene er fra 2002 gitt et helhetlig ansvar for spesialisthelsetjenester. Under denne programkategorien gis bevilningene til de regionale helseforetakene (kap. 732). Til sammen foreslås bevilget 78,7 mrd. kroner for 2007. Under programkategorien inngår også plan- og meldingssystemet til de regionale helseforetakene. I proposisjonens del III presenterer Regjeringen Nasjonal helseplan 2007-2010. Programkategorien inkluderer også Kreftregisteret (kap. 737) der det foreslås en bevilgning på 80,4 mill. kroner.

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. De regionale helseforetakene skal bruke midlene i samsvar med de angitte formålene. 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

**Kap. 732 Regionale helseforetak**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i>	11 930	17 012	7 858
70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 71, 72, 73, 74, 75</i>	2 472 292	3 308 196	3 188 021
71	Tilskudd til Helse Øst RHF, <i>kan overføres</i>	13 842 344	17 373 301	18 610 280
72	Tilskudd til Helse Sør RHF, <i>kan overføres</i>	7 673 120	9 765 579	10 372 101
73	Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>	6 839 061	8 915 009	9 691 889
74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>	5 007 721	6 474 483	7 012 605
75	Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>	4 630 264	5 741 090	6 119 485
76	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	20 322 540	13 835 312	14 708 954
77	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 721 497	3 013 108	3 099 606
78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	1 050 888	644 767	747 511
80	Pasienttransport	407 601	35 000	
81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	3 344 000	827 539	1 417 429
90	Lån til investeringsformål i helseforetak	3 000 000	2 750 000	3 500 000
91	Opptreksrenter, <i>overslagsbevilgning</i>	97 068	115 000	200 000
	Sum kap. 732	72 420 326	72 815 396	78 675 739

Overført fra 2005 til 2006:

Post 21: 3 095 000 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 eksempler på slike vedtak.

Det helsepolitiske oppdrag samt tildeling av midler, skjer gjennom oppdragsdokumentet, tidligere kalt bestillerdokumentet, til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet.

Regionale helseforetak har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til regionens befolkning samt eieransvar for underliggende helseforetak (dvs. sykehus og annen spesialisthelsetjeneste). Ivaretagelse av «sørge for»-ansvaret innebærer både utstrakt bruk av offentlige helseforetak og kjøp av tjenester fra ulike private aktører. I samsvar

med Soria Moria-erklæringen er det lagt til grunn at kapasiteten i helseforetakene skal utnyttes på en best mulig måte, at sykehus som er eid og drevet av private ideelle organisasjoner skal gis gode vilkår i avtaler som inngås, og at regionale helseforetak skal begrense tjenestekjøp fra private kommersielle sykehus.

I tillegg til pasientbehandling, har regionale helseforetak ansvar for at helseforetakene utfører forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.

Helseforetakenes styrer har en viktig rolle i styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten. Styrene regionalt og lokalt har fått ny sammensetning. Et flertall av de eierutnevnte styremedlemmene er nå valgt ut blant foreslåtte folkevalgte kandidater etter forslag fra fylkeskommunene, kommunene og Sametinget.

**Nasjonal helseplan (2007-2010)**

Regjeringen legger i tråd med Soria Moria-erklæringen frem Nasjonal helseplan (2007-2010) i del III i denne proposisjonen. Nasjonal helseplan skal være et fundament for dialog mellom aktører

basert på de overordnede mål som Stortinget fastsetter. Likeverdig tilbud til alle uavhengig av økonomi, bosted, sosial status, alder, kjønn eller etnisk bakgrunn er en overordnet målsetting. Nasjonal helseplan lanserer seks bærebjelker som skal være grunnlaget for utviklingen for den samlede helsetjenesten i planperioden 2007-2010. De seks bærebjelkene er:

- helhet og samhandling
- demokrati og legitimitet
- nærhet og trygghet
- sterkere brukerrolle
- faglighet og kvalitet
- arbeid og helse

### Plan og melding fra de regionale helseforetak

I meldingsdelen omtales sentrale krav som ble stilt til foretakene i 2005 og oppfølgingen av disse. I plandelen presenteres prioriterte områder og oppgaver for 2007. Disse vil ligge til grunn for utforming av oppdragsdokument og eierkrav for 2007.

### Rapportering 2005 og status 2006

Den overordnede helsepolitiske bestillingen samt tildeling av midler for 2005 og 2006 skjedde gjennom bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene. Departementets styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet ble formidlet gjennom foretaksmøter. Konkrete styringsbudskap og tiltak reflekteres i protokollene fra møtene. Sammen utgjorde bestillerdokumentene og styringsbudskap formidlet gjennom foretaksmøter, departementets helhetlige oppdrag til de regionale helseforetakene for det aktuelle år. Gjennom Årlig melding rapporterer de regionale helseforetakene om oppfølgingen av departementets krav. Nedenfor redegjøres det for oppfølgingen av departementets krav på sentrale områder.

### Prioritering

Bestillerdokumentet 2005 ga de regionale helseforetakene i oppdrag å følge opp prioriteringsforskriften og prioritere mellom og innenfor ulike pasientgrupper. De regionale helseforetakene skulle sette i verk tiltak for mer likeartet prioritering av pasienter, herunder bidra i et toårig samarbeidsprosjekt med Sosial- og helsedirektoratet om helhetlig strategi for riktigere prioritering.

Bestillerdokumentet 2005 ga videre de regionale helseforetakene i oppdrag å gi spesiell prioritet til personer med kreft, herunder behov for lindrende behandling, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere, tjenester til grupper med

psykiske lidelser og kroniske sykdommer og tjenestetilbud innen habilitering og rehabilitering.

Alle de fem regionale helseforetakene har arbeidet aktivt for å oppfylle kravene satt i bestillerdokumentene. I tråd med kravene var veksten i ressursforbruk fra 2004 til 2005 større innen både psykisk helsevern og rusbehandling sammenliknet med somatikk. Foretakene har også igangsatt prosjekter for å skape mer likeartet prioritering av pasienter. Samarbeidsprosjektet for riktigere prioritering i regi av Sosial- og helsedirektoratet ble innledet primo 2006.

Forskjellene mellom helseregionene i andelen pasienter som ble tildelt rett til nødvendig helsehjelp var tilnærmet uendret fra 2004 til 2005. Forskjellene er fortsatt store ifølge tall fra SAMDATA Somatikk sektorrapport 2005. Helse Midt-Norge RHF var fortsatt det regionale helseforetaket som tildelte den største andelen av pasientene rett til nødvendig helsehjelp (90 pst.). Helse Sør RHF tildelte færre enn 60 pst. denne retten. Andelen dagpasienter som ble tildelt rett var noe lavere enn ved innleggelser, men her er den prosentvise forskjellen mellom regionene større.

På ett område var det i 2005 en klar positiv utvikling når det gjelder praksis i forhold til prioriteringsforskriften. Mens det ved utgangen av 2004 var liten eller ingen forskjell i ventetid for innlagte pasienter med rett til nødvendig helsehjelp sammenliknet med pasienter uten slik rett, ventet pasienter med rett til nødvendig helsehjelp gjennomsnittlig 24 dager kortere enn pasienter uten slik rett ved utgangen av 2005. Innenfor enkelte fagområder, i noen av helseregionene, var det fortsatt lengre ventetid for pasienter med rett enn for pasienter uten rett. Med unntak av Helse Vest RHF var ventetiden for dagbehandling i 2005 kortere for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp enn for pasienter uten rett.

### Kvalitet

De regionale helseforetak skal kontinuerlig arbeide med kunnskapsutvikling og kvalitet i pasientbehandlingen samt følge opp nasjonale tiltak som understøtter dette. Regionale helseforetak skal delta i og rapportere til, et nasjonalt system for måling av kvalitetsindikatorer, etablere og drifte nasjonale medisinske kvalitetsregistre, bidra i utvikling av faglige retningslinjer og delta i nasjonale pasienterfaringsundersøkelser.

Det finnes om lag 60 medisinske kvalitetsregistre i Norge. Det primære målet for de medisinske kvalitetsregistrene er kvalitetsutvikling og kvalitetsforbedring av de helsetjenester som ytes, blant annet ved å samle inn informasjon om behand-

lingsresultater. Det er et mål å etablere nasjonale registre innenfor viktige fagområder. De regionale helseforetakene fikk i 2005 i oppdrag å etablere og finansiere ett nasjonalt medisinsk kvalitetsregister hver. Ved inngangen til 2006 hadde de regionale helseforetakene valgt hvert sitt kvalitetsregister som de skal etablere og finansiere. De regionale helseforetakene har nå ansvar for ti nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Det ble i 2005 satt følgende resultatkrav til fem av de nasjonale kvalitetsindikatorne:

- Minst 80 pst. av epikrisene skal sendes fra sykehuset innen 7 dager etter utskrivning.
- Sykehusene skal som hovedregel ikke ha korridorpasienter.
- Ingen pasienter skal ha over 48 timer preoperativ liggetid før behandling for lårhalsbrudd.
- 90 pst. av pasientene innenfor psykisk helsevern for barn og unge skal diagnostiseres etter anerkjente diagnoseklassifikasjoner.
- Andel innlagte pasienter som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet skal være mindre enn 5 pst.

#### *Epikrisetid*

Ingen regionale helseforetak nådde i 2005 målsettingen om at minst 80 pst. av epikrisene skal sendes innen 7 dager etter utskrivning. På landsbasis har andel epikriser sendt ut innen 7 dager økt fra 40 pst. i 2. kvartal 2003 til 54 pst. i 3. tertial 2005. Økningen har vært størst i Helse Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF. Kun 5 sykehus nådde målsettingen på 80 pst. i 3. tertial 2005. Det er fortsatt stor variasjon mellom helseforetakene i alle helseregionene. De fleste regionale helseforetak melder om tiltak for å bedre resultatene. På foretaksmøtene i mai 2006 ble det stilt krav om at det må tas tak i årsakene til manglende måloppnåelse, samt variasjonen mellom helseforetakene.

#### *Korridorpasienter*

Gjennomsnittlig andel korridorpasienter var på landsbasis 2,1 pst. ved utgangen av 2005, en nedgang på 0,3 pst. siden 2003. Helse Sør RHF og Helse Nord RHF har lavere andel korridorpasienter enn de tre andre regionale helseforetak. I Helse Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF er det særlig de store universitetssykehusene som bidrar til å heve andelen. Mer enn halvparten av alle korridorpasienter ble registrert ved universitetssykehusene i disse tre regionene. Det er igangsatt arbeid for å redusere andelen korridorpasienter. Blant annet er det iverksatt tiltak for å forbedre intern pasientflyt i sykehusene, unngå stryk-

ninger på operasjonsstuen, få opp antall pasienter som får individuelle planer og pasientansvarlig lege samt tiltak for å avklare ansvarsforhold med kommunene for utskrivningsklare pasienter. Selv om andel korridorpasienter har sunket, er andelen fortsatt for høy.

#### *Preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd*

Målsettingen er at ingen pasienter skal ha over 48 timer preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd. På landsbasis økte andelen som ble operert innen 48 timer fra 92 pst. i 2003 til 95 pst. ved utgangen av 2005. Variasjonen mellom de regionale helseforetakene og mellom helseforetakene er liten på denne indikatoren. 11 sykehus opererte i 3. tertial 2005 alle sine pasienter innen 48 timer.

#### *Strykning fra det planlagte operasjonsprogrammet*

Målsettingen er at andel innlagte pasienter som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet skal være mindre enn 5 pst. I 3. tertial 2005 ble det registrert totalt 9 pst. strykninger av planlagte operasjoner på landsbasis. Dette utgjør til sammen om lag 7 200 utsettelse av planlagte operasjoner. Andelen strykninger var størst i Helse Midt-Norge RHF med 11 pst. og lavest i Helse Øst RHF med 7 pst.

Andel strykninger av planlagte operasjoner er fremdeles for høy ved mange sykehus. Situasjonen er ikke akseptabel sett fra pasientenes synspunkt, og for sykehusene er dette ineffektiv ressursutnyttelse. På foretaksmøtene i mai 2006 ble det stilt krav om at det må tas tak i årsakene til manglende måloppnåelse, samt variasjonen mellom helseforetakene.

#### *Diagnosesetting i psykisk helsevern for barn og unge*

Resultatene viser at det er langt frem til målsettingen om at 90 pst. av pasientene innenfor psykisk helsevern for barn og unge skal diagnostiseres etter anerkjente diagnoseklassifikasjoner. Landsgjennomsnittet 1. halvår 2005 var 23 pst. Helse Øst RHF er nærmest målsettingen med 76 pst. De andre regionale helseforetakene ligger langt fra målet, og resultatene varierer fra 1 pst. til 40 pst. mellom sykehusene. På foretaksmøtene i mai 2006 ble det stilt krav om at det må tas tak i årsakene til manglende måloppnåelse, samt variasjonen mellom helseforetakene.

#### *Status 2006*

Resultatene av kvalitetsindikatorne fra 2005 viser at det er forbedringspotensiale i alle regionale hel-

seforetak. Utsendelse av epikriser og andel korridorpatienter er to indikatorer som kan si noe om helsetjenestens samhandling og organisering. Resultatene for 2005 på disse indikatorene viser at andel korridorpatienter fortsatt er for høyt og at få helseforetak oppfylder kravet til utsendelse av epikriser. Disse kravene er derfor videreført og forsterket i 2006. I tillegg er kravet om økt bruk av anerkjente diagnoseklassifikasjoner innen psykisk helsevern for barn og unge videreført. Departementet forutsetter at helseforetakene kontinuerlig arbeider for å levere gode resultater på de øvrige nasjonale indikatorene. Resultater fra 1. tertial 2006 viser lite forbedringer.

Øvrige krav til de regionale helseforetak i 2006 er å påse at helseforetakenes internkontroll følges opp i tråd med forskrift og etablerte systemer, og at kvalitetsutvalg er etablert og integrert i virksomhetenes kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeid. Det er videre et krav å påse at fagmiljøene er kjent med og har et bevisst forhold til oppfølgingen av nasjonale faglige retningslinjer. Videre skal helseforetakene og de private sykehusene de har avtale med, ha gode rutiner for å rapportere data av god kvalitet til nasjonale medisinske kvalitetsregistre og de nasjonale kvalitetsindikatorer.

#### *Forskning i helseforetakene*

En nylig gjennomført publikasjonsanalyse innenfor kliniske fag og helsefag i Norge i perioden 2000-2004 (NIFU STEP 2006) viste at de regionale helseforetakene medvirket til 60-68 pst. av alle publikasjonene. Ofte medvirket andre institusjoner, særlig universitetene, til de samme artiklene. Analysen viser at mellom 32-41 pst. av artiklene var basert på internasjonalt samarbeid, mens 24-35 pst. av artiklene var basert på forskningssamarbeid mellom de regionale helseforetakene. Analysen bekreftet også en viss regional spesialisering av forskningen innenfor enkelte fagfelt.

Helseforetak med universitetsfunksjoner står for 85-90 pst. av forskningsaktiviteten i helseforetakene, mens det er en økning i forskningsaktivitet i enkelte helseforetak uten universitetsfunksjoner.

Gjennom de regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning ivaretas nasjonal samordning av forskning, herunder utvikling av felles mal for måling av ressursbruk til forskning, jf. omtale under kap. 732, post 21. Det er også lagt til rette for en styrking av det nasjonale forskningssamarbeidet med øvrige sentrale aktører innen medisinsk og helsefaglig forskning på utvalgte fagområder gjennom nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning.

Alle de regionale helseforetakene har i tråd med nasjonale målsettinger prioritert forskning og iverksatt tiltak for en langsiktig styrking av forskningsaktiviteten i helseforetakene. Det er utarbeidet forskningsstrategier, opprettet nye stipendiatstillinger og tildelt midler til forskning ut over øremerket statlig tilskudd. Midler til forskning tildeles etter konkurranse i tillegg til strategiske satsninger/miljøstøtte. Flere regionale helseforetak har stilt krav til helseforetakene om hvor stor andel av totalbudsjettet som skal benyttes til forskning.

Forskning innenfor psykisk helse og rus har vært prioritert ved tildeling av forskningsmidler og det er iverksatt særskilte tiltak i flere regionale helseforetak for å styrke forskningen på disse områdene. Det er fortsatt behov for å styrke forskningsaktiviteten og forskningskompetansen innenfor rusområdet. I tillegg er det behov for bevisstgjøring og bedre rapportering på kvinnehelseforskning og kjønnsspesifikke analyser av forskningsresultater.

Det er iverksatt ulike tiltak for å sikre habilitet og kvalitet ved tildeling av regionale forskningsmidler. Alle samarbeidsorganene mellom helseforetakene og universitetene har lagt vekt på å følge habilitetsreglene og kvalitetssikring ved vurdering og innstilling av søknadene. Saksbehandlingsprosedyrer er gjennomgått og revidert med sikte på habilitet, og det benyttes eksterne aktører for å sikre uavhengige faglige vurderinger av søknader om forskningsmidler.

I tråd med foretaksmøtene i januar 2006 har de regionale helseforetak rapportert om hvilke prosedyrer og rutiner som er etablert i underliggende helseforetak for å ivareta rettslige krav samt krav til kvalitet og etiske normer ved planlegging, gjennomføring og offentliggjøring av medisinsk og helsefaglig forskning. Flere tiltak er iverksatt for å styrke systemene for kvalitetssikring av forskning. På bakgrunn av rapporteringen og det forbedringsbehov som framgår av «Rapport fra granskingskommisjonen oppnevnt av Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF og Universitetet i Oslo 18. januar 2006» har departementet bedt om at de regionale helseforetakene ytterligere gjennomgår og styrker sine systemer knyttet til kvalitet i forskningen som en del av internkontrollsystemet.

#### *Utdanning av helsepersonell*

##### *Rapportering 2005*

Bestillerdokumentet 2005 stilte krav til etablering av samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjonene, og at det skulle legges til rette for et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for studenter i grunnutdanning. I følge

de årlige meldingene fra de regionale helseforetakene, har samtlige helseforetak arbeidet aktivt for å oppfylle kravene i bestillerdokumentet. Flere viser til gode erfaringer med samarbeidsorganene som er etablert mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjonene. Samarbeidsavtaler er etablert i samtlige helseregioner, og enkelte av samarbeidsorganene har utarbeidet standarder for avtalene.

Det er gjennomført prosjekter for å utvikle modeller for forbedret praksisundervisning og hensiktsmessig oppgavefordeling mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjonene i forbindelse med gjennomføringen av praksisdelen i utdanningene. Enkelte regionale helseforetak viser til gode erfaringer med studentdrevne poster. Flere gir uttrykk for at det er krevende å etablere et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser, men at de gjennom samarbeidsorganene har klart å etablere plasser som forutsatt. Videre er det gitt uttrykk for at rammeplanenes krav til praksisdelen muligens bør revurderes i enkelte av utdanningene, for å sikre at praksisarenaene får nødvendig fleksibilitet, samtidig som kravene til det faglige innholdet i utdanningen ivaretas.

#### *Status 2006*

Helsetjenesten har viktige utdanningsoppgaver, både som praksisarena og som arbeidsgiver for helsepersonell. Det er i bestillerdokumentet 2006 stilt krav til at de regionale helseforetak skal sørge for systemer, strukturer og lederforankring i alle ledd for å ivareta dette. Det er videre satt krav til at det skal etableres et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever, lærlinger og studenter i grunnutdanning, og også at videreutdanningen og etterutdanningen av personellet skal planlegges for å kunne møte nåværende og fremtidige utfordringer. I 2006 ble praksisfinansieringen for grunnutdanningsstudenter lagt om, slik at all praksisfinansiering nå ligger i basisbevilgningen til regionale helseforetak. Den etablerte arbeidsfordelingen mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjonene (både universitetene og høyskolene) er imidlertid videreført, og samarbeidsorganene er en viktig arena for påkrevd samarbeid om utdanningene. For grunnutdanningsstudenter ved høyskolene, ble de tidligere praksisveiledningsmidlene fra Kunnskapsdepartementets budsjetter, samtidig lagt om til såkalte «samarbeidsmidler» som skal understøtte samarbeidsprosjekter mellom helseforetakene og høyskolene. Samarbeidsorganene er gitt i oppdrag å finne hensiktsmessige arbeidsformer for å fordele midlene til samarbeidsprosjekter i regionen.

#### *Psykisk helsevern*

Det ble i 2005 stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle øke innsatsen til psykisk helsevern og til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere, og at den prosentvise ressursveksten innenfor rusbehandling og psykisk helsevern skulle være sterkere enn innen somatikken. Rapporteringen fra 2005 viser en kostnadsvekst på 5,6 pst. innenfor rusbehandling, 5,2 pst. i psykisk helsevern og 3,1 pst. i somatisk sektor.

Psykisk helsevern til barn og unge har vært særlig prioritert av de regionale helseforetakene i 2005. Gjennom ressursøkningen har også flere fått behandling, men ventetidene er ikke redusert blant annet på grunn av mange nyhenvvisninger.

Departementet har bedt de regionale helseforetakene etablere ambulerende team ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS) i 2005 og 2006, og samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene. En arbeidsgruppe har på oppdrag fra departementet utredet hvordan en ventelistegaranti for barn og unge kan utformes, og foreslått hvordan rett til helsehjelp for barn og unge med rusavhengighet kan styrkes. Rapporten fra arbeidsgruppen er sendt på høring og departementet vil følge opp og vurdere forslagene i rapporten.

I løpet av 2006 er det foretatt en gjennomgang av akuttjenesten i helseforetakene. De regionale helseforetakene er i foretaksmøtene juni 2006, bedt om å følge opp gjennomgangen med sikte på å sikre tilgjengelighet og kvalitet i akuttkjeden.

Departementet setter i 2006 i gang et arbeid med sikte på en bedre integrering av private avtalespesialister i de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar, herunder oppnå en god oppgavefordeling i forhold til øvrig spesialisthelsetjeneste. Det vises til omtale i Nasjonal helseplan kap. 6.3.3.

Det vises for øvrig til omtale under kap. 743, post 75, for nærmere rapportering og status i forhold til opptrappingsplanen for psykisk helse.

#### *Tilbudet til rusmiddelavhengige*

Rapporter fra de regionale helseforetakene viser at det etter rusreformen har vært en klar aktivitetsøkning i sektoren. Det er også i 2005 registrert en økning i antall henvisninger til rusbehandling. Tilgjengeligheten til somatiske og psykiatriske tjenester for rusmiddelavhengige er bedret. Det er store variasjoner i forventet ventetid til tverrfaglig spesialisert behandling, både mellom helseregionene og innad i den enkelte helseregion. Enhet for pasientformidling i Rikstrygdeverket har våren 2006 meldt om betydelig økning i antall fristbrudd når det gjelder tverrfaglig spesialisert behandling.

Tilbudet om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ble med rusreformen ansvarsmessig lagt til de regionale helseforetak. Ved utgangen av 2005 var 3600 pasienter inntatt i LAR og 430 stod på venteliste. Antall på venteliste har holdt seg relativt stabilt på dette nivået. Det anslås at mellom 5500 og 7500 heroinavhengige vil være aktuelle for LAR. Sosial- og helsedirektoratet har, i samarbeid med Norsk Pasientregister, utarbeidet et system for ventelisteregistrering på rusområdet som etter planen skal iverksettes innen utgangen av 2006.

Alle de regionale helseforetakene har utarbeidet planer for rusfeltet der det blant annet legges opp til en styrking av poliklinikktilbudene samt økt kapasitet for avrusning. Statens helsetilsyn gjennomfører i 2006 et landsomfattende tilsyn med tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelavhengige.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et nytt område innen spesialisthelsetjenesten og per i dag foreligger ingen presis definisjon av denne behandlingen. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for LAR og annen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. En evaluering av rusreformen vil bli lagt fram ved utgangen av 2006.

#### *Lokalsykehusfunksjoner, desentralisering og samhandling*

I bestillerdokumentet 2005 ble det stilt krav om at det skulle utarbeides helhetlige strategier for utviklingen av det enkelte lokalsykehus og for lokalsykehusfunksjoner ved de store sykehusene. For å understøtte dette ble det bevilget 100 mill. kroner til styrking av lokalsykehus, herunder til utvikling av tjenestetilbud og samhandlingstiltak, jf. St.prp. nr. 65 (2004-2005) og Innst. S. nr. 240 (2004-2005). For ytterligere omtale av disse midlene vises det til kap. 732, post 70. Videre ble det i bestillerdokumentet 2005 stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle utarbeide strategier for desentralisering og utvikle samarbeidet med kommunale helse- og omsorgstjenester.

Alle regionale helseforetak har i løpet av 2005 igangsatt strategiprosesser for å utvikle lokalsykehusfunksjoner. Helse Øst RHF har valgt å integrere arbeidet med lokalsykehusfunksjoner i sin helhetlige strategi for fremtidig regional sykehusstruktur, Strategi 2025. Et omfattende prosjektarbeid om Helse Sør RHF sine lokalsykehusfunksjoner ble startet opp i 2005. Prosjektet skal i 2006 beskrive hovedforløp i behandlingsskjeden. I Helse Vest RHF har alle helseforetak igangsatt prosjekter med henblikk på å utvikle lokalsykehusfunksjoner. I Helse Midt Norge RHF er arbeidet med lokalsy-

kehusfunksjoner knyttet til strategiprojektet Helse Midt-Norge 2010. I 2006 vil de enkelte helseforetak igangsette strategier for utvikling av lokalsykehusfunksjoner. Helse Nord RHF utarbeidet i 2005 en overordnet strategi for lokalsykehusfunksjonen. Helseforetakene i regionen er pålagt å følge dette opp med lokale planer. Samtlige regionale helseforetak har i strategiprosessene fokusert på å utvikle desentraliserte tilbud til de store sykdomsgruppene som trenger nærhet til tjenesten.

De regionale helseforetakene har i 2005 arbeidet med planer for desentralisering av spesialisthelsetjenester og samhandling med kommunale helse- og omsorgstjenester. I Helse Øst RHF har alle helseforetak inngått samarbeidsavtaler med kommuner/bydeler, og mange helseforetak har utviklet samhandlingstiltak med kommuner/bydeler. Helse Sør RHF har sammen med KS utviklet et felles langsiktig program for samhandling mellom kommunens helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten kalt Helsedialog. Programmet inneholder klart definerte områder innenfor pasient-, tjeneste- og styringsfeltet. I Helse Vest RHF har styret behandlet mål og strategier for desentralisering og samhandling mellom tjenestenivåene i helseregionen. Flere av helseforetakene i regionen har kommet langt i samhandlingsarbeidet. Et eksempel er Helse Fonna HF som gjennom flere år har arbeidet målrettet for å etablere gode samarbeidsrutiner med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I Helse Midt-Norge RHF har alle helseforetak inngått samarbeidsavtaler med kommunene i eget nærområde, og mange helseforetak har satt i gang prosjekter for desentralisering og samhandling. I Helse Nord RHF sine strategiske planer fokuseres det på samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt på opprettelse av desentraliserte tjenester som sykestuer, distriktsmedisinske sentre og ambulante team.

#### *Høyspesialisert medisin*

For å sikre et hensiktsmessig nasjonalt omfang og høy kvalitet på høyspesialisert medisinsk kompetanse ønsker departementet å styrke styringen av dette området. De regionale helseforetakene er derfor i 2006 bedt om å utarbeide forslag til en fremtidig helhetlig plan for organiseringen av lands- og flerregionale funksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra. Arbeidet koordineres av Helse Vest RHF og forslag til plan leveres høsten 2006. Forslaget skal vurderes av Sosial- og helsedirektoratet før det oversendes departementet for beslutning.



## Økonomiske krav 2005

## Utvikling i korrigert årsresultat 2002-2005

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	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
Akkumulert	168	-2 488	-1 550	-1 507	-722	-6 099

(i mill. kr)

Tabellen over viser at det samlet sett var en sterk vekst i underskuddene i 2003, mens foretakene i 2004 klarte å stabilisere den negative resultatutviklingen og forbedret resultatet noe. I 2005 ble det samlede underskuddet ytterligere redusert, men balanse er fremdeles ikke oppnådd i andre regioner enn Helse Øst RHF.

De økonomiske kravene for 2005 ble formidlet i foretaksmøter i januar 2005 og utkvittert gjennom foretaksmøter våren 2006. I løpet av året har eier fulgt opp den økonomiske situasjonen i foretakene gjennom jevnlig rapportering fra virksomhetene til departementet. Rapporteringsintervallene var forskjellige for de ulike regionene, basert på departementets vurderinger av risiko og vesentlighet.

Frem til og med 2006 brukes 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 styrer etter. 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 verdsetting og levetider på anleggsmidlene ikke vil påvirke de fastsatte styringsmålene knyttet til ressursbruk og tjenesteproduksjon, jf. også Innst. S. nr. 250 (2003-2004). Korrigert årsresultat vil vise et bedre resultat enn regnskapsmessig årsresultat fordi det bygger på andre avskrivningsforutsetninger.

I tråd med Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004-2005), ble det i 2005 stilt krav om økonomisk balanse i alle regionene bortsett fra Helse Sør RHF. For Helse

Sør RHF ble balansekravet utsatt til 2006 og det ble stilt krav om at negativt korrigert årsresultat for 2005 ikke måtte overstige 500 mill. kroner.

I forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004-2005), jf. Innst. S. nr. 240 (2004-2005), ba Stortinget regjeringen om å utsette kravet om økonomisk balanse for helseforetakene til utgangen av 2006. Med unntak av Helse Sør RHF skulle halvparten av balansekravet innfris i 2005. Dette ble fulgt opp i foretaksmøter i de regionale helseforetakene i juni 2005, der vedtakene fra møtene i januar ble endret. For Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF ble nye resultatkrav satt slik at korrigert årsresultat for 2005 maksimalt skulle utgjøre om lag halvparten av korrigert årsresultat for 2004 fratrukket andelen av tilleggsbevilgningen som ble gitt i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2005. Samlet korrigert underskudd for 2005 skulle ikke overstige om lag 955 mill. kroner.

De regionale helseforetakene fikk i 2005 et samlet, korrigert, negativt årsresultat på 1 375 mill. kroner. Dette resultatet innebar en forbedring på om lag 550 mill. kroner i forhold til 2004. Denne forbedringen må imidlertid sees i forhold til tilleggsbevilgningene som ble gitt i forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2005.

Både Helse Øst RHF, Helse Sør RHF og Helse Vest RHF oppfylte resultatkravene som ble stilt for 2005. Resultatet for Helse Nord RHF var noe svakere enn kravet, mens Helse Midt-Norge RHF fikk et resultat som var vesentlig svakere enn kravet, jf. tabellen nedenfor.

## Resultatkrav 2005

	(i mill. kr)					
	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Sum landet
Resultatkrav for 2005	0	-500	-205	-204	-46	-955
Korrigert årsresultat 2005	42	-498	-182	-572	-165	-1 375
Differanse	42	2	23	-368	-119	-421

I Helse Midt-Norge RHF har underskuddet økt hvert år siden 2002, på tross av kravet om å oppnå økonomisk balanse. I 2005 utgjorde underskuddet i underkant av 6 pst. av driftsinntektene, mot 3 pst. i Helse Sør RHF og 2 pst. i Helse Nord RHF. Ved utgangen av 2005 hadde derfor Helse Midt-Norge RHF den største omstillingsutfordringen både målt ved korrigert årsresultat og i underskuddets andel av driftsinntektene. I foretaksmøtet i juni 2006 ble det konstatert at realisert effekt av omstillingstiltak i 2005 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 intensiverer arbeidet med å oppnå kostnadskontroll og få til nødvendig omstilling i helseforetaksgruppen slik at eiers resultatkrav i 2006 nås.

I Helse Nord RHF var realisert effekt av omstillingstiltak i 2005 vesentlig mindre og kostnadsvek-

sten vesentlig større, enn kravet om et korrigert underskudd på 46 mill. kroner.

*Status 2006*

I foretaksmøter i de regionale helseforetakene i januar 2006, ble det i tråd med Stortingets forutsetninger stilt krav om at økonomisk balanse skulle oppnås i 2006. Økte pensjonskostnader på om lag 1 mrd. kroner er holdt utenfor balansekravet i 2006. Stortinget ble informert om dette i St.prp. nr. 39 (2005-2006). Unntaket medførte at de regionale helseforetakenes samlede, korrigerte underskudd ikke måtte overstige 1 mrd. kroner i 2006.

Våren 2006 ble balansekravet for Helse Midt-Norge RHF utsatt til 2007 og det ble fastsatt at negativt, korrigert årsresultat ikke måtte overstige 350 mill. kroner utover de økte pensjonskostnadene som var holdt utenfor kravet for 2006, jf St.prp. nr. 66 (2005-2006), Innst. S. nr. 205 (2005-2006).

Avvik mellom estimert resultat og årets resultatkrav<sup>1</sup>

	(i mill. kr)					
	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Landet samlet
Avvik mellom estimert resultat og årets resultatkrav	+/-0	-150 til -250	-150 til -250	-350 til -400	-300 til -400	-950 til -1300

<sup>1</sup> Med resultatkrav menes her opprinnelig krav satt i foretaksmøtene i januar 2006. Våren 2006 fikk Helse Midt-Norge RHF utsatt sitt balansekrav til 2007, jf. omtale over.

Estimat for korrigert årsresultat for 2006 er basert på de regionale helseforetakenes estimater og departementets vurderinger av regnskapsutviklingen ved utgangen av 1. halvår. Utviklingen viser at det er meget utfordrende for de fleste av de regionale helseforetakene å nå resultatkravene som er fastsatt, jf. tabellen ovenfor.

Estimatene viser at resultatene for 2006 ligger an til å bli i størrelsesorden 0,95 til 1,3 mrd. kroner dårligere enn de opprinnelige resultatkravene som ble satt for de regionale helseforetakene. Estima-

tene er beheftet med usikkerhet og vil kunne endres gjennom året.

Basert på regnskapsprognoser per 1. halvår og departementets vurdering av disse, står Helse Nord RHF, Helse Sør RHF og Helse Vest RHF overfor store utfordringer for å nå kravene for 2006. Helse Midt-Norge RHF har fått utsatt sitt balansekrav til 2007, og regionen arbeider for å nå resultatkravet som er satt for 2006, men også dette vil være krevende. Departementet er informert om at Helse Nord RHF ikke vil kunne nå eiers resultat-

krav for 2006. Foretaksgruppen arbeider for å stoppe den negative resultatutviklingen.

Helse Sør RHF og Helse Vest RHF innfridde resultatkravene for 2005. Den økonomiske utviklingen hittil i 2006 er imidlertid svakere enn forventet. Det ser ikke ut til at tilstrekkelige omstillingstiltak vil kunne realiseres i 2006, men de to regionale helseforetakene og deres underliggende helseforetak arbeider for å kunne innfri kravene.

I Helse Øst RHF arbeides det kontinuerlig med omstilling, forbedring og tilpasning til de gjeldende rammebetingelsene, men det meldes fra det regionale helseforetaket at dette arbeidet nå er mer krevende enn tidligere. Vurderingen etter 1. halvår er likevel at det regionale helseforetaket trolig vil innfri eiers resultatkrav også i 2006.

I 2006 rapporterer Helse Øst RHF om den økonomiske utviklingen til departementet hvert tertial og Helse Vest RHF og Helse Nord RHF hver annen måned. Helse Sør RHF og Helse Midt-Norge RHF rapporterer hver måned til departementet. På bakgrunn av den økonomiske utviklingen vil Helse- og omsorgsdepartementet fortsette oppfølgingen av de regionale helseforetakene og intensivere oppmerksomheten mot de regionene som har de største utfordringene.

### *Investeringer*

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i sykehusene. Dette helhetlige ansvaret er underbygget ved at investeringer hovedsakelig finansieres gjennom basisbevilgningen og lån til de regionale helseforetakene og ikke gjennom øremerkede tilskudd.

Årlige kostnader som følge av slitasje og elde på bygg- og utstyr framkommer som avskrivninger i foretakenes regnskaper. De årlige avskrivningene reflekterer tidligere års investeringer. For å opprettholde verdien på foretakenes eiendeler må de årlige investeringene over tid være lik de årlige avskrivningene. Foretakenes årlige investeringer vil variere, i takt med hvilke utbygginger som pågår. Investeringstakten er nå høy. Det pågår bl.a. to store sykehusutbygginger ved hhv. nye St. Olavs Hospital og Nye Ahus. Finansieringsbehovet er nå høyere enn hva avskrivningskostnadene skulle tilsi. Den samlede tilbakemeldingen fra de regionale helseforetakene viser at det totalt er investert for om lag 7,3 mrd. kroner i 2005. Av dette er om lag 4,8 mrd. kroner investert innen bygg, hvorav om lag 580 mill. kroner er medgått til gjennomføring av prosjekter over opptrappingsplanen for psykisk helse. Investeringer til utstyr, IKT, mv. står for om lag 2,5 mrd. kroner. Også i 2005 er

det Helse Midt-Norge RHF og Helse Øst RHF som står for den største investeringsaktiviteten. I disse regionene er det investert for om lag 4,5 mrd. kroner. Dette har sin bakgrunn i de store byggeprosjektene som gjennomføres i disse regionene. Som delfinansiering til gjennomføring av investeringer ble det i 2005 tatt opp 3 mrd. kroner i investeringslån, jf. omtale under kap. 732, post 90. Det ble også gitt særskilte investeringstilskudd til tre prosjekter, jf. kap. 732, post 81. Selv om den samlede investeringsaktiviteten har vært høy i 2005 er samlet kapitalnivå, målt ved avskrivningskostnader, relativt konstant og utgjør om lag 5 mrd. kroner. Dette som følge av at nybygg er under bygging og dermed ikke tatt i bruk, og dels at investeringer er gjenskaffelser.

I 2006 vil flere større byggeprosjekter ferdigstilles. Fase 1 av nye St. Olavs Hospital og nytt stråleterapibygg ved Radiumhospitalet er allerede tatt i bruk. Ny Nordfløy ved Asker og Bærum Sykehus og Kreftavdeling ved det nye Kreft- og isolatsenteret ved Ullevål sykehus vil også bli tatt i bruk i løpet av 2006. Ved ferdigstilling av nye kreftavdelinger ved henholdsvis Radiumhospitalet og Ullevål sykehus vil nasjonalt mål om økt kapasitet på stråleterapi satt i Nasjonal kreftplan fra 1997, være nådd.

De regionale helseforetakene har etablert god styring og kontroll ved gjennomføring av byggeprosjekter. Alle prosjekter som nå er ferdigstilt i regi av de regionale helseforetakene er gjennomført i henhold til vedtatte rammer.

### *Organisatorisk videreutvikling*

#### *Rapportering for 2005*

Som ledd i eierstyringen av regionale helseforetak ble det i 2005 stilt supplerende krav til internkontrollen i helseforetakene. Samtidig ble det stilt krav til etablering av intern revisjon som ledd i styrenes overvåking av internkontrollen. Videre ble det blant annet stilt krav om å etablere et større skille mellom de regionale helseforetakenes roller som henholdsvis ivaretager av «sørge for»-ansvaret og eier av underliggende helseforetak. I forlengelsen av dette ble det satt begrensninger med hensyn til styrerepresentasjon fra RHF-ansatte i underliggende HF-styrer. Videre ble det stilt krav til samhandling med private aktører og deltakelse i regionovergripende tiltak. De regionale helseforetakene har arbeidet med å tilpasse seg kravene som er satt på organisasjonsutviklingsområdet.

Sommeren 2005 ble det utnevnt nye styrer for de regionale helseforetakene.

### Status 2006

Som en oppfølging av Soria Moria-erklæringen ble det i januar 2006 utnevnt nye styrever for regionale helseforetak for kommende toårsperiode, hvor et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene er utnevnt blant folkevalgte kandidater. Dette etter en forslagsrunde hvor fylkeskommunene og Sametinget var invitert til å foreslå egnede kandidater på fylkes- og kommunenivå. Tilsvarende endring har funnet sted for alle helseforetaksstyrene lokalt våren 2006, hvor også et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene nå er utnevnt blant kandidater foreslått av fylkeskommuner og kommuner i de ulike helseforetakenes befolkningsmessige nedslagsfelt. Det er også avklart at utvidelsen av mange av helseforetaksstyrene vil innebære styrket ansatterepresentasjon i enkelte styrever.

I 2006 er oppmerksomhet rettet mot behov for sterkere nasjonal styring og samordning på tvers av regionene på enkelte utvalgte områder. Blant sentrale styringskrav på organisasjonsområdet er det igangsatt tverregional utredning av organisering av stab- og støttefunksjoner, og samordning og standardisering på IKT-området.

Videre er det lagt til grunn at private aktører fortsatt skal medvirke i det samlede tjenestetilbudet. I samsvar med Soria Moria-erklæringen er det lagt til grunn at ledig kapasitet i helseforetakene skal utnyttes på en god måte. Tilsvarende er det forutsatt at regionale helseforetak må begrense omfang av avtaler med private kommersielle sykehus. Sykehus som er eid og drevet av private ideelle organisasjoner skal gis gode vilkår i de avtaler som inngås med det offentlige.

### Sykefravær og inkluderende arbeidsliv

De ansatte utgjør en viktig ressurs for helseforetakene, og alle regionale helseforetak arbeider systematisk med helse, miljø og sikkerhet for å redusere sykefraværet og antallet skader og uønskede hendelser. Alle fem helseregioner opplyser at deres underliggende helseforetak har inngått IA-avtaler.

I 2005 ble det gjennomført en landsdekkende tilsynskampanje av Arbeidstilsynet under navnet «God vakt». Undersøkelsen omfattet 22 helseforetak og 5 private sykehus, herunder 875 avdelinger og til sammen 88 000 ansatte. Tilsynet resulterte i pålegg av ulik art for alle helseforetakene som var omfattet av undersøkelsen. Arbeidstilsynet har ansvaret for å følge opp påleggene, gi veiledning underveis i prosessen med iverksetting av tiltak, samt tilse at påleggene etterkommes innen de tidsfristene som er satt. Erfaringene Arbeidstilsynet

har hatt gjennom dette arbeidet tilsier at sykehusene har tatt de registrerte manglene alvorlig, og at det er iverksatt tiltak for å bedre forholdene.

Utviklingen i sykefravær fra 2004 til 2005 viser variasjoner både mellom de regionale helseforetakene og internt i de enkelte foretaksgruppene. To av de regionale helseforetakene kan vise til uendret eller noe redusert sykefravær fra 2004 til 2005 samlet sett, mens to andre hadde en marginal økning i fraværet. Helse Vest RHF hadde den største økningen i sykefravær fra 2004 til 2005, men kan for første halvår 2006 vise til en sterk reduksjon i sykefraværet. Også Helse Midt-Norge RHF har hatt et redusert sykefravær hittil i 2006, mens de øvrige tre regionale helseforetakene har hatt en negativ utvikling i sykefraværet. Noe av dette kan tilskrives naturlige sesongvariasjoner. Departementet vil i 2007 be de regionale helseforetakene om å ha økt fokus på tiltak for å få ned sykefraværet.

### Departementets prioriterte områder for 2007

Nasjonal helseplan, 2007-2010 skal følges opp i de årlige statsbudsjett i planperioden, herunder i plan- og meldingsdelen. Nasjonal helseplan utgjør et grunnlag for omtalen i plandelen og for de krav som stilles til de regionale helseforetak i oppdragsdokumentene og eierkrav som formidles gjennom foretaksmøter for 2007.

Som i 2006 ser departementet behov for sterkere nasjonal styring på noen områder samt mer samordning og samhandling på tvers av regioner og mellom regionale helseforetak og kommuner og pasient. Det vil særlig bli lagt vekt på faglighet, kvalitet og prioritering, samhandling, områder innen eierstyring og økonomisk kontroll i de regionale helseforetakene.

### Faglighet, kvalitet og prioritering

De regionale helseforetak skal tilby befolkningen likeverdig helsehjelp av god kvalitet. Det vil si at de kontinuerlig skal arbeide for at tilbudene i helsetjenesten bedrer helse, rehabilitering og mestring, gitt dagens kunnskap og ressursrammer. Helsetjenester av god kvalitet kjennetegnes ved at de er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse. Videre kjennetegnes helsetjenester av god kvalitet når de er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

I 2007 vil faglighet, kvalitet og prioritering stå sentralt, herunder aktørenes ansvar for dette.

Oppdatering og forbedring er en kontinuerlig prosess på alle nivå. Det skal legges vekt på å styrke kompetanse og lederskap knyttet til kvalitet

og prioritering. Å legge til rette for en kultur preget av kunnskap og åpenhet om egen praksis og om utilsiktede hendelser blir sentrale oppgaver i 2007, jf. utvikling av indikatorer og system for pasientsikkerhet som står beskrevet i Nasjonal helseplan kap. 6.4.1.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et viktig medisinsk faglig verktøy med kvalitetsforbedring og forskning som hovedformål. De regionale helseforetakene skal som databehandlingsansvarlige sørge for at disse utvikles i tråd med formålene.

De regionale helseforetakene har i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet etablert Helsebiblioteket, som driftes av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Helsebiblioteket vil bidra til å utjevne forskjeller og gi bedre helsetjenester for pasientene ved at helsepersonell og beslutningstakere får tilgang til pålitelig kunnskap. Som ledd i arbeidet med kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten skal de regionale helseforetakene i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet bidra til at innholdet i Helsebiblioteket videreutvikles.

Det er de regionale helseforetakenes ansvar å prioritere ressursene innenfor egen ramme. Prioriteringene skal være i tråd med overordnede helsepolitiske rammer og i samsvar med prioriteringsforskriften. Dette vil omfatte prioritering av pasienter med kroniske sykdommer, pasienter med psykisk lidelser, rusmiddelavhengige og pasienter med behov for rehabilitering og habilitering. Den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling skal også i 2007 være sterkere enn innen somatikk.

Det vil bli etablert et nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Rådet skal tydeliggjøre roller og ansvar for kvalitet og prioritering. Videre skal rådet bidra til å bedre samhandlingen mellom nivåene og skape mer helhet i og åpenhet om kvalitets- og prioriteringsarbeidet i helsetjenesten. Det skal også etableres et system for vurdering av ny medisinsk teknologi/medikamenter. Spørsmålene om implementering av nye og kostbare metoder er en viktig del av de prioriteringsbeslutningene helsetjenestens ledere skal fatte. Det er et mål at disse beslutningene skal bidra til god ressursutnyttelse og til å skape et likeverdig tilbud på tvers av helse-regioner. I tillegg skal arbeidet med en mer enhetlig fortolkning og praksis i forhold til prioriteringsforskriften mellom de regionale helseforetak videreføres i 2007.

Helsetjeneste er kunnskapsvirksomhet. Helsepersonellens kompetanse er av stor betydning for i hvilken grad helsetjenesten kan realisere mål knyttet til faglighet, forsvarlighet og kvalitet. Samtidig har helsetjenesten viktige utdanningsoppgaver,

både som praksisarena og som arbeidsgiver for helsepersonellet. Dette gjelder for helsepersonell i grunnutdanning, turnustjeneste, videreutdanning og etterutdanning. De regionale helseforetakene skal sørge for systemer og lederforankring i alle ledd av helseforetaksgruppen for å ivareta utdanningsoppgavene, og også bidra til et godt samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Som følge av endringer i organisatoriske, medisinske, teknologiske, demografiske og epidemiologiske forhold, utfordres helsepersonellens kompetanse kontinuerlig. De regionale helseforetakene skal medvirke til at de systemer og prosesser som skal sikre at utdanningene dimensjoneres og har et innhold som står i forhold til utfordringene, er gode og tilstrekkelig avklarte.

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. En fortsatt styrking av forskning i helseforetakene vil være viktig for å sikre høy kvalitet i diagnostikk og pasientbehandling, og er i tråd med nasjonale målsettinger for forskning. Viktige tiltak vil være økt forskningssamarbeid gjennom forskernettverk og nasjonal samordning for å understøtte forskningsmiljøer av høy kvalitet samt områder der det er behov for særskilt satsning på forskning.

Velfungerende lokalsykehus og en sammenhengende akuttmedisinsk kjede er sentralt for at befolkningen skal ha trygghet for å få hjelp når behovet oppstår. Prosessene som er igangsatt for å utvikle lokalsykehusfunksjonen i sykehusene skal derfor videreføres. Utviklingen skal være basert på rammene gitt i Nasjonal helseplan, kap. 6.3.3. Pasienter som trenger tett oppfølging må ha tjenestetilbud nært tilgjengelig. Pasienttilbudene skal utvikles slik at pasientene opplever helhet i tilbudet, og det skal legges vekt på utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester og samhandling med primærhelsetjenesten. Et desentralisert og differensiert fødetilbud og en helhetlig svangerskaps- og fødselsomsorg skal videreutvikles. Akuttfunksjoner i en helhetlig akuttmedisinsk behandlingkjede skal videreutvikles, i samvirke med prehospitaltjenester og primærhelsetjenesten.

#### *Samordning og samhandling*

Parallelt med en økende spesialisering i helsetjenesten, øker antall mennesker med kroniske og sammensatte lidelser. Det er et mål at den enkelte pasient skal oppleve helsetjenestene sammenheng-

ende og helhetlige. De senere årene er det iverksatt en rekke tiltak som styrker denne utviklingen. Eksempler på dette er etablering av samarbeidsavtaler og samarbeidsarenaer mellom helseforetak og kommuner, videreutvikling av IT-baserte kommunikasjonsverktøy, og økt bruk av hospiteringsordninger og legenes praksiskonsulentordning. Imidlertid fremheves det i NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste (Wisløff-utvalget), at samhandlingspotensialet i flere av disse ordningene ikke utnyttes fullt ut.

Departementet vil videreføre og styrke arbeidet for bedre samhandling de neste årene. Bredten i problemstillingene viser at det ikke er enkeltstående grep som skal til for at pasientene skal oppleve helsetjenestene helhetlige og sammenhengende. Som en del av oppfølgingen av Wisløff-utvalget har en arbeidsgruppe sett nærmere på organisatoriske vilkår for bedre samhandling. Arbeidsgruppen legger til grunn at det både bør satses på samhandlingstiltak som er forankret i praksisfeltet, og tiltak av overordnet organisatorisk karakter. De sistnevnte skal bidra til en sterkere samlet effekt av de enkeltstående praksisnære tiltakene.

I oppfølgingen skal de regionale helseforetakene blant annet arbeide med iverksetting av lov-pålagte tiltak som ikke er tilstrekkelig implementert, herunder pasientansvarlig lege, individuell plan mv. Det blir også viktig å videreutvikle lokale og regionale samarbeidsavtaler, videreføre arbeidet på IKT-området for å understøtte samhandling samt bruke pasienterfaringer på en systematisk måte i arbeidet for bedre samhandling. For ytterligere omtale av samhandlingsutfordringer og tiltak vises det til Nasjonal helseplan kap. 6.3.4.

#### *Prioriterte områder i eierstyringen for 2007*

Helseforetakene står overfor store utfordringer og krav om å ivareta gode pasienttilbud parallelt med kritisk behov for å drive virksomhetene innenfor gjeldende ressursrammer. Dette fordrer tydelig og stram overordnet eierstyring fra departementet vis-à-vis regionale helseforetak. Likeså legges det til grunn at regionale helseforetak har styrings- og oppfølgingsopplegg vis-à-vis underliggende helseforetak som sikrer at krav som blir stilt til virksomhetene innfris.

Helseforetakenes styrer har en sentral rolle som beslutnings-, kontroll- og strategiorganer. En vesentlig endring som har funnet sted i 2006 er sammensetningen i helseforetakenes styrer, hvor et flertall av eieroppnevnte styremedlemmer nå er utnevnt etter forslag fra fylkeskommuner, kommuner og Sametinget. Denne endringen har funnet

sted innenfor foretaksmodellen. Styrenes samlede kompetansebehov og krav til kjønns sammensetning er ivaretatt. Likeså har de ansatte fått styrket sin representasjon i mange av foretakenes styrer.

Et prioritert område i eierstyringen av regionale helseforetak i 2007 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.

Et annet prioritert område i 2007 vil være oppfølging av nasjonal styring og samordning på utvalgte områder. Dette er også tidligere markert som et sentralt innsatsområde overfor Stortinget. Departementet vil i kommende periode intensivere arbeidet med slik nasjonal styring og koordinering på tvers av regionale helseforetak, for i større grad å nyttiggjøre muligheter og samordningsgevinster som ligger i det statlige eierskapet.

Det er særlig følgende områder som synes aktuelle for tiltak i kommende periode:

- Stab-/støttefunksjoner  
Etter initiativ fra eier gjennomføres det i første omgang en utredning ledet av Helse Sør RHF som gjennom et tverregionalt samarbeid ser på ulike muligheter for fellesløsninger innenfor ikke-medisinske funksjoner. Etter overlevering av rapport vil Helse- og omsorgsdepartementet vurdere mulige løsninger og eventuelle tiltak på området.
- Investeringsområdet  
På investeringsområdet tilsier både omfanget av samlede planer og igangsatte prosjekter behov for styrkede, nasjonale koordineringstiltak i perioden framover. Det vises til egen omtale av dette i Nasjonal helseplan kapittel 6.3.3.
- IKT-området  
Behov for samordning og standardisering innen IKT-området med sikte på forbedrede samhandlingsmuligheter mellom helseforetakene og samhandlende aktører, vil også i 2007 vies oppmerksomhet fra eier.
- Bemanningsområdet  
De ansatte utgjør den viktigste innsatsfaktoren i spesialisthelsetjenesten. Det er avdekket forbedringspotensiale med hensyn til mangelfull kontroll med bemanningssituasjonen i enkelte helseforetak. Dette vil bli fulgt opp i kommende periode.
- Ledelse og organisering i sykehus  
I kommende periode vil mer oppmerksomhet rettes mot systematisk forbedringsarbeid med hensyn til ledelse, intern organisering og samhandling innad i helseforetakene.

### *Økonomiske krav for 2007*

Regjeringen legger fram et budsjettforslag for helseforetakene i 2007 der de samlede bevilgningene til drift foreslås økt med 1,646 mrd. kroner sammenliknet med saldert budsjett 2006. Forslaget legger til rette for at det høye aktivitetsnivået i 2006 kan videreføres til 2007.

Etter sykehusreformen har helseforetakene fått bevilgninger som ikke har tatt tilstrekkelig høyde for kostnadene ved gjenanskaffelse og vedlikehold av bygninger og utstyr. I dette statsbudsjettet foreslår regjeringen et betydelig løft ved å trappe opp bevilgningene til helseforetakene med til sammen 1 mrd. 2007-kroner over årene 2008 til 2010 slik at helseforetakene isolert sett kan gjenanskaffe om lag 80 pst. av de bygg og det utstyr de overtok i 2002. Samlet foreslås og varsles det en økning på vel 2,6 mrd. kroner i helseforetakenes inntekter og budsjettforslaget for 2007 gir dermed viktige avklaringer og forutsigbarhet for helseforetakenes samlede virksomhet.

Med dette som utgangspunkt forutsetter departementet at alle de regionale helseforetakene har økonomisk kontroll i sine respektive helseforetaksgrupper. Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for at man kan gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høyest mulig kvalitet på pasientbehandlingen. Det er ikke akseptabelt med vedvarende underskudd på den ordinære driften. Virksomheten må tilpasses de økonomiske rammebetingelsene som nå er lagt på plass for sektoren.

### *Måling av resultat i de regionale helseforetakene*

Det vises til omtalen av resultatmåling og regnskapsavleggelse i de regionale helseforetakene i St.prp. nr. 1 (2005-2006) og til St.prp. nr. 66 (2005-2006) der det sto at regjeringen tar sikte på å fremme forslag om hvordan de regionale helseforetakene skal måles resultatmessig fra og med 2007.

Fram til 2007 har de regionale helseforetakene blitt målt på et årsresultat korrigert for meravskrivninger knyttet til åpningsbalansen utover det bevilgningsnivået har gitt rom for, et såkalt korrigert resultat. Fra og med 2007 legges det opp til at det regnskapsmessige årsresultatet til foretakene ikke lenger skal korrigeres. Det blir dermed kun ett resultatbegrep for de regionale helseforetakene; regnskapsmessig årsresultat, som kan leses direkte fra helseforetakenes årsregnskap. På denne måten unngår man ulempene ved å bruke to resultatbegrep. Eiers oppfølging av de regionale helseforetakene vil bli enklere og kommunikasjonen rundt helseforetakenes resultater blir mer entydig. Ved at ikke deler av kostnadene knyttet til

helseforetakenes realkapital unntas resultatkravet, understøttes også helseforetakenes helhetlige ansvar for både drift og kapital.

Departementet vil vurdere hvordan strukturfondet, som ble opprettet for å håndtere meravskrivninger knyttet til verdsettingen av bygningsmassen i de regionale helseforetakenes balanse, skal håndteres som følge av den nye resultatmålingen.

### *Økte pensjonskostnader for helseforetakene*

Det vises til omtalen i St.prp. nr. 39 (2005-2006) og St.prp. nr. 66 (2005-2006). I St.prp. nr. 39 (2005-2006) ble Stortinget informert om at helseforetakene ville få om lag 1 mrd. kroner i økte pensjonskostnader for 2006 som følge av endringer i de økonomiske parameterne som ligger til grunn for beregning av pensjonskostnadene. Det ble videre informert om at den enkelte regions andel av de økte pensjonskostnadene ikke ville bli omfattet av resultatkravet for 2006.

Regjeringen foreslår å øke bevilgningene til de regionale helseforetakene med 1 mrd. kroner i 2007 for å dekke økte pensjonskostnader, jf. også omtale under kap. 732, postene 71-75. Departementet legger til grunn at økte pensjonskostnader som følge av endring av de økonomiske parameterne hos private ideelle institusjoner med avtale med de regionale helseforetakene, kan håndteres innenfor denne økte bevilgningen.

### *Resultatkrav for 2007*

Estimert driftsunderskudd i 2006 ekskl. økte pensjonskostnader og meravskrivninger knyttet til åpningsbalansen anslås å bli i størrelsesorden 1 til 1,3 mrd. kroner. I dette beløpet inngår tillatt underskudd i Helse Midt-Norge RHF på 350 mill. kroner. Departementet legger til grunn at de regionale helseforetakene i 2007 håndterer denne omstillingsutfordringen innenfor de økonomiske rammebetingelsene som legges for 2007.

I 2007 vil fulle avskrivningskostnader knyttet til foretakenes åpningsbalanse fremkomme i sin helhet i det resultatbegrepet eier måler etter. Tidligere ble resultatet korrigert for differansen mellom avskrivningskostnader og inntekter til avskrivninger, jf. omtalen over. I 2005 utgjorde den samlede korrigeringsfaktoren om lag 1,6 mrd. kroner. Underskuddet som fremkommer når korrigeringsfaktoren bortfaller må sees i sammenheng med den varslede opptrappingen av bevilgningene til de regionale helseforetakene på 1 mrd. kroner over årene 2008-2010. Det forventes at foretakene tilpasser sin virksomhet til det varslede framtidige

bevilgningsnivået. Isolert sett innebærer dette en effektivisering av realkapitalen på i størrelsesorden 20 pst. i forhold til nivået ved inngangen til reformen og fram til 2010.

Effektiviseringskravet kan også realiseres ved effektivisering av øvrig drift i samme omfang. Det skal her understrekes at de regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for best mulig ressursutnyttelse både når det gjelder drift og kapital i sin region.

Resultatkravet for 2007 settes til et regnskapsmessig underskudd (ukorrigert) på inntil 1,4 mrd. kroner for de regionale helseforetakene samlet sett. Dette innebærer et krav til balanse på driften i 2007 ekskl. meravskrivninger knyttet til åpningsbalansen og ytterligere effektivisering på i størrelsesorden 0,2 mrd. kroner knyttet til effektiviseringskravet på realkapitalen. Helse- og omsorgsdepartementet vil sette særskilte resultatkrav for det enkelte regionale helseforetak i foretaksmøtene i januar 2007.

Det er avgjørende at en har kontroll med kostnadene i helseforetakene. Det innebærer blant annet at det må iverksettes omstillingstiltak i de regionale helseforetakene for å kunne innfri resultatkravet for 2007. Dette arbeidet vil måtte omfatte hele bredden av helseforetakets virksomhet, innenfor rammene gitt av helseforetakenes «sørge-for»-ansvar og styringssignaler gitt av departementet i oppdragsdokument og foretaksmøte. Det vises i denne sammenheng spesielt til Helse Øst RHF hvor det gjennom hele reformperioden har vært ledelsesmessig oppmerksomhet på viktigheten av å ha økonomisk kontroll. Det er i denne regionen lagt ned et betydelig arbeid på ulike nivåer i helseforetaksgruppen for å få kostnadskontroll. Nødvendig omstillingsarbeid vil kunne innebære omlegginger av blant annet pasientrettede aktiviteter, bemanningssituasjon og funksjons- og oppgavedeling i helseforetakene. Det forutsettes at omstillingsarbeidet skjer i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

Følgende forhold vil påvirke omstillingsutfordringene for regionale helseforetak i 2007:

- Laboratorie- og radiologitjenester er delvis finansiert ved refusjon etter takster. For å få kontroll med utgiftsveksten, er en større del av finansieringen tidligere blitt innlemmet i basisbevilgningen til regionale helseforetak. Til tross for dette ligger det an til at den kraftige volumveksten fortsetter i 2006, for radiologivirksomhet med 19 pst. og for laboratorietjenester med 12 pst. sammenliknet med 2005. For å bremse ytterligere vekst, foreslås det å sette ned takstene svarende til 90 mill. kroner i forhold til det høye aktivitetsnivået i 2006. Tilsvarende underregulering av takstene foretas for de private laboratorie- og radiologitjenestene, som også har en fortsatt høy aktivitetsvekst i 2006.

- De regionale helseforetakene overtok finansieringsansvaret for erstatningsutbetalingene til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) fra 2006. I budsjettforslaget for 2007 er det lagt opp til en moderat økning i erstatningsutbetalingene fra NPE uten at de regionale helseforetakene er kompensert for dette (tilsvarende om lag 20 mill. kroner). Departementet vil i Revidert nasjonalbudsjett 2007 vurdere behovet for en særskilt økonomisk kompensasjon for helseforetakene for eventuelle endringer i utgiftsnivået i 2007.
- Regjeringen har foreslått at arbeidsgiverne får et utvidet ansvar for ansattes lønn under sykdom. Omleggingen gjelder nye tilfeller med virkning fra 1. mars 2007. Merkostnadene for de regionale helseforetakene anslås å være i størrelsesorden 200 mill. kroner med uendret sykefravær i 2007. Målet må være å oppnå redusert sykefravær i helseforetakene gjennom systematisk forebyggende arbeid. Forslaget innebærer at perioden der arbeidsgiver dekker sykelønn fullt ut foreslås redusert fra 16 til 14 dager. Samtidig innføres 20 pst. delfinansiering for arbeidsgiver etter 14 dager og ut sjette måned, og deretter 10 pst. delfinansiering. Det legges samtidig opp til skjerming av kronisk syke mv.

### Post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren

Posten dekker tilskudd til ulike utviklingsprosjekter i spesialisthelsetjenesten. Nedenfor følger en omtale av enkelte områder som har fått tildelt midler over denne posten i 2006. Det foreslås bevilget 7,9 mill. kroner på posten i 2007.

«Stol på egne krefter» – rekruttering og stabilisering av legespesialister i Helse Finnmark HF  
Prosjektet fikk i 2006 et tilskudd på 1,0 mill. kroner (0,5 mill. kroner over kap. 732, post 21 og 0,5 mill. kroner over kap. 728, post 21). Det foreslås at midlene overføres til Helse Nord RHF sin basisbevilgning, jf. omtale under kap. 732, post 71-75, der det foreslås satt av 5 mill. kroner til prosjektet i 2007.

### Nordisk senter for klassifisering av sykdommer

I forbindelse med ansvarsoverføring av PaFi og NPR til Sosial- og helsedirektoratet er 8,8 mill. kroner overført fra kap. 732, post 21 til kap. 720, post 01.

### Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene

Det er etablert et nasjonalt system for måling av forskningsaktivitet i helseforetakene. Målesystemet ligger til grunn for fordeling av den resultatba-



serte delen av øremerket tilskudd til forskning i helseforetakene over kap. 732, post 78. Departementet har etter anbudskonkurranse inngått kontrakt med NIFU STEP for måling av forskningsaktivitet i helseforetakene for perioden 2005-2007. Nasjonalt målesystem for forskning er videreutviklet bl.a. med sikte på en samordning med nytt nasjonalt målesystem for forskning ved universitetene, jf. St.meld. nr. 20 (2004-2005) *Vilje til forskning*. De regionale helseforetakene og universitetene er i 2006 bedt om å legge til rette for etablering av universitetenes forskningsdokumentasjonssystem FRIDA i de regionale helseforetakene. Det må etableres nye rapporteringsrutiner og systemer for kvalitetssikring av data på tvers av institusjonene ved en endring av det nasjonale rapporteringssystemet for forskningsaktivitet i helseforetakene. Departementet legger til grunn at en ekstern aktør vil være sentral for å kvalitetssikre samt sammenstille nasjonale aktivitetsdata for forskning i helseforetakene også ved en endring av målesystemet. Det foreslås at den signaliserte evalueringen av nasjonalt målesystem for forskning gjennomføres når ovennevnte prosesser er gjennomført.

For å styrke datagrunnlaget om ressursbruk til forskning i helseforetakene, har de regionale helseforetakene i tråd med styringskrav utarbeidet en felles nasjonal mal for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene. Det har i 2006 vært gjennomført en nasjonal pilot med sikte på etablering av et permanent system for måling av ressursbruk til forskning fra 2007. Det er behov for en videreutvikling av systemet, samt en samordning

med den nasjonale målingen av ressursbruk til forskning og utvikling i regi av NIFU STEP.

Det foreslås at midler til måling av forskningsaktivitet i helseforetakene videreføres.

#### Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten, herunder rusreformen og Landsverneplan for kulturhistoriske eiendommer

Det avsettes midler til oppfølging av den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten, herunder 4,0 mill. kroner som fra 2006 er overført fra de regionale helseforetakenes rammer (kap. 732, post 71-75) til arbeidet med landsverneplan for sektoren til kap. 732, post 21. Det er nå gjennomført forprosjekt og inngått avtale med Forsvarsbygg om gjennomføring av hovedprosjektet. Arbeidet 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 2007 gjenstå arbeid i forbindelse med overføring av formuesposisjoner fra fylkeskommunen til staten.

#### 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 3188,0 mill. kroner dekker tilskudd til følgende formål:

	( i mill. kr)
Pasienttransport og reiseutgifter for helsepersonell	1 826,3
Opptreningsinstitusjoner mv.	1 046,2
Kompensasjon for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift	123,0
Luftambulansetjenesten	61,5
Modum Bad	90,7
Viken senter	40,4
Lokalsykehus (kun rapportering)	
Nasjonale kompetansesentre for sjeldne funksjonshemninger (kun rapportering)	

#### Pasienttransport og reiseutgifter for helsepersonell

Ansvaret for pasienttransport, oppholdsutgifter og transport av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ble overført fra trykdeataten til regionale hel-

seforetak 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.

Finansieringsansvaret for pasienttransport har i 2004 og 2005 vært delt mellom staten og regionale helseforetak. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2005-2006), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2005-2006), ble det vedtatt at alle utgifter til pasienttransport skal dekkes av regionale helseforetak over kap. 732, post 70 i 2006.

#### Resultat 2005 og status 2006

Helseforetakene har ansvaret for pasienttransport slik at behandlingstilbud og transport kan koordineres. Helseforetakene inngår kontrakter med aktuelle transportører etter anbudsrunder. De totale utbetalingene til pasienttransport (inkl. oppholdsutgifter) var på 1575 mill. kroner i 2005. Dette tilsvarer en reduksjon på om lag 4 pst. i nominelle priser fra 2004. En har da tatt hensyn til økningen av egenandeler fra 1. januar 2005. Etter at regionale helseforetak overtok ansvaret for pasienttransport i 2004 har bedre samordning av tjenestene og anbud med transportører ført til kontroll med pasienttransportutgiftene. Det vises til at utgiftene økte med over 10 pst. årlig i årene 1999-2002.

I tillegg til at regionale helseforetak fikk hele finansieringsansvaret for pasienttransportutgiftene i 2006, overtok de ansvaret for direkte oppgjør med transportører (utbetaling og kontroll) fra trygdeetaten 1. januar 2006. Dette er tjenester som regionale helseforetak i 2004 og 2005 kjøpte fra trygdeetaten. Kjøpet omfattet også behandling av enkeltsaker på lokale trygdekontor (førstelinjen). Regionale helseforetak og Rikstrygdeverket har inngått en ettårig avtale for 2006 for kjøp av behandling av enkeltsaker på lokale trygdekontor. De regionale helseforetak og Arbeids- og velferdsdirektoratet har startet forhandlinger med sikte på å inngå en ny avtale om kjøp av tjenester som skal gjøres gjeldende fra 1. januar 2007.

#### Mål 2007

I statsbudsjettet for 2004 ble det overført midler fra trygdeetaten til regionale helseforetak som skulle dekke administrasjonsutgiftene til pasienttransport. Det har vært knyttet usikkerhet til størrelsen på administrasjonsutgiftene, jf. St.prp. nr. 1 (2003-2004). Nye beregninger tilsier at regionale helseforetak skal tilføres ytterligere 16 mill. kroner til administrasjonsutgiftene. I tillegg kommer 4 mill. kroner som følge av merverdiavgift på kjøp av tjenester. På denne bakgrunn foreslås det å styrke kap. 732, postene 71 til 75, med 20 mill. kroner.

Egenandelen foreslås økt fra 115 kroner til 120 kroner per enkeltreise, fra 230 kroner til 240 kroner tur/retur, fra 1. januar 2007. Forslaget om økt egen-

andel må følges opp med endring av § 6 tredje ledd i forskrift av 19. desember 2003 nr. 1756 om dekning av utgifter ved reise for undersøkelse eller behandling. Forslag til økte egenandeler er hensyntatt i forslag til bevilgning under kap. 732, post 70.

Det vises til kap. 732, post 80, Pasienttransport, der det foreslås å overføre 36,3 mill. kroner til kap. 732, post 70, i 2007. Bevilgningen til pasienttransport og reiseutgifter for helsepersonell over kap. 732, post 70, blir med dette 1 826,3 mill. kroner. Midlene fordeles som følger mellom regionale helseforetak:

	(i mill. kr)
Helse Øst RHF	425,9
Helse Sør RHF	222,8
Helse Vest RHF	280,6
Helse Midt-Norge RHF	321,0
Helse Nord RHF	576,0

#### Opptreningsinstitusjoner

Finansieringsansvar og bestilleransvar for opptreningsinstitusjoner og helsesportsentre m.m. ble overført til regionale helseforetak 1. januar 2006. Dette innebærer at de regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for opptrening og rehabilitering innenfor spesialisthelsetjenesten. Avtalene mellom regionale helseforetak og private institusjoner legger grunnlag for at tjenestene som ytes i disse institusjonene tilpasses øvrige tjenester i regionen. Denne tilpasningen vil for en del institusjoner forutsette en faglig oppgradering når det gjelder kompetanse, bemanning og kvalitet.

#### Resultat 2005

I 2005, som var tredje år i overgangsperioden, ble 40 pst. av finansieringen til opptreningsinstitusjoner og helsesportsentre overført som et basistilskudd via de regionale helseforetak (kap. 732, post 70). Den resterende delen av finansieringen ble bevilget over folketrygdens kap. 2711, post 78, Opptreningsinstitusjoner. Avtalene med de regionale helseforetakene omfattet den totale sengekapa- siteten disse institusjonene var godkjent for.

#### Status 2006

Regionale helseforetak har inngått avtaler i 2006 som tilsvarer aktivitetsnivået i 2004 i 2006-priser. Midlene har vært fordelt mellom regionale helseforetak etter institusjonenes lokalisering.

Avtalene med aktuelle opptreningsinstitusjoner og andre private institusjoner for 2006 ble inngått i

tråd med regelverket for offentlige anskaffelser. Det ble videre inngått avtaler ved direkte kjøp fra helsesportsentrene m.m. Fem tidligere opptreningsinstitusjoner oppnådde ikke avtale for 2006. Det vises til St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005-2006) der regjeringen foreslo å opprette et eget tilskudd under kap. 726, post 71, fordi opptreningsinstitusjonene var gitt for kort tid til å omstille virksomheten. Tilskuddet har gått til utvikling av opptreningstilbudet i institusjonene som et prøveprosjekt. Fire av de institusjonene som ikke oppnådde avtale med regionalt helseforetak mottok tilskudd i 2006.

Det er til sammen inngått avtale om 1 617 plasser i 33 opptreningsinstitusjoner/private rehabiliteringsinstitusjoner for 2006. I tillegg er det inngått avtaler med helsesportsentre, Glittreklinikken, CatoSenteret, Attføringscenteret i Rauland og Herne Institutt.

#### Mål 2007

De regionale helseforetakene skal legge til rette for et fremtidig opptrenings- og rehabiliteringstjenestetilbud innen spesialisthelsetjenesten, samt gi et forsvarlig og tilpasset tilbud der det stilles høyere krav til spesialisering av tjenestene. Det er derfor foreslått en endring i Forskrift om offentlige anskaffelser slik at kjøp av spesialisthelsetjenester fra visse private kommersielle rehabiliteringsinstitusjoner i en omstillingsperiode kan gjennomføres uten forutgående kunngjøring. Etter gjeldende regelverk har de regionale helseforetak allerede mulighet til å anvende kjøp uten forutgående kunngjøring overfor ideelle organisasjoner.

Bevilgningen til opptreningsinstitusjoner og helsesportsentre m.m. foreslås fordelt etter institusjonenes geografiske lokalisering også i 2007. Det vises til forslag om å nedsette et utvalg som skal vurdere nåværende inntektsfordelingssystem mellom de regionale helseforetak, jf. omtale under kap. 732, postene 71 til 75. Fordelingen av midler til opptreningsinstitusjonene sees i sammenheng med dette arbeidet, og vil inngå i mandatet til utvalget.

Det foreslås fordelt 1 046,2 mill. kroner til de regionale helseforetakene til kjøp av tjenester i opptreningsinstitusjoner/private rehabiliteringsinstitusjoner, helsesportsentre m.m. og lungesykehus:

	(i mill. kr)
Helse Øst RHF	527,3
Helse Sør RHF	162,2
Helse Vest RHF	68,0
Helse Midt-Norge RHF	143,4
Helse Nord RHF	145,4

Det vises til regjeringens forslag om å innføre differensiert arbeidsgiveravgift fra 1. januar 2007, jf. omtale under. Forslaget vil også berøre de private opptreningsinstitusjonene mm. og dette er hensyntatt i beløpet på 1046,2 mill. kroner.

#### 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.). Som følge av dette ble det i 2004 innført en kompensasjonsordning til helseforetakene for bortfall av differensiert arbeidsgiveravgift. Kompensasjonsbeløpet til regionale helseforetak utgjorde i 2006-budsjettet 494 mill. kroner. Kompensasjonsordningen fra 2004 omfattet også private virksomheter som i stor grad fullfinansieres av statlige midler, blant annet opptreningsinstitusjonene. Kompensasjonsbeløpet til opptreningsinstitusjonene har inngått i tilskudd til opptreningsinstitusjoner under kap. 732, post 70.

Regjeringen foreslår å gjeninnføre differensiert arbeidsgiveravgift i store deler av landet fra 1. januar 2007. Ordningen omfatter hele Nord-Norge og mange enkeltkommuner i landet for øvrig. Finnmark og Nord-Troms vil fortsatt ha nullsats. Tromsø og Bodø får en noe høyere sats enn før 2004 (7,9 pst.). Mange av de resterende kommuner får gjeninnført ordningen fra før 2004. I den nye ordningen vil avgiftssatsen avgjøres av virksomhetenes lokalisering, og ikke som i gjeldende ordning, den ansattes bosted. Forslaget innebærer at avgiftsnivået for helseforetakene reduseres, og kompensasjonsbeløpet til regionale helseforetak reduseres derfor til 123,0 mill. kroner i 2007. Midlene fordeles som følger mellom de regionale helseforetak:

	(i mill. kr)
Helse Øst RHF	4,3
Helse Sør RHF	13,8
Helse Vest RHF	21,3
Helse Midt-Norge RHF	21,6
Helse Nord RHF	62,0

#### Luftambulansetjenesten

Luftambulansen ANS ble opprettet 1. januar 2004, og eies av de fem regionale helseforetakene. Luftambulansen ANS er et felles ansvarlig selskap som ivaretar den operative del av luftambulansetjenesten.

ten, herunder tiltak av nasjonal karakter. Luftambulansen ANS er finansiert gjennom tilskudd fra de fem 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 2006 er det bevilget 59,2 mill. kroner til Luftambulansetjenesten over kap. 732, post 70.

Det foreslås bevilget 61,5 mill. kroner til Luftambulansetjenesten i 2007.

### **Modum Bad**

Modum Bad er en privat diakonal stiftelse. Hovedoppgaven er sykehusdrift med 111 plasser, der 14 av disse gjelder behandling av spiseforstyrrelser. Sykehuset er åpent for pasienter fra hele landet og behandler enkeltmennesker og familier med psykiske lidelser. Modum Bad viderefører planene om en økning på 20 plasser til integrert behandling av samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse, og traumebehandling/spiseforstyrrelser. Modum Bad får i 2006 tilskudd fra kap. 743, post 72.

Som en oppfølging av St.prp. nr. 1 (2005-2006) har Sosial- og helsedirektoratet på oppdrag av departementet og i samarbeid med de berørte institusjoner gjennomgått finansieringsordningene for Modum Bad og Viken senter. På bakgrunn av dette foreslår departementet at finansieringsordningen til Modum Bad endres slik at finansieringsansvaret overføres til Helse Sør RHF fra 2007. Helse Sør RHF vil i oppdragsdokumentet 2007 bli bedt om inngå avtale med Modum Bad som regulerer de driftsøkonomiske rammene. Som en følge av dette overføres 90,7 mill. kroner fra kap. 743, post 72 til kap. 732, post 70.

### **Viken senter**

Viken senter har i 1. halvår 2006 vært gjennom en oppstartsfase, med forsinket ferdigstilling av bygg og dermed redusert pasientbehandling i 2006 i forhold til opprinnelig plan. Tilsetting av personell og annen driftsforberedelse er imidlertid gjennomført som planlagt. Institusjonen får totalt 40 behandlingsplasser, fordelt med 24 plasser på individualavdeling og 16 plasser på familieavdeling. Byggene vil bli ferdigstilt og gradvis tatt i bruk i løpet av 2006. Fra årsskiftet 2006/2007 vil en være i full drift. Viken senter får i 2006 tilskudd fra kap. 743, post 75.

Som en oppfølging av St.prp. nr. 1 (2005-2006) har Sosial- og helsedirektoratet på oppdrag av departementet i samarbeid med de berørte institusjoner gjennomgått finansieringsordningene for

Modum Bad og Viken senter. På bakgrunn av dette foreslår departementet at finansieringsordningen til Viken senter endres slik at finansieringsansvaret overføres til Helse Nord RHF i 2007. Helse Nord RHF vil i oppdragsdokumentet 2007 bli bedt om inngå avtale med Viken senter som regulerer de driftsøkonomiske rammene. Som en følge av dette overføres 40,4 mill. kroner fra kap. 743, post 75 til kap. 732, post 70.

### **Lokalsykehus (kun rapportering)**

De regionale helseforetakene fikk gjennom St.prp. nr. 65 (2004-2005) og Innst. S. nr. 240 (2004-2005) bevilget 100 mill. kroner til styrking av lokalsykehusene. Midlene ble fordelt etter søknad fra de regionale helseforetak. Ved tildeling av midler ble det blant annet lagt vekt på at tiltakene var forankret i strategien for utvikling av lokalsykehusene.

Helse Øst RHF ble tildelt 20 mill. kroner til samhandlingstiltak mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, styrking av tilbudet til syke eldre og lindrende behandling for pasienter i livets slutfase. Helse Sør RHF ble tildelt 20 mill. kroner som gikk til styrking av tilbud til syke eldre og psykisk syke. I tillegg ble det avsatt midler til omstilling og utvikling ved flere av sykehusene i Helse Sør RHF. Helse Vest RHF ble tildelt 22 mill. kroner til tilbud for rusmiddelavhengige, samhandlingstiltak mellom lokalsykehusene og primærhelsetjenesten samt behandlingstilbud for syke eldre. Helse Midt-Norge RHF ble tildelt 15 mill. kroner som i hovedsak gikk til utvikling av distriktsmedisinske sentre, styrket tilbud for syke eldre og desentraliserte tilbud til kronisk syke. Helse Nord RHF ble tildelt 23 mill. kroner til ulike utviklingstiltak ved lokalsykehusene, til sykestuer, distriktsmedisinske sentra, samt ulike telemedisinske prosjekter.

### **Nasjonale kompetansesentre for sjeldne funksjonshemninger (kun rapportering)**

Ansvar for Det statlige kompetansesystemet for døvblinde og Nasjonalt kompetansenettverk for personer med autisme ble i 2006 overført til de regionale helseforetakene. Midlene foreslås i 2007 overført til kap. 732, post 78, Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre.

### **Postene 71 til 75 Tilskudd til de regionale helseforetak (basisbevilgning)**

Basisbevilgningen til de fem regionale helseforetak skal legge grunnlaget for å realisere de helsepolitiske målsetningene i spesialisthelsetjenesten.

Basisbevilgningen fordeles mellom de fem regionale helseforetak etter historiske forhold og inntektsfordelingssystemet som startet i 2005.

### 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. Midlene fordeles med 50 pst. vekt på den faktiske fordelingen av kapital mellom regionale helseforetak og 50 pst. vekt på kostnadsnøkler.

I hovedsak innebærer omleggingen at Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF skal få en større andel av basisbevilgningen, mens de tre andre regionale helseforetakene vil få reduserte andeler. Etter Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2005 og 2006, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004–2005) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2005–2006), gjenstår to år av overgangsperioden (2007 og 2008).

Regjeringen varslet i St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005–2006) at en vil vurdere en reduksjon i overgangsperioden i forbindelse med budsjettforslaget for 2007, jf. også Soria Moria-erklæringen. Dette ble fulgt opp i St.prp. nr. 66 (2005-2006) der det ble bevilget 100 mill. kroner for å forsere omfordelingen mellom regionale helseforetak. Midlene ble

fordelt med 60 mill. kroner til Helse Vest RHF og 40 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF. Regjeringen foreslår at tilleggsbevilgningen til Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF videreføres med 103,8 mill. kroner i 2007. Midlene fordeles med 62,3 mill. kroner til Helse Vest RHF og 41,5 mill. kroner til Helse Midt-Norge RHF.

For å slutføre overgangsperioden i 2007, foreslår regjeringen å bevilge ytterligere 152 mill. kroner i 2007. Dette innebærer at det vil bli foretatt et ordinært trekk for året 2007 fra Helse Sør RHF og Helse Nord RHF samtidig som det tilføres midler for å redusere overgangsperioden med ett år. Samlet innebærer dette forslaget at overgangsperioden for inntektsfordelingen fra St.meld. nr. 5 (2005-2006) blir på tre år, dvs. fra 2005 til 2007.

Nedenfor følger en tabell som viser de samlede omfordelingsvirkningene innenfor basisbevilgningene etter Stortingets behandling av budsjettforslaget for 2006, omfordelingen foretatt i 2005 og 2006 samt gjenstående omfordeling i 2007. Omfordelingen i 2007 kan dekomponeres i ordinær omfordeling, omfordeling som følge av oppgave- og kriterieendringer og omfordeling som følge av økte overføringer. Oppgaveendringer og endringer i kriterieverdiene (demografisk utvikling mv.) vil påvirke omfordelingsvirkningene. I 2007 bidrar isolert sett endring i kriterieverdiene til at Helse Øst RHF og Helse Vest RHF skal få økte overføringer, mens de tre andre regionale helseforetak vil få reduserte overføringer. Den samlede effekten i 2007 er at Helse Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF vil få økte overføringer, mens Helse Sør RHF og Helse Nord RHF vil få reduserte overføringer. Bevilgningsforslagene under kap. 732, postene 71-75, for 2007 er endret i tråd med dette.

(i mill. 2007 kr)

	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF
Samlede endringer	-58	-246	267	133	-96
Endring 2005	-76	-69	120	53	-29
Endring 2006	-5	-50	43	27	-15
Endring 2007	23	-126	102	53	-52
- herav ordinær omfordeling	-5	-50	43	27	-15
- herav omfordeling som følge av oppgave- og kriterieendringer	33	-26	16	-1	-22
- herav omfordeling som følge av økte overføringer	-5	-50	43	27	-15

Med regjeringens forslag vil overgangsperioden være sluttført i 2007. Det vil bli satt ned 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.

### Økte pensjonskostnader

Det vises til omtalen av økte pensjonskostnader under Økonomiske krav for 2007. Regjeringen foreslår å øke bevilgningene til de regionale helseforetakene med 1 mrd. kroner i 2007 for å dekke økte pensjonskostnader. Det forutsettes at økte pensjonskostnader som følge av endringer av de økonomiske parameterne hos private ideelle institusjoner med avtale med de regionale helseforetakene, håndteres innenfor denne økte bevilgningen. Det foreslås at basisbevilgningene økes med 1000,0 mill. kroner med følgende fordeling:

- 312,6 mill. kroner til kap. 732, post 71
- 216,4 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 201,4 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 155,3 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 114,3 mill. kroner til kap. 732, post 75

### Rusbehandling

Det vises til omtale under kap. 726, post 70, om tiltak for rusmiddelavhengige i spesialisthelsetjenesten. Samlet foreslås det en økning på 19 mill. kroner i 2007. Det foreslås en styrking på 9 mill. kroner i 2007 til avrusningsplasser med følgende fordeling:

- 3,2 mill. kroner til kap. 732, post 71
- 1,8 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1,7 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 1,2 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 1,1 mill. kroner til kap. 732, post 75

Det foreslås videre en styrking på 10 mill. kroner til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i 2007. Av disse midlene fordeles 6 mill. kroner på postene 71-75:

- 2,2 mill. kroner til kap. 732, post 71
- 1,2 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 1,1 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 0,8 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 0,7 mill. kroner til kap. 732, post 75

De resterende midler til LAR bevilges over kap. 732, post 77, kap. 2752, post 70 og kap. 2755, post 70.

### Legemiddelgruppen TNF-hemmere

Legemidler i gruppen TNF-hemmere (tumornekrosefaktor-hemmere) brukes i hovedsak i behandlingen av revmatiske sykdommer. I forbindelse med behandlingen av St.prp. nr.1 (2005-2006), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2005-2006), vedtok Stortinget at finansieringsansvaret for legemiddelgruppen TNF-hemmere skulle overføres fra folketrygden (individuell refusjon etter blåreseptforskriften § 10a) til regionale helseforetak fra 1. juni 2006. Overføringen gjelder legemidlene Remicade, Enbrel, Humira og Kineret. Bakgrunnen for overføring til regionale helseforetak er følgende:

- *Forbruksvridning.* Før sykehusene fikk overført ansvaret var det én finansieringsordning for Remicade og en annen for de andre TNF-hemmerne. Dette kunne gi en utilsiktet forbruksvridning.
- *Riktig prioritering.* Behandling med TNF-hemmere er meget kostbar, noe som stiller store krav til riktig prioritering mellom pasienter. Trygdefinansiering gir svake insentiver til riktig prioritering.
- *Manglende priskonkurranse.* Innenfor en ordning med trygdefinansiering er det vanskelig å etablere reell priskonkurranse mellom patenterte legemidler til tross for at legemidlene langt på vei kan erstatte hverandre. Den finansieringsordningen som er etablert for legemidlene vil stimulere til reell priskonkurranse.

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide nasjonale retningslinjer for bruk av TNF-hemmere. Dette skal understøtte riktig prioritering, herunder hvilke pasienter som bør få slik behandling, og større geografisk likhet i bruk. Det tas sikte på at retningslinjene innføres i løpet av 2. halvår 2007.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Statens legemiddelverk om å vurdere hvorvidt nye legemidler som kommer på markedet bør inkluderes i denne finansieringsordningen. Det foreslås ikke å overføre nye legemidler i finansieringsordningen fra 1. januar 2007.

Det overføres 404,2 mill. kroner til basisbevilgningen til de regionale helseforetakene i 2007 til dekning av utgiftene til TNF-hemmere. Budsjettforslaget legger til rette for en vekst i omsetningen av legemidlene på om lag 8 pst. fra 2006 til 2007. Midlene fordeles mellom de regionale helseforetak etter faktisk forbruk bl.a. basert på tall fra reseptregisteret og data om tilleggsrefusjoner som tidligere ble finansiert gjennom ISF-systemet:

- 122,4 mill. kroner til kap. 732, post 71
- 80,9 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 86,6 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 52,5 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 61,8 mill. kroner til kap. 732, post 75

Departementet vil i løpet av 2007 komme tilbake til hvordan behandlingen med TNF-hemmere skal inkluderes i systemet for Innsatsstyrt finansiering.

### Takstoppgjør for legespesialister

I forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 71 (2005-2006) ble det vedtatt endringer i statsbudsjettet for 2006 som følge av takstoppgjøret for blant annet legespesialistene, jf. Innst. S. nr. 228 (2005-2006). Avtalen gjelder fra 1. juli 2006 til 30.

juni 2007. Avtalen innebærer at driftstilskuddet til legespesialistene skal økes med 18,0 mill. kroner i 2006 mot en tilsvarende reduksjon i refusjonstakstene. Dette innebar at bevilgningene under kap. 732, postene 71 til 75, ble økt tilsvarende i 2006 slik at regionale helseforetak kunne dekke økningen i driftstilskuddet. Bevilgningen foreslås videreført i 2007 med en helårseffekt på 36,0 mill. kroner med følgende fordeling:

- 17,6 mill. kroner til kap. 732, post 71
- 6,6 mill. kroner til kap. 732, post 72
- 6,8 mill. kroner til kap. 732, post 73
- 3,0 mill. kroner til kap. 732, post 74
- 2,0 mill. kroner til kap. 732, post 75

### Administrative utgifter til pasienttransport

Det vises til omtale under kap. 732, post 70. Det foreslås at basisbevilgningen økes med 20,0 mill. kroner med følgende fordeling:

- 3,6 mill. kroner overføres til kap. 732, post 71
- 2,6 mill. kroner overføres til kap. 732, post 72
- 4,7 mill. kroner overføres til kap. 732, post 73
- 4,6 mill. kroner overføres til kap. 732, post 74
- 4,5 mill. kroner overføres til kap. 732, post 75

### ABIOK-sykepleie

Videreutdanning i ABIOK-sykepleie (anestesi-, barne-, intensiv-, operasjons-, og kreftsykepleie) endres fra oppdragsfinansierte utdanninger til ordinære høyskolestudier. Dette innebærer at høyskolene får det faglige, administrative og finansielle ansvaret for utdanningene.

Videreutdanning i ABIOK-sykepleie var tidligere bedriftsinterne videreutdanninger, der sykehusene hadde det administrative, faglige og finansielle ansvar. På slutten av 90-tallet ble spørsmålet om endret organisering av utdanningene aktualisert, og dette resulterte i en mellomløsning med oppdragsfinansiert utdanning. Det administrative og faglige ansvaret ble overført høyskolene, slik at utdanningene kom under lov om universiteter og høyskoler, med rammeplaner og vekttall, og elevene fikk studentstatus. Det finansielle ansvaret ble imidlertid liggende igjen i fylkeskommunene som var daværende sykehuseiere. Forholdet mellom fylkeskommunene (senere regionale helseforetak/helseforetak) og høyskolene ble regulert gjennom kontrakter.

I de senere årene har spørsmålet om endret organisering av utdanningene igjen vært fremmet, bl.a. fordi systemet med oppdragsfinansiering er administrativt krevende og gir liten forutsigbarhet. Det er også variasjoner mellom høyskolenes tilbud og prisene som avtales. På denne bakgrunn har

Sosial- og helsedirektoratet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet, gjennomført en høring om endret organisering av utdanningene. Høringsinstansene, de regionale helseforetakene og høyskolene med helsefagutdanning, ga tilslutning til at utdanningene burde endres til ordinære høyskolestudier. Departementene har i samarbeid kommet frem til hvilke kriterier og forutsetninger som bør ligge til grunn for endret organisering av utdanningene.

På denne bakgrunn foreslås det å overføre 65,0 mill. kroner fra regionale helseforetaks basisbevilgninger til kap. 271 og 275 under Kunnskapsdepartementet. Fordelingen av uttrekket mellom de regionale helseforetakene er som følger:

- 23,4 mill. kroner overføres fra kap. 732, post 71
- 13,2 mill. kroner overføres fra kap. 732, post 72
- 12,0 mill. kroner overføres fra kap. 732, post 73
- 8,7 mill. kroner overføres fra kap. 732, post 74
- 7,7 mill. kroner overføres fra kap. 732, post 75

### Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten

De regionale helseforetakene ble i bestillerdokumentene 2005 bedt om å sette av 1,2 mill. kroner hver for bestilling av kunnskapsoppsummeringer, metodevurderinger og annen støtte for å fremme kunnskapsbasert praksis fra Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. Dette for å styrke arbeidet med å fremskaffe et kunnskapsgrunnlag for beslutninger i spesialisthelsetjenesten. Det foreslås at beløpet på 6,0 mill. kroner fra 2007 bevilges direkte over kap. 725 Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. I tildelingsbrevet til Sosial- og helsedirektoratet/Kunnskapscenteret vil beløpet bli øremerket metodevurderinger og kunnskapsoppsummeringer overfor spesialisthelsetjenesten. Det foreslås at bevilgningen under kap. 725 økes med 6,0 mill. kroner ved å redusere hvert regionale helseforetaks basisbevilgning (kap. 732, postene 71-75) med 1,2 mill. kroner.

### Organisatoriske endringer

I 2006 er enheter under Helse Førde HF, Aker Universitetssykehus HF, Sykehuset Vestfold HF og Sykehuset Innlandet HF slått sammen. Organisatoriske endringer som medfører endringer i grunnlaget for ISF-refusjon korrigeres i basisbevilgningen, jf. omtale under kap. 732, post 76, Innsatsstyrt finansiering av sykehus. Det foreslås å overføre 34,8 mill. kroner fra kap. 732, post 76 til basisbevilgningene med følgende fordeling:

- 14,2 mill. kroner overføres til kap. 732, post 71
- 18,9 mill. kroner overføres til kap. 732, post 72
- 1,7 mill. kroner overføres til kap. 732, post 73

### «Stol på egne krefter» – rekruttering og stabilisering av legespesialister i Helse Finnmark HF

En uttalt målsetting for helsetjenestens virksomhet er likeverdige tilbud av helsetjenester. En viktig forutsetning for å realisere denne målsettingen, er at helsetjenesten har et tilstrekkelig antall kvalifiserte leger i alle deler av landet. Prosjektet «Stol på egne krefter» 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. I tillegg er det, for de etablerte spesialistene, lagt vekt på tiltak som kan bidra til å vedlikeholde og utvikle attraktive fagmiljøer.

Norsk helsetjeneste har i lengre perioder vært preget av mangel på leger, og i en slik situasjon har det vist seg enklere å rekruttere til sørlige deler av landet enn til nordlige, og til sentrale strøk heller enn til distriktene. Dette har vært en av begrunnelsene for å etablere og opprettholde fordelingssystemer for legene. Helse Finnmark HF er i en særlig utfordrende situasjon når det gjelder legedekning, og dette begrunner etableringen av prosjektet. Helse Nord RHF skal finansiere prosjektet gjennom basisbevilgningen. Det foreslås at tilskuddet som ble gitt inneværende budsjettår, i alt 1,0 mill. kroner over kap. 732, post 21, og kap. 728, post 21, overføres til kap. 732, post 75. I tillegg overføres 1,0 mill. kroner fra hvert av de øvrige fire regionale helseforetak, slik at samlet tilskudd til prosjektet blir 5,0 mill. kroner i 2007.

### Landsfunksjon for ABC-skader

Departementet godkjente i 2005 en permanent landsfunksjon ved Ullevål universitetssykehus HF (UUS) for behandling av personer som har vært utsatt for biologisk eller kjemisk agens eller radioaktiv stråling (ABC-skader). Dette anses som et viktig tiltak for å styrke den nasjonale ABC-beredskapen fremover. Det er lagt til grunn at UUS både skal kunne behandle pasienter selv, samt tilby faglig assistanse til andre sykehus og helsetjenesten for øvrig. Det foreslås at landsfunksjonen finansieres med 2 mill. kroner fra hvert regionale helseforetak, dvs. at 2 mill. kroner overføres fra kap. 732, post 72, post 73, post 74 og post 75 til kap. 732, post 71 (Helse Øst RHF). I tillegg vil midler tilsvarende 3 mill. kroner fra kap. 702 Helse- og sosialberedskap til landsfunksjonen bli videreført i 2007.



### Nasjonalt ryggnettverk

Helse Øst RHF har fått tildelt 3,0 mill. kroner over kap. 728, post 21, i 2006 for å sikre videre drift av formidlingsenheten i det tidligere ryggnettverket. Formidlingsenheten er en del av den kliniske virksomheten ved Ullevål Universitetssykehus HF. Det foreslås at midler tilsvarende 3,1 mill. kroner overføres til kap. 732, post 71 i 2007.

### Døgnkontinuerlig tilstedevakt ved redningshelikopterbasen på Banak

Som et ledd i oppfølging av redningshelikoptermeldingen, jf. Innst. S. nr. 156 (2001-2002) ble det i 2006 opprettet døgnkontinuerlig tilstedevakt ved redningshelikopterbasen på Banak. Det overføres 3,8 mill. kroner fra Justis- og politidepartementets budsjett til Helse Nord RHF til kompensasjon for merutgifter ved innføring av tilstedevakt for lege. Regjeringen vil utvide tiltaket til også å gjelde redningshelikopterbasen i Bodø i løpet av 2. halvår 2007, jf. omtale under kategori 06.50, pkt. 4.1.2. i Justisdepartementets St.prp. nr. 1 (2006-2007).

### Resultat av kartlegging av den økonomiske situasjonen for sykehusbarnehager

I St.prp. nr. 66 (2005-2006) heter det at: «Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet arbeider i fellesskap med å kartlegge situasjonen for sykehusbarnehager. Departementene vil i lys av kartleggingen vurdere behovet for tiltak og løsninger. Regjeringen vil komme tilbake til saken i St.prp. nr. 1 (2006-2007).

Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet har i samarbeid foretatt en kartlegging av situasjonen for sykehusbarnehagene i utvalgte fylker og regionale helseforetak. Det er innhentet informasjon fra fylkesmennene i Troms, Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal, Buskerud og Telemark, om den økonomiske situasjonen for sykehusbarnehager. Det er i tillegg innhentet opplysninger om sykehusbarnehagene fra de regionale helseforetakene. Departementenes vurdering av tilbakemeldingene fra fylkesmennene og de regionale helseforetak er at situasjonen for sykehusbarnehagene ikke er av en slik karakter at det bør følges opp av tiltak på nasjonalt nivå. Departementene legger til grunn at de aktuelle kommuner og helseforetak ut fra de lokale behov finner løsninger som opprettholder nødvendige barnehageplasser. I denne vurderingen må kommunene se hen til målsettingen om å sikre full barnehagedekning. Helseforetakene har et ansvar for

å sikre helsetjenester til befolkningen og herigjennom rekruttering av helsepersonell som er nødvendig for å kunne utføre disse tjenestene.

### Studenthelsetjeneste

De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen som oppholder seg i helseregionen. Spesialisthelsetjenester til studenter inngår dermed også som en del av «sørge for»-ansvaret. Ved universitetene i Oslo, Bergen og Trondheim er det gjennom studentsamskipnadene bygd opp særskilte studenthelsetjenester. 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 vil gjennomgå tilskuddsordningen for helsetjenester til studenter og vurdere hvordan ressursene bør fordeles til det enkelte universitet/studentsamskipnad.

### Avtalespesialister

Det vises til Nasjonal helseplan, kap 6.3.3, der det fremgår at departementet vil sette i gang et arbeid med sikte på å endre rammebetingelsene for å få en bedre integrering av avtalespesialister i de regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar.

### Donoransvarlige leger i sykehusene

Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF har landsfunksjon for alle organtransplantasjoner i Norge. Sykehuset kan motta organer fra 28 godkjente donorsykehus. Alle donorsykehus skal ha oppnevnt donoransvarlig lege. I hht. rundskriv I-9/2003 skal helseforetaket sørge for å prioritere tilstrekkelige ressurser til å ivareta denne oppgaven. Det vises for øvrig til omtale av organdonasjon og transplantasjoner under kap. 728, post 70. Departementet vil i oppdragsdokumentene 2007 be regionale helseforetak sørge for at de donoransvarlige leger gis bedre rammetingelser enn i dag for å kunne ivareta denne oppgaven.

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å dokumentere ressursbruk til organdonasjon og donoransvarlig lege sett i forhold til hva dagens finansieringsordninger faktisk dekker. Sosial- og helsedirektoratet er videre bedt om å komme med evt. forslag til tiltak i lys av de funn som gjøres.

**Post 71 Tilskudd til Helse Øst RHF**

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse 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 2005 og status 2006 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak.

For 2007 foreslås bevilget 18 610,3 mill. kroner over post 71 til Helse Øst RHF.

**Post 72 Tilskudd til Helse Sør RHF**

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Sør 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 2005 og status 2006 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak.

For 2007 foreslås bevilget 10 372,1 mill. kroner over post 72 til Helse Sør 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 2005 og status 2006 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak.

For 2007 foreslås bevilget 9 691,9 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 2005 og status 2006 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak.

For 2007 foreslås bevilget 7 012,6 mill. kroner over post 74 til Helse Midt-Norge RHF.

**Post 75 Tilskudd til Helse Nord RHF**

Tilskuddet er en grunnfinansiering for å sette Helse Nord RHF i stand til å utføre sin virksomhet og for å realisere sitt ansvar hjemlet i helseforetaksloven og ut fra øvrig lovverk og politiske beslutninger om helsepolitiske mål og rammer.

For rapportering 2005 og status 2006 vises det til omtalen beskrevet innledningsvis på budsjettkapitlet, jf. bl.a. Plan og melding fra regionalt helseforetak.

For 2007 foreslås bevilget 6 119,5 mill. kroner over post 75 til Helse Nord RHF.

**Post 76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus****Formål**

ISF er et finansieringssystem rettet mot de regionale helseforetakene. Gjennom finansieringssystemet gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange pasienter som får behandling.

Gjennom ordningen med innsatsstyrt finansiering påtar staten seg et delansvar for kostnader ved flere pasientbehandlinger enn det som er planlagt. Slik risikodeling er et viktig rasjonale bak ordningen og legger til rette for at de regionale helseforetakene kan aktivitetsfinansiere underliggende helseforetak. Aktivitetsfinansiering stimulerer til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalsen som hindrer effektiv pasientbehandling. Uten ordningen vil det være «kostnadsfritt» å redusere pasientbehandlingen fordi de regionale helseforetakene ikke taper inntekter. Kostnadskontroll 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 behandlingsskapitet. 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 omfatter pasienter som behandles ved innleggelse, dagkirurgi og enkelte dagbehandlinger. ISF-refusjonen utbetales til det regionale helseforetak. I 2006 er ISF-satsen 40 pst. av gjennomsnittlige behandlingsskostnader. Resterende 60 pst. 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 omfatter om lag 500 diagnoserelaterte grupper (se boks 5.1 for nærmere forklaring av ISF-systemet). Disse diagnoserelaterte gruppene kostnadsberegnes jevnlig. Innenfor hver enkelt diagnosegruppe kan det for den enkelte behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og ISF-refusjon. Hyppige revisjoner av kostnadsvektene skal imidlertid sikre at refusjonene i størst mulig utstrekning avspeiler kostnadsforholdene på en riktig måte. Målsetningen om et mest mulig oppdatert ISF-system kan komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for de regionale helseforetakene. Målet er å ha et mest mulig oppdatert system, men medisinsk praksis endres kontinuerlig og det vil ikke være mulig å være à jour med den medisinsktekniske utviklingen til enhver tid.

Under behandlingen av St.meld. nr. 5 (2003-2004), jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004), ba Stortinget departementet vurdere en hyppigere justering av DRG-vektene. Fra 2006 oppdateres kostnadsvektene hvert år.

Departementet arbeider systematisk med å bedre kvaliteten på ISF-systemet. Det er igangsatt et arbeid for å få på plass bedre registreringssystemer og bedre kostnadsinformasjon om pasientbehandlingen. Bedre kostnadsinformasjonssystemer vil gi et bedre grunnlag for å vedlikeholde og utvikle ISF-systemet, og gi bedre styringsinformasjon når pengene skal fordeles fra de regionale helseforetakene. I 2006 har SINTEF Helse utarbeidet og oversendt forslag til prinsipper og retningslinjer for KPP-regnskaper. Forslaget er sendt på høring til blant annet de regionale helseforetakene. Sosial- og helsedirektoratet vil ut i fra sin rolle som faglig rådgiver for departementet gjennomgå materialet og gi tilrådinger før departementet tar endelig avgjørelse. Etablering av et slikt kostnadsinformasjonssystem basert på faktiske kostnader per pasient (KPP) vil ta noe tid.

Utbetalinger gjennom ISF-systemet baserer seg på medisinske registreringer av enkeltpasienter på sykehusene. Det forutsettes at retningslinjer for registrering av pasienter og diagnoser følges lojalt i sykehusene. Dersom det er tvil om hva som er medisinsk korrekt koding skal dette avklares med Sosial- og helsedirektoratet. Avregningsutval-

### Boks 5.1 Diagnoserelaterte grupper (DRG)

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig tilnærmet homogene. Det er i alt om lag 500 diagnoserelaterte grupper. Grupperingen bygger på om lag 20 000 diagnoser og om lag 6 500 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 pasientgrupper 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 30. Dette gjelder for eksempel beinmargstransplantasjonspasienter. Kostnaden ved å behandle disse pasientene er med andre ord beregnet til å være om lag 30 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 2006)

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. Ordningen med det såkalte kryptaket ble avviklet i 2002. I stedet er det innført en praksis der enhetsprisen settes ned svarende til økt DRG-indeks grunnet endret registreringspraksis.

get skal gi råd når det foreligger tvil om 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. Riksrevisjonen har i 2006 publisert en undersøkelse om årsakene til varierende kodekvalitet i helseforetakene. Undersøkelsen fra Riksrevisjonen er oversendt Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene og vil inngå som en del av grunnlaget for det videre arbeidet med utvikling av kodekvalitet. Sosial- og helsedirektoratet skal i denne sammenhengen også utvikle indikatorer som skal kunne gi en balansert og dekkende beskrivelse av utviklingen i kodekvalitet.

ISF-grunnlaget lukkes hvert tertial. Med det menes at data som leveres hvert tertial vil være det endelige beregningsgrunnlaget i ISF. Refusjonene utbetales til det regionale helseforetak a konto i 12 terminer basert på budsjettert aktivitet med en endelig avregning året etter basert på faktisk innrapportert aktivitet.

### Resultatrapport 2005

Vedtatt budsjett for 2005 forutsatte om lag uendret aktivitet fra 2004 til 2005. Antall DRG-poeng og tilleggsrefusjoner er om lag 1,8 pst. eller 350 mill. kroner høyere enn det som er lagt til grunn i bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene for 2005. Analyser av indeksveksten viser at omfanget av registreringsendring i 2004 kan anslås til om lag 1,4 pst. Dette er 0,6 pst. eller 120 mill. kroner lavere enn anslaget på 2 pst. i enhetsprisen for 2005 og innebærer at en større andel av DRG-poengene i 2005 er knyttet til reell aktivitet enn forutsatt. Dette tilsier isolert sett en vekst i aktiviteten på om lag 0,6 pst. i 2005. Samlet sett gir dette en aktivitetsvekst på om lag 2,4 pst. eller om lag 470 mill. kroner i 2005, jf. St.prp. nr. 12 (2005-2006) og Innst.S. nr. 46 (2005-2006).

Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til eventuelle justeringer som følge av behandling av enkeltsaker i Avregningsutvalget, i omgrupperingsproposisjonen høsten 2006.

### Tilstandsvurdering 2006

Vedtatt budsjett og styringskrav for 2006 gir grunnlag for om lag videreføring av det høyere gjennomsnittlige aktivitetsnivået i 2005. En prognose for hele året basert på aktivitetstall for 1. tertial gir en aktivitetsvekst på om lag 1,6 pst. med en enhetspris på 31 614 kroner. Dette er 1,6 pst over sty-

ringskravet for 2006. Det er i 2006 gjennomført endringer i ISF-reglene for å gi en mer riktig utbetaling innenfor de enkelte DRG-grupper. De økonomiske konsekvensene av endringene er analysert på data for 1. tertial og viser at det isolert sett utbetales om lag 40 mill. kroner for lite etter omleggingen. Eventuelle budsjettkonsekvenser av ISF-regler, endringer i DRG-systemet og registreringsendringer (indeksanalyser) vil på vanlig måte håndteres i den endelige avregningen for 2006.

### Budsjettforslag 2007

For 2007 foreslås det bevilget 14 709 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Budsjettet legger til rette for å kunne videreføre gjennomsnittlig aktivitetsnivå i 2007, på om lag samme nivå som etter 1. tertial 2006. 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 32 490 kroner. Ved fastsettelse av enhetsprisen er det lagt til grunn en prisomregning på 3,8 pst. fra 2006 til 2007. 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 2007. Dersom omfanget av endret registreringspraksis i ettertid avviker fra det som her er lagt til grunn enhetsprisen, vil dette på vanlig måte bli håndtert i forbindelse med den endelige avregningen for 2007.

I 2006 er enheter under Aker Universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Vestfold HF og Helse Førde HF slått sammen til en institusjon. I ISF-ordningen er det forutsatt at ingen enheter skal tjene eller tape på rene organisasjonsendringer. Organisatoriske endringer som medfører endringer i grunnlaget for ISF-refusjon korrigeres i basisbevilgningen. Det er derfor lagt inn en økning i basistilskuddet til Helse Øst RHF, Helse Sør RHF og Helse Vest RHF på 14,2, 18,9 og 1,7 mill. kroner (til sammen 34,8 mill. kroner) mot en tilsvarende reduksjon over kap. 732, post 76.

Finansieringen av legemiddelgruppen TNF-hemmere ble overført fra folketrygden til regionale helseforetak fra 1. juni 2006, jf. St.prp. nr. 1 (2005-2006) og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2005-2006). Dette innebar at tilleggsrefusjonen for bruk av Remicade opphørte fra 1. juni 2006. Som følge av dette er det flyttet 7,3 mill. kroner fra kap. 732, post 76 til postene 71 til 75 i 2007.

### Utvidelse av ISF-ordningen i 2007

I tråd med St. meld. nr. 5 (2003-2004) vil departementet overføre deler av aktiviteten på offentlige poliklinikker til ISF-ordningen. Omleggingen omfatter den somatiske aktiviteten i de offentlige poliklinikkene. Poliklinisk behandling innen psykisk helsevern, rusbehandling samt laboratorie- og røntgenvirksomhet vil ikke være omfattet av denne omleggingen. Formålet med utvidelsen er å etablere et gjennomgående aktivitetsbasert finansieringssystem som på en bedre måte enn i dag kan oppdateres i forhold til bruk av poliklinikk i utredning og behandling. I tillegg vil endringene legges 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 1.1.2006. Datagrunnlaget har foreløpig ikke en kvalitet som gjør det mulig å lage et fullverdig DRG-/ISF-system som kan erstatte takstsystemet fra 1.1.2007. For å bedre kvaliteten i datagrunnlaget overføres 10 pst. (120 mill. kroner) av forventete utbetalinger på kap. 732, post 77 Refusjon for poliklinisk virksomhet ved sykehus mv. til kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering. I 2007 vil de regionale helseforetakene få utbetalt disse midlene sammen med øvrige ISF-refusjoner dersom aktiviteten på poliklinikkene registreres på samme måte som øvrig ISF-aktivitet. En gradvis innføring vil oppmuntre til komplett registrering, som er en forutsetning for å kunne utvikle et fullverdig DRG-/ISF-system for all somatisk spesialisthelsetjeneste. I tillegg vil en gradvis innføring sikre en tilfredsstillende kostnadskontroll, bidra til at eventuelle omfordelingseffekter er håndterbare både for staten og de regionale helseforetakene og øke legitimiteten til de nye systemene fordi bedre datagrunnlag sikrer bedre klassifikasjon og kostnadsvekter. I oppdragsdokument og ISF informasjonshefte for 2007 vil det bli gitt nærmere informasjon om hvordan midlene utbetales og det videre arbeid med å utvikle DRG-/ISF-system for poliklinikkene.

### Post 77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.

#### Formål

Posten omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner, inklusive poliklinisk radiologi og laboratorievirksomhet.

#### Resultatrapport 2005

Alle refusjonstakster ble prisjustert med 3,4 pst. fra 1. januar 2005. Egenandelene ble økt med 8 pst. fra 1. juli 2005.

Takststrukturen for psykisk helsevern ble innenfor et budsjettneuttralt opplegg lagt om fra 1. januar 2005. Samtidig ble disse takstene også åpnet for å omfatte behandling ved ruspoliklinikkene. Departementet skal motta en evaluering fra Sosial- og helsedirektoratet av disse takstene i løpet av høsten 2006. Eventuelle endringer kan derfor iverksettes fra 1.1.2007.

Fra 1. juli 2005 ble det innført refusjonstakst for testing for Human papiloma virus (HPV) for offentlig og private laboratorier.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 5 (2003–2004), vedtok Stortinget å halvere satsen for refusjoner til laboratorie- og radiologitjenester fra 1. september 2005, jf. Innst.O. nr. 35 (2005-2006).

Regnskapet viser at det i 2005 ble utbetalt 3 721,5 mill. kroner i refusjoner til poliklinisk virksomhet ved sykehus mv. Dette er en økning på 0,8 pst. fra 2004, og er om lag 240 mill. kroner over saldert budsjett 2005. Tabellen nedenfor viser endring i utbetaling fra 2002 til 2005 knyttet til de enkelte hovedgrupper av spesialiteter. I perioden fra 2002 til 2005 er det en samlet nedgang i utbetalingene på 4,3 pst. som skyldes at refusjonstakster er satt ned i 2004 og 2005.

Tall fra SAMDATA viser en vekst i polikliniske konsultasjoner fra 2004 til 2005 svarende til 2,5 pst. for somatisk pasientbehandling. I samme periode var veksten 14 pst. for psykisk helsevern voksne og 13 pst. for psykisk helsevern barn og unge. Det er foreløpig ikke tilgjengelig aktivitetsveksttall for tverrfaglig rusbehandling.

Regnskapsførte utgifter<sup>1</sup> til poliklinisk virksomhet

Spesialitet	2002	2003	2004	2005	(i mill. kr)
					Pst. endring 2002–2005
Somatikk	1 809	2 032	1 544	1 514	-16,3.
Psykisk helsevern – voksne	365	421	297	307	-15,9.
Psykisk helsevern – barn og unge	272	318	244	271	-0,4.
Laboratorium	917	1 079	1 128	1 217	32,7
Radiologi	525	457	476	413	-21,3
<b>Totalt</b>	<b>3 888</b>	<b>4 307</b>	<b>3 689</b>	<b>3 721</b>	<b>-4,3.</b>

<sup>1</sup> Tallene indikerer kun regnskapsførte utgifter, endring i refusjonsbeløp for takstene må tas i betraktning for en helhetlig vurdering av kostnadsnivået

**Tilstandsvurdering 2006**

Budsjettet for 2006 legger opp til en videreføring av det høye aktivitetsnivået i 2005. Basert på regnskapstall for perioden januar til mai, er samlede utbetalinger i 2006 anslått til 3 230 mill. kroner. Dette er om lag 217 mill. kroner over saldert budsjett. Det er særlig økning innenfor offentlig laboratorier og offentlig radiologi. Korrigert for takstendringene, viser de regnskapsførte utgiftene hittil i år en underliggende volumvekst på 0,2 pst. for somatikk, 0,4 pst. for voksenpsykiatri, 10,8 pst. for barne- og ungdomspsykiatri, 12,3 pst. for offentlige laboratorier og 19,3 pst. for radiologi.

Departementet vil eventuelt komme tilbake til Stortinget med forslag om nødvendige tilleggsbevilgninger for 2006 basert på oppdaterte prognoser.

Refusjonstakstene for somatisk pasientbehandling, laboratorie- og radiologisk virksomhet ble ikke fullt ut prisjustert, mens refusjonstakstene for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling mot rusmiddelmissbruk ble prisjustert med 2,93 pst. fra 1. januar 2006. Fritaket for egenandeler ble utvidet til å omfatte barn under 12 år fra 1. januar 2006.

I 2004 ble det innført takst for pasientopplæring som gjelder uavhengig av diagnose, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2003–2004). Taksten ble evaluert av Sosial- og helsedirektoratet i 2005. På bakgrunn av dette er poliklinikkforskriften endret fra 1. januar 2006 slik at opplæringsprogrammet i dag må strekke seg over minimum 7 timer, mot tidligere minimum 10 undervisningstimer, for at taksten skal kunne benyttes. Dette legger forholdene til rette for pasientopplæringsprogrammer som inkluderer dagskurs.

Takststrukturen for assistert befruktning ble endret fra 1. januar 2006 slik at pasientbetalingen knyttes til hvert enkelt forsøk (uansett anvendt metode), i stedet for å gjelde «for inntil tre forsøk». Staten yter fremdeles delvis refusjon for inntil tre forsøk. Betalingen ble satt til 1 500 kroner per forsøk, i stedet for 3 000 kroner for inntil tre forsøk. Det er anslått at pasientgruppen sett under ikke skal betale mer med ny takststruktur sammenliknet med forrige.

**Budsjettforslag 2007**

Departementet foreslår å bevilge 3 099,6 mill. kroner til refusjon for poliklinisk virksomhet i 2007. Budsjettet legger opp til at den polikliniske aktiviteten i sykehusene kan videreføres på om lag samme nivå som i 2006.

Takstene for laboratorie- og radiologitjenester ble halvert fra 1. september 2005. Omleggingen skulle legge til rette for at de regionale helseforetakene på en bedre måte kan planlegge og styre omfanget av laboratorie- og radiologitjenester innenfor sitt «sørge for»-ansvar. Til tross for dette ligger det an til at den kraftige volumveksten fortsetter i 2006, for radiologivirksomhet med 19,3 pst. og for laboratorietjenester med 12,3 pst. sammenliknet med 2005. For å bremse ytterligere vekst, foreslås det å sette ned takstene svarende til 90 mill. kroner i forhold til det høye aktivitetsnivået i 2006. Tilsvarende underregulering av takstene foretas for de private laboratorie- og radiologitjenestene.

Egenandelene til legehjelp foreslås økt med gjennomsnittlig 5 pst. fra 1. juli 2007. Økningen anslås å svare til en merinntekt på 30 mill. kroner. Refusjonstakstene vil reduseres tilsvarende denne anslåtte merinntekten.

For å bedre kvaliteten i datagrunnlaget foreslås det overført 120 mill. kroner til kap. 732, post 76 Innsatsstyrt finansiering. Det vises til nærmere omtale under kap. 732, post 76.

Forslaget inkluderer en økning på 2 mill. kroner til legemiddelassistert rehabilitering.

### **Innføring av ny versjon av finansieringssystemet for poliklinisk radiologi**

Både offentlige og private virksomheter som tilbyr poliklinisk radiologi finansieres gjennom et kodeverksbasert refusjonssystem og bygger på primærkodeverket NORAKO. Systemet forutsetter jevnlig oppdateringer av grupperingslogikk og prisregler bl.a. som følge av ny teknologi og nye metoder. Disse oppdateringer vil alltid ha noen omfordelingseffekter.

Siden innføring i 2002 er systemet kun oppdatert i 2004. Usikkerhet knyttet til omfordelingseffektene mellom de radiologiske virksomhetene har vært årsaken til at finansieringssystemet ikke ble oppdatert i 2005 og 2006.

I 2005 ble omfordelingseffektene for private institusjoner antatt å være omfattende og departementet ønsket en gjennomgang av årsakene. Under dette arbeidet ble det avdekket koding som ble vurdert å være i strid med kodeverkets veiledning. Daværende Rikstrygdeverket forela saken for et ekspertutvalg. Etter utvalgets gjennomgang ble det i en rapport fra Rikstrygdeverket presisert hva som anses refusjonsberettiget koding. Rikstrygdeverket konkluderte med at årsakene til inntektstapet ved de aktuelle institusjonene i hovedsak skyldes avvikende kodepraksis.

I 2006 ble det i regi av Sosial- og helsedirektorat foretatt ny en gjennomgang av omfordelingsvirkningene av en oppdatert versjon. Sosial- og helsedirektoratets beregninger viser at omfordelingseffektene er marginale på helseregionsnivå. For de private institusjonene synes omfordelingseffektene å være mer markante. Dette skyldes imidlertid i hovedsak avvikende kodepraksis som ikke er i tråd med retningslinjene. Dersom det korrigeres for denne kodepraksisen viser beregninger at inntektsreduksjonen dempes.

Etter departementets oppfatning synes omfordelingseffektene av siste versjon av finansieringssystemet som akseptable når det korrigeres for ikke refusjonsberettiget kodepraksis. Departementet vil derfor innføre en ny oppdatert versjon av finansieringssystemet for poliklinisk radiologi fra 1. januar 2007.

### **Post 78 Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre**

#### **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. Det resultatbaserte tilskuddet fordeles etter et glidende gjennomsnitt av forskningsresultater (publiserte artikler og avlagte doktorgrader) i de regionale helseforetakene de siste tre år. Tilskuddet fordeles av samarbeidsorganet mellom det regionale helseforetaket og universitetet. Det er ikke lagt føringer for de regionale helseforetakenes valg av finansieringsmodell for forskning i helseforetakene.
- *Tilskudd til nasjonale medisinske kompetansesentra* skal gi et økonomisk bidrag til nasjonale medisinske kompetansesentra 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 2005**

Samlet bevilgning på posten var på 1 050,9 mill. kroner i 2005. Tilskudd til forskning utgjorde 383 mill. kroner. Resultatmålingen viste at de regionale helseforetakene i 2004 bidro med 24 pst. av i alt 5 765 vitenskapelige artikler fra norsk forskning i internasjonale tidsskrifter. Det ble rapportert inn 126 avlagte doktorgrader fra de regionale helseforetakene i 2004.

Tilskudd til utdanning var på 473,5 mill. kroner. Økningen på 3 mill. kroner gikk til å dekke sykehuses merkostnader i tråd med vedtatt opptrapping av antall medisinstudenter ved universitetene.

Det ble tildelt totalt 194,8 mill. kroner til nasjonale medisinske kompetansesentra i 2005. Departementet har mottatt regnskap og rapporter for bruken av tilskuddet i 2005. Det ble opprettet to nye nasjonale medisinske kompetansesentra i Helse Sør RHF; Nasjonalt ammesenter og Nasjonalt kompetansesenter for studier av langtidseffekter ved behandling av kreft. Det ble overført til sammen 0,8 mill. kroner fra kap. 732, post 71, post 73, post 74 og post 75 til Helse Sør RHF under kap.

732, post 78 til finansiering av Nasjonalt ammesenter. I 2005 ble prosessen med overføring av de nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger til de regionale helseforetakene videreført. Midler for drift av Trenings- og rådgivningssenteret (TRS), Tannhelsekompetansesenteret (TAKO) og Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og Narkolepsi (NK) ble overført Helse Øst RHF i 2005. Midler for drift av Institutt for sjeldne diagnoser (ISD) og Senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SSSS) ble overført Helse Sør RHF og de to sentrene ble slått sammen til Senter for sjeldne diagnoser (SSD). Ansvar for drift av Frambu, inkl. Frambu barnehage og skole, ble i 2006 overført til Helse Øst RHF.

### Tilstandsvurdering 2006

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 i 2005. Antallet artikler er økt med om lag 10 pst. fra forrige år. Målesystemet er i 2006 utvidet til å omfatte flere norske fagtidsskrifter som indekseres i Norart databasen. Av artiklene i internasjonale tidsskrifter er det 43 pst. som har medforfattere i utlandet. For å styrke internasjonalt samarbeid er det fra og med publikasjonene fra 2005 innført en ekstra vekt i poengberegningen for artikler med utenlandske medforfattere. 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
Helse Øst	456,8 (22,6 %)	470,1 (20,8%)	487,1 (20,5%)	508,8 (20,6%)
Helse Sør	803,8 (39,8 %)	917,9 (40,7%)	978,4 (41,2%)	1043,0 (42,1%)
Helse Vest	371,9 (18,4 %)	463,7 (20,5%)	497,6 (21,0%)	536,0 (21,7%)
Helse Midt-Norge	240,2 (11,9 %)	249,8 (11,1%)	254,1 (10,7%)	228,4 (9,2%)
Helse Nord	146,7 8 (7,3 %)	155,1 (6,9%)	154,7 (6,5%)	158,0 (6,4%)
Sum	2054,3 (100 %)	2256,6 (100 %)	2372,0 (100 %)	2474,2 (100 %)

Tilskudd til utdanning ble fra 2006 lagt inn i basisbevilgningene til de regionale helseforetak, jf. oppfølging av Stortingets merknad i Innst. S. nr. 82 (2003-2004). Målsetningen var å etablere en mer likeartet praksisfinansiering for studenter fra universiteter og høyskoler, samt et enhetlig finansieringssystem for grunntidning, videreutdanning og etterutdanning av helsepersonell. Samtidig har departementet stilt krav til de regionale helseforetak om å sikre ivaretagelse av kvalitative og kvantitative krav til antall praksisplasser. Det er også etablert samarbeidsorgan og inngått rammeavtaler/avtaler i samtlige helseregioner.

Departementet har vedtatt opprettelse av to nye nasjonale medisinske kompetansesentra i 2006; Nasjonalt medisinsk kompetansesenter for kvinnehelse (kvinnehelsesenteret) i Helse Sør RHF og Nasjonalt medisinsk kompetansesenter for blodtypeserologi i Helse Øst RHF. Opprettelsen av kvinnehelsesenteret er et sentralt tiltak i arbeidet med å styrke satsningen 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.

Midler til drift av Frambu, inkl. Frambu barnehage og skole, ble i 2006 overført til Helse Øst RHF under kap. 732, post 78. 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. Ansvar for Det statlige kompetansesystemet for døvblinde og Nasjonalt kompetansenettverk for personer med autisme ble overført de regionale helseforetakene. Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene i 2006 foretatt en gjennomgang av fordeling av midler til drift av nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger med bakgrunn i bl.a. antall diagnosegrupper per senter herunder Nevromuskulært kompetansesenter (NMK), Tuberkuløs sklerose kompetansesenter (TS), Norsk senter for cystisk fibrose (NCF) og Kompetansesenter for porfyrisykdommer (NAPOS).



**Budsjettforslag 2007**

Tilskuddene til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre er prisjustert. Førte prosent av tilskuddet til forskning på 408,6 mill. kroner, dvs. 163,5 mill. kroner tildeles i basistilskudd som fordeles likt mellom de fem regionale helseforetakene. De resterende 60 pst. av tilskuddet, dvs. 245,1 mill. kroner, fordeles mellom de fem regionale helseforetakene etter forskningsresultater for perioden 2003-2005.

Tilskudd til nasjonale medisinske kompetansesentra foreslås bevilget med 338,8 mill. kroner. Beløpet inkluderer overføring av 65,3 mill. kroner fra kap. 732, post 70. Det vises til at ansvaret for drift av Det statlige kompetansesystemet for døvblinde og Nasjonalt kompetansenettverk for personer med autisme er overført de regionale helseforetak. Bevilgningen til Nasjonalt medisinsk kompetansesenter for kvinnehelse i Helse Sør RHF foreslås videreført med 10,4 mill. kroner i 2007.

På bakgrunn av en gjennomgang av midler til nasjonale kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger foreslås en mindre omfordeling mellom sentrene og en styrking av midler til drift av Nevromuskulært kompetansesenter (NMK), Tuberkuløs sklerose kompetansesenter (TS) og Kompetansesenter for porfyri sykdommer (NAPOS). Omfordelingen innebærer en reduksjon av midler til Helse Øst RHF med 3,3 mill. kroner og en styrking av midler til hhv. Helse Sør RHF og Helse Vest RHF med 1,3 mill. kroner og Helse Nord RHF med 0,7 mill. kroner.

Midler til drift av døvblindesystemet foreslås overført fra kap. 732, post 70 til kap. 732, post 78 under tilskudd til nasjonale medisinske kompetansesentra. Av dette vil 42,1 mill. kroner tildeles Helse Øst RHF. Det forutsettes at Helse Øst RHF

fordeler midlene til de regionale kompetansesentrene som følger:

Kompetansenheter i døvblindesystemet	Totalt beløp (i mill. kr)
Andebu regionsenter	7,4
Vestlandet regionsenter	6,5
Nord-Norge regionsenter	6,2
Skådalen regionsenter	7,8
Eikholt	10,8
Huseby	0,9
Sentral koordinerende instans	2,5
<b>Totalt</b>	<b>42,1</b>

Midler til autismenettverket på 21,1 mill. kroner foreslås overført fra kap.732, post 70 til kap. 732, post 78 Nasjonale medisinske kompetansesentra. Av dette vil Helse Sør RHF tildeles 7,7 mill. kroner til drift av Autismeenheten. I tillegg tildeles Helse Øst RHF 4,9 mill. kroner, Helse Sør RHF 2,7 mill. kroner, Helse Vest RHF 2,4 mill. kroner, Helse Midt-Norge RHF 1,8 mill. kroner og Helse Nord RHF 1,6 mill. kroner til drift av de regionale autissemiljøene.

Sakkyndige team for hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD ble opprettet i Bergen, Trondheim og Oslo som et prosjekt fra 1997-2006. Det foreslås at kompetansen fra 2007 inngår i et kompetansenettverk sammen med Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (NK). Det foreslås å overføre 2,6 mill. kroner fra kap. 743, post 70 til kap. 732, post 78. Midlene fordeles mellom de regionale helseforetakene, som vil bli anbefalt å opprette regionale fagmiljøer i samarbeid med fagmiljøene for autisme.

Fordeling av tilskuddet på de regionale helseforetak er som følger:

(i mill. kr)

Tilskuddsmotaker	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentra			
	Forskning		Nasjonale medisinske kompetansesentra	Sum RHF
	Basis	Resultatbasert <sup>1</sup>		
Helse Øst RHF	32,7	50,5	170,3 <sup>2</sup>	253,5
Helse Sør RHF	32,7	103,2	71,7 <sup>3</sup>	207,6
Helse Vest RHF	32,7	53,2	31,8 <sup>4</sup>	117,7
Helse Midt-Norge RHF	32,7	22,5	28,9 <sup>5</sup>	84,1
Helse Nord RHF	32,7	15,7	36,2 <sup>6</sup>	84,6
Sum	163,5	245,1	338,9	747,5

<sup>1</sup> Forskningsresultater for perioden 2003-2005 ligger til grunn for fordeling av midler i 2007.

<sup>2</sup> Beløpet inkluderer 10,0 mill. kroner til NSCF, 4,9 mill. kroner til NK, 10,0 mill. kroner til TAKO, 26 mill. kroner til TRS, 51,2 mill. kroner til Frambu, 42,1 mill. kroner til døvblindesystemet, 4,9 mill. kroner til regionalt autismemiljø og 0,4 mill. kroner til regionalt fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi.

<sup>3</sup> Beløpet inkluderer 15,6 mill. kroner til SSD, 3,8 mill. kroner til TS, 7,7 mill. kroner til autismeenheten, 2,7 mill. kroner til regionalt autismemiljø, 0,4 mill. kroner til regionalt fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi og 10,4 mill. kroner til Nasjonalt medisinsk kompetansesenter for kvinnehelse.

<sup>4</sup> Beløpet inkluderer 3,2 mill. kroner til NAPOS, 2,4 mill. kroner til regionalt autismemiljø og 0,4 mill. kroner til regionalt fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi.

<sup>5</sup> Beløpet inkluderer 1,8 mill. kroner til regionalt autismemiljø og 0,4 mill. kroner til regionalt fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi.

<sup>6</sup> Beløpet inkluderer 4,0 mill. kroner til NMK, 1,64 mill. kroner til regionalt autismemiljø og 0,4 mill. kroner til regionalt fagmiljø for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi.

### Post 80 Pasienttransport

Finansieringsansvaret for pasienttransport ble overført fra folketrygden til regionale helseforetak fra 2004. Ansvar for utgiftene har vært delt mellom regionale helseforetak og staten i 2004 og 2005. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2005-2006), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2005-2006), ble det vedtatt at alle utgifter til pasienttransport skal dekkes av regionale helseforetaks ramme i 2006. Det er gitt en mer helhetlig omtale av ordningen under kap. 732, post 70.

Utgiftene under post 80 dekker etterslep for utbetalinger i 2006 for aktivitet i de siste ukene i 2005. I 2006 ble det bevilget 35 mill. kroner for å dekke dette. Det er ikke behov for å budsjettere med midler til etterslep i 2007, og tidligere bevilgning på denne posten tilsvarende 36,3 mill. kroner foreslås flyttet til kap. 732, post 70.

### Post 81 Tilskudd til store byggeprosjekter

Ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003-2004) ble det vedtatt å gi investeringstilskudd til tre særskilte byggeprosjekter; Nye Ahus, fase 2 av ny universitetsklinikk i Trondheim og nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet på til sammen 4,5 mrd.

kroner. Tilskuddet skal 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 investeringstilskuddet og om nødvendig låneopp- tak. I tråd med det system som er lagt til grunn for styring og gjennomføring av investeringsprosjekter er det de respektive helseforetakene som skal stå for styring og oppfølging innenfor de premisser som følger av Stortingets vedtak.

Videre vises det til Stortingets behandling av St.prp. nr. 65 (2004-2005) hvor investeringstilskuddet til Helse Midt-Norge RHF i forbindelse med fase 1 av ny universitetsklinikk i Trondheim ble fastsatt til 2,9 mrd. kroner.

### Nye Ahus

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. Departe-

mentets samlede bidrag/investeringstilskudd til prosjektet utgjør 2,6 mrd. 2004-kroner.

I 2005 utgjorde tilskuddet til gjennomføring av prosjektet 344 mill. kroner. I 2006 vil det utbetales 557 mill. kroner i investeringstilskudd til gjennomføring av byggeprosjektet.

#### Budsjettforslag for 2007

For 2007 foreslås bevilget 954,4 mill. kroner i investeringstilskudd til Helse Øst RHF til realisering av Nye Ahus.

#### **Ny universitetsklinikk i Trondheim (Nye St. Olavs Hospital)**

##### Fase 1

Stortinget vedtok våren 2002 gjennomføring av fase 1 av ny universitetsklinikk i Trondheim. Alle byggearbeider er slutført og sentra i byggefase 1 – Nevrosenteret, Kvinne-Barnsenteret, Laboratoriesenteret og pasienthotell – er tatt i bruk. Med dette er om lag halvparten av den nye universitetsklinikken ferdigstilt. Sluttprognose for fase 1 gir en total kostnad som ligger under vedtatt kostnadsramme, jf. Stortingets behandling av St.prp. nr. 53 (2002-2003).

Vedtatt investeringstilskudd til fase 1 på 2,9 mrd. kroner ble utbetalt i sin helhet i 2005. Om lag 1,3 mrd. kroner av dette ble brukt til nedbetaling av tidligere låneopptak. Den resterende andel brukes til slutføring av fase 1, samt finansiering av fase 2.

##### Fase 2

Departementets bidrag til gjennomføring av fase 2 på om lag 1,2 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 gjennomføring av 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. 2005-kroner. Dette la til rette for videreføring og realisering av 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. Kostnadsrammen på P 50 % nivå er satt til 6 298 mill. 2004-kroner. Byggearbeidene for tre av de kliniske sentrene i fase 2 var da allerede startet. Det er nå synliggjort usikkerhet knyttet til regionens håndtering av kostnadene når hoveddelen av fase 2 er ferdigstilt i 2009/10. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok derfor i mai 2006 å revidere forutsetninger for gjennomføring av prosjektet. Endringene gjelder både driftsmessige forhold, innsparinger knyttet til investeringskostnader, samt større grad av egenfinansiering av prosjektet. Endringene gjøres innenfor den etablerte modellen for en integrert universitetsklinikk. I tråd med det etablerte ansvarssystemet er det nå avgjørende at Helse Midt-Norge RHF kommer fram til konkrete tiltak som gir sikkerhet for at prosjektet vil kunne gjennomføres innenfor de samlede og endelige rammebetingelsene.

I 2005 utgjorde departementets tilskudd til byggeprosjektet 60 mill. kroner. I 2006 vil det utbetales 137,5 mill. kroner i investeringstilskudd til gjennomføring av byggeprosjektet.

#### Budsjettforslag for 2007

For 2007 foreslås det bevilget 294 mill. kroner i investeringstilskudd til Helse Midt Norge RHF i forbindelse med fase 2 av ny universitetsklinikk i Trondheim.

Universitetsdelen av prosjektet finansieres over Kunnskapsdepartementets budsjetter (kap. 281, post 79). For 2007 foreslås det bevilget 263,6 mill. kroner til formålet.

#### **Nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet**

Styret i 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 2005 utgjorde tilskuddet til gjennomføring av prosjektet 40 mill. kroner. I 2006 vil det utbetales 133 mill. kroner i investeringstilskudd til gjennomføring av byggeprosjektet.

#### Budsjettforslag 2007

For 2007 foreslås bevilget 169 mill. kroner i investeringstilskudd til Helse Sør RHF til realisering av nytt forskningsbygg ved Radiumhospitalet.

### Post 90 Lån til investeringsformål i helseforetak

Helseforetakenes vedtekter legger til grunn at lån til investeringer kun skal foretas gjennom denne statlige låneordningen som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. Bevilgningen over denne budsjettposten utgjør en øvre ramme, og er utført for at helseforetak som har behov for ekstra likviditet i år med stor byggeaktivitet har mulighet til å gjennomføre investeringsprosjekter. Årlige ved-

tatte lånerammer fordeles av departementet mellom de fem regionale helseforetakene med bakgrunn i fremdrift og likviditetsbehov i helseforetakenes vedtatte investeringsplaner. De siste årene har den årlige lånerammen vært benyttet fullt ut.

#### Rapportering 2005

Det ble bevilget 3 mrd. kroner til formålet. Ved utgangen av 2005 utgjorde totalt låneopptak om lag 8,6 mrd. kroner med følgende fordeling per foretak:

Oversikt over totalt låneopptak per 31. desember 2005 fordelt på de regionale helseforetakene

(i mill. kr)

Regionalt helseforetak	2004	2005	Påløpte		Lånesaldo per 31.12.05
	Lånesaldo per 31.12.04	Fordelt låneramme	byggelånsrenter jf. kap. 732, post 91	Innbetalte avdrag jf. kap. 3732, post 90	
Helse Øst RHF	1 183,9	1 050	27,2	-29,1	2 232,0
Helse Sør RHF	1 187,3	500	13,7	-41,2	1 659,7
Helse Vest RHF	659,9	450	5,9	-13,0	1 102,7
Helse Midt-Norge RHF	2 210,3	700	49,1	-27,7	2 931,8
Helse Nord RHF	346,6	300	1,1	-19,9	627,8
Sum	5 588	3000	97,0	-130,9	8 554,1

Helse Midt-Norge RHF nedbetalte tidlig i 2006 om lag 1,3 mrd. kroner av samlet lånesaldo. De regionale helseforetakenes samlede låneopptak utgjør etter dette om lag 7,2 mrd. kroner. Av dette er 3,9 mrd. kroner omgjort til langsiktig lån, hvor avdrag betales. Det resterende beløpet, tilsvarende 3,3 mrd. kroner er videreført byggelån til prosjekter som er under gjennomføring. De regionale helseforetakene har i tillegg fått nye lånerammer i 2006 på til sammen 2,75 mrd. kroner.

#### Budsjettforslag 2007

I 2007 vil det være et meget høyt investeringsnivå i regionale helseforetak, spesielt som følge av utbygging ved St. Olavs hospital og Ahus. For 2007 gis de regionale helseforetakene samlet mulighet til å

låne inntil 3,5 mrd. kroner. For 2007 foreslås lånerammen satt til 3,5 mrd. kroner.

#### Post 91 Opptrekksrenter

Denne posten er en teknisk håndtering av renter som påløper og belastes, men ikke betales av helseforetakene i perioden frem til ferdigstillelse av prosjekter som delfinansieres gjennom låneopptak. Dette innebærer at disse rentene blir tillagt de regionale helseforetakenes låneporteføljer. Tilsvarende inntekter budsjetteres på Finansdepartementets budsjetter (kap. 5606, post 88).

I 2005 utgjorde samlede opptrekksrenter 97 mill. kroner, se tabellen over. For 2007 foreslås det budsjettert med 200 mill. kroner i byggelånsrenter.

**Kap. 3732 Regionale helseforetak**

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
80	Renter på investeringslån, <i>overslagsbevilgning</i>	60 012	100 000	240 000
90	Avdrag på investeringslån, <i>overslagsbevilgning</i>	130 991	160 000	325 000
	Sum kap. 3732	191 003	260 000	565 000

**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 2005 innbetalte de regionale helseforetakene samlet 60 mill. kroner i renter på de langsiktige lånene, med følgende fordeling:

Oversikt over innbetalte renter i 2005 fordelt på regionale helseforetak

	(i mill. kr)
Regionalt helseforetak	Innbetalte renter på serielån
Helse Øst RHF	10,5
Helse Sør RHF	23,1
Helse Vest RHF	5,5
Helse Midt-Norge RHF	13,6
Helse Nord RHF	7,3
Sum	60,0

Det foreslås at de regionale helseforetakenes renter på investeringslån budsjetteres med 240 mill. kroner i 2007.

**Post 90 Avdrag på investeringslån**

Bevilgningen dekker avdragsinnbetalinger fra de regionale helseforetakene på inngåtte langsiktige låneavtaler. I 2005 ble det innbetalt 131 mill. kroner i avdrag på inngåtte låneavtaler. Se tabell under kap. 732, post 90 for fordeling av avdrag per regionale helseforetak.

Det foreslås at de regionale helseforetakenes avdrag på investeringslån budsjetteres med 325 mill. kroner for 2007.

**Driftskreditter i regionale helseforetak**

De regionale helseforetakene har adgang til å ha driftskreditter innenfor fastsatte rammer hos sin private bankforbindelse. I 2005 utgjorde samlet ramme for driftskreditter 5,5 mrd. kroner. Departementet har ansvar for å fordele fastsatt ramme mellom de regionale helseforetakene. Ved utgangen av 2005 har to av fem regionale helseforetak gjort bruk av driftskreditter på til sammen 1,8 mrd. kroner. Foretakenes bruk av driftskreditter kan i hovedsak knyttes opp mot driftsmessige resultater, samt merutbetalinger knyttet til pensjonspremier.

Samlet ramme for driftskreditter ble økt til 6,5 mrd. kroner ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2005-2006). Likviditetssituasjonen er blitt strammere i 2006. Det må understrekes at bruk av driftskreditter varierer mellom måneder – og mellom helseforetak. I 2007 vil også likviditetssituasjonen være stram, men behov for driftskreditter forventes holdt innenfor nåværende, fastsatte rammer.

**Kap. 737 Kreftregisteret**

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
70	Tilskudd	72 106	75 485	80 353
	Sum kap. 737	72 106	75 485	80 353

## 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 registrering, forskning, rådgivning og informasjon, jf. Kreftregisterforskriften.

### Resultat 2005 og tilstandsvurdering 2006

Departementet har mottatt årsrapport fra Kreftregisteret for bruk av midlene i 2005. Det ble bevilget 72,1 mill. kroner til Kreftregisteret i 2005 til drift av virksomheten. Det er bevilget 77,5 mill. kroner til Kreftregisteret i 2006.

### Registrering

Over 98 pst. av alle kreftdiagnoser er registrert i Kreftregisteret. Brystkreftprøver i mammografi-programmet og livmorhalsprøver i og utenfor cervixprogrammet er 100 pst. rapportert. Det samme gjelder prøver i NORCCAP-I prosjektet (tarmscreening). Registreringene er dermed i tråd med målsettingen om registerets kompletthet.

Oppmøtetallene for mammografi-programmet er 77 pst., for masseundersøkelsen mot livmorhalskreft 80 pst., og for NORCCAP-I om lag 65 pst. Dette er gode resultater, spesielt sett i et internasjonalt perspektiv, men det er likevel igangsatt tiltak for ytterligere å forbedre andelen oppmøtte.

Det er etablert spesialregistre for ulike krefttyper. Kvalitetsregistre for ulike krefttyper er under etablering. Målet er som første land i verden, å få komplette, befolkningsbaserte data over sykdomsprogresjon, behandlingsintensjon og utfall. Innledende prosjekter for elektronisk overføring av patologimeldinger og kliniske kreftmeldinger til Kreftregisteret er gjennomført i 2003-2006 og vil bli videreført i 2007 i samarbeid med Kompetansesenter for IT i helsesektoren (KITH), Nasjonalt senter for telemedisin (NST) og leverandørene av elektroniske pasientjournalssystemer.

### Forskning

Ved årsskiftet 2005/2006 driftet Kreftregisteret 93 forskningsprosjekter og deltok i 28 prosjekter hvor hovedansvaret lå utenfor instituttet. Flere av studiene er basert på internasjonalt samarbeid. Forskningen er konsentrert om risikofaktorer for kreftutvikling, registerbasert klinisk forskning (kvali-

tetsovervåking av diagnostikk og behandling) og i noen grad grunnforskning. Syv doktorgradsarbeider utgikk fra Kreftregisteret i 2005. Ansatte i Kreftregisteret bidro til 81 vitenskapelige artikler i norske og internasjonale fagtidsskrifter.

### Rådgivning og informasjon

Heftene «Kreft i Norge 2002» og «Kreft i Norge 2003», som er informasjonshefter om forekomst og insidens av ulike kreftformer, ble publisert i 2005. I april 2006 ble «Kreft i Norge 2004» utgitt. I tillegg ivaretas en betydelig informasjonsvirksomhet gjennom foredrag, besvarelser av enkelthenvendelser om kreft og gjennom en mye besøkt hjemmeside ([www.kreftregisteret.no](http://www.kreftregisteret.no)).

### Budsjettforslaget for 2007

Det foreslås en bevilgning på 80,4 mill. kroner i 2007. Det vises til Stortingets behandling av St.prp. nr. 66 (2005-2006) der tilskudd på 2 mill. kroner til programmet for screening av livmorhalskreft ble flyttet fra Nasjonalt folkehelseinstitutt til Kreftregisteret.

Kreftregisterets satsningsområder og mål for 2007:

#### *Hovedmål 1: Registrering*

- Registrere alle nye tilfeller av kreft for året 2006.
- Melde, nye tilfeller av kreft som kan være forårsaket av pasientens tidligere yrke eller arbeidsplass med tanke på yrkesskadeerstatning til NAV.
- Registrering av forstadier til kreft og utviklet kreft i forbindelse med masseundersøkelsene for livmorhalskreft og brystkreft videreføres.
- Oppfølging av prøveprosjektet NORCCAP-I, masseundersøkelsen mot tykk-endetarmskreft, herunder bearbeiding av data fra livsstilsprosjektet, videreføres.
- Fortsette arbeidet med kvalitetsregistre for visse former for kreft.
- Fortsette arbeidet med å øke frammøte til screeningprogrammene.
- Videreføre registrering av solide barnesvulster.
- Videreføre overvåking av kontrollopplegget for polyposefamiliene.
- Overvåke andre arvelige krefttilfeller.

#### *Hovedmål 2: Forskning*

Forskningen vil bli konsentrert om risikofaktorer for kreftutvikling og betydningen av diagnostikk- og behandlingsformer for forløpet av kreft.

*Hovedmål 3: Rådgivning og informasjon*

Kreftregisteret vil formidle sitt arbeid til relevante aktører innen offentlig forvaltning, fagmiljøer og

publikum. Publikasjonen «Kreft i Norge 2006» planlegges utgitt i løpet av 2007.

## Programkategori 10.40 Psykisk helse

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler

		(i 1 000 kr)			
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
742	Kontrollkommisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern	37 025	26 561	34 710	30,7
743	Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse	3 817 733	4 603 385	5 319 648	15,6
744	Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede	41 516	42 929	44 560	3,8
Sum kategori 10.40		3 896 274	4 672 875	5 398 918	15,5

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper

		(i 1 000 kr)			
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
01-23	Statens egne driftsutgifter	60 894	45 349	59 212	30,6
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	2 029 944	2 509 357	2 954 694	17,7
70-89	Andre overføringer	1 805 436	2 118 169	2 385 012	12,6
Sum kategori 10.40		3 896 274	4 672 875	5 398 918	15,5

Programkategori 10.40 omhandler i hovedsak politikkområder relatert til arbeid med psykisk helse-spørsmål.

Kapittel 742 omhandler bevilgningen og ordningen med kontrollkommisjonene for psykisk helsevern i henhold til lov av 2.7.1999 nr. 62.

Kapittel 743 omfatter spesielle øremerkede stimulerings tiltak for å styrke psykisk helsearbeid i kommunene, psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten og statlige tiltak i henhold til gjennomføringen av St.prp. nr 63 (1997-1998) Om opptrappingsplanen for psykisk helse. Målet med satsningen er å styrke brukerens egen 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 helseforetak (kapittel 732, post 71–75). På kapitlet ligger

også bevilgninger fra før Opptrappingsplanen for psykisk helse ble påbegynt i 1999.

De øremerkede tilskudd som bevilges gjennom dette kapitlet må sees i sammenheng med den øvrige ressursbruk i kommuner og helseforetak. For å vise effekten av stimulerings tiltakene på den samlede tjeneste gis det en samlet framstilling og vurdering av psykisk helsearbeid i kommunene og av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. I tillegg beskrives statlige tiltak rettet mot mennesker med psykiske lidelser.

Det foreslås en samlet bevilgning for 2007 på om lag 5,3 mrd. kroner til psykisk helse over kapitlet. Regjeringen foreslår å styrke satsningen på psykisk helse med 700 mill. kroner i forhold til saldert budsjett 2006.

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 og 10.30 Regionale helseforetak, samt St.prp. nr. 1 (2006–2007) Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Midler til kommunale boligtiltak og til arbeidsmarkedstiltak er bevilget 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.

## Kap. 742 Kontrollkommisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
01	Driftsutgifter	33 707	24 743	32 823
70	Tilskudd	3 318	1 818	1 887
	Sum kap. 742	37 025	26 561	34 710

### 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 etter nærmere regler gitt av Helse- og omsorgsdepartementet, treffer avgjørelser som er tillagt den. Staten dekker utgiftene til kontrollkommisjonene.

Kontrollkommisjonens oppgaver er å behandle klager på avgjørelser om videre undersøkelse, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvunget psykisk helsevern, samt klager på avgjørelser om begrensninger i pasientens kontakt med omverdenen, om undersøkelse av rom og eiendeler og kroppsvisitasjon, om beslag og om tvangsmidler. Kontrollkommisjonene skal i tillegg, i den utstrekning det er mulig, føre den kontroll den finner nødvendig for pasientens velferd. Nytt fra og med 2007 er at Kontrollkommisjonen ved etterprøving av vedtak om tvungent psykisk helsevern uten klage også skal kontrollere om pasienter som har rett til en individuell plan har dette. Kontrollkommisjonene er suverene når det gjelder avgjørelser i klagesaker, og kan bare overprøves av domstolene. Kontrollkommisjonene avgir årsrapporter fra sitt arbeid til Sosial- og helsedirektoratet som overvåker kommisjonenes arbeid.

#### Resultatrapportering 2005

Landet har 55 kontrollkommisjoner. Kommisjonene er geografisk fordelt slik: Helse Øst 20, Helse Sør 8, Helse Vest 11, Helse Midt-Norge 7, Helse Nord 9.

Sosial- og helsedirektoratet sluttførte i 2005 på oppdrag fra departementet, en evaluering av kon-

trollkommisjonene i samsvar med Stortingets anmodning, jf. Innst.S.nr. 11 (2001–2002), som ledd i arbeidet med å kvalitetssikre kommisjonenes arbeid.

#### Status 2006

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å følge opp resultatene av evalueringen og iverksette tiltak i 2006-07 som kan bidra til at kontrollkommisjonene samlet kan fungere bedre ved en mer ensartet forståelse av regelverk og lik praksis.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Mental Helse Norge laget en brosjyre om kontrollkommisjonsordningen; «Rettsikkerhet ved tvang.» Brosjyren er sendt til institusjoner i psykisk helsevern og skal være tilgjengelig for pasientene. Brosjyren er foreløpig oversatt til nynorsk, engelsk og somalisk.

#### Mål 2007

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 vil bli dekket under denne 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 lidel-

ser 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 2005

I 2005 ble det foretatt fem hjemsendinger av utenlandske borgere med alvorlig psykisk sykdom og åtte hjemhentinger av norske borgere med alvorlige psykiske lidelser som befant seg i utlandet. I tillegg har Sosial- og helsedirektoratet dekket utgifter til behandling i utlandet og hjemtransport av en norsk statsborger med livstruende somatisk sykdom.

## Kap. 743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	27 187	20 606	26 389
62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	2 029 944	2 509 357	2 954 694
70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	375 822	343 308	363 754
72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	81 139	87 369	
73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	114 746	101 739	105 605
75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	1 188 895	1 541 006	1 869 206
Sum kap. 743		3 817 733	4 603 385	5 319 648

### Overført fra 2005 til 2006:

Post 21: 1 150 000 kroner  
 Post 62: 30 338 000 kroner  
 Post 70: 11 457 000 kroner  
 Post 73: 3 192 000 kroner  
 Post 75: 5 495 000 kroner

På bakgrunn av Stortingets føringer i Innst.S.nr.258 (1996-1998) og Innst.S.nr.222 (1997-1998) ved behandlingen av St.meld. nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet, St.prp. nr. 63 (1997-1998) Om opptrappingsplanen for psykisk helse og de årlige budsjettdokumenter er det lagt vekt på utbygging av kommunale tiltak, omstrukturering og utbygging av spesialisthelsetjenesten. I tillegg er dette understøttet av statlige kompetansehevede tiltak, arbeidsmarkedstiltak med mer.

Planens økonomiske rammer innebærer at nivået i 2008 skal være 5,8 mrd. kroner høyere enn i 1998 og at det skal investeres for 8,5 mrd. kroner (2007-kroner).

På kapittel 743, post 62 foreslås det bevilget totalt 2,9 mrd. kroner til psykisk helsearbeid i kommunene i 2007, og kommer i tillegg til kommunenes egenfinansiering gjennom frie midler. Til styrking og omstrukturering av spesialisthelsetjenesten foreslås det avsatt 1,9 mrd. kroner over kapittel 743, post 75. Bevilgningen over posten utgjør om lag 10 pst av de totale utgifter til psykisk helsevern. I 2006 utgjorde de samlede driftskostnader i psykisk helsevern i følge SAMDATA 12,3 mrd. kroner. Øvrige bevilgninger til drift- og investeringsformål og poliklinisk virksomhet tildeles over kapittel 732 – regionale helseforetak.

Det er i løpet av planperioden foretatt enkelte omdisponeringer for å prioritere opp innsatsområder i forhold til St.prp. nr. 63. Blant annet er det gjennom midler fra Opptrappingsplanen gitt prioritet til styrking av kompetanse i tilknytning til vold og traumatisk stress, jf St.prp. nr. 1 (2004-2005) og St.prp. nr. 1 (2005-2006). Det vises også til budsjettproposisjonens del III vedrørende Nasjonal helseplan, hvor psykisk helse inngår som en del av planen.

## Psykiske lidelser og internasjonale forhold

Psykiske lidelser varierer i varighet, alvorlighet og intensitet. Ca. 20 pst. av befolkningen har psykiske lidelser i mildere eller alvorligere grad. Dette betyr ikke at en femtedel av befolkningen er psykisk syke hele tiden – det er et uttrykk for at psykiske lidelser er svært utbredt, og at mange vil kunne oppleve en psykisk lidelse en eller annen gang i livet.

Nesten hver tredje person som er på uføretrygd har psykisk lidelse som hoveddiagnose, og dette er den hurtigst voksende årsak til uføretrygd blant de store sykdomsgruppene. I 2005 var det ca. 100 000 uføretrygdede og ca. 4 mill. sykedager (trygdens andel) grunnet 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. Det antas for eksempel at den samlede belastningen (uførhet og for tidlig død) på grunn av depresjon vil øke. Verdens helseorganisasjon (WHO) har anslått at i 2020 vil psykiske lidelser på verdensbasis, nest etter hjerte- og karsykdommer, være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning. I vestlige land ventes det at depresjon vil utgjøre den største sykdomsbelastningen.

WHO vedtok i januar 2005 den første europeiske ministererklæring (European Declaration on Mental Health) vedrørende psykisk helse. Erklæringen og en medfølgende handlingsplan er utarbeidet i samarbeid med EU og Europarådet. Samtlige 52 medlemsland inklusive Norge sluttet seg til erklæringen og handlingsplanen.

Europas helseministere tar i erklæringen et prinsipielt utgangspunkt i at det primære målet for tjenester til personer med psykiske lidelser er å styrke livsstandard og funksjonsevne ved å fokusere på egne ressurser og egen mestringsevne. Foruten mestringperspektivet tillegges arbeidet med å redusere stigmatisering, samt å styrke helsefremmende og forebyggende tiltak stor vekt. Bruker- og pårørendeperspektivet er tydelig markert. Erklæringen vektlegger lokalbaserte løsninger, også for alvorlig syke. Flere europeiske land (England, Irland, Italia og Sverige) har i større eller mindre grad stengt de tradisjonelle psykiatriske sykehusene, eller fattet vedtak om det for å fokusere mer på lokalbaserte løsninger. Lokalbaserte løsninger vil, oversatt til norske forhold, omfatte kommunale tiltak og tilbud fra spesialist-

helsetjenesten på DPS-nivå. Norge skiller seg i noe grad fra andre land i Europa ettersom vi bruker relativt mye ressurser på døgnbehandling. Utfordringen er å finne fram til en riktig balanse mellom døgnbehandling og polikliniske- og ambulante arbeidsformer.

## Status og rapportering etter 7 år – fokus framover

Opptappingsplanen for psykisk helse vil i 2007 være inne i sitt niende, og nest siste år. Det er gjennom de årlige budsjettframlegg redegjort for måloppnåelsen i forhold til St.prp. nr. 63 (1997–1998) Om opptappingsplanen for psykisk helse. Resultatrapporteringen (hhv. SAMDATA og KOSTRA) viser at de sentrale kvantitative resultatmål som er trukket opp i St.prp. nr 63 (1997-1998) med enkelte vedtatte justeringer gjennom de årlige budsjettframlegg for Stortinget, i det vesentlige er nådd eller vil bli realisert i løpet av opptappingsperioden. Med mindre unntak gjelder dette både kommuner, spesialisthelsetjenesten og statlige stimuleringstiltak. Resultatrapporteringen er gitt under de respektive poster.

For å kunne evaluere effekten av Opptappingsplanens kvalitative mål gjennomfører Norges forskningsråd en forskningsbasert evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse på oppdrag fra departementet. Gjennom denne settes det fokus på iverksetting, gjennomføring og på kvalitative resultater av planen. Nærmere omtale av evalueringen er gitt under post 70.

Rapportering gjennom KOSTRA og SAMDATA sier lite om innhold og kvalitet i det tilbudet som er bygd opp gjennom Opptappingsplanens tiltaksområder i kommuner og helseforetak. St.prp. nr. 1 (2005-2006) ble det beskrevet en rekke utfordringsområder for kommunesektoren og for spesialisthelsetjenesten som det var nødvendig å fokusere på i det videre arbeidet. Dette var mestringperspektivet, tilgjengelighet til tjenester, brukermedvirkning, faglig innhold i tjenesten, forebygging, samhandling og samordning, tillit til tjenestene og produktivitet/effektivitet.

For å kunne følge opp de kvalitative innholdselementene i tjenesten framover er det igangsatt et arbeid med mål og indikatorer som gjør det mulig å følge opp kvalitetsutvikling i tjenesten over tid. Formålet er å legge til rette for å fokusere på innhold og kvalitet i tjenesten og mindre på kvantitative størrelser. Dette innebærer at tjenesten i større grad vil bli målt på ventetid og tilgjengelighet, brukertilfredshet og at det foreligger rutiner for kvalitetsforbedringsprosesser. De overordnede mål og tiltak i Opptappingsplanens står fast:

Fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Helsetjenesten skal innrettes mot dette og må samarbeide systematisk med andre samfunnssektorer for at målene skal nås. Hovedmålet inkluderer et forebyggende og helsefremmende perspektiv.

Mål og indikatorer er harmonisert med Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten (...Og bedre skal det bli!).

De strategiske mål for tjenesten til både voksne og barn framover vil være følgende

- Tjenesten skal være kunnskapsbasert, virkningsfull og trygg
- Tjenesten skal involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Tjenesten skal være samordnet og preget av kontinuitet
- Tjenesten skal utnytte ressursene godt
- Tjenesten skal være tilgjengelige og likeverdige fordelt

Departementet ser det som viktig at tjenesten legger til grunn et folkehelseperspektiv. Folkehelsearbeidet er sektorovergripende og skal bidra til å fremme befolkningens helse gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak.

Dette betyr at tjenestene skal ha fokus på betydningen av å støtte prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning. Folkehelsearbeid handler derfor om å se muligheter fremfor hindringer gjennom flerfaglig og flersektorielt samarbeid.

#### *Prioriterte tiltak i 2007*

Den generelle utviklingen av de kommunale tjenestene, oppbyggingen av distriktpsikiatriske sentre med ambulante team og spesialiseringen av sykehusene skal videreføres. Det samme gjelder informasjons- og holdningsarbeidet, brukerperspektivet og arbeidslivssatsingen. Følgende områder har prioritet i 2007:

#### *Barn og unge*

Mange kommuner har utilstrekkelige tilbud til barn og unge som er i risikozonen eller har utviklet psykiske problemer. Utvikling av egnede lavterskeltilbud med sikte på utredning, behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker er viktig framover. Det skal i tillegg satses på forebyggende psykososialt arbeid for barn og unge med vekt på systematiske og kunnskapsbaserte tiltak. Tverrfaglig videreutdanningen i psykososialt arbeid med barn og unge i kommunene og rekrut-

tering av flere psykologer til kommunene skal iverksettes, jf. post 62.

Det skal innføres en særskilt ventetidsgaranti i spesialisthelsetjenesten for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige under 23 år. Barn med psykisk syke og rusavhengige foreldre skal sikres oppfølging og hjelp.

#### *Psykisk helsearbeid i kommuner*

Det er behov for å styrke det faglige innholdet i kommunalt psykisk helsearbeid og gjøre tjenestene mer synlige og tydelige slik at både brukerne, innbyggerne og samarbeidspartnere lett kan finne fram til adekvat hjelp. Omfanget av samtidig rusmiddelproblemer og psykiske lidelser er økende blant brukere av kommunale tjenester. Det er derfor behov for å se kunnskap fra psykisk helsearbeid og rusarbeid i sammenheng. Mennesker med omfattende og langvarig behov for bistand har mangelfulle tilbud, jf. omtale under post 62 og 75

#### *Arbeid og psykisk helse*

Målene i Opptrappingsplanen om arbeid og psykisk helse er nådd. Dette er imidlertid et område med behov for økt fokus generelt og et sterkere rehabiliteringsperspektiv spesielt. En forsterket strategi på arbeid og psykisk helse, utviklet i samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet, er presentert under post 70. Strategien skal understøtte arbeidet i NAV-reformen og avtalen om Inkluderende arbeidsliv, og realiseres innenfor rammene for Opptrappingsplanen.

#### *Akuttpsykiatriske tjenester*

Det akuttpsykiatriske tilbudet er ikke tilfredstillende alle steder i landet. Dette gjelder særlig i Oslo-området, Bergen, Tromsø og Skien. Situasjonen er preget av overbelegg, og av at pasienter skrives ut for tidlig. De regionale helseforetakene har i 2006 fått særskilt instruks om at denne situasjonen skal løses, enten gjennom økt kapasitet eller gjennom andre tiltak som gir bedre utnyttelse av ressursene. Å styrke kvaliteten på DPS-tjenestene er vesentlig for å sikre tilgjengelighet og kvalitet i akutt-tjenesten. Det vises til omtale under på post 75.

#### *Evaluerings av særreaksjonene*

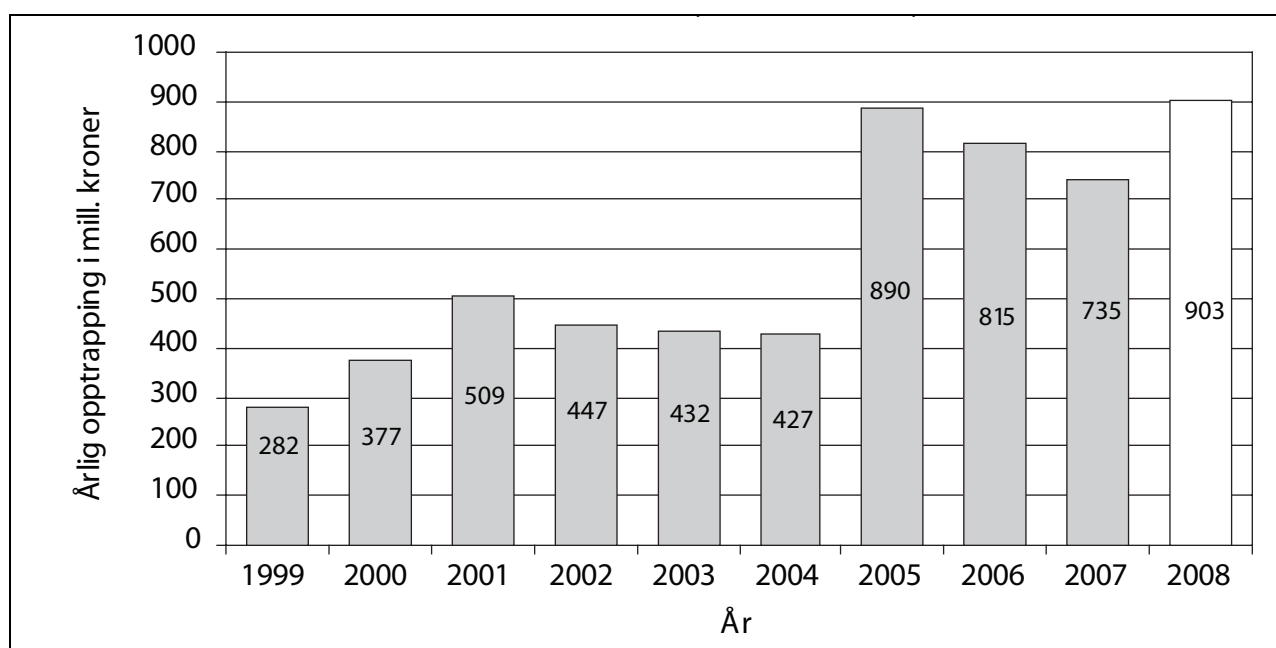
En del personer med adferdsavvik har betydelige problemer med å leve et vanlig liv i sitt lokalsamfunn, både pga adferd og gjentatt kriminalitet. Mange av disse vil være for syke til å sone i fengsel,

samtidig som de ikke tilfredsstillt kravene for tvungent psykisk helsevern. Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og politidepartementet foretar derfor en gjennomgang av regelverket og en vurdering av hvilken type tiltak som er best egnet for denne gruppen. De to departementene har nedsett et utvalg, til å foreta en gjennomgang av de strafferettslige særreaksjonene, samt komme med forslag til endringer. Dette for å sikre at hensynet til så vel samfunnets behov for beskyttelse som rehabiliterings-/behandlingshensynet blir ivarettatt.

Vedrørende evaluering av særreaksjonene vises det videre til kap. 744, post 70 «Resultatrapportering 2005 og status 2006.»

#### Økonomiske rammer – bevilgninger for perioden 1999–2007

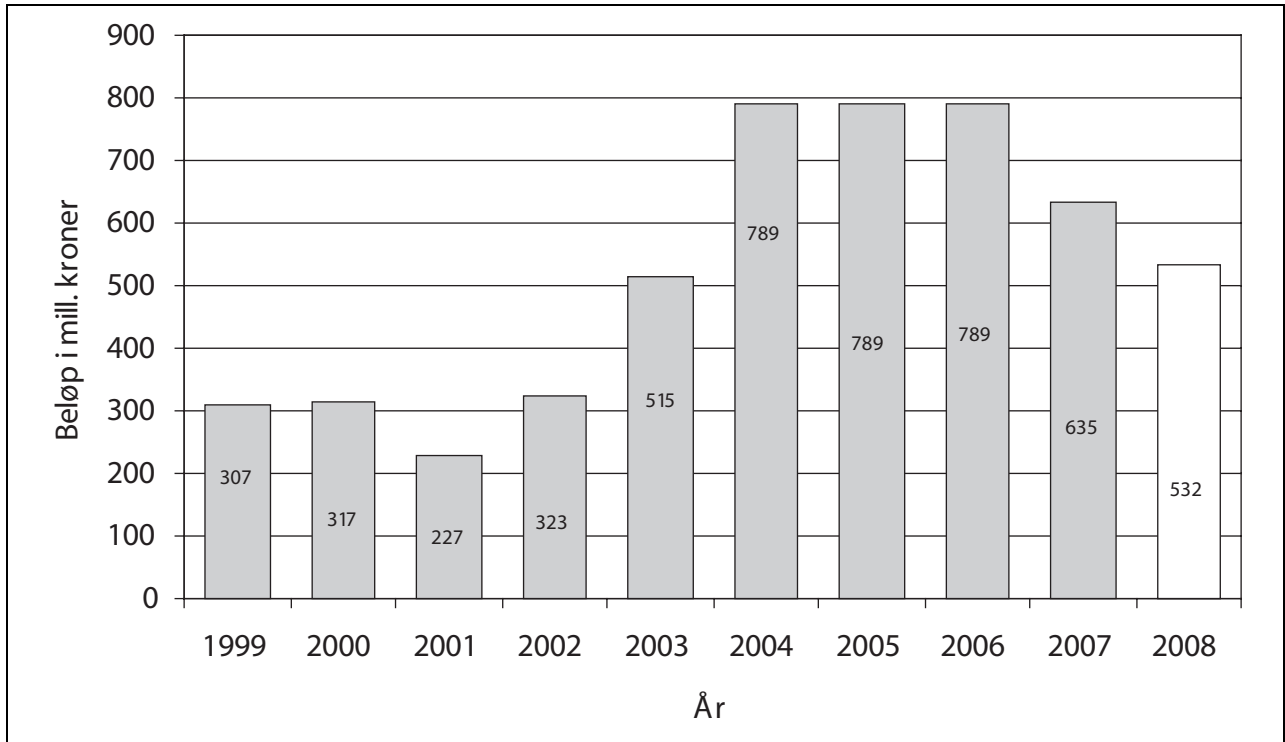
Psykisk helse trappes opp med en styrking på 700 mill. kroner sammenliknet med saldert budsjett for 2006.



Figur 5.3 Årlig opptrapping drift (kommunene, spesialisthelsetjenesten og statlige tiltak 1999–2008 (mill. 2007-kroner)

Den lavere opptrappingen til drift i årene frem til 2004 må sees i sammenhengen med den kraftige veksten i investeringer i de samme årene. Søylen for 2008 viser nødvendig vekst dette året for å opp-

fylle planens mål om et samlet nivå på 5,8 mrd. kroner til drift (2007-kroner). Inntekter fra brukerbetaling kommer i tillegg, jf. St.prp. nr. 63 (1997–1998).



Figur 5.4 Investeringsnivået i spesialisthelsetjenesten 1999–2008 (mill. 2007-kroner)

Figuren viser at nivået på investeringer i opptrappingsperioden var høyest i 2004, 2005 og 2006. I årene 2007 og 2008 vil investeringsbehovet i henhold til målene i Opptrappingsplanen bli noe lavere. Midlene til investeringer over Opptrappingsplanen inngår i de regionale helseforetakenes

inntektsgrunnlag for å gjenanskaffe kapital, jf. kap. 732, postene 71-75. Det reduserte investeringsnivået i Opptrappingsplanen i 2007 og 2008 frigjør midler til gjenanskaffelse av disse investeringer og til evt. andre investeringer i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 5.1 Bevilgninger til drift 1999–2007 (mill. kroner)

Formål	Opptrapping 1999–2008 i hht. St.prp. nr. 63 (1997–1998)			
	1998 priser <sup>1</sup>	2007 priser <sup>1</sup>	Økning 1999–2007 (2007 priser) <sup>1</sup>	Økning 1999–2007 (2007 priser) <sup>1</sup>
Kommunale tjenester	2 000	2 634	2300	87
Spesialisttjenester	2 000	2 645	2076	78
Statlige tjenester	376	534	498	93
Sum	4 376	5 812	4875	84

<sup>1</sup> Inntekter fra egenbetaling kommer i tillegg, derfor avvik fra opprinnelig måltall 4575 mill. kroner (1998-priser) jf St.prp.nr 63 (1997-1998)

Som tabellen over viser, utgjør bevilgningene til drift 1999–2007 i sum 4 875 mill. kr (2007-priser)

eller 84 pst. av måltallet på 5 812 mill. kroner (2007-priser).

Tabell 5.2 Bevilgning til investeringer 1999-2007 (mill. kroner)

Formål	Investeringsvolum 1999–2008 i hht. St.prp. nr. 63 (1997–1998)		Investerings- volum 1999–2007 (2006 priser)	Økning 1999–2006 i pst. av måltall
	1998 priser	2007 priser		
Spesialisthelsetjenesten	3 783	5 223	4 691	90
Boliger	2 516	3 311	3 311	100
Sum	6 299	8 534	8 001	94

Investeringsvolum for boliger er målt i verdi av antall gitte tilsagn. De siste tilsagnene ble gitt i 2004. I spesialisthelsetjenesten er det planlagt investert for om lag 4 691 mill. kroner 1999–2007. Dette tilsvarer om lag 90 pst av måltallet for planperioden. I perioden 1999–2004 ble alle boligtilsagn gitt, jf. måltallet tilsvarende 3 311 mill. kroner.

#### *Økonomiske konsekvenser – fordeling av driftsmidler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten*

De økonomiske rammebetingelsene ihht. St.prp. nr. 63 (1997-1998) Om opptrappingsplanen for psykisk helse, ligger til grunn for det videre arbeidet med planen. Gjennom budsjettproposisjonene for 2004 og 2005 ble det varslet et behov for å vurdere fordelingen av driftsmidler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Bakgrunn for dette er som det er orientert om i tidligere budsjettproposisjoner, en raskere nedbygging av antall psykiatriske sykehjemsplasser enn det Opptrappingsplanen tok høyde for. Som en del av planen er det avsatt midler til 3418 nye omsorgsboliger i kommunene, men den raske nedtrappingen av psykiatriske sykehjemsplasser har ført til en økonomisk merbelastning for kommunene.

St.prp. nr. 63 (1997-1998) forutsetter en fordeling av driftsmidler til henholdsvis kommunene og spesialisthelsetjenestene med et måltall på 2 mrd. kroner (1998-kroner) hver. Kommunene har til og med 2006 fått bevilget 76 pst. av måltallet og spesialisthelsetjenesten har fått bevilget 64 pst. av måltallet. Departementet foreslår å videreføre kommuneprofilen ut opptrappingsperioden. Departementet vil også vise til regjeringens politikk om at kommunenes frie inntekter skal økes. Det forut-

settes med dette at kommunene kan vurdere hvordan psykisk helsearbeid i kommunen skal innrettes og dimensjoneres i forhold til de lokale behov.

#### *Øvrige omdisponeringer*

I løpet av planperioden har departementet lagt fram for Stortinget behov for å prioritere opp tiltak utover det St.prp. nr. 63 (1997-1998) avsatte som budsjetttramme til disse tiltakene, samt behov for å prioritere tiltak som ikke var forutsatt finansiert i henhold til St.prp. nr. 63 (1997-1998). Dette gjelder følgende tiltak:

- Kompetansehevende tiltak i tilknytning til behandling av vold og traumatisk stress.
- Brukerrettede tiltak, herunder Mental helses hjelpetelefon.
- Styrking av Nasjonalt folkehelseinstitutt for å bedre kunnskapsgrunnlaget om psykisk helse.
- Andre kompetansehevende tiltak.
- Andre utgifter til gjennomføring av Opptrappingsplanen i Sosial- og helsedirektoratet.

Dette innebærer et behov for omdisponeringer innenfor planens totale budsjetttramme for planperioden, gjennom nedprioritering av andre tiltak. Departementet vil komme tilbake med en oversikt/endelig fordeling i forslag til statsbudsjettet for 2008.

#### *Budsjettforslaget for 2007*

I budsjettforslag for 2007 foreslås det å avsette 700 mill. kroner mer til psykisk helse sammenliknet med saldert budsjett for 2006. Fordelingen av beløpet er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 5.3 Styrking av psykisk helsetiltak 2007. Mill. kroner.

Kommunale tjenester (øremerket tilskudd) <sup>1</sup>	355
Spesialisthelsetjenesten (øremerket tilskudd) <sup>2</sup>	310
Andre statlige tiltak <sup>3</sup>	35
Sum Opptrappingsplanen for psykisk helse	700

<sup>1</sup> Hele beløpet går til å styrke bevilgningen til psykisk helsearbeid i kommunene (kap. 743 post 62).

<sup>2</sup> Av beløpet er det lagt inn 304 mill. kroner på kap. 743 post 75 til styrking av psykisk helsevern, og 6 mill. kroner til drift ved Viken senter i Bardu under kap. 732 post 70. I tillegg er det lagt inn 35 mill. kroner til økt poliklinisk aktivitet over kap. 732.77.

<sup>3</sup> Av dette beløpet er 20 mill. kroner lagt inn på Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett til arbeidsmarkedstiltak for mennesker med psykiske lidelser. 10 mill. kroner er lagt på kap. 743 post 70 Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, og 5 mill. kroner er lagt inn til styrking av Nasjonalt folkehelseinstitutt på kap. 710 post 01.

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

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). 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.

#### Resultatrapportering 2005

Det ble på oppdrag av departementet gjennomført en evaluering av fylkesmannens rådgivningsfunksjon for kommunenes psykiske helsearbeid i 2005. Evalueringen viste behov for klarere forankring og inkludering av rådgiverfunksjonen i fylkesmannsembetene. I 2005 ble en egen oppdragsbeskrivelse utarbeidet for fylkesmannsembetets arbeid med psykisk helse. Ressursene knyttet til de særskilte rådgiverne skal benyttes i sin helhet til arbeidet med å styrke psykisk helsearbeid i kommunene. Det er fortsatt behov for en målrettet innsats overfor kommunene med råd og veiledning, oppfølging av øremerkede tilskudd og utvikling av nettverk mellom kommunene. Innsatsen må rettes særlig mot kommuner som er kommet kort i arbeidet med å gjennomføre Opptrappingsplanen.

Det ble i 2006 overført 8,4 mill. kroner fra denne posten til kapittel 720, post 01 Sosial- og helsedirektoratet for å finansiere faste stillinger i direktoratets arbeid med feltet.

#### Tilstandsvurdering 2006 og mål 2007

Fylkesmannens rådgivende rolle for kommunesektoren skal videreføres og styrkes. Fylkesmannens arbeid med psykisk helse vil bli sett i sammenheng med rusarbeidet i kommunene.

Sosial- og helsedirektoratet er tildelt oppgaver i gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse og implementering av tiltak. Gjennomføring og oppfølging av tiltak i planen videreføres i tråd med Stortingets vedtak og departementets føringer for arbeidet. Det vil i 2007 bli vurdert hvordan psykisk helsetilbudet på Svalbard ivaretas.

### Post 62 Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommunene, kan overføres

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 foreslås totalt bevilget 2 954,7 mill. kroner på posten i 2007.



## Resultatrapportering 2005

Tabellen nedenfor viser faktisk økning i årsverk fra 1998 til 2005 sammenholdt med måltallene for økningen i årsverk i Opptappingsplanen.

Tabell 5.4 Kapasitetsøkning i kommunale tjenester 1999-2005 (Tall per 31.12.2005)

Tiltak	Planlagt økning fra 1998 til 2008	Faktisk økning fra 1998 <sup>1</sup> til 2004	Faktisk økning fra 1998 <sup>1</sup> -2005	Andel av økning 1999-2008 (pst.) til 2004	Andel av økning 1999-2008 (pst.) til 2005
Omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser	3400	1626 <sup>2</sup>	1952 <sup>2</sup>	48	60
Årsverk totalt	4770	2337	2936	49	62
Årsverk voksne	3710	1663	2095	45	56
- hjemmetjenester mv.	3400	1173	1523	35	45
- behandlingstilbud, veiledning	309	490	572	159	185
- aktivitetstilbud m.v.	3	(351)	(437)		
Årsverk barn og unge	1060	674	841	64	79
- helsestasjon, skolehelsetjeneste	800	365	449	46	56
- annen forebygging/ psykososialt arbeid	260	309	392	119	127
Støtte brukerorganisasjoner (mill. kr.)	4	18	19		
Kompetansetiltak, rekruttering (mill. kr.)	4	28	31		

<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> 2048 ferdigstilte boliger per 30.06.2006

<sup>3</sup> Ikke definert måltall. Med utgangspunkt i faktisk utvikling fram til 2003 og økonomisk måltall kan forventet nivå settes til 720 årsverk.

<sup>4</sup> Måltall er ikke definert i Opptappingsplanen, men kommunene kan nytte midler til slike formål. (F.o.m. 2004 skal midler nyttes til slike formål.)

*Årsverk:* Rapportene fra kommunene viser en tilfredsstillende økning i aktivitetsnivå fra 2004 til 2005, sett i forhold til økningen i de økonomiske tilskuddene for samme periode. Tabellen viser at 62 pst. av måltallet for nye årsverk er nådd i løpet av 2005. Dette er tilfredsstillende sett i lys av at nivået på bevilgningen til de øremerkede tilskuddene i 2005 var kommet opp i 59 pst. av måltallet for disse tilskuddene for 2008. Det positive bildet forsterkes av at ikke alle tiltak i kommunene slår ut i økt antall årsverk, jf. blant annet midler bevilget til brukerorganisasjoner og kompetansetiltak.

Aktivitetstallene for tjenester til barn og unge viser en noe kraftigere økning enn tjenestene for

voksne. 79 pst. av måltall for årsverk er nådd ved utgangen av 2005, mens 56 pst. av måltallet er nådd for voksne på samme tidspunkt. Av totalt antall årsverk som er opprettet for øremerkede tilskudd, står tjenester for barn og unge for 29 pst. I planen er det lagt til grunn at minst 20 pst. av midlene skal gå til tjenester for barn og unge.

Det forebyggende psykososiale arbeidet for barn og unge er ikke godt nok utviklet i kommunene. Dette skyldes bl.a at det mangler systematiske og kunnskapsbaserte tiltak. Spesielt synes behandling og oppfølgingstiltak til barn og unge med psykiske vansker å være lite utviklet.

Med unntak av psykologer er rekrutteringen av fagpersonell bedre enn forventet i Opptrappingsplanen. Antall psykologårsverk i kommunene finansiert over planen økte fra 2004 til 2005 med 5 årsverk til 69 årsverk. Økningen er vesentlig lavere enn i 2004, og det er viktig å følge opp dette særskilt.

*Boliger:* Opptrappingsplanen hadde som måltall 3400 omsorgsboliger til mennesker med psykiske lidelser. Ved utgangen av 2004 var det gitt 3418 boligtilsagn. Av disse var 2048 boliger ferdigstilte ved utgangen av 2. kvartal 2006. De resterende boligene forventes ferdigstilt i løpet av 2007.

*Storbysatsingen:* Satsingen gjennomføres for å nå de som er alvorlig psykisk syke og svakstilte, som bor i dårlige boliger og som av ulike grunner ikke nås av hjelpeapparatet. 50 mill. kroner (2005-kroner) er for 2005 og 2006 fordelt til prosjekter etter søknader fra kommunene Bergen, Oslo, Stavanger og Trondheim. Tiltakene startet gradvis opp i 2005. Fra 2006 har det vært full aktivitet i alle byene.

*Veiledere:* I 2006 utarbeides en veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Veilederen vil omfatte forebyggende psykososiale tiltak, utrednings-, behandlings- og oppfølgings-tilbud til barn og unge i kommunene. Det er også under utarbeiding en veileder om hjelp for barn med psykisk syke/rusmiddelavhengige foreldre.

I 2005 ble det utgitt veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene som er presentert i alle fylker. Veilederen beskriver funksjonene i det psykiske helsearbeidet og formidler en rekke eksempler på målrettede tiltak.

Veileder om bruk av individuell plan ble utgitt i 2005. Prosjektet med sikte på økt bruk av individuell plan for voksne og for barn og unge er gjennomført og avsluttet. Organisasjonen Mental Helse er gitt støtte til opplæring på fylkesnivå sammen med representanter fra kommuner i bruk av individuell plan. Mental Helse får i 2006 tilskudd til opplæring av brukere og tjenesteytere.

### Satsingsområder og mål for 2007

Det er forslått bevilget 355 mill. kroner mer i 2007 i forhold til saldert budsjett i 2006. I tillegg kommer priskompensasjon. Det er i årene 2005 og 2006 bevilget 51,2 mill. kroner (2006-kroner) til storby-satsningen som var forutsatt å gjelde i to år. Det vil i 2006 bli igangsatt en følgeevaluering av storbytiltakene. De foreløpige erfaringene viser at det er behov for særskilte tiltak i storbyene og bevilgningene foreslås derfor videreført i 2007 på samme nivå.

Psykisk helsearbeid er et arbeidsfelt i utvikling. Det er viktig for siste del av perioden fram til 2009 å forankre fagfeltet og gjøre tjenestene mer synlige og tydelige slik at både brukerne, befolkningen og samarbeidspartnere lett kan finne fram til adekvat hjelp. Helse- og omsorgskomiteen ba departementet i budsjettinnstilling nr. 11 (2005-2006) om å følge opp kommunene for å få etablert tverrfaglige psykososiale team. Mange kommuner har opprettet tverrfaglige team for psykiske helsearbeid både for barn, ungdom og voksne. Disse kan ha ulike benevnelser som psykososiale team, psykisk helse-tjenesteteam, eller avdeling for psykisk helse. Departementet vil kartlegge utbredelse, målgrupper for tiltak, faglig innhold og tilbud i slike team eller avdeling innen psykisk helsearbeid for voksne, og formidle erfaringene til kommunene. Tilsvarende vil bli vurdert gjort i forhold til tjenester til barn og unge. Tiltakene iverksettes for å stimulere til etablering av tverrfaglige team og fagmiljø innen psykisk helsearbeid og slik styrke kvaliteten på tjenester til mennesker med psykiske lidelser.

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. Individuelle planer skal tas i bruk. 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 prosent av øremerkede midler skal brukes til barn og unge. Midlene skal nyttes både til forebygging og til behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker og lidelser.

Det skal fortsatt være en sterk satsing på forebyggende psykososialt arbeid for barn og unge, både for å avdekke tidlig skjevutvikling og å kunne iverksette tiltak tidlig. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har som allment lavterskeltilbud til gravide, barn og unge en sentral rolle i det forebyggende psykososiale arbeidet i kommunene. Det skal vurderes hvordan tjenesten i samarbeid med andre aktører bedre kan ivareta sin del av det psykiske helsearbeidet til barn og unge.

Forsøket med familiesentre er evaluert og viser seg å være en hensiktsmessig kommunal samordning av ulike tjenester som retter seg mot barn, unge og deres familier. Sentrene bør organiseres slik at de har tilbud som ivaretar barn og ungdom med psykiske problemer og større vansker. Erfa-

ringer fra prosjektet «Forsøk med familiesentre 2002–2004» vil bli gjort kjent på landsbasis.

Mange kommuner synes fortsatt å ha utilstrekkelige tilbud til barn og unge som er i risikozonen eller som har utviklet psykiske plager og lidelser. Det skal gjennomføres en kartlegging av omfang over barn og unge med psykiske lidelser som primært bør få tilbud i kommunene og hvilke behov de har for behandling og oppfølging i kommunene.

Kommunene må framover bygge opp tilbud innen utredning, behandling og oppfølging til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Flere psykologer må inngå i det tverrfaglige arbeidet. I mindre kommuner kan tverrkommunale løsninger være hensiktsmessige. Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene skal presenteres i 2007.

Alle kommunale tjenester som gir tilbud til barn og unge må få styrket kunnskap om psykisk helse og psykiske vansker. Kommunens kompetansemidler fra Opptappingsplanen bør i særlig grad rettes mot barns og ungdoms psykiske helse. Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge i kommunene starter opp ved høyskoler i 2007. Etableringen av denne videreutdanningen har tatt lenger tid enn planlagt. Utdanningen skal tilbys helse-, sosial- og pedagogisk personell, ansatte i kultur- og fritidssektoren og andre som arbeider med barn og ungdom. Utdanningen vil være viktig i forhold til kommunenes arbeid med forebygging innen både rus- og psykisk helsearbeid.

### *Voksne*

Kommunenes innsats bør rettes inn mot mennesker med alvorlige eller moderate psykiske lidelser og vektlegge: bolig med tilstrekkelig bistand, meningsfulle 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 rehabiliteringsforløpet. Tilrettelegging av arbeid og sysselsetting 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 en strategi for arbeid og psykisk helse. Jf omtale under post 70.

Opptappingsplanen for psykisk helse har ikke gitt klare anbefalinger om tjenestetilbudet til brukere som har behov for døgntilbud og et særlig omfattende og langvarig tjenestetilbud. I 2007 skal det gjennomføres en kartlegging av brukergruppen og hvilke tilbud de mottar. Det skal utredes hvordan tilbudet til gruppen kan utvikles og styrkes. Kunnskap og erfaringer fra Storbysatsingen, andre relevante tiltak og gode samarbeidsmodeller vil bli samlet og formidlet.

Omfanget av samtidig rusmiddelproblemer og psykiske lidelser er økende blant brukere av kommunale tjenester. Det er behov framover å se kunnskap fra psykisk helsearbeid sammen med kunnskap fra rusarbeid. Kommunale erfaringer viser at arbeidsfeltene psykisk helsearbeid og rusarbeid har flere felles trekk i form av faglig tilnærming innen 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 overfor 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 fagspesifikk tilnærming. Kommunene har stort behov for å utvikle metodikk som treffer de ulike brukergruppene bedre, herunder utvikling av metoder for funksjonskartlegging.

I 2007 vil kommunenes erfaringer med bl.a. samlokaliserte tjenester bli sammenstilt og det vil bli foretatt en beskrivelse av målgruppene, metodiske tilnærminger i henholdsvis kommunalt rusarbeid og psykisk helsearbeid, samt forslag til videre utvikling av fagfeltene. Midler fra Opptappingsplanen skal ikke erstatte kommunalt finansiert rusarbeid. Se omtale av kommunalt rusarbeid i kap. 761.63.

### *Bolig- og tjenestebehovet i kommunene*

I 2005 ble det gjennomført flere kartlegginger over bolig- og tjenestebehov utover Opptappingsplanens måltall. Kartleggingene viser bl.a. at målgruppen for psykisk helsearbeid i kommunene også omfatter personer som har tilleggsproblematikk som for eksempel rusmiddelavhengighet, psykisk utviklingshemming, ungdom med ADHD osv. Dette skaper nye utfordringer til bolig- og tjenestetilbudet. Kartleggingene viser et tilleggsbehov på om lag 2800 boliger. Tjenestebehovet anslås til om lag 1800 årsverk ut over Opptappingsplanens måltall for årsverk innen tiltak for voksne mennesker med psykiske lidelser knyttet opp til revidert boligbehov.

Regjeringen varsler et nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger. Målgruppen for ordningen er personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av alder, diagnose og funksjonshemming. Tilskuddet vil legge til rette for langsiktig planlegging og investering i kommunene. Tilskuddet vil styrke kommunenes tilbud om bl.a. korttidsplasser i sykehjem og botilbud for eldre og funksjonshemmede med behov for omfattende omsorgstjenester, herunder personer med psykiske lidelser, psykisk utviklingshemming og rusproblemer. Tilskuddet skal også gis til tilpasning av egen bolig og atkomst til boligen. Regjeringen vil komme tilbake til spørsmål om investeringstilskudd i forbindelse med Statsbudsjettet for 2008.

Videre har regjeringen ved økningen av overføringene til kommunene lagt til rette for en utvidelse av personellkapasiteten med 10.000 nye årsverk i den kommunale helse- og sosialtjenesten innen utgangen av 2009. Kommunene forutsettes først og fremst å benytte denne veksten til å utvide tjenestetilbudet i sykehjem og hjemmetjenester, herunder psykisk helsearbeid, ut fra lokale behov og prioriteringer. Dette vil dermed gjøre det mulig å møte utfordringene knyttet til behovet for tjenester også ut over Opptrappingsplanens rammer.

Det vises i tillegg til Nasjonal strategi for å forebygge og bekjempe bostedsløshet «På vei til egen bolig», jf. omtale i St. prp. nr. 1 (2006-2007) Kommunal- og regionaldepartementet.

### *Personell og kompetanse*

Det er behov for å styrke det faglige innholdet i kommunalt psykisk helsearbeid, og 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. 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.

I tillegg til kommunenes bruk av øremerkede midler til kompetanse, vil følgende statlige tiltak bli prioritert i 2007:

- Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge for høgscoleutdannet personell. Den eksisterende tilskuddordningen til personell i kommunene som tar videreutdanningen i tverrfaglig psykisk helsearbeid endres og styrkes slik at kommunene stimuleres til å øke kompetansen i psykososialt arbeid til barn

og unge ved at de som tar den nye videreutdanningen blir prioritert.

- Etablere kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunene.
- Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid for høgscoleutdannet personell.
- Utrede ordninger som bidrar til å rekruttere psykologer til kommunene, både når det gjelder tjenester for voksne og for barn og unge (jf. post 70).
- Videreutdanningstiltak på områdene spiseforstyrrelser, psykososer, dobbeltdiagnoser og barn og unge med omsorgspersoner som er psykisk syke eller har rusmiddelproblemer.

### *Vilkår for øremerkede tilskudd og rapportering*

Kommunene har hatt planer for det psykiske helsearbeidet for perioden til og med 2006. Det stilles nå krav om oppdatert plan for arbeidet for perioden 2007-2010 for å få utbetalt tilskudd i 2007. Planen skal være politisk vedtatt. Planarbeidet skal være en integrert del av kommunenes ordinære planarbeid med særlig vekt på økonomiplanarbeidet. Sosial- og helsedirektoratet har i 2006 gitt føringer for kommunenes planarbeid. Den enkelte kommune må foreta en systematisk vurdering av befolkningens behov sett i forhold til det psykiske helsearbeidet. Det er særlig viktig at behovsvurderingen også omfatter barn og unge.

Kommunene pålegges å rapportere om bruken av tilskuddene i likhet med tidligere år. Det forutsettes at kommunene ikke reduserer sin egenfinansiering av tjenester. Vilkår for å få utbetalt tilskudd i 2007 er at:

- vilkårene for 2006 er oppfylt
- rapport for bruk av tilskudd for 2006 er mottatt av fylkesmannen og funnet tilfredsstillende
- det foreligger politisk vedtak om bruk av eventuelle overførte midler fra 2006 til 2007
- det foreligger en politisk vedtatt plan for det psykiske helsearbeidet for perioden 2007-2010 som ledd i kommunens økonomiplan
- det foreligger en oversikt over disponeringen av tilskuddet for 2007 som viser aktivitetsøkning sammenlignet med 2006
- 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**

Formålet med bevilgningen er å utvikle bedre tjenester for barn, ungdom og voksne gjennom per-

sonell- og kompetansetiltak, forskning, og utviklingsarbeid på særskilte satsningsområder. Posten skal understøtte med kompetansetiltak styrkingstiltak i kommunene og spesialisthelsetjenesten som finansieres gjennom post 62 og post 75. Posten foreslås styrket med 10 mill. kroner i 2007 til tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge. Det foreslås totalt bevilget 386,4 mill. kroner på posten i 2007.

### Brukerstyrking og informasjon

#### *Kultur- og holdningsendring*

Tiltakene som omtales under hovedformålene brukerstyrking og selvhjelp, kommunikasjon og samhandling samt åpenhet og informasjon bidrar alle til å fremme kultur- og holdningsendringer i tråd med Opptappingsplanens mål.

#### *Brukerstyrking og selvhjelp*

Økt brukermedvirkning og styrking av brukernes egne ressurser er et mål i Opptappingsplanen. Sterke bruker- og pårørendeorganisasjoner, lokale brukermiljøer og reell brukermedvirkning er en forutsetning for å oppfylle intensjonene i Opptappingsplanen.

Det ble bevilget 17 mill. kroner til drift av bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse. Mental Helses hjelpetelefon fikk 7 mill. kroner i 2005. I tillegg er det tildelt 1 mill for å styrke tilbudet til pårørende. Gjennom tilskuddsordningen for brukerstyrte sentre er det tildelt midler til etablering og drift av åtte brukerstyrte sentre hvor tre av sentrene er i sitt tredje og siste tilskuddsår, og to er nye av året. Mental Helse Norge har som prosjekt etablert nasjonalt ressurscenter for bruker- og pårørendekompetanse, lokalisert i Skien, som har fått navnet Mental Helse Kompetanse. Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser og plan/rapport om brukermedvirkning innen psykiske helsefeltet er ferdigstilt og distribuert i 2006. Samtlige tiltak videreføres i 2007

#### *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 2005 og er operativt i 2006. Tilskuddsordning for prosjektstøtte til enkeltprosjekter er iverksatt fra 2005. Knutepunktet skal stimulere til nettverksbygging og etablering av selvhjelpsgrupper og videreutvikle og formidle selvhjelpsmetodikk. Tilskuddsordningen skal bidra til å øke aktiviteten innenfor selvhjelps-

arbeid innen psykisk helse. Det er igangsatt en kunnskapsoppsummering om effekt av selvhjelp som terapiform.

Arbeidet med nasjonal plan for selvhjelp skal videreføres. Knutepunktets funksjon skal styrkes som ressurs for selvhjelpsgrupper lokalt.

Bevilgningen til tiltak for selvhjelp, bruker- og pårørendestyrking foreslås videreført i 2007.

### Kommunikasjon og samhandling

For å øke kunnskapen om mål, tiltak og resultater i Opptappingsplanen og å styrke samordningen mellom tjenestenivåene er det utarbeidet en kommunikasjonsstrategi med ulike informasjonskanaler. I 2006 er det satset mye på å presentere veileder for psykisk helsearbeid i kommunene og veileder for distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Arbeidet med å utvikle tilgjengelig informasjonsmaterieil for tjenestene, bl.a. på minoritetsspråk, er påbegynt.

Rådet for psykisk helse har i 2006 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 lokalnære tjenester. Rådet for psykisk helse mottar driftstøtte fra 2006.

Av tiltak som skal forsterkes ved hjelp av kommunikasjonstiltak er presentasjon av veileder for psykososial støtte til barn og unge, ny strategi for arbeid og psykisk helse og utviklingen av et samordnet og tilgjengelig hjelpetilbud bestående av tiltak fra kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Det vil bli utarbeidet tiltak for å støtte tjenestene i å gi nødvendig og god informasjon. Departementet vil fortsette utviklingen av kommunikasjonsaktiviteter rette mot minoritetsgrupper.

Prosjektet kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid (KUP) i regi av Rådet for psykisk helse videreføres, inkludert utvidelsen mot utdanningene.

### Informasjon og holdninger

Informasjonsprosjektet mot arbeidslivet v/ Rådet for psykisk helse avsluttes som planlagt i 2006. Evalueringen av informasjonsatsningen viser at det er behov for tyngre satsninger rettet mot ledere og medarbeidere i arbeidslivet og at arbeidslivet, arbeids- og velferdsmyndighetene og helsemyndighetene bør involveres bedre. Videre informasjonsatsning ses i sammenheng med Nasjonal strategi for arbeid og psykisk helse, og Rådet

inviteres til et samarbeid for å styrke de strukturelle tiltakene.

Opplæringsprogrammer for psykisk helse i skolen tilbys fra høsten 2006 til ni fylker, og det tas sikte på å tilby opplæringsprogrammer i alle fylker fra høsten 2007. Satsingen på markering av Verdensdagen for psykisk helse for å øke kunnskapen og få mer åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser i befolkningen videreføres.

### Personell og kompetanse

#### *Rekruttering av psykologer og psykiatere*

Den årlige tilveksten av årsverk i perioden 1998 – 2005 har samlet sett vært tilfredsstillende sett i forhold til Opptrappingsplanens mål for psykisk helsevern, og man vil mest sannsynlig oppnå målet om 4500 årsverk innen planperiodens slutt. Det er imidlertid store regionale forskjeller. Tilgangen på kvalifisert personell i forbindelse med utbygging av DPS er vanskelig flere steder. Det er store variasjoner og til dels stor underdekning når det gjelder lege- og psykologspesialister ved døgnenheter på DPS nivå.

Rekruttering av psykologer finansiert over Opptrappingsplanen viser liten vekst i kommunene, totalt 69 årsverk i 2005. Det er behov for økt kapasitet når det gjelder utredning og behandling i kommunene. I 2006 er det etablert et samarbeid med Norsk Psykologforening for å øke rekrutteringen av psykologer til kommunene.

Rekrutteringsprogrammene for psykiatere/ barne- og ungdomspsykiatere og psykologer videreføres. Behovet for og rekrutteringssituasjonen for leger og psykologer gjennomgås og evt. behov for nye tiltak vurderes.

#### *Rekruttering av høyskoleutdannet personell*

4237 personer med høyskoleutdanning har gjennomført den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid i perioden 2000 – 2005. Dette representerer den største satsningen og er sannsynligvis den som har hatt størst betydning for rekruttering til feltet. Ordningen med lønnstilskudd har vært et viktig virkemiddel for rekruttering til utdanningen fra kommunene. Det vektlegges å tilby plasser til andre grupper enn de som tidligere har hatt tilgang. Evaluering av den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid og tilskuddsordningen gjennomføres i 2006.

Fra januar 2007 etableres et tilbud om tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge. Tilskuddsordningen for ansatte i kommunene som tar tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid utvides til også å omfatte tverrfaglig

videreutdanning for barn og unge. Det er et mål å rekruttere til videreutdanningen fra kommuner som ikke har, eller har svak dekning av ansatte med slik utdanning.

#### *Særskilte etter- og videreutdanninger*

I St.meld. nr. 25 (1996–1997) Åpenhet og helhet er det vist til behov for spesielle utdanningstiltak for områder som ikke er godt nok dekket i de ordinære spesialist- og videreutdanninger.

Siden 1998 har det blitt bevilget ca 135 mill. kroner i statlige midler til etterutdanning. Dette har finansiert et langvarig etterutdanningstilbud for i underkant av 4900 ansatte i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Programmene har hatt bred gjennomslagskraft i kommunene, som var en viktig forutsetning for tildeling av den statlige støtten til programmene. Det har i begrenset omfang lyktes å rekruttere deltakere fra høyt utdannede faggrupper som leger og psykologer, noe som må betraktes som en generell svakhet.

#### *Institutter og foreninger*

En rekke foreninger og institutter mottar støtte til sin virksomhet. Flere av disse er godkjent som vesentlige deler av leger og psykologers spesialistutdanning i psykiatri og klinisk psykologi. Det gjelder bl.a. Institutt for psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt.

Støtten til instituttene og foreningene videreføres i 2007. I forlengelse av vurdering av grunn- og videre-/spesialistutdanningene, jf. omtale under, bør også instituttene og foreningenes rolle vurderes.

#### *Innhold i grunn- og videreutdanningene*

Erfaringen synes å vise at det er behov for at grunnutdanningen i sterkere grad fanger opp sentrale perspektiv i Opptrappingsplanen som samfunns- og folkehelseperspektivet, bruker- og mestringperspektivet lokalbasert arbeid m.v.

Det vil i 2007 bli iverksatt tiltak for å vurdere på hvilken måte grunn- og videreutdanningene for høyskole- og universitetsutdannende ivaretar intensjoner i Opptrappingsplanen. Det er bl.a. behov for å få økt kunnskap og bevissthet om betydningen av arbeid for den psykiske helsen inn i grunnutdanningen for helse- og sosialpersonell, og i aktuelle etter- og videreutdanninger.

#### *Regionsentrene for barn og unges psykiske helse*

Regionsentrene (RBUP) skal bidra til å utvikle, kvalitetssikre og forvalte vitenskaplig og praksis-

nær tverrfaglig kunnskap og kompetanse innen alle sentrale områder i arbeid med barn og unges psykiske helse, samt bidra til at slik kompetanse er tilgjengelig. Sentrene skal bidra til å styrke psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene og bidra til å styrke andre fagfelt av betydning for barn og unges psykiske helse samt kvalifisering av personell til psykisk helsevern. Sentrene skal samarbeide med andre relevante kompetansemiljøer.

Regionsentrene er styrket i forhold til forskning og kompetanseutvikling om forebygging som har medført en økning av deltakelsen fra ansatte i kommunene til utdanningen. De har fått flere oppdrag med å gjennomføre tiltak i Strategiplanen for barn og unges psykiske helse. Det etableres nasjonale funksjoner som forebyggingsenhet ved RBUP Nord og et kompetansenettverk for sped- og småbarn ved R.BUP Øst og Sør. Som en del av oppfølgingen av evalueringsrapporten fra 2004 har det blitt foretatt en utredning for å vurdere en eventuell deling av R.BUP Øst og Sør.

Evalueringen følges opp videre. Sentralt er samarbeidet med de regionale helseforetak og kommunale tjenesteområder, og med andre relevante kompetansesentra for barn og unge. Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet vil samarbeide for å se kompetansetiltakene knyttet til arbeidet med barn og unge i sammenheng.

#### *Kompetanseutvikling innen særskilte områder*

##### *Strategiplan for barn og unges psykiske helse «... sammen om psykisk helse...»*

Strategiplan for barn og unges psykiske helse ble lagt fram i 2003. Planen videreføres. Den omfatter 100 tiltak og gjennomføres i samarbeid med berørte departementer. Strategiplanen gjennomføres innenfor Opptrappingsplanens planperiode.

Pr. juli 2006 var 18 tiltak gjennomført og avsluttet, 49 gjennomført og videreført, 29 delvis gjennomført og fire ikke påbegynt. Gjennomføringen av planen og midler til en rekke av tiltakene er prioritert under denne posten.

#### *Barn med psykisk syke og rusavhengige foreldre*

Det er estimert at 130 000 familier i Norge til enhver tid lever med psykisk sykdom og rusavhengighet blant familiemedlemmene. Det er trolig minst 200 000 barn som har dette som en del av sin livssituasjon. Mange av disse barna er ikke kjent for hjelpeapparatet.

Å ha psykisk syke og rusavhengighet foreldre er ikke ensbetydende med at man ikke får nødven-

dig omsorg og oppfølging. Disse barna har midlertidig økt risiko for å bli utsatt for omsorgssvikt, og utvikle problemer senere i livet. Sikring av oppfølging og hjelp er derfor et prioritert område.

Det er utarbeidet et rundskriv med sjekkliste med spørsmål knyttet til barnas omsorgs- og hjelpebehov. I samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet er det utgitt en veileder til tjenesteapparatet med råd om identifisering og oppfølging. For å hjelpe foreldrene til å kunne snakke med barna om psykisk sykdom og rusavhengighet, og å gi informasjon til ungdommer om foreldrenes rusproblemer, er det utarbeidet to brosjyrer i samarbeid med organisasjonen Voksne for barn.

#### *Utdanning og forskning om atferdsproblemer*

Helse- og omsorgsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet samarbeider om tiltak for å bedre tilbudet til barn og unge med atferdsproblemer, både ved innføring av dokumenterte gode metoder som Multisystemic Therapy (MST), Parent Management Training – Oregonmodellen (PMTO) og Webster Stratton-metoden («De utrolige årene»). Videre gis det tilskudd til Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis (Atferdssenteret), sin støtter implementering og foretar fortløpende vurdering.

Metodene gir positive resultater og spres både til enheter i spesialisttjenesten og i kommunene. Evaluering viser at barn, ungdom og familier får bedre hjelp og tettere oppfølging.

Webster Stratton metoden er implementert i både spesialisttjenesten (BUP, Bufetat) og kommunen (helsestasjon, PPT og barnevern). Av rapportering fremgår det at det er flest poliklinikker i psykisk helsevern (BUP) som tilbyr metoden.

Videre opplæring i de nevnte metoder blir gjennomført i 2007. Implementeringen har et spesielt fokus på kommunale tjenester.

#### **Forskning og statistikk**

##### *Forskning*

Forskning på psykisk helse styrkes 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). Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) (jf. kap.710 post 01 og 21). De regionale helseforetakene har et selvstendig ansvar for å drive forskning på psykisk helseområdet.

### *Norges forskningsråd (NRF) evaluering av Opptappingsplanen*

På oppdrag av departementet gjennomfører Norges forskningsråd en forskningsbasert evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse. Evalueringen omfatter i 2006 19 prosjekter basert på følgende temaer; fastlegenes rolle i forhold til pasienter med psykiske problemer hos hhv voksne og barn og unge, 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 Opptappingsplanens betydning for bruk av tvang innen psykisk helsevern. Resultatene av evalueringen analyseres fortløpende.

Evalueringssprosjektene viser hovedsakelig en positiv utvikling når det gjelder innhold i de psykiske helsetjenestene. På utdanningsområdet er det etablert relevante videreutdanninger innen psykisk helse som har bidratt til rekruttering av personell med fagspesifikk kompetanse i kommuner og helseforetak. Utviklingen er positiv når det gjelder leger og psykologer og høyskoleutdannet personale, men det er til dels store regionale forskjeller. Opptappingsplanen har i mindre grad gitt føringer for grunnutdanningene særlig for leger og psykologer. Brukerne involveres i økende grad i psykiske helsearbeid i kommunene.

En rimelig høy andel av befolkningen aksepterer åpenhet om psykiske lidelser. Kunnskap om psykisk helse og helsetjenester øker, men fortsatt er det en høy andel av befolkningen som ikke vet hvor de bør henvende seg hvis de opplever psykiske vansker selv eller hos sine barn.

Både distriktspsykiatriske sentre og fastlegeordningen står fortsatt overfor utfordringer når det gjelder å gi innbyggere med psykiske lidelser et tilfredsstillende tilbud.

Bruk av øremerkede midler til kommunene viser at et flertall av kommunene har hatt en økning i utgiftene til psykisk helsearbeid som minst tilsvarer økningen i de øremerkede tilskudd, og at anslag for udekket utgiftsbehov er redusert. Omtrent hver fjerde kommune mener nå at de får tilstrekkelig midler gjennom Opptappingsplanen. Det er et stort mangfold i organiseringen av det psykiske helsearbeidet i kommunene. Mange barn og unge som er i kontakt med helsesøster eller PP-tjenesten vurderes å ha udekket behov for behandlingstilbud fra psykisk helsevern for barn og unge. Dette viser nødvendigheten av at tjenes-

tene styrker sin oppmerksomhet på psykisk helse for at barn og unge skal få adekvate hjelpetilbud. Det er behov for økt samhandling mellom de ulike kommunale tjenester og fastleger.

Evaluering av Opptappingsplanens betydning for bruk av tvang innen psykisk helsevern viser regionale forskjeller i bruk av tvang. Den samlede tvangsmiddelbruken er redusert fra 2001 til 2003.

### *Statistikkutvikling*

Sosial- og helsedirektoratet har i oppdrag å gjennomgå data- og rapporteringssystemer for både de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten, og arbeider med å utvikle mål og indikatorer for psykisk helse. Gjennomgangen skal sikre pålitelige og tilstrekkelige data om den psykiske helsetilstand i befolkningen, data om aktivitet og drift av psykisk helsetjenester i helseforetak og kommuner. Målet er å styrke datagrunnlaget slik at vi kan si mer om effekten av ulike tjenester for psykisk syke.

I 2005 startet et prosjekt for å sikre god kvalitet på dataene som rapporteres inn til Norsk pasientregister innen psykisk helsevern. Målet er å få til komplett rapportering av god kvalitet, gjennom bl.a. å utvikle registrerings- og prosessveiledere. Prosjektet er planlagt sluttført i 2006. Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse 2005 hadde helse som tema, og et tilleggsutvalg som vektlegger spørsmål om psykisk helse finansieres over denne posten for å få bedre kunnskap om den psykiske helsetilstanden i befolkningen.

For 2007 skal styrkingen av datagrunnlaget både for kommunene og for spesialisthelsetjenesten sikres ved å utvikle dagens rapporterings- og dokumentasjonssystemer. Disse systemene skal blant annet gi grunnlag for utvikling av indikatorer. Det arbeides med å utvikle en bedre dokumentasjon på det samlede psykiske helsearbeidet i hver kommune, og ikke bare på Opptappingsplanens midler som det har vært rapportert på til nå. Erfaringer så langt viser at det også i 2007 er behov for forsterket innsats for å sikre komplett og kvalitetssikret rapportering fra spesialisthelsetjenesten. Midler til utvikling og drift av dokumentasjons- og rapporteringssystemer for psykisk helsevern (SAMDATA) dekkes over denne posten. Jf resultatrapportering under post 75.

### *Arbeid og sysselsetting*

Et viktig satsingsområde i Opptappingsplanen for psykisk helse er å styrke tilgjengeligheten av arbeid gjennom egnede opplærings/utdannings-



tilbud og andre arbeidsmarkedstiltak for mennesker med psykiske lidelser.

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 2005 var 93 300 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 26 pst. i 2005.

Gjennomsnittlig antall yrkeshemmede med psykiske lidelser som deltar i arbeidsmarkedstiltak har økt fra rundt 7 000 personer i 1998 til om lag 14.000 i 2005. Opptrappingsplanens måltall på 4 000 flere personer som får et tilbud gjennom Aetat er dermed oppnådd. I 2005 benyttet Aetat om lag 3,3 mrd. kroner til arbeidsmarkedstiltak for personer med psykiske lidelser, inkl. 103 mill. kroner som ble stilt til rådighet over Opptrappingsplanen for psykisk helse.

I tillegg til totalt 103 mill. kroner fra Opptrappingsplanen til målrettede tiltak over Arbeids- og inkluderingsdepartementets budsjett i 2005, ble det for 2005 avsatt inntil 2,5 mill. kroner til utviklingsarbeidet «Vilje viser vei – en systematisk tilnærming til arbeidslivet», for å kartlegge og utvikle bedre metodikk slik at flere med psykiske lidelser skulle få muligheten til å utnytte sin arbeidsevne helt eller delvis. Prosjektet ble avsluttet i sin opprinnelige form 1.4.2006, men erfaringene videreføres i samarbeid mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og sentrale helsemyndigheter. Av 123 mill. kroner fra Opptrappingsplanen i 2006 er 40 mill. kroner avsatt til egen storbysatsing for å styrke innsatsen i Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Fra 2006 utvides denne satsingen til også å omfatte Kristiansand og Bodø. 20 mill. kroner er avsatt til å styrke kompetanseheving og metodeutvikling, samt koordinatorstillinger i alle fylker.

Erfaringer så langt viser at personer med psykiske lidelser har behov for lengre kartleggings- og avklaringsperioder, tettere oppfølging og sterkere fokus på integrerende arbeidsrettede tiltak enn andre grupper av yrkeshemmede. Storbysatsingen har fokus på å gi gode avklaringstilbud, og ny metodikk prøves ut.

I 2006 utarbeider Sosial- og helsedirektoratet, og Arbeids- og velferdsdirektoratet en nasjonal strategi for arbeid og psykisk helse. Formålet er at mennesker med psykiske lidelser skal få bedre mulighet til å utnytte egen arbeidsevne. Strategien vil bygge på og ta opp i seg erfaringene fra Vilje

Viser Vei – satsingen på arbeid og psykisk helse i NAV og skal understøtte arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen).

Strategien vil fokusere bl.a. på behovet for tidlig og koordinert innsats fra tjeneste- og behandlingsapparat overfor arbeidstaker/bruker, opplæring i og økt bruk av individuell plan, gjennomgang av faglige retningslinjer, regelverk og rutiner for å oppdatere og bedre tjeneste- og behandlingstilbud. Ansvarsområdene til kommuner, arbeids- og velferdsetat og helseforetak bør tydeliggjøres.

Strategien vil videre fokusere på behovet for å styrke samarbeidet mellom utdanningsmyndigheter og arbeidsliv, herunder vektlegging av opplæring, støtte og veiledning til arbeidsgivere, tillitsmannsapparat, HMS m.v. Det er behov for å øke kunnskapen og bevisstheten om betydningen av arbeid for den psykiske helsen bl.a. i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er videre behov for en bred og langsiktig satsing på utviklingstiltak og forskning på feltet arbeid og psykisk helse, i tillegg til tiltak som kan settes i verk nå. Strategien vil realiseres innenfor Opptrappingsplanens rammer.

I tilknytning til strategien vil satsningen i arbeids- og velferdsetaten gjennom «Vilje Viser Vei» blir videreført og styrket, herunder storbysatsing og utvikling av gode avklaringstilbud, nettverk og koordinatorstillinger, kompetanseheving og metodeutvikling innen jobbmestrende oppfølging. I tillegg er det i 2007 viktig å følge opp fylker hvor arbeidet med å tilrettelegge for at mennesker med psykiske lidelser skal kunne nyttiggjøre seg sin arbeidsevne er kommet kort.

Midler til Arbeids- og velferdsetaten over AIDs budsjett foreslås økt med 20 mill. kroner til videreføring og styrking av den målrettede satsingen i regi av Arbeids- og velferdsetaten, slik at samlet beløp i 2007 utgjør 143 mill. kroner. Det rapporteres særskilt på bruk av midlene.

### **Post 72 Tilskudd til Modum Bads Nervesanatorium**

Modum Bad er en privat diakonal stiftelse. Hovedoppgaven er sykehusdrift med 111 plasser, av disse 14 plasser innen behandling av spiseforstyrrelser. Sykehuset er åpent for pasienter fra hele landet og behandler enkeltmennesker og familier med psykiske lidelser. I 2006 dekker staten 80 pst. av driftsutgiftene og 20 pst. dekkes av henvisende instans.

Det foreslås totalt bevilget 90,7 mill. kroner på posten i 2007.

### Resultatrapportering for 2005 og status 2006

I 2005 var bevilgningen til formålet 84,660 mill. kroner. Det ble behandlet 1230 pasienter, herav 131 med spiseforstyrrelser. Modum Bad har etablert et tilbud for behandling av mennesker med psykiske lidelser og et samtidig rusmiddel-

bruk. Fra og med 2004 fikk de regionale helseforetakene ansvaret for spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere. Modum Bad fikk i 2005 et ekstra tilskudd på 2 mill. kroner for å øke sin kompetanse i en integrert behandling av personer med psykiske lidelser som samtidig har et rusmiddelmissbruk.

### Behandlede pasienter/liggetid

År	Regnskap				Budsjett
	2002	2003	2004	2005	2006
Behandlede pasienter	975	1146	1287	1391	1488
Gjennomsn. liggetid	38 dager	34 dager	30 dager	29 dager	29 dager

Modum Bad har i 2006 gjennomført en volumøkning på 20 plasser innen rus/psykiatri og traumebehandling/spiseforstyrrelser. Volumøkningen er dekket inn gjennom økningen av egenandelen for henvisende instans fra 10 til 20 pst.

### Mål 2007

Modum Bad viderefører planene om en volumøkning på 20 plasser til integrert behandling av samtidig rusavhengighet og psykisk lidelse, og traumebehandling/spiseforstyrrelser.

Som en oppfølging av St.prp. nr. 1 (2005-2006) har Sosial- og helsedirektoratet på oppdrag av departementet og i samarbeid med de berørte institusjoner gjennomgått finansieringsordningene for Modum og Viken senter. På bakgrunn av dette foreslår departementet at finansieringsordningen til Modum Bad endres slik at finansieringsansvaret overføres til Helse Sør. Helse Sør vil i oppdragsdokumentet for 2007 bli bedt om inngå en avtale med Modum Bad som vil regulere de driftsøkonomiske rammene. Som en følge av dette overføres 90,7 mill. kroner fra tidligere kap. 743, post 72 til kap. 732, post 70.

### Post 73 Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, kan overføres

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 m.fl. Posten omfatter også midler til forskning og kompetanseutvikling om voldsutøvere og overgripere,

og til styrking av selvmordsforebyggende arbeid. Det foreslås totalt bevilget 105,6 mill. kroner på posten i 2007.

### Nasjonal forskning og kompetanseutvikling

*Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)* hadde det første ordinære driftsår i 2005. 5 departementer står bak opprettelsen av senteret, for å bidra til en samlet satsning på etats- og tjenesteområder. Formålet med senteret er å styrke forskning, utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og kompetanseutvikling på volds- og traumefeltet. Senteret skal evalueres i 2006.

Prioriterte områder i 2007 er utvikling av behandlingsmetoder for traumatiserte asylsøkere/flyktninger, overgrepssproblematikk knyttet til barn og unge med utgangspunkt i «Strategi mot seksuelle og fysiske overgrep mot barn» (2005-2009), vold i nære relasjoner og barn som er vitne til vold – herunder barn med minoritetsbakgrunn – samt hjelpe- og behandlingstilbud for voldsutøvere. Deler av forskningsprogrammet etter flodbølgekatastrofen videreføres. Resultatene fra kartlegging av regionale behandlingstilbud til mennesker som har vært utsatt for tortur, vold og traumer vurderes med sikte på styrking av tilbudet.

*Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)* ble etablert i 2003. Senterets hovedoppgaver er innsamling og formidling av tilgjengelig kunnskap, nettverksbygging, forsknings- og utviklingsarbeid, informasjonsutveksling nasjonalt og internasjonalt om somatisk og psykisk helse og omsorg for personer med minoritetsbakgrunn. Målgrupper er i første rekke helsepersonell, forskere og andre som jobber med minoritetshelse.

## Regional kompetanse på volds- og traumefeltet

I 2005 besluttet 5 departementer å etablere regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Formålet er å bidra til bedre og mer helhetlige tjenester gjennom økt kompetanse og bedre samarbeid mellom tjenester. Sentrene skal bistå tjenesteapparatet (helse-tjenester, barnevern, familievern, politi etc.), med informasjon, veiledning og kompetanseoppbygging. Sentrene skal bistå i å etablere nettverk mellom relevante samarbeidspartnere i regionen. Regionene er på litt ulike stadier i etableringsprosessen. I regionene øst, midt-Norge og vest er man kommet ganske langt og i region nord ble senteret formelt åpnet 29. september dette året. Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging videreutvikles i 2007.

## Særskilte tiltak og målgrupper

*Styrking av helsetjenestetilbudet til personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep/vold i nære relasjoner*

Styrking av det lokale helsetjenestetilbudet til personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep/vold i nære relasjoner er et viktig tiltak i handlingsplanen «Vold i nære relasjoner» (2004–2007).

Det ble i 2005 og 2006 bevilget 10 mill. kroner til utvikling av helsetjenestetilbudet til den aktuelle målgruppen. Felles mottaksfunksjoner for personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner og/eller seksuelle overgrep er etablert /under etablering som et lavterskeltilbud (1-2) i hvert fylke, og forankret i kommunale/interkommunale legevakter. Veileder for helsetjenestens mottak, registrerings- og henvisningsrutiner, behandling og oppfølging av personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep og/eller vold i nære relasjoner, er under arbeid. Regjeringen har i tillegg nedsatt et utvalg som skal utrede hvordan voldtektsrammede ivaretas og hva som bør endres.

Implementering av veilederen og annen kompetanseutvikling ved mottaksfunksjoner i primærhelsetjenesten fortsetter i 2007. Informasjonsmateriell på relevante språk skal utarbeides og distribueres. Bevilgningen foreslås videreført i 2007.

## *Psykososiale tjenester ved kriser, ulykker og katastrofer*

Det er behov for å styrke hjelpeapparatets psykososiale oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer. Det utarbeides derfor en veileder om innhold, organisering og kompetanse i psykososiale tjenester ved kriser, ulykker og katastrofer.

Arbeidet med veilederen er forsinket med videreføres med sikte på ferdigstilling i 2007 og implementering i 2007-2008.

## *Handlingsplan «Vold i nære relasjoner» (2004-2007)*

Hovedformål med planen er å styrke det samlede hjelpetilbudet til ofre for vold i nære relasjoner, samt forebygge denne type vold. Justisdepartementet har koordineringsansvaret, men Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for flere av tiltakene i handlingsplanen. Handlingsplanperioden går ut 2007, og tiltakene forutsettes å være gjennomført ved planperiodens utløp.

## *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, samt bedre behandling og oppfølging av ofrene og unge overgripere, gjennom forskning, kompetanseutvikling og bedre samarbeid mellom ulike aktører (helsetjenesten, politi, barnevern m.fl.).

Arbeidet med oppfølging og gjennomføring av tiltakene videreføres i 2007.

## *Regjeringens handlingsplan mot menneskehandel*

Handlingsplan mot menneskehandel ble lagt frem i juni 2005. Regjeringen vil legge frem en fornyet plan høsten 2006 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 behov for å styrke helsetjenestens kunnskap og kompetanse i forhold til å identifisere og imøtekomme gruppens behov.

## *Psykososialt arbeid for flyktninger og asylsøkere*

Innvandrere og flyktninger med lovlig opphold har samme rett til helsetjenester som befolkningen for øvrig. Både kommunal- 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 for å styrke tjenestene til gruppen. NKVTS har etablert en egen seksjon for flyktningshelse og tvungen migrasjon for å styrke forsknings- og kompetanseutviklingen på området. Arbeidet som regionale psykososiale team for flyktninger gjorde med undervisning og veiledning av tjenester er innlemmet i regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, jf. over. Det arbeides også for å bedre psykisk helse hos barn og unge i mottak.

Prøveprosjekt med utvidet helseundersøkelse av mottaksbeboere som representerer utfordringer med hensyn til risikoatferd er igangsatt i samarbeid med utlendings- og politimyndighetene. I 2007 vil resultater foreligge. Tiltak for identifisering og oppfølging av personer i mottak med risikoatferd vurderes på denne bakgrunn.

Et pilotprosjekt med kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere er forsinket da datainnsamlingsperioden måtte forlenges fordi det var nedgang i antall asylsøkere siste halvår 2005. Kartleggingen avsluttes i 2006 og resultatene skal vurderes med sikte på eventuell bruk av kartleggingsinstrumentene ved ordinære helseundersøkelser.

Kunnskaps- og kompetanseutvikling i tjenesteapparatet for bedre oppfølging av flyktninger og asylsøkere fortsetter i 2007 og videreutvikles i regi av regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Samarbeidet med UDI m.fl. for bedring av psykososiale forhold for barn og unge i asylmottak fortsetter.

### *Nasjonale tiltak mot selvmord*

Det registreres årlig vel 500 selvmord i Norge. I tillegg kommer et ukjent antall selvmordsforsøk. Det er derfor behov for særskilte tiltak rettet mot selvmordsforebygging. Det overordnede målet er å redusere antall selvmord og forsøk, og å bedre livskvalitet og omsorg for alle som blir berørt av selvmordsatferd. I perioden 1994–2002 ble prosjektene «Handlingsplan mot selvmord» og «Tiltak mot selvmord» gjennomført. Flere av tiltakene er videreført i 2003–2005. Selvmordsraten har vist en fallende tendens i denne tiårsperioden, men det er behov for å fortsette arbeidet, både nasjonalt, regionalt og lokalt.

Strategiske mål og satsningsområder for selvmordsforebyggende arbeid for perioden 2006–2008 er utarbeidet og ligger til grunn for selvmordsforebyggende arbeid i perioden. Det inkluderer bl.a. identifisering og vurdering av tiltak rettet mot spesielle risikogrupper, bedre nasjonal statistikk, tjenestetilbud og effekt av intervensjoner.

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern skal implementeres. Kunnskap og kompetanseoppbygging i tjenesteapparatet fortsetter i regi av bla. Seksjon for selvmordsforskning og forebygging, Folkehelseinstituttet og regionale ressursentre om selvmordsforebygging, vold og traumatisk stress.

### **Post 75 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, kan overføres**

Posten finansierer styrking og omstrukturering av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene settes med dette i stand til å gjennomføre Opptappingsplanen for psykisk helse. Øvrige midler til psykisk helsevern bevilges over basisbevilgningen til de regionale helseforetak, jf. kapittel 732, post 71–75 og post 77 refusjon poliklinisk virksomhet.

Det foreslås bevilget 1 869,2 mill. kroner for 2007 medregnet priskompensasjon over kapittel 743 post 75. Posten foreslås styrket med 304 mill. kroner sammenlignet med 2006. Av den økte bevilgningen er 290 mill. kroner avsatt til gjennomføring av Opptappingsplanen for spesialisthelsetjenesten i de regionale helseforetakene. Fordelingen mellom de regionale helseforetakene blir: Helse Øst tildeles 630,1 mill. kroner, Helse Sør tildeles 359,7 mill. kroner, Helse Vest tildeles 355,4 mill. kroner, Helse Midt-Norge tildeles 251,3 mill. kroner og Helse Nord tildeles 199,9 mill. kroner. Fordelingsnøkkel for psykisk helsevern, jf. St.meld. nr. 5 (2003–2004) og Innst. S. nr. 82 (2003–2004) legges til grunn for fordeling av midler mellom de regionale helseforetak. De resterende 14 mill. kroner av økningen fordeles til styrking av nasjonal enhet for døve og døvblinde med psykiske lidelser og til grupper med spesielle behov (dobbeltdiagnose, ADHD etc). 6 mill. kroner er lagt til som økning til drift av Viken senter under kap. 732, post 70

Vilkåret for tildeling av midler til de regionale helseforetak er at den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern og rus skal være sterkere enn innen somatikken. For å realisere styrking og omstrukturering av tjenesten forutsettes det at de øremerkede tilskuddene kommer i tillegg og ikke isteden for de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.

### **Resultatrapportering 2005**

Nøkkeltall fra SAMDATA viser at driftskostnadene til psykisk helsevern samlet sett utgjorde 12,3 mrd. kroner i 2005, noe som representerer en realvekst på 5 pst. i forhold til 2004. Veksten i somatisk sektor

var til sammenlikning på 3 pst. i samme periode. Det har vært en særlig sterk vekst i det psykiske helsevernet for barn og unge siden 2003, og dette fortsatte i 2005 med en realvekst på 7 pst. fra 2004. I det psykiske helsevernet for voksne økte de totale driftskostnadene med 4,7 pst. fra 2004 til 2005. Dette er en kraftigere vekst enn i foregående år.

Så langt i opptrappingsperioden har driftskostnadene i psykisk helsevern økt med 23 pst. totalt. I det psykiske helsevernet for barn og unge har driftskostnadene økt med 59 pst. i perioden, mens det innenfor psykisk helsevern for voksne har vært en vekst på 17 pst.

Tabell 5.5 Utvikling i totale driftskostnader til psykisk helsevern ihht til SINTEF Helse og SSB. 1998-2005. Mill. kroner målt i faste 2005 kr. Prosentvis endring fra 1998-2005.

	1998	2000	2002	2004	2005	Prosentvis endring 1998-2005
Totale driftskostnader psykisk helsevern	10 046	10 515	11 299	11 736	12 332	23
Totale driftskostnader barn og unge	1 265	1 350	1 626	1 877	2 015	59
Totale driftskostnader voksne	8 781	9 165	9 673	9 859	10 317	17

#### *Status for gjennomføringen av Opptrappingsplanen innenfor psykisk helsevern for barn og unge*

Opptrappingsplanen har som målsetning at 5 pst. av befolkningen under 18 år skal få et tilbud om behandling fra det psykiske helsevernet innen utløpet av opptrappingsperioden i 2008. Dekningsgraden i det psykiske helsevernet for barn og unge (andel barn og unge som mottar tilbud) har økt fra 2,0 pst. i 1998 til 4,0 pst. i 2005. Økningen fra 2003 har vært særlig sterk, og med samme veksttakt resten av opptrappingsperioden vil målet om 5 pst. dekningsgrad kunne nås. Det er imidlertid store forskjeller i dekningsgrad mellom helseregionene.

I 2005 fikk 43 426 barn og unge behandling i det psykiske helsevernet. Av disse fikk 41 722 poliklinisk behandling, dvs. 96 pst. Det ble behandlet 22 625 flere barn og unge i det psykiske helsevernet i 2005 enn i 1998, dvs. en økning på 110 pst.

Ved utgangen av 2005 var det i følge SAM-DATA totalt 331 døgnplasser innen psykisk helsevern for barn og unge, dvs. en økning på 38 plasser fra 1998. I en kartlegging utført av Sosial- og helsedirektoratet i 2004 fremkom det at de regionale helseforetakene la opp til å etablere totalt ca. 400 døgnplasser for barn og unge i løpet av opptrappingsperioden. Ettersom Opptrappingsplanen anbefalte å etablere i alt 500 plasser i løpet av perioden, innebærer dette 100 færre plasser enn opprinnelig anbefalt. Det vises i den forbindelse til St.prp. nr. 1 (2004–2005) hvor dette er redegjort for. I de senere årene har det blitt utviklet en rekke ambulante arbeidsmåter som alternativer til innleggelse, delvis i samarbeid med barnevernet. Det er igangsatt en nasjonal kartlegging av omfang og kvalitet i etablerte ambulante tjenester i regi av Sosial- og

helsedirektoratet. Denne skal benyttes i en mer systematisk utbygging av ambulante tjenestetilbud knyttet til lokale poliklinikker og døgnenheter.

Når det gjelder målsetningen om å øke antall fagpersoner i poliklinisk virksomhet for barn og unge med 400, har antall årsverk i perioden 1998–2005 økt med 553. Dette målet er dermed allerede nådd, men de regionale helseforetakene må vurdere personellbehovet på ny ettersom dekningsgraden på 5 pst. ennå ikke er nådd.

#### *Status for gjennomføringen av Opptrappingsplanen innenfor psykisk helsevern for voksne*

Gjennom Opptrappingsplanen forutsettes det at distriktpspsykiatriske sentre (DPS) skal ivareta det generelle behandlingsbehovet av psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten. Sykehusavdelingene skal ivareta spissfunksjoner og må kunne understøtte DPS ved behov. Enkelte helseforetak sliter med overbelegg i akuttavdelingen. Denne situasjonen forutsettes løst. Ambulante og polikliniske arbeidsformer er vesentlig styrket i perioden for å understøtte hovedmålet i Opptrappingsplanen – styrke brukerens egenmestring i hverdagen. Dette er i tråd med den internasjonale fagutviklingen på området.

Innen psykisk helsevern for voksne har antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner økt med 12 pst. fra 2004 til 2005. Noe av økningen kan ha sammenheng med endringer i takstsystemet i poliklinikker fra 2005. Økningen i polikliniske konsultasjoner har imidlertid vært kraftig siden 1998 med en vekst på 391 000, dvs. 82 pst. Målet i Opptrappingsplanen om 50 pst økning er således allerede nådd.

Antall døgnopphold økte med 1876 fra 2004 til 2005, dvs en økning på 13 000 døgnopphold eller 38 pst i perioden 1998–2005. Antall oppholds-døgn har gått gradvis ned siden 1998, og nedgangen fortsatte fra 2004 til 2005. Dette innebærer at hvert enkelt institusjonsopphold gjennomsnittlig har blitt kortere siden 1998. Opptrappingsplanen innebærer en omlegging av døgndriften til mer aktiv behandling og kortere opphold. Nedgangen må ses i sammenheng med etablering av flere bo og omsorgstiltak i kommunene gjennom Opptrappingsplanen.

Ved utgangen av 2005 var det 15 907 årsverk totalt innenfor det psykiske helsevernet for voksne, noe som tilsvarer en økning på 17 pst. i forhold til 2004. Antall polikliniske årsverk økte med 3,3 pst fra 2004 til 2005, men har økt med hele 51 pst. siden 1998. Årsverk for psykologer, leger, psykiatere og psykiatriske sykepleiere har økt mest hittil i perioden.

I følge nøkkeltall fra SAMDATA for 2005 har personelldekningen i det psykiske helsevernet for voksne økt fra 40,1 stillinger per 10 000 innbyggere i 1998, til 44,8 i 2005, dvs. en økning på 11,7 pst. Personelldekningen i poliklinisk virksomhet har økt med 62,4 pst på landsbasis i løpet av planperioden. Størsteparten av personellressursene i det psykiske helsevernet for voksne er likevel knyttet opp mot drift av døgnavdelinger – kun 15 pst av personellressursene går til poliklinisk virksomhet.

Det har vært en vesentlig høyere vekst i antall årsverk ved DPSene enn ved sykehusavdelingene i perioden 1998 til 2005 (97,5 pst. mot 7,7 pst.). Veksten ved DPS'ene må ses i sammenheng med reduksjonen ved sykehjemmene. Av de samlede årsverkene i psykisk helsevern for voksne var 58 pst knyttet til sykehusene i 2005 mot 63 pst i 1998. Dette innebærer ikke en nedtrapping i sykehusene, men at den relative andelen i forhold til DPS er økt som en konsekvens av styrkingen av DPS.

De er i Opptrappingsplanen foreslått å øke antall døgnplasser i DPS til totalt 2065 i 2006. Det var 1487 døgnplasser i DPS i 1998, og dette antallet var økt til 2009 i 2005, jf. SAMDATA for 2005. I en kartlegging fra Sosial- og helsedirektoratet i 2004 går det frem at de regionale helseforetakene planlegger en samlet døgnkapasitet i DPS på 2215 plasser og 2800 sykehusplasser ved utgangen av 2008.

#### Status 2006 og mål for 2007

##### *Tilgjengelighet til tjenesten – ventetid*

Stadig flere pasienter får tilbud om behandling i det psykiske helsevernet. Det har vært en sterk

økning i antall nyhenviste de siste årene både når det gjelder voksne og barn og unge.

Ventelistetallene for 1. tertial 2006 viser at antall ventende over 18 år har økt med 229 personer fra 1. tertial 2005 til 1. tertial 2006, og gjennomsnittlig ventetid til behandling har økt med 3 dager til 62 dager. Antall nyhenvisninger av personer over 18 år har samtidig gått ned med 423 sammenliknet med samme tidspunkt året før.

I det psykiske helsevernet for barn og unge har antall ventende økt med 587 personer, dvs. 15 pst fra 1. tertial 2005 til 1. tertial 2006. Ved 1. tertial 2006 var det derfor 4 500 barn og unge som ventet på utredning og behandling i psykisk helsevern. Gjennomsnittlig ventetid har økt med 2 dager til 77 dager, mens antall nyhenviste har økt med 158 personer, dvs. i overkant av 2 pst.

Det at antall ventende øker, må sees i sammenheng med at man i Opptrappingsplanen har tatt utgangspunkt i et underforbruk av tjenester i forhold til reelt behov. På tross av at det psykiske helsevernet behandler stadig flere pasienter og at dekningsgraden dermed øker, synes etterspørselelsen derfor å øke raskere enn tilbudet bygges ut. Det er behov for en økt vektlegging av forebygging og tidlig intervensjon gjennom samarbeid med det kommunale tiltaksapparatet.

Departementet satte i desember 2005 ned en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å se på hvordan en særskilt ventetidsgaranti for barn og unge kan utformes, og foreslå hvordan rett til helsehjelp for barn og unge med rusavhengighet eller psykiske lidelser kan styrkes. Arbeidsgruppen leverte sin innstilling i juni 2006. Rapporten inneholder tre hovedanbefalinger som understøtter hverandre: å styrke pasientrettighetene gjennom en særskilt ventetidsgaranti for barn og unge innen psykisk helse og rus, å bedre samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og tiltak for å øke produktiviteten og effektivisere tidsbruken i poliklinikkene. Rapporten er sendt ut på høring. Høringsfristen er 1. november 2006.

##### *Utbygging av distriktpsikiatriske sentre (DPS)*

Etablering av en struktur med distriktpsikiatriske sentre over hele landet har kommet langt og antas å være fullført ved utløpet av planperioden. Per 2006 var det etablert 75 DPS'er totalt.

Flere rapporter fra Sintef Helse og de regionale helseforetakene viser at det 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 Opptrappingsplanen. Det er registrert store variasjoner mel-

lom DPS-er både når det gjelder bemanning, ressurser i forhold til befolkningsgrunnlag og typer av tilbud og tjenester. En revidert DPS-veileder vil tydeliggjøre forventningene til tjenestene og formidler klare føringer i forhold til faglig innhold, bemanning, tilgjengelighet, samarbeid og bruker-medvirkning.

Departementet vil i 2007 se på muligheten for å utvikle samarbeidsmodeller mellom kommunene og DPS for bedre å kunne ivareta krevende og vanskelig pasienter på riktig omsorgsnivå. Ambulerende team med ansvar for veiledning av kommunene og oppfølging av enkeltbrukere er viktige tiltak i den sammenheng.

Departementet vil i samarbeid med de regionale helseforetakene gjennomgå ressursfordelingen mellom sykehus og DPS med sikte på at DPS-tjenestene gis tilgang til kvalifisert personell. Tilsvarende må det settes fokus på sykehusavdelingenes oppgaver og rolle slik at de kan utvikle spissfunksjoner for å ivareta oppfølging og behandling av særlig vanskelige tilstander, herunder akuttavdelingene, sikkerhetsavdelingene og andre spesialiserte spissfunksjoner. De regionale helseforetakene må etablere tilstrekkelig døgnkapasitet for disse funksjonene ved sykehusene.

#### *Akutfunksjoner i psykisk helsevern for voksne (akuttpsykiatri)*

Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte i løpet av 1. tertial 2006 et prosjekt i samarbeid med de regionale helseforetakene og Sintef Helse for å kartlegge og vurdere kapasitet, gjennomstrømning, samarbeid og bemanning ved sykehus og DPS i forhold til akuttpsykiatriske tjenester for voksne. Resultatene av kartleggingen viser at det er store og uforklarlige variasjoner mellom helseforetakene når det gjelder beleggsprosent, dekningsgrad og andel utskrivningsklare pasienter. Kartleggingen gir ingen systematiske sammenhenger mellom antall akutt plasser målt per 100 000 innbyggere, og de andre kvantitative målene. Dette betyr at de områdene som har det høyeste antallet akutt plasser i forhold til befolkningsstørrelse ikke nødvendigvis har lavere belegg og lengre oppholdstider enn områder med et lavt antall akutt plasser i forhold til befolkningsstørrelse. Dette tyder på at kapasitetsproblemene innenfor de akuttpsykiatriske tjenestene ikke nødvendigvis skyldes mangel på plasser ved akuttavdelingene.

Rapportering fra de regionale helseforetakene per august viser at det arbeides med flere tiltak i helseforetakene som forventes å gi effekt i forhold til å redusere presset på akuttavdelingene. Depar-

tementet vil følge de regionale helseforetakene videre opp på dette området.

For å øke tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester i akutte situasjoner, ble de regionale helseforetakene i statsbudsjettet for 2005 pålagt å opprette ambulante akutteam ved DPSene. Det fins per i dag 23 slike team på landsbasis. Erfaringer med ambulante akutteam i Norge er begrenset. 9 av landets ambulante akutteam inngår i et evalueringsprosjekt i regi av SINTEF helse (Nettverk for forskning og evaluering av akutttilbud) og forskningsresultater vil foreligge i løpet av 2006/2007.

I 2007 vil departementet prioritere å legge til rette for en velfungerende akuttpsykiatri. Det skal som hovedregel ikke være overbelegg (korridorpasienter) ved akuttpsykiatriske avdelinger på sykehus. Departementet vil følge opp hovedfunnene og konklusjonene fra kartleggingen av akutt-tjenestene for voksne. Departementet vil vektlegge en bedre organisering av akutt-tjenestene, d.v.s. en videreutvikling av akuttavdelingene på sykehus og akutfunksjonene ved DPSene. Som en del av dette må DPS-tjenestene styrkes innholdsmessig og kvalitetsmessig. Det må arbeides videre med å sikre et godt samarbeid mellom sykehus og DPS, og mellom DPSene og kommunene.

#### *Øvrige tiltak*

##### *Psykisk helse og rusmiddelproblemer – dobbeltdiagnoser/dobbeltindikasjon*

Etter at de regionale helseforetakene ved rusreformen fikk overført ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige, har det blitt økt fokus på sammenhengen mellom psykisk helse og rusbehandling. Dette har også medført et tettere samarbeid mellom det psykiske helsevern og tiltakene for rusmiddelavhengige, i første rekke ved mange DPSer. Her har man fått en samlokalisering av tjenestene for rusmiddelavhengige og det psykisk helsevern. Mange DPS-er foretar i dag vurdering for rett til nødvendig helsehjelp også for rusmiddelavhengige, men gir bare i begrenset grad tilbud om tverrfaglig spesialisert behandling. Det er et stort behov for å foreta en samtidighet i behandling av pasienter med dobbelproblematikk. Det er et behov for å øke fokus ytterligere på dette fagområdet. Undersøkelser (jf. SINTEF-rapporter) fra døgninstitusjoner innen psykisk helsevern viser at det ved enkelte institusjoner er mer enn halvparten av alle inneliggende pasienter som ved siden av sin psykiske lidelse også har et til dels omfattende rusmiddelproblem.

Der dette er hensiktsmessig bør tilbud om spesialisert utredning og behandling for rusmiddelavhengighet bli gitt poliklinisk eller ambulant på

lokalsykehusnivå fra distriktpspsykiatriske sentre (DPS) for voksne og poliklinikker under psykisk helsevern for barn og unge.

I 2007 vil departementet særlig sette fokus på behovet for å øke kompetansen om psykiske lidelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og kompetansen om rusmiddelavhengighet innen det psykiske helsevernet både for voksne og barn og unge. Tjenesten innen tverrfaglig spesialisert behandling og det psykiske helsevern må tilrettelegges på en slik måte at pasienter med sammensatte lidelser får forsvarlig og helhetlig oppfølgende behandling. Tjenestene må også sikres tilstrekkelig kompetanse i bruk av godkjente diagnostiske verktøy både for å avdekke psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide kliniske retningslinjer for behandling av dobbeltdiagnosepasienter. Disse vil foreligge i løpet av 2007.

#### *Kompetanseutvikling for ADHD*

Som oppfølging av en interpellasjonsdebatt om ADHD i Stortinget i april 2006 gis det en orientering om ytterligere styrking av tiltak rettet mot pasientgruppen.

Ca 3-5 prosent av barn i skolealder har forstyrrelser i tråd med kriteriene for ADHD. Flere gutter enn jenter får diagnosen uten at årsaken er kjent. Tall fra Nasjonalt folkehelseinstitutt viser at i 2005 ble 11 000 barn og unge med ADHD 18 år under behandlet med sentralstimulerende legemidler. 4 av 5 som ble behandlet var gutter. I 1997 ble det etter et stortingsvedtak åpnet for utprøvende behandling med sentralstimulerende legemidler til voksne med ADHD. I 2005 fikk 5400 voksne forskrevet sentralstimulerende legemidler, 2 av 3 var menn. Forbruket av sentralstimulerende legemidler brukt ved ADHD i Norge har økt kraftig de senere år. Tilsvarende økninger sees i mange vestlige land, herunder Sverige og Danmark. Økt oppmerksomhet rundt diagnosen, større kapasitet og bedre tilgjengelig innen psykisk helsevern for barn og unge samt enklere dosering av legemidler kan ha bidratt til økningen. For å følge bruken av sentralstimulerende midler vil det bli satt i gang en 3 års studie ved Nasjonalt folkehelseinstitutt av omfang av bruk, behandlingsvarighet, kjønns- og fylkesforskjeller. Det skal utarbeides lett forståelig informasjon for foreldre og for større barn og ungdommer om medisiner og mulige bivirkninger.

Nytt regelverk for legers rett til å rekvirere sentralstimulerende legemidler trådte i kraft i 2005 og forenklet forskrivningen. Veileder for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten om diagnostisering og behandling av pasienter med ADHD ble

utgitt i 2005. I veilederen understrekes det at et legemiddel aldri skal gis uten at det samtidig igangsettes andre hjelpetiltak. Evaluering av regelverk og veileder ble igangsatt i 2005 og skal foregå fram til 2010.

Stortinget økte i 2005 bevilgningen til Norges forskningsråd med 3 mill. kroner øremerket under kap. 701 til grunnforskning på ADHD. ADHD – forskning i regi av Norges forskningsråd skal også gjelde klinisk og epidemiologisk forskning som kan gi kunnskap om årsaker, forekomst, om forløp, om behandling og om utvikling av følgetilstander som depresjon, adferdsforstyrrelser, rus og kriminalitet, i tillegg til grunnforskning. Bevilgningen på 3 mill. kroner foreslås videreført.

Sakkyndige team for ADHD ble opprettet i 1997 som et prosjekt. Det foreslås å overføre midlene som har vært benyttet til de sakkyndige teamene, 2,6 mill. kroner fra kap. 743 post 70 til kap. 732 post 78. De regionale miljøene og andre aktuelle fagmiljøer skal inngå i et nasjonalt kompetansenettverk sammen med Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (NK) og bidra til fagutvikling, forskning, veiledning og undervisning.

Basert på data fra «Mor og barn undersøkelsen», vil Nasjonalt folkehelseinstitutt foreta en landsomfattende undersøkelse av sentrale problemstillinger ved ADHD i samarbeid med et norsk og internasjonalt nettverk. Formålet er å bedre kunnskapsgrunnlaget for forebygging og tidlig intervensjon. Det er under kap. 710, post 21 foreslått bevilget inntil 2 mill kroner for 2007 til delfinansiering. Det er behov for å styrke kunnskap om jenter/kvinner med ADHD. Dette inngår som en del av den særskilte satsning på forskning på kvinnehelse.

Pasienter med ADHD har behov for helhet og sammenheng i tjenestene, jf omtale i Nasjonal helseplan.

Tiltak for barn og unge med ADHD berører flere departementers ansvarsområder. Det skal utarbeides en felles veileder mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Justisdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet. Det vises til ytterligere omtale av tiltak under Kunnskapsdepartementets budsjett.

Ca 30 prosent av innsatte i norske fengsler antas å ha ADHD. I regi av Sosial- og helsedirektoratet og Kompetansesentrene for retts- og sikkerhetspsykiatri er det satt i gang en kartlegging av psykiske problemer, herunder ADHD, hos et stort antall innsatte. Ringerike fengsel gjennomfører en oppfølgingsstudie av ADHD hos innsatte i regi av Justisdepartementet og Sosial- og helsedirektora-



tet som vil gi kunnskap om behandling innenfor fengselsstrukturen.

På grunnlag av den samlede innsats fra flere departementer overfor barn, ungdom og voksne med ADHD, finner departementet foreløpig ikke behov for en særskilt konsensuskonferanse.

#### *Sikkerhetsplasser*

I tråd med målsettingen i Opptrappingsplanen er det etablert tre regionale kompetansesentre for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Trondheim (Brøset), Bergen (Sandviken) og Oslo (Ullevål/Gaustad). Sentrenes funksjoner består av veiledning, undervisning, fagutvikling og forskning. I tillegg er det 218 sikkerhetsplasser fordelt på høy- og middels høye sikkerhetsavdelinger. Målsettingen i Opptrappingsplanen var etablering av 160 nye plasser for å sikre behovet for plasser etter at lovbestemmelsen om strafferettslig særreaksjon dom til tvunget psykisk helsevern trådte i kraft 1. januar 2002.

En kartlegging av behovet for plasser som ble gjennomført i 2005 viser et behov på om lag 30 flere plasser. Departementet vil ta dette opp med de regional helseforetakene med hensyn på fordeling av plasser.

Ca 50–60 personer har fått dom til tvunget psykisk helsevern fra 2002 til mai 2006, dvs. ca 15–20 personer årlig.

#### *Tilbud til døve og døvblinde med psykiske lidelser*

Tilbudet til døve og døvblinde med psykiske lidelser skal styrkes. Helse Øst fikk i 2005 midler til etablering og utvikling av en landsdekkende kompetansefunksjon ved Aker universitetssykehus for gruppen barn, ungdom og voksne som er døve eller døvblinde og som har psykiske problemer. I løpet av 2006 skal det startes opp drift av et ambulant team for døve og døvblinde barn og ungdommer med psykiske lidelser. Arbeidet med å etablere og utvikle dette tilbudet vil fortsette i 2007. Helse Øst er satt i stand til å dekke investeringskostnader knyttet til etablering av døveenheten gjennom basisbevilgningen for 2006.

#### *Nasjonalt kompetansesenter i psykisk helsevern for den samiske befolkningen*

Det er under etablering et samisk kompetansesenter for voksne og et for barn og unge innenfor en

budsjettramme på 20 mill. (-98) kr., ihht St.prp. nr. 63. Helse Nord har utarbeidet en overordnet plan for kompetansesenteret. Hovedutfordringen for det kliniske arbeidet er å åpne virksomhet for forskningsaktivitet og utvikle et system for formidling av klinisk erfaring. Kompetansesenterets kliniske virksomhet er en integrert del av kompetansesenteret. Familieavdelingen ble åpnet i 2004, og akutteamets virksomhet fungerer som et ambulende team.

Hovedutfordringen for det kliniske arbeidet er dels å bygge opp kompetanse på språk og kultur samt flerkulturell forståelse, dels å åpne virksomheter for forskningsaktivitet og utvikle et system for formidling av klinisk erfaring.

#### *Viken senter*

Departementet godkjente planene for etableringen av Viken senter i november 2003. I St.prp nr. 1 (2003–2004) ble det bevilget statlig medfinansiering av byggarbeidene med om lag 63 mill. kroner over kap 732 post 70 og muligheten for 30 mill. kroner i låneopptak. I tillegg kommer midler fra offentlige og private bidragsytere.

Viken senter har første halvår 2006 vært igjenom en oppstartsfasen, med forsinket ferdigstillelse av bygg og derav forsinket oppstart og redusert pasientbehandling i 2006 i forhold til opprinnelig plan. Tilsetting av personell og annen driftsforberedelse er imidlertid gjennomført som planlagt.

Institusjonen får totalt 40 behandlingsplasser, fordelt med 24 plasser på individualavdeling og 16 plasser på familieavdeling. Byggene vil bli ferdigstilt og tatt i bruk gradvis i løpet av 2006 med full drift omkring årsskiftet 2006/07.

Som en oppfølging av St.prp. nr. 1 (2005-2006) har Sosial- og helsedirektoratet på oppdrag av departementet i samarbeid med de berørte institusjoner gjennomgått finansieringsordningene for Modum og Viken senter. På bakgrunn av dette foreslår departementet at finansieringsansvaret overføres til Helse Nord. Helse Nord vil i oppdragsdokumentet 2007 bli bedt om inngå en avtale med Viken senter som vil regulere de driftsøkonomiske rammene. Som en følge av dette overføres 40,4 mill. kroner fra kap. 743, post 75 til kap. 732, post 70. Dette innebærer en økning på 6 mill. kroner i 2007.

**Kap. 744 Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
70	Fagenhet for tvungen omsorg	41 516	42 929	44 560
	Sum kap. 744	41 516	42 929	44 560

**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 midlertidig fagenhet forestås av Helse Midt-Norge RHF. Utgifter 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 hvert 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 Brøset 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 sikkerhetshensyn 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 kontrollkommisjon med ansvar for alle psykisk utviklingshemmede som dømmes til tvungen omsorg.

Det foreslås bevilget om lag 43 mill. kroner på posten i 2007.

**Resultatrapportering 2005 og status 2006**

Fra 1. januar 2002 til mai 2006 er til sammen 17 personer dømt til tvungen omsorg. Av disse er 2 personer innlagt i fagenheten og 11 personer befinner seg i kommunale tiltak under fagenhetens ansvar, for fire personer er dom til tvungen omsorg opphørt.

Utgiftene på posten utgjorde om lag 54 mill. kroner i 2004. Det er for 2005 gjennomført tiltak for å redusere kostnadsnivået for ordningen.

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. Eventuelle forslag til lovendringer samt den øvrige evalueringen skal ferdigstilles innen utgangen av 2007. En eventuell utvidelse av anvendelsesområdet vil medføre enkelte økonomiske konsekvenser for gjennomføringen av særreaksjonen.

**Mål 2007**

I forbindelse med salg av eiendommen Brøset skal det etableres ny og permanent fagenhet ved Østmarka i Trondheim. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere etablering av en permanent fagenhet for tvungen omsorg i forbindelse med salg av eiendommen. I samråd med Helse Midt-Norge skal det faglige innholdet i fagenheten vurderes, areal- og funksjonskrav skal avklares, samt at de økonomiske konsekvenser av en flytting av fagenheten til Østmarka skal vurderes.

## Programkategori 10.50 Legemidler

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
750	Statens legemiddelverk	136 489	141 611	151 790	7,2
751	Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak	69 594	84 274	71 477	-15,2
	Sum kategori 10.50	206 083	225 885	223 267	-1,2

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
01-23	Statens egne driftsutgifter	147 436	158 994	157 893	-0,7
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	1 734	3 683	3 764	2,2
70-89	Andre overføringer	56 913	63 208	61 610	-2,5
	Sum kategori 10.50	206 083	225 885	223 267	-1,2

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 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
01	Driftsutgifter	134 755	137 928	148 026
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	1 734	3 683	3 764
	Sum kap. 750	136 489	141 611	151 790

Overført fra 2005 til 2006:  
Post 01: 6 500 000 kroner  
Post 45: 3 855 000 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 utredning av kvalitet, sikkerhet og effekt i forbindelse med godkjenning av legemidler (markedsføringstillatelse), klinisk utprøving av legemidler, vedlikehold av markedsføringstillatelser for legemidler på markedet, bivirkningsovervåking, kvalitetskontroll, veiledning om riktig legemiddelbruk, legemiddeløkonomi, forvaltning og tilsyn med legemiddelforsyningskjeden og overvåking av den legale omsetningen av narkotiske legemidler og virkestoff.

Søknader om markedsføringstillatelse for legemidler kan være av forskjellige typer og behandlingen 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 fem årene, og Legemiddelverket har hatt problemer med å overholde behandlingstiden for enkelte typer søknader, jf St.prp. nr. 65 (2004-2005). Målet for 2006 er at restansene av nasjonale søknader (søknader om markedsføringstillatelse bare i Norge) skal være redusert med minimum 70 prosent ift. mai 2005, og etaten vil ha fokus på saksbehandlingstid også i 2007.

Gjennomføringen av nye legemiddeldirektiv vil gi etaten nye oppgaver, bl.a. en ny godkjenningprosedyre, nye typer legemidler for godkjenning (blant annet homøopatiske legemidler) og tilsyn med bivirkningsovervåking.

De siste årenes satsing på bivirkningsarbeid har ført til at antall meldinger har økt fra 987 meldinger i 2000 til 2125 meldinger i 2005.

Det godkjennes stadig nye legemiddelvirkestoffer og utvikles ny produksjonsteknologi. Behovet for nye internasjonale standarder for legemiddelkvalitet øker dermed også. Legemiddelverket har vært med på å utvikle nye metoder for vaksinekontroll. Gjennom de nye metodene har man redusert behovet for bruk av forsøksdyr til det halve.

Arbeidsdelingen mellom myndighetslaboratoriene i EØS utvides. Legemiddelverket prioriterer deltakelse her fremfor rent nasjonale kontrollanalyser. Kvalitetsovervåkingen viser at legemidlene på det norske markedet og i EØS stort sett har god

kvalitet, men at det er noen mangler ved produsentenes egne kontrollmetoder. Det ble i 2005 behandlet 140 meldinger om kvalitetssvikt på produkter og påsett at legemidler med kvalitetsmangler ble trukket tilbake fra markedet. Legemiddelverkets erfaringer med analyser av ulovlige tilsetninger til naturmidler gjøres tilgjengelige i et samarbeidsprosjekt med Mattilsynet og Folkehelseinstituttet. Omfanget av slike saker er økende og krever informasjon mot allmennheten.

Legemiddelverkets veiledning og formidling skal være kunnskapsbasert. Legemiddelverket må holde helsepersonell oppdatert om ny kunnskap av betydning for riktig bruk av legemidler gjennom Legemiddelverkets hjemmesider, mediekontakt og andre egnede fora. Legemiddelverket er en sentral aktør i arbeidet med oppfølgingen av Legemiddelmeldingen. I henhold til meldingen er det behov for å intensivere informasjon om nye legemidler, bivirkninger og refusjon for å balansere industriens markedsføring. Informasjonen må gis på et tidlig tidspunkt i legemidlenes lanseringsfase og i en mer effektiv form. Det er videre etablert samarbeid og kontakt mellom Legemiddelverket, Sosial- og helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet for å sikre koordinering av myndighetenes legemiddelinformasjon. Kunnskapscenteret bidrar også i arbeidet.

Legemiddelverket skal bidra til å videreutvikle systemet for refusjon av legemidler på blåresept, jf kap 2751 post 70. I 2005 ble det behandlet 128 refusjonssøknader og Blåreseptnemnda avholdt regelmessige møter.

Legemiddelverket jobber med å innføre foretrukket legemiddel på flere terapiområder, jf. Kap 2751, post 70. Innenfor allergibehandling ble antihistaminene cetirizin og loratadin foretrukne legemidler fra 1. mai 2006.

Maksimalprisene på 300 virkestoff ble revurdert i 2005 (totalt ble det fattet 5577 enkeltvedtak om maksimalpris). Trinnprismodellen, jf kap 2751 post 70, omfattet fra starten 21 virkestoff. Ytterligere 11 virkestoff er inkludert i modellen etter dette og ordningen omfatter nå 32 virkestoff. Legemiddelverket leder en referansegruppe med representanter fra legemiddelforsyningstjenesten 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 2005 ti prosent av virksomhetene, apotek, grossister og tilvirkere i legemiddelforsyningstjenesten. I tillegg er det ført tilsyn med seks kliniske utprøvinger. I 2005 inspiserte Mattilsynet 17 prosent av virksomhetene med tillatelse til salg av reseptfrie legemidler utenom apotek. Det ble ikke avdekket alvorlige avvik. Ved årsskiftet 2005/2006 var det 5500 utsalgssteder i ordningen.

Forfalskede og stjalne produkter avsløres stadig hyppigere i Europa. EØS-regelverket skal hindre at slike produkter kommer inn i den legale distribusjonskjeden. Likevel forekommer dette, men så langt er det ikke avdekket forfalskede legemidler hos grossister og apotek i Norge. Internetthandel øker imidlertid muligheten for tilgang til legemidler av dårlig kvalitet. Legemiddelverket har sammen med andre sentrale aktører bidratt i utarbeidelsen av en rapport om ulike problemstillinger

knyttet til internetthandel med legemidler. Rapporten ble sendt på høring medio august 2006.

Forvaltningen av tillatelser og konsesjoner i legemiddelforsyningskjeden fungerer godt, og de internasjonale forpliktelsene Norge har i forhold til den legale handel med narkotiske legemidler og virkestoff blir ivaretatt. Antall henvendelser fra allmennheten om import av legemidler til eget bruk øker stadig. Behovet for veiledning innen import- og grossistområdet er fortsatt stort.

### Merknader til budsjettforslaget for 2007

Legemiddelverket foreslår styrket med totalt 5 mill. kroner, herav 1 mill. kroner til oppfølging av kliniske legemiddelstudier, 1 mill. kroner til informasjonstiltak for å balansere industriens markedsføring og 3 mill. kroner til oppfølging av tiltakene foretrukne legemidler og trinnprissystemet.

## Kap. 3750 Statens legemiddelverk

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
02	Diverse inntekter	10 851	5 741	1 759
03	Avgift utsalgssteder utenom apotek			4 200
04	Registreringsavgift			78 626
05	Kontrollavgift			57 835
06	Refusjonsavgift			2 215
16	Refusjon fødselspenger	2 131		
17	Refusjon lærlinger	28		
18	Refusjon sykepenger	1 629		
	Sum kap. 3750	14 639	5 741	144 635

### 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 03 Avgift utsalgssteder utenom apotek

Disse inntektene er tidligere ført opp under post 02. Det ble i 2004 innført konsesjonsgebyr og årlig avgift knyttet til omsetning av reseptfrie legemidler utenom apotek. Fra 01.01.07 vil søknadsgebyr og årsavgift bli erstattet med en omsetningsbasert

avgift for utsalgssteder som selger legemidler i henhold til forskrift om omsetning mv. av visse reseptfrie legemidler utenom apotek. Avgiften vil bli innkrevd som en prosentvis avgift basert på grossistenes omsetning til utsalgssteder utenom apotek. Ved å differensiere avgiftene ut fra omsetning vil avgiftenes andel av omsetningen være lik for alle utsalgssteder. Det vil heller ikke være noen grunnkostnad for å delta i ordningen. Endringen vil gi utsalgssteder med lite kundegrunnlag en avgiftslettelse og gjøre det lettere å etablere/opprettholde omsetning av legemidler også i områder med lav befolkningstetthet. Inntektene skal dekke Legemiddelverkets kostnader knyttet til konsesjonsbehandling og administrasjon av ordningen, samt

Mattilsynets kostnader forbundet med tilsyn med ordningen.

### Postene 04 – 06

Disse inntektene er tidligere ført opp under kap. 5578, postene 70-72. Postene gjelder avgifter på farmasøytiske spesialpreparater, jf Legemiddeloven §§ 6 og 10 og Legemiddelforskriften § 15-3. Betegnelsen avgift brukes i tråd med lov- og forskriftstekst, men avgiftene håndteres i stor grad som gebyrordninger.

*Post 04 registreringsavgift* er en avgift industrien betaler for å få behandlet søknader om markedsføringstillatelse eller vurdering av klinisk utprøving av et legemiddel.

*Post 05 kontrollavgift* legges på legemiddelproduzentenes omsetning og skal blant annet finansiere kvalitetskontroll, bivirkningsovervåkning, informasjonsvirksomhet m.v., jf St.prp. nr. 1 (1991-92).

*Post 06 refusjonsavgift* er en avgift legemiddelfirmaene betaler for å få behandlet søknader om pliktmessig refusjon.

## Kap. 5578 Avgift på farmasøytiske spesialpreparater

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
70	Registreringsavgift	81 280	74 784	
71	Kontrollavgift	62 629	54 754	
72	Refusjonsavgift	1 520	2 134	
	Sum kap. 5578	145 429	131 672	

Disse inntektene føres nå opp under kap. 3750, postene 04-06,

## Kap. 751 Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
21	Spesielle driftsutgifter	12 681	21 066	9 867
70	Tilskudd	56 913	63 208	61 610
	Sum kap. 751	69 594	84 274	71 477

Overført fra 2005 til 2006:  
Post 21.: 707 000 kroner

### Post 21 Spesielle driftsutgifter

Det er foreslått overført 1 mill. kroner til kap 720 post 01 Sosial- og helsedirektoratet for at direktoratet skal kunne øke sin innsats for å fremme riktig bruk og håndtering av legemidler i helsetjenesten. Videre er 11 mill. kroner til legemiddelberedskap overført til kap 702 Helse- og sosialberedskap for å samle ressursene knyttet til legemiddelberedskap.

### Diverse tiltak på legemiddelområdet

Departementet har disponert midler på posten til å følge opp stortingsmelding nr. 18 (2004–2005) om legemiddelpolitikken i 2006. Departementet vil videreføre denne prioriteringen i 2007. 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 multidose. Departementet foreslår fortsatt støtte til et kollegabasert veiledningsprosjekt i samarbeid med Legeforeningen og Universitetet i Oslo. I tillegg foreslår departementet å

benytte midler på posten til statlig fullfinansiering av Legemiddelhåndboken.

### Post 70 Tilskudd

På grunn av mindreforbruk både innenfor fraktrefusjon- og driftstøtteordningen for apotek, ble bevilgningen i 2006 redusert med 7 mill. kroner, jf St.prp. nr. 66 (2005-2006). Det er en viss usikkerhet knyttet til bevilgningsbehovet for 2007 blant annet sett i lys av forslaget til ny modell for trinnpris, jf. kap 2751, post 70. Kuttet fra 2006 er ut fra dette bare delvis videreført i 2007. Bevilgningen foreslås redusert med 4 mill. kroner.

### Apotekdekningen

Pr. 31. desember 2005 var det 554 apotek i Norge. Departementet har avtaler med Norsk Medisinaldepot AS, Apokjeden AS og Alliance Apotekene AS om sikring av driften av apotek i kommuner som pr 1. mars 2005 bare hadde ett apotek. Avtalene med apotekkjedene gjelder til 1. juli 2007.

### Tilskudd til apotek

Statens tilskudd er øremerket apotek i distriktene med liten omsetning og apotek som har særlige samfunnsoppgaver (vaktapotek). Videre gis støtte til Institutt for energiteknikk (IFE) i forbindelse med omsetning av radioaktive legemidler.

### Tilskudd til fraktrefusjon av legemidler

Fraktrefusjonsordningen 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 etterutdanningskurs.

### Tilskudd til regionale legemiddelsentra

Alle landets helseregioner har et regionalt legemiddelinformasjonscenter, RELIS. Disse er organisert under de regionale helseforetakene, men finansiert gjennom Legemiddelverket. Sentrene skal ha et aktivt samarbeid med helsepersonell, formidle informasjon samt øke bevisstheten om legemidler hos helsepersonell.

De regionale legemiddelinformasjonscentrene har en viktig rolle i bivirkningsovervåkingen ved at de mottar bivirkningsmeldinger, vurderer årsaksammenhengen og gir tilbakemeldinger til legene. Sammen med bivirkningsrapportering fra EU-landene, gir dette grunnlag for oppdatert informasjon om legemidler slik at bruken kan tilpasses den enkelte pasient.

### Tilskudd til veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter

Veterinærmedisinsk legemiddelinformasjonscenter, VETLIS, er organisert under Helse-Sør, 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 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
03	Tilbakebetaling av lån	210	151	157
	Sum kap. 3751	210	151	157

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 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
70	Legemiddelomsetningsavgift			156 025
71	Vinmonopolavgiften			28 200
	Sum kap. 5572			184 225

Legemiddelomsetningsavgiften er tidligere ført opp under kap. 5577, post 70.

Vinmonopolavgiften er tidligere ført opp under kap. 5527, post 73.

skudd til fraktrefusjon av legemidler, drift av RELIS-enhetene, stipendier og tilskudd til apotek mv. jf. omtale under kapittel 751, post 70.

#### Post 70 Legemiddelomsetningsavgiften

I 2006 ble det budsjettert med 150,3 mill. kroner i avgift gjennom en avgift på 1,3 prosent som ble lagt på all legemiddelomsetning ut fra grossist. Samme avgiftssats legges til grunn for avgiftsinngangen i 2007. Avgiften vil blant annet dekke utgiftene til til-

#### Post 71 Vinmonopolavgiften

Vinmonopolavgiften utgjør i praksis det beløpet AS Vinmonopolet skulle ha betalt i kommuneskatt på bakgrunn av regnskapsåret 2005 og beregnes som 28 pst. av virksomhetens resultat. Avgiften skal innbetales til staten i januar 2007.

### Kap. 5577 Legemiddelomsetningsavgift

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
70	Avgift	146 757	150 313	
	Sum kap. 5577	146 757	150 313	

Avgiften føres nå opp under kap. 5572, post 70.



## Programkategori 10.60 Omsorgstjenester

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
760	Utredningsvirksomhet m.m.	6 508	7 693	13 986	81,8
761	Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet	2 890 523	3 033 904	3 047 369	0,4
	Sum kategori 10.60	2 897 031	3 041 597	3 061 355	0,6

Utgifter under programkategori 10.60 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
01-23	Statens egne driftsutgifter	77 563	60 980	89 098	46,1
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	2 593 420	2 698 919	2 676 856	-0,8
70-89	Andre overføringer	226 048	281 698	295 401	4,9
	Sum kategori 10.60	2 897 031	3 041 597	3 061 355	0,6

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 2005 utgjorde disse tjenestene en tredjedel av de kommunale budsjettene. Det ble utført nærmere 110 000 årsverk og mer enn 200 000 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 pleie- og omsorgstjenestene. 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.

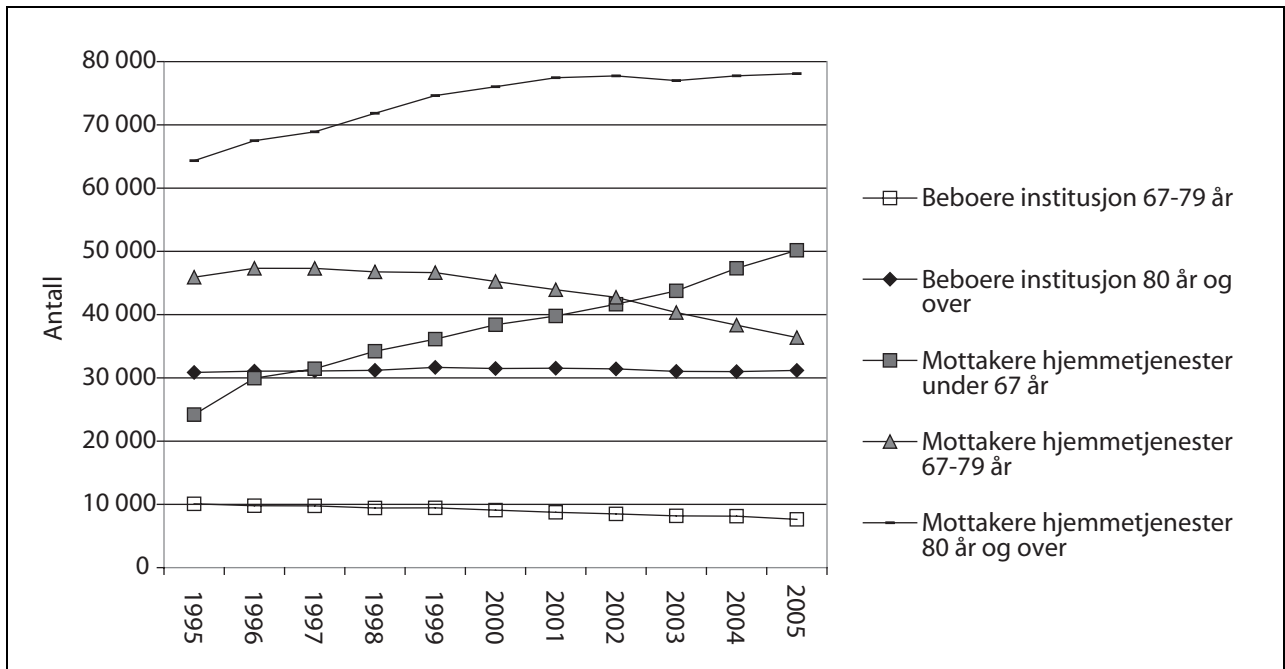
Statens styring av kommunesektoren må balanseres mellom hensynet til et likeverdig tjenestetilbud uavhengig av bostedskommune og kommunesektorens behov for å tilby tjenester i tråd med brukernes ønsker og behov i den enkelte kommune.

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 pleie- og omsorgssektoren og den nye kompetanse- og rekrutterings-

planen «Kompetanseløftet 2015» er sentrale virkemidler for å møte disse utfordringene.

#### Tjenestemottakere

Om lag 204 000 brukere mottar tjenester fra de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Om lag 41 000 personer mottar tjenester i institusjon, og 163 000 personer mottar tjenestetilbud i eget hjem eller kommunale boliger (herunder omsorgsbolig).



Figur 5.5 Mottakere av pleie- og omsorgstjenester etter alder 1995–2005<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 2005-tallene er foreløpige per juli 2006.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Antall mottakere av hjemmetjenester under 67 år har økt sterkt fra midten av nittitallet, for perioden 1997–2005 med hele 50 pst. Denne utviklingen gjenspeiler at kommunene gjennom flere reformer har tatt et større ansvar for mennesker med utviklingshemning 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 omlag uendret fra 1995 til 2005, 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 2005. Dersom man tar hensyn til at antall innbyggere i denne aldersgruppen har vært avtakende i perioden ser vi i tabellen at dekningsgraden er omlag uendret.

Andel mottakere av hjemmetjenester i ulike aldersgrupper 1995–2005<sup>1</sup>

Mottakere av hjemmetjenester etter alder per 100 innb i samme aldersgruppe	1995	1997	2001	2002	2003	2004	2005
0–66	0,7	0,8	1,02	1,05	1,1	1,2	1,3
67–79	10,3	10,8	10,8	10,7	10,2	9,8	9,3
80 år og eldre	36,5	37,4	38,4	37,9	36,8	36,4	36,2

<sup>1</sup> 2005-tallene er foreløpige per juli 2006.

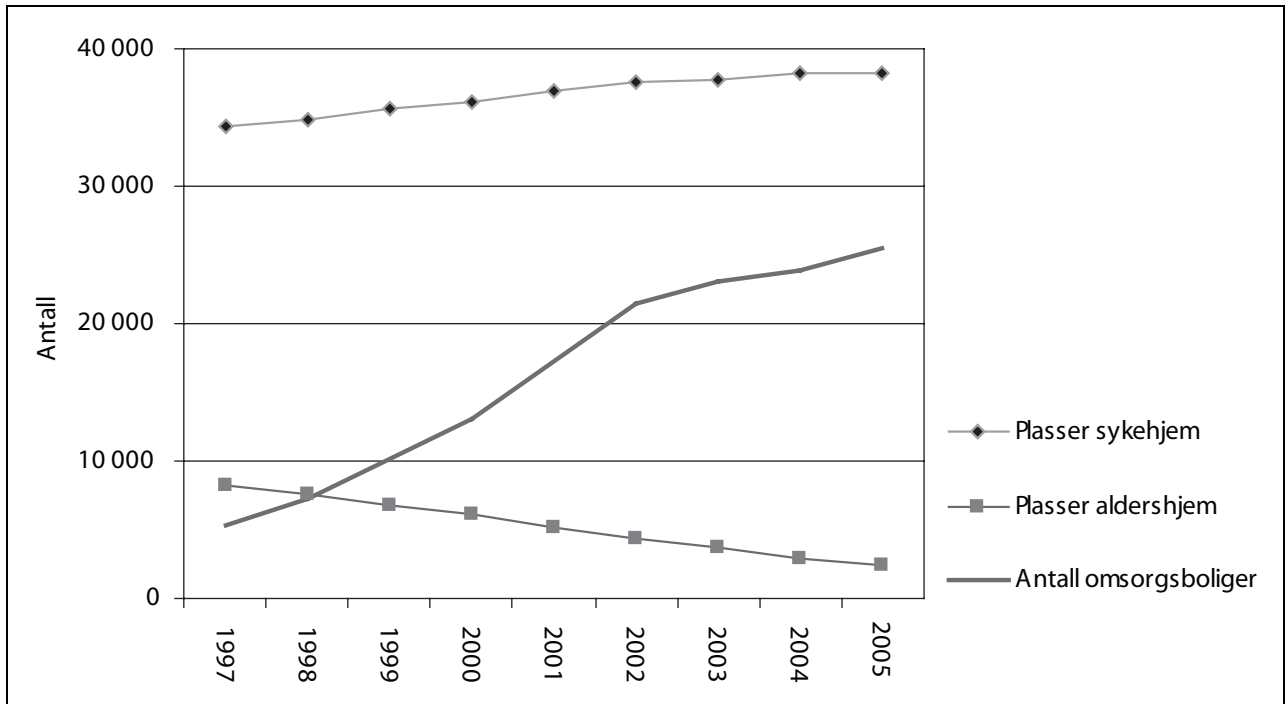
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Statens helsetilsyn viser i Tilsynsmeldingen 2005 til at et høyt antall tjenestemottakere med et mangfold av hjelpebehov i seg selv utgjør en styringsutfordring for kommunene. Tilsynsrapporter gir inntrykk av at kommunene så langt det lar seg gjøre legger til rette for et tjenestetilbud som møter individuelle behov og ønsker hos brukerne, for eksempel når det gjelder døgnrytme. Det ser derimot etter Helsetilsynets vurdering ut til å være vanskeligere å sikre forutsigbare og kontinuerlige tjenester til enhver tid.

#### *Botilbud – Handlingsplan for eldreomsorgen*

Tallet på omsorgsboliger har økt med nærmere 20 000 fra Handlingsplanen for eldreomsorg ble vedtatt i 1997 og fram til 2005. 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 11 per 100 innbyggere 80 år og over.

Det har også vært en forsiktig vekst med om lag 4500 sykehjemsplasser i perioden 1997 til 2005, 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 1997–2005. Den reduserte sykehjemsdekningen må sees i sammenheng med at det ved utgangen av 2005 var mer enn 4000 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 2005 er det ifølge SSB i overkant av 15 000 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 5.6 Botilbud i institusjon og omsorgsboliger 1997–2005<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 2005-tallene er foreløpige per juli 2006.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

### Hovedtall før, nå og etter Handlingsplan for eldreomsorgen<sup>1</sup>

	Utgangs punkt 1997	Resultat 2001	Status 2005	Prognose 2007
Befolkningen 80 år +	184 400	201 500	215 876	214 000
Personell – årsverk	89 700	103 690	109 810	
Personelldekning per 100 innb. 80+	48,6	51,5	50,8	
Sykehjemsplasser	34 300	36 950	38 206	39 500
Omsorgsboliger	5 350	-	25 560	28 000
Aldershjems plasser	9 100	5 250	2 777	2 300
Samlet dekning per 100 innb. 80+	26,4	-	30,7	32,5
Eneromsdekning	83,1	87,8	94,6	95,0

<sup>1</sup> 2005-tallene er foreløpige per juli 2006.

Kilde: Statistisk sentralbyrå og HPE-rapporter

Departementet har sammen med landets fylkesmenn utarbeidet en prognose for sluttresultatet i 2007. Prognosen omfatter hele handlingsplanens investeringsramme. Utbyggingen som følger av handlingsplanen skulle som hovedregel vært slutført i 2005. Kommuner som av bygningstekniske eller kommunaløkonomiske grunner har behov for det, kan søke om å få utsatt ferdigstillestidspunktet til 2007. I særlige tilfeller kan prosjekter

utsettes til første halvår 2008. Derfor er tidsperspektivet for prognosen forskjøvet.

Prognosen gir en samlet dekning av sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger på 32,5 pst. av antall eldre over 80 år i 2007. Av dette er dekningsgraden for sykehjemsplasser 18,5 pst., for aldershjems plasser 1 pst. og for omsorgsboliger 13 pst.

Nesten halvparten av sykehjemmene i Norge vil ved avslutningen av handlingsplanen enten være nybygget eller fullt opprustet og moderni-

sert. Eneromsdekningen som nå er på 94,6 pst., vil ifølge prognosene øke til 95 pst. i 2007.

#### Nærmere omtale av enkelte saker

##### 10 000 nye årsverk i omsorgstjenesten

Personelldekningen i omsorgstjenesten har de siste 3-4 årene ikke holdt tritt med utviklingen i tallet på eldre, og veksten i personellinnsatsen i omsorgstjenesten har stagnert og flatet ut. Dette har skapt en situasjon i strid med de mål som ble satt av Stortinget ved avslutningen av Handlingsplan for eldreomsorgen. I en rapport fra høsten 2005 advarer Statens helsetilsyn om at tjenestetilbudet er «på strekk» i forhold til grensen for faglig forsvarlighet, og peker på at tilbudet til enkelte tjenestemottakere er redusert med begrunnelse i stram kommuneøkonomi, og ikke i endrede behov hos den enkelte bruker.

Kommunenes frie inntekter vil i løpet av 2006 og 2007 være betydelig styrket. Dette legger blant annet til rette for at den kommunale omsorgstjenesten kan styrkes med 10 000 nye årsverk innen utgangen av 2009, ut fra nivået i 2004. Dette er nødvendig for å ta igjen det forsømte og for å starte en gradvis utbygging av bemanningen for å gjøre omsorgstilbudet robust nok til å møte de utfordringer denne sektoren står overfor i årene som kommer.

Tall presentert av Teknisk beregningsutvalg viser at kommunene har styrket sin økonomiske stilling, og at mange kommuner nå har oppnådd balanse i økonomien. Forbedringen har delvis skjedd gjennom økte overføringer fra staten og delvis gjennom et lavere aktivitetsnivå (tjenesteproduksjon).

Etter en gjennomgang av tall fra KOSTRA (SSB) og KS' PAI-register (Personal administrativt informasjonssystem) viser foreløpige tall en personellvekst i intervallet 1600 til 2200 årsverk i pleie- og omsorgssektoren i 2005, eller anslagsvis 1900 årsverk. Det understrekes at det er betydelig usikkerhet knyttet til dette anslaget. Tallene er korrigert for mulige feilrapporteringer og sjekket mot økning i lønnsutgifter og brutto driftsutgifter. Utviklingen i lønnsutgiftene indikerer at hoveddelen av årsverksveksten har kommet sent på året. I tillegg har fraværet økt i perioden, og noe av personellveksten gir derfor ikke reell styrking av tjenestetilbudet.

For 2006 viste kommunal rapportering til Sosial- og helsedirektoratet at kommunene planlegger om lag 1800 nye årsverk i 2006, dvs. på om lag samme nivå som anslått for 2005. KS' budsjettundersøkelse fra januar i år viste at om lag halvparten av kommunene planla å styrke pleie- og omsorgstjenesten, og et forsiktig anslag tilsa om lag 1500 nye årsverk i 2006. Det er imidlertid grunn til å peke på at veksten i kommunenes frie inntekter anslås å bli høyere i 2006 enn 2005, og at kommunenes økonomiske fundament nå er bedre. Dette kan peke i retning av en noe sterkere årsverksvekst enn det som kommer til uttrykk gjennom kommunenes rapportering til Sosial- og helsedirektoratet og KS sin budsjettundersøkelse.

For 2005 og 2006 samlet mener departementet at et forsiktig anslag kan være 3500 nye årsverk. Usikkerheten i anslaget må understrekes. Inntektsveksten til kommunene i 2007 bidrar til at målsettingen om 10 000 nye årsverk i den kommunale omsorgstjenesten er innen rekkevidde.

#### Personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren 1997–2005<sup>1</sup>

Personell	1997	2002	2003	2004	2005
Antall årsverk	89 700	105 797	105 883	107 910	109 810
Årsverk per bruker	0,47	0,52	0,52	0,53	0,53
Årsverk per 100 innbygger					
80 år og eldre	48,6	51,6	50,6	50,6	50,8

<sup>1</sup> Tabellen omfatter både personell knyttet til mottakere av hjemmetjenester og beboere innlagt i institusjon. Tallene er foreløpige per juli 2006.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Basert på dagens utdanningskapasitet mener departementet det ligger til rette for at de 10 000 nye årsverkene i hovedsak kan dekkes av fagutdannet personell, og at det høye tallet på ansatte uten fagutdanning skal reduseres fram mot 2009. KS vil gjennom den nye kvalitetsavtalen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene støtte

opp om strategier og tiltak for å øke andelen personell med relevant fagutdanning. Under forutsetning av at kommunene etterspør personell med helse- og sosialutdanning, anslår departementet at de 10 000 nye årsverkene kan fordele seg om lag slik med hensyn til fagbakgrunn:

- 1/3 med helse- og sosialfag på videregående nivå (helsefagarbeidere/hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/aktiviteter mv.)
- 1/3 sykepleiere
- 1/3 med annen høyskole- og universitetsutdanning (vernepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, ernæringsfysiologer, sosionomer, psykologer, leger mv).

#### *Ny avtale mellom Regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten*

Regjeringen og KS har inngått en ny avtale om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom Regjeringen og kommunesektoren.

Siktemålet med avtalen er at staten og KS i fellesskap skal bidra til å forbedre kvaliteten og etablere enklere ordninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Partene er enige om at utfordringene skal møtes ut fra lokale variasjoner og behov, og legger til grunn at følgende strategier er viktige for å møte framtidens omsorgsutfordringer:

- kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- kapasitet og kompetanseheving
- samhandling og medisinsk oppfølging
- aktiv omsorg
- partnerskap med familie og lokalsamfunn

Tiltakene i avtalen knytter seg til utvikling av tjenestene, personell, kompetanse, arbeidsmiljø og ledelse, samt styring, planlegging og kvalitetssikring. Arbeidet skal forankres i nasjonale rammer, men med sterk vekt på lokale løsninger innenfor rammene av det lokale selvstyre. Partene er enige om en avtaleperiode på fire år fram til september 2010. Arbeidet skal evalueres årlig av partene i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren.

#### *Kompetanseløftet 2015*

Som et ledd i oppfølgingen av St. meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening, er det utarbeidet en ny kompetanse- og rekrutteringsplan «Kompetanseløftet 2015». Planen omfatter tiltak for å sikre god rekruttering og høy kompetanse i pleie- og omsorgssektoren og skal gjelde fram til 2015. Den inneholder strategier og tiltak som skal møte både de kortsiktige og langsiktige demografiske utfordringene fram mot 2050: Endrede rekrutteringsforhold, høy avgang fra sektoren, behov for styrking av ledelses- og veiledningskompetansen, behov for tverrfaglighet og kompetanse, stort omfang av deltidsstillinger og at det er få menn i omsorgsyrkene.

Tiltakene i Kompetanseløftet bygger på erfaringene fra dagens rekrutteringsplan, og den er ett av regjeringens virkemidler for å realisere regjeringens målsetting om 10 000 nye årsverk i pleie- og omsorgssektoren innen utgangen av 2009. Samlet foreslås det bevilget 152 mill. kroner til Kompetanseløftet i 2007.

Kompetanseløftet vil, som dagens rekrutteringsplan, forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet med fylkesmannen som en sentral aktør i forhold til både kommune- og utdanningssektoren.

#### *Aksjon helsefagarbeider*

Aksjon helsefagarbeider, som skal bidra til å sikre tilstrekkelig mange læreplaner og bidra til å rekruttere elever til den nye helsefagarbeiderutdanningen foreslås videreført. Dette er et lærefag som erstatter de tidligere hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene, med to års undervisning og to års læretid i bedrift. Behovet for nye læreplaner er beregnet til å være om lag 1500 høsten 2008 og 1500 høsten 2009. Aksjon helsefagarbeider er initiert av KS, HSH og NAVO, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet.

#### *Kvalifisering av personell*

Ansatte i pleie- og omsorgstjenesten uten helse- og sosialfaglig utdanning skal tilbys ulike kvalifiseringstiltak i tråd med behovene. Dette kan være voksne født før 1978 som ikke har brukt sin rett til videregående opplæring, voksne som har brukt sin rett til videregående opplæring og som ønsker å arbeide i omsorgssektoren, og voksne med tilstrekkelig praktisk kompetanse.

Innvandrere med en helsefaglig utdanning fra hjemlandet skal gis tilbud om opplæring/tilleggsutdanning med sikte på norsk autorisasjon som helsepersonell, i hovedsak som helsefagarbeidere. For perioden 2007-2010 tas det sikte på å kvalifisere 12 000 voksne til helsefagarbeidernivå.

#### *Rekrutteringskampanje*

Rekrutteringskampanjen har som mål å rekruttere flere inn i omsorgstjenesten og å oppnå en større tverrfaglighet i sektoren. Dette skal nås gjennom en økning av søkertilfanget til helse- og sosialfagene, og gjennom at andelen som søker helsefagarbeider på videregående trinn 2 blir høyere enn til dagens hjelpepleier-/omsorgsarbeiderutdanning. Samtidig er det avgjørende at den ensidige kjønnsfordelingen i dagens rekrutteringsmønster brytes og at vi får en høyere andel menn i utdanningene.

Videre er det et mål at flere elever enn i dag fullfører videregående opplæring.

#### *Øke andelen med høyere utdanning*

Dersom dagens nivå på utdanningskapasitet ved høyskolene opprettholdes, vil det være mulig å øke andelen personell med høyere utdanning med 10 prosentpoeng fra 24 pst. i 2005 til 34 pst. i 2015. 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.

#### *Desentraliserte høyskolestudier*

Det skal gis tilskudd til desentraliserte studier i fag der kommuner har problemer med stabil dekning, eksempelvis innenfor ergoterapi. For å sikre en stabil sykepleierdekning i kommunene, er det gode erfaringer med å legge til rette for desentraliserte studietilbud tilpasset erfarne hjelpepleiere/omsorgsarbeidere som er etablert i kommunen og som ønsker en videre utdanning. I perioden 2007-2010 tas det sikte på å utdanne 800 personer gjennom desentraliserte studier.

#### *Videreutdanning for personell med videregående opplæring – fagskole*

Tilbudet om videreutdanning av personell gjennom den nye fagskoleordningen er viktig, både for å redusere avgangen fra sektoren og bidra til rekrutteringen til helse- og sosialfag i videregående skole. Det prioriteres en oppstart med videreutdanningstilbud innenfor eldreomsorg og psykisk helsearbeid, der behovet er aller størst. I perioden 2007-2010 tas det sikte på å gi fagskoleutdanning til 6000 personer. I tillegg vil Kunnskapsdepartementet arbeide for å styrke fagskoleutdanningens plattform og rolle, blant annet gjennom forslag til endringer i fagskoleloven.

#### *Videre- og etterutdanning for høyskoleutdannet personell*

Det foreslås å tilby et videreutdanningstilbud innenfor blant annet geriatri, demens, veiledning og rehabilitering. Muligheten for å ta videreutdanning er en viktig grunn for å sikre god rekruttering av sykepleiere, vernepleiere og andre høyskoleutdannede grupper. I perioden 2007-2010 tas det sikte på å gi videreutdanning til 3000 personer.

#### *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.

#### *Flink med folk i første rekke*

Regjeringen og KS har i avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å legge til rette for god ledelse og stimulere til ledelsesutvikling lokalt. Bygget på de gode erfaringene med ledelsesprosjektet «Flink med folk», som avsluttes i 2006, skal det utformes en ny ledelsesatsing «Flink med folk i første rekke».

#### *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. Det er viktig å utnytte de muligheter til mer fleksible arbeidstidsordninger som ligger i arbeidsmiljøloven, for å gjøre det lettere å opprette større stillinger og skape større fleksibilitet for ansatte til selv å bestemme hvor mye og når de vil jobbe. Det må i tillegg satses mer på tilsyn og tiltak i de kommuner som har et vedvarende høyt sykefravær i helse- og omsorgstjenesten.

#### *Undervisningssykehjem*

Undervisningssykehjemmenes virksomhet er basert på samarbeid mellom kommune/sykehjem, høyskole 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.

Sosial- og helsedirektoratet skal forvalte det statlige tilskuddet, holde nær kontakt med kommunene, og sørge for at erfaringer fra forskning, fagutvikling og prosjekter ved det enkelte undervisningssykehjem blir spredt og lett tilgjengelig for andre kommuner og aktuelle samarbeidspartnere.

#### *Omsorg ved livets slutt og lindrende behandling*

Gjennom tilskuddsordningen til lindrende behandling skal det prioriteres prosjekter som sikrer god fagutvikling, kompetanseheving og som har nasjonal overføringsverdi. Det foreslås å prioritere tiltak

som kan sees i sammenheng med aktiviteten i undervisningssykehjemmene.

#### *Helhetlig plan for en styrket demensomsorg*

Tjenestetilbudet til demente og deres pårørende skal styrkes. I arbeidet med å utvikle en helhetlig plan for en styrket demensomsorg legges det vekt på å bygge videre på eksisterende satsinger, kunnskap og erfaringer, og inkludere aktører som har et ansvar eller en interesse innenfor demensområdet. Sosial- og helsedirektoratet har en sentral rolle i utviklingsarbeidet. Målsettingen for planen vil være å utvikle tiltak rettet mot forskning, kompetanseheving, rekruttering, utvikling av tilpassede tjenestetilbud, samarbeid med pårørende og frivillige, og at spesialisthelsetjenestens rolle i forhold til denne pasientgruppen tydeliggjøres. Planen skal vektlegge tiltak som kan gis før det blir aktuelt med et heldøgntilbud, og planen skal sette fokus på å lette pårørendes omsorgsbyrde.

Det tas sikte på å presentere en helhetlig plan for en styrket demensomsorg i løpet av 2007. Fra og med 2007 foreslår regjeringen å benytte inntil 10 mill. kroner over kap. 761, post 21 til følgende tiltak for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende.

#### *Dagtilbud til personer med demens*

Sosial- og helsedirektoratet skal i 2007 starte opp et utviklingsprogram, hvor målet er å finne fram til gode modeller og fleksible løsninger for dagtilbud og deretter bidra til en spredning av disse. Både brukernes og pårørendes behov vil bli vektlagt. Det tas sikte på å utvikle modellprosjekter i 15 kommuner.

#### *Utredning og diagnostisering av demens*

Sosial- og helsedirektoratet skal i 2007 sette i gang et utviklingsprogram for utprøving av ulike samhandlingsmodeller for utredning og diagnostisering av demens mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Sosial- og helsedirektoratet har fått utarbeidet et diagnoseverktøy, og det skal i 2007 arbeides videre med opplæring og implementering av verktøyet blant landets fastleger og kommuner.

#### *Informasjon til brukere og pårørende*

Det foreslås å styrke Nasjonalforeningen for folkehelsen med 1 mill. kroner i 2007 til å utvide tilbudet av veiledningsmateriell og øke aktiviteten i de lokale foreningene. Med bakgrunn i erfaringer fra Danmark og Sverige, skal Sosial- og helsedirekto-

ratet i 2007 forberede en informasjons- og opplysningskampanje.

#### *Pårørendeskoler og samtalegrupper*

Sosial- og helsedirektoratet skal i samarbeid med relevante fag- og kompetansemiljøer legge til rette for en spredning av tilbudet om pårørendeskoler og samtalegrupper til alle landets kommuner.

#### *Opplæring og erfaringsutveksling blant personell*

Det skal utarbeides en opplæringspakke om demens som skal tilføre spesielt ufaglært personell en grunnleggende forståelse av demensomsorg.

Sosial- og helsedirektoratet vil i 2007 etablere et emnebibliotek om demens under nettportalen Helsebiblioteket, som er en nettportal med oppdatert fagkunnskap for norsk helsepersonell.

Det skal i 2007 etableres en interaktiv erfaringsbank på internett for pårørende og personell som jobber med personer med demens, hvor forskning og utviklingstiltak vil bli formidlet. Nettstedet vil synliggjøre gode eksempler og gode erfaringer, slik at de pårørende og personellet kan hente inspirasjon og lære av hverandre på tvers av kommuner og virksomheter.

#### *Opprettelse av regionale FoU-sentra for omsorgsforskning*

For å møte de langsiktige utfordringene for omsorgstjenesten knyttet til nye brukergrupper (yngre og funksjonshemmede) og flere eldre, er det nødvendig å prioritere forskning om omsorg og eldres helse og levekår, med spesielt vekt på demens. Dette vil styrke grunnlaget for å planlegge, utvikle, effektivisere og forbedre tjenestens kvalitet.

Kunnskap om organisering og tjenesteutforming i omsorgstjenestene er i dag hovedsakelig erfaringsbasert og i liten grad forskningsbasert.

For å styrke praksisnær forskning og utvikling foreslås det å stimulere til etablering av regionale forsknings- og utviklingssentre (FoU-sentre) knyttet til høyskoler som utdanner helse- og sosialpersonell. Sentrene skal etablere samarbeid med undervisningssykehjemmene i regionen. FoU-sentrene skal inngå i et nasjonalt nettverk med andre forskningsinstitusjoner og ressurs- og kompetansesentre. Det er et siktemål at kommuner i større grad enn i dag blir oppdragsgivere for forskning og utviklingsprosjekter.

FoU-sentrene skal være et supplement til de etablerte forskningsinstitusjonene på området, med formål om å bidra til mer forskningsformidling og kompetanseheving i omsorgssektoren.



Forskningsaktiviteten skal også bidra til å styrke fagutvikling og metodeutvikling i helse- og sosialutdanningene, og sikre nærhet til tjenesteutøverne i kommunene.

Lokalisering av sentrene vil blant annet ta hensyn til behovet i helseregionenes allerede etablerte fagmiljø og infrastruktur. Det er viktig å ivareta geografisk spredning, kvalitet og gode samarbeidsrutiner, med lokale aktører og i det nasjonale nettverket.

Det er etablert et eget forskningsprogram HELSEOMSORG fra 2006 og ut 2010 i regi av Norges Forskningsråd. Tematisk dreier forskningen seg om alt fra aldringsprosesser til studier om livskvalitet for eldre. Programmet skal prioritere forskning som fokuserer på kommunale helse- og omsorgstjenester, samt samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene. Programmet skal styrkes, og satsingen innen helseøkonomi videreføres samtidig som fokuset på det kommunale tjenesteområdet økes.

Norsk pensjonistforbund vil gjennom Einar Strands forskningsfond etter nærmere avtale stille midler til rådighet for NFR. Regjeringen og KS er også gjennom den nye avtalen for helse- og omsorgstjenesten enige om å bidra til å styrke kommunal deltakelse i praksisnær forsknings- og utviklingsarbeid i tjenesten.

Regjeringen foreslår å bevilge 5 mill. kroner over kap. 701, post 50 til formålet i 2007.

#### *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 2005 fra Statistisk sentralbyrå, offentliggjort 15. juni, viser at 191 beboere under 50 år er innskrevet for langtidsopphold i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Av disse var 129 beboere i alders- og sykehjem. Dette er en klar nedgang i forhold til antallet i 2004.

Fylkesmennene har i 2006, som i 2005, fulgt opp kommuner som har unge personer under 50 år bosatt i alders- eller sykehjem. Gjennomgangen viser at omkring 5-8 personer ønsker et annet botilbud uten at det foreligger plan for utflytting. Det er et større antall beboere enn tidligere år som får utarbeidet individuell plan. Fylkesmannen vil høsten 2006 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 brukere som hensiktsmessig for å sikre unge personer et godt tjenestetilbud. Ordningen innebærer at merkostnadene knyttet til å gi en ung funksjonshemmet et tilbud utenfor eldreinstitusjon reduseres betydelig.

#### *Harmonisering av den kommunale sosial- og helselovgivningen (Bernt-utvalget)*

Det offentlige utvalget som hadde som mandat å utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen (Bernt-utvalget), avga innstilling i oktober 2004, jf. NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten, Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helse-tjenester.

Siktemålet med harmoniseringen skulle være å sikre ensartet regulering av likeartede tjenester og sikre helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov, hindre ansvarsfraskrivelse mellom tjenester og sektorer og forenkle regelverket for brukere, tjenesteytere og kommuner.

Utvalget foreslår å erstatte dagens sosialtjenestelov og kommunehelsetjenestelov med en felles kommunal sosial- og helsetjenestelov, som regulerer kommunenes ansvar, krav til tjenestene, tjenestemottakernes rettigheter, beslutningsprosess og klageadgang. Utvalget har utarbeidet et forslag til lovtekst basert på denne modellen.

Innstillingen fra utvalget har vært på høring. Departementet har mottatt om lag 180 høringsuttalelser. Høringsinstansenes syn på utvalgets forslag varierer både når det gjelder valg av modell for framtidig lovstruktur og forslag om endring i regler om saksbehandling, regulering av kommunenes oppgaver m.m. Flere sentrale høringsinstanser ønsker en videreføring av dagens system med to lover, framfor en ny felles lov.

Departementet er i gang med å vurdere utvalgets forslag. Oppfølgingsarbeidet samordnes med oppfølgingen av innstillingene fra Wisløff-utvalget (NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste) og Aasland-utvalget (NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren) og utviklingen av en ny Arbeids- og velferdsforvaltning (NAV).

Oppfølgingsarbeidet har vist at flere problemstillinger må utredes nærmere. Dette gjelder forholdet til annen helselovgivning, særlig pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven, og konsekvenser for helsetjenestens ulike finansieringsordninger og administra-

tive og økonomiske konsekvenser. Det vil bli sendt ut et høringsnotat fra departementet før det kan utarbeides en odelstingsproposisjon. Departementet har ikke tatt endelig stilling til valg av framtidig lovstruktur, men har en foreløpig intensjon om å legge fram forslag til ny felles lov om sosial- og helsetjenester i kommunene. Planen er å sende ut høringsnotatet våren 2007.

#### *Kommunale rustjenester*

Kommunene har et omfattende og langsiktig ansvar for oppfølging og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer. Tjenestene ytes etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven og kan berøre lov om barnevern. Tjenestene ytes ofte på tvers av kommunale etater og i samarbeid med spesialisthelsetjeneste, statlig barnevern, Ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV) og Husbanken. Det er også et omfattende samarbeid med private og frivillige organisasjoner.

Den kommunale sosialtjenesten er hovedkontaktpunkt for personer med omfattende hjelpebehov som følge av rusmiddelproblemer og andre helsemessige og sosiale problemer. Mange kommuner har organisert egne rustjenester og driver oppsøkende virksomhet og individuell oppfølging. Som følge av rusreformen har fastlegene fått økt kontakt med og behandlingsansvar for personer med rusmiddelproblemer. Frivillige og private organisasjoner spiller en stor rolle for tilbudet til personer med rusmiddelproblemer.

Kommunenes ansvar finansieres i hovedsak som del av rammefinansieringen. Det er vanskelig

å måle innsatsen på det kommunale rusfeltet fordi den skjer på tvers av ulike tjenesteområder, og fordi det oftest er klientens tjenestebehov og ikke rusmiddelproblem/diagnose som registreres. Undersøkelser viser at mellom 40-60 pst. av sosialhjelpsmottakere har et rusmiddelproblem. Omfanget av personer som har samtidig rusmiddelproblemer og psykiske lidelser er økende. Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med SSB, arbeider med å videreutvikle KOSTRA og IPLOS slik at aktiviteten på rusfeltet kan dokumenteres bedre.

Statlige tilskuddsordninger på rusområdet er innrettet for å bidra til utvikling og kompetanseheving i de kommunale tjenestene, og å støtte opp under frivillige og private aktørers virksomhet. Aktiviteten må også sees i sammenheng med Opptrappingsplan for psykisk helse og Regjeringens innsats mot fattigdom.

#### *Opptrappingsplan for rusfeltet*

Det er dokumentert store utfordringer i kommunenes arbeid på rusfeltet. Regjeringen vil derfor bidra til at Opptrappingsplanen for rusfeltet skal legge til rette for en betydelig kvalitetsheving og utvikling av det kommunale tilbudet. Regjeringen vil også drøfte utfordringene på rusfeltet i kontakten med kommunene gjennom dialogmøtene med KS og i oppfølgingen av Kvalitetsavtalen. Sosial- og helsedirektoratet, fylkesmennene, de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål og frivillige organisasjoner vil være sentrale medspillere. Regjeringen ønsker at kommunene skal styrke innsatsen overfor utsatte barn og unge.

## **Kap. 760 Utredningsvirksomhet m.m.**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>	6 508	4 093	10 249
70	Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>		3 600	3 737
	Sum kap. 760	6 508	7 693	13 986

Overført fra 2005 til 2006:  
Post 21: 347 000 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 de midlene som går som tilskudd og de som går til dekning av

statlige driftsutgifter, er midlene fra 2006 delt mellom post 21 og post 70 Tilskudd. Av praktiske årsaker er det gitt en samlet beskrivelse av formålene under post 21.

#### Midler fordelt 2005

- Utredningsarbeid i forbindelse med St. meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening
- Tilskudd til utvikling av brukerundersøkelsesverktøy – KS
- Delfinansiering av fellesprosjektet GGP LAG – Generations and Gender program (GGP) – Livsløp, aldring og generasjon (LAG). Samordnet opplegg for norsk deltakelse – Generasjon livsløp og kjønn
- Finansiering av Nasjonalt forskningssenter innen alternativ og komplementær medisin (NAFKAM)
- Forsknings- og utviklingsprosjekter innen helse- og sosialfagutdanning, pleie- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester
- Diverse tilskudd til enkelttiltak innen pleie- og omsorgstjenester – politiske forpliktelser
- Delfinansiering av restanseprosjekt, Statens helsetilsyn

#### Prioriterte saker 2006

- Tilskudd til kvalitetsutvikling og oppfølging av avtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS
- Utredningsarbeid i forbindelse med St. meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening
- Oppfølging av Bernt-utvalget
- Evaluering av rusreformen
- Forsknings- og utviklingsprosjekter innen helse- og sosialfagutdanning, pleie- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester

#### Forslag 2007

- Satsing på kulturtiltak i omsorgssektoren: «Den kulturelle spaserstokk»
- Ny avtale mellom Regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgssektoren, herunder prosjektet «Etisk kompetanseheving»
- Kontakttelefon for eldre utsatt for vold
- Kompetanse om kommunal planlegging
- Harmonisering av den kommunale sosial- og helselovgivningen (Bernt-utvalget)

#### Den kulturelle spaserstokk

Etter mønster av «Den kulturelle skolesekk», som har vært innført i grunnskolen, foreslås det 5 mill. kroner til en kultursatsing i pleie- og omsorgssektoren. Midlene vil bli benyttet til kulturelle begivenheter i sykehjem og i omsorgstjenesten for øvrig.

#### Etisk kompetanseheving

Som del av regjeringens strategi for å styrke kompetansen i omsorgstjenesten inngår en satsing på etisk kompetanseheving. Kommunene bør sørge for at alle ansatte i omsorgstjenesten gjennomgår opplæring i grunnleggende etiske prinsipper for sin yrkesutøvelse, og at denne opplæringen blir vedlikeholdt og oppdatert gjennom undervisning og veiledning. Det er viktig med gode fagmiljøer, med åpenhet for å varsle fra om uønskede forhold og fokus på erfaringer og vanskelige situasjoner i det daglige arbeidet. Som et ledd i dette arbeidet vil regjeringen i samarbeid med KS og yrkesorganisasjonene bidra til at ansatte i helse- og omsorgstjenestene har grunnleggende kompetanse i fagetikk og utvikle modeller for å forankre etikkarbeidet organisatorisk i kommunal sammenheng. Det foreslås å bevilge 2 mill. kroner til formålet i 2007.

#### Kontakttelefon for eldre utsatt for vold

Helse- og omsorgsdepartementet vil opprette en landsdekkende kontakttelefon for eldre som er utsatt for vold. Telefonen skal gi råd og veiledning til den som henvender seg. Den konkrete organisering vil bli fulgt opp av Sosial- og helsedirektoratet. I tillegg til hjelp til den enkelte og tjenesteapparatet, vil et slikt tiltak synliggjøre problemområdet. Departementet vil også vurdere om det bør innføres opplysningsplikt for helsepersonell når det gjelder overgrep mot eldre. Det foreslås bevilget 1 mill. kroner til formålet i 2007.

#### Merknader til budsjettforslaget

Bevilgningen foreslås økt med 1,0 mill. kroner til opprettelse av en kontakttelefon for eldre som er utsatt mot vold.

Videre foreslås en økning på 5 mill. kroner til kultursatsing i pleie- og omsorgssektoren.

#### 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 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>	71 055	56 887	78 849
60	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	66 759	115 424	118 079
61	Tilskudd til vertskommuner	481 456	485 881	484 773
63	Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	142 518	132 910	144 695
64	Ressurskrevende brukere, <i>overslagsbevilgning</i>	1 852 284	1 871 416	1 832 663
66	Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse	50 403	72 108	74 704
67	Tilskudd til særskilte utviklingstiltak		21 180	21 942
70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i>	71 421	95 059	98 671
71	Tilskudd til frivillig arbeid	17 174	15 047	15 619
72	Tilskudd til Landsbystiftelsen	58 938	54 974	57 063
73	Tilskudd til døvblinde og døve	10 133	10 457	10 854
75	Kompetansetiltak.	61 971	3 745	3 887
76	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	6 411	6 616	6 867
77	Kompetansesentra m.m.		81 400	87 493
79	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>		10 800	11 210
	Sum kap. 761	2 890 523	3 033 904	3 047 369

Overført fra 2005 til 2006:

Post 21: 3 638 000 kroner

Post 63: 5 513 000 kroner

Post 70: 189 000 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 de som går til dekning av statlige driftsutgifter er midlene fra 2006 foreslått 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 utviklingshemning.

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. Fylkesmannen skal følge opp kommunene med rådgivning og veiledning med fokus på eldreomsorg og utvikling av pleie- og omsorgstjenestene, og videreutvikle en kompetent veiledningsfunksjon på dette området. Fylkesmannen må 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 også 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.

### FoU-prosjekter og informasjonsvirksomhet m.v.

Midler over denne bevilgningen benyttes til utvikling av pleie- og omsorgstjenestene til syke, eldre og personer med nedsatt funksjonsevne, herunder tjenestetilbudet til mennesker i livets slutfase og til utvikling av sosiale tjenester til personer med rusmiddelproblemer og andre vanskeligstilte grupper. I tiden framover vil oppfølgingen av St. meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening bli prioritert.

Viktige områder er kvalitet i tjenestetilbudet, ledelse og organisering, saksbehandling, rekruttering og kvalifisering av personell, bedre system for dokumentasjon, statistikk og rapportering. Viktige virkemidler er utredninger, planlegging, sammenstilling og initiativ til relevant forskning, forskning, utviklingsprosjekter, informasjon og opplæring.

Arbeidet med informasjon om rettigheter til brukere av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal videreføres og styrkes.

Posten nyttes også til styrking av kommunenes internkontrollarbeid og saksbehandling.

### Tilskudd til konkrete tiltak som oppfølging av St. meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening

I Stortingsmeldingen oppsummeres regjeringens tiltak de nærmeste ti årene for å møte dagens og framtidens omsorgsutfordringer i Omsorgsplan 2015. Hovedinnsatsområdene i Omsorgsplan 2015 er:

- kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- kapasitet og kompetanseheving
- samhandling og medisinsk oppfølging
- aktiv omsorg
- partnerskap med familie og lokalsamfunn

### Helhetlig plan for en styrket demensomsorg

Departementet er i gang med å utarbeide en helhetlig plan for å styrke det videre arbeidet med demens fram til 2015. Målet med planen er å heve kvaliteten og å bygge ut differensierte og tilpassede tjenestetilbud. Sosial- og helsedirektoratet skal ha en sentral rolle i arbeidet med å utforme planen og i gjennomføringen av den. En helhetlig plan vil bli presentert i 2007. Hovedinnsatsområdene for 2007 er knyttet til pårørendearbeid, utvikling av tilpassede dagtilbud, kompetanseheving, kunnskapsutvikling, bedret utredning og diagnostisering samt informasjonsarbeid. Arbeidet skal

sees i sammenheng med eksisterende tiltak i Sosial- og helsedirektoratet og skal koordineres med utviklingen av en plan for å styrke spesialisthelsetjenestetilbudet for eldre. Tiltakene for 2007 er omtalt i sin helhet i innledningen til kategori 10.60. Det foreslås å benytte inntil 10 mill. kroner til formålet i 2007.

### Bedre legetjenester i sykehjem

Statens helsetilsyn viser til at tilgangen på leger i en del sykehjem er på grensen til det faglig forsvarlige, blant annet på grunn av svak kommuneøkonomi. Regjeringens styrking av kommuneøkonomien og målsetting om 10 000 nye årsverk til pleie- og omsorgstjenesten er viktige bidrag for å endre situasjonen. Det må forutsettes at kommunene også bruker økningen i frie inntekter til en styrking av legetjenesten i sykehjem.

Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) arbeider for å sikre og bedre kvaliteten av laboratorievirksomhet utenfor sykehus. 99 pst. av landets fastlegekontorer inngår i dette opplegget. Kun 20-25 pst. av landets sykehjem deltar. Av hensyn til de kostnader som dårlig laboratorie kvalitet påfører helsetjenesten, er det viktig å etablere en fastere struktur for sykehjemmenes deltakelse i NOKLUS. Det gir et bedre diagnostisk verktøy, reduserer antallet unødvendige konsultasjoner og henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og minsker risikoen for feilbehandling. Som konsekvens kan man forvente betydelige samfunnsøkonomiske besparelser.

En øremerket finansiering vil øke andelen sykehjem som deltar og vil rekruttere flere av de sykehjemmene som trenger det mest. Det foreslås derfor å benytte inntil 4 mill. kroner til formålet.

### Pårørendehåndbok

Det skal utarbeides en håndbok (veileder) for tjenestemottaker og familie/pårørende som beskriver rettigheter og plikter etter helse- og sosiallovgivningen og gir praktiske anvisninger på hvordan en kan forholde seg til helse- og sosialtjenestens forvaltning, for eksempel ved søknader, vedtak og klagebehandling. Den skal også gi orientering om de viktigste tjenestetilbud den kommunale helse- og sosialtjenesten kan gi. Kommunene skal sørge for tilfredsstillende opplysningsmateriell om hvordan tjenestetilbudet er organisert lokalt, og hvor innbyggerne kan henvende seg med ulike spørsmål. Både håndbok og opplysningsmateriell bør også være tilgjengelig og oppdatert på nett.

### *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. Avtalen legger til grunn at følgende strategier er viktige for å møte framtidens omsorgsutfordringer:

- kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- kapasitet og kompetanseheving
- samhandling og medisinsk oppfølging
- aktiv omsorg
- partnerskap med familie og lokalsamfunn

Tiltakene i avtalen knytter seg til utvikling av tjenestene, personell, kompetanse, arbeidsmiljø og ledelse, samt styring, planlegging og kvalitetssikring. Sosial- og helsedirektoratet vil ha en sentral rolle i utvikling og oppfølging av tiltak i avtalen.

### *Forvaltningskompetanse*

Departementet ønsker å styrke kommunenes mulighet til å lære av hverandre og styrke forvaltningskompetansen i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Økt forvaltningskompetanse medfører økt kvalitet i vedtaks- og tildelingsprosessen og dermed standarden på tjenestene. Dette bidrar også til at brukernes rettigheter sikres. Basert på det utredningsarbeid som er gjort i Sosial- og helsedirektoratet, skal det utvikles en nettbasert erfaringsportal som støtter kommunenes arbeid med å etablere gode systemer for forvaltning og drift av omsorgstjenestene.

### *IKT i helse- og omsorgstjenesten – Kommunale fyrstårn*

IT-strategien Samspill 2007 gjennomfører et treårig kommuneprogram. Programmet skal bidra til økt og bedret samspill mellom kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten og allmennlegene. Dette skal skje gjennom utvikling av nye løsninger som testes ut i pilotkommuner. Fyrstørnene skal identifisere behov, gevinstpotensiale og prøve ut mulige løsninger for elektronisk samarbeid innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten og i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Sesam Tromsø var det første fyrstørnet og det første store prosjektet i Norge som prøvde ut elektronisk samhandlingsteknologi i kommunehelsetjenesten og mot spesialisthelsetjenesten. Prosjektet startet opp 1. januar 2004 og ble avsluttet i juni 2006. Evalueringsrapport vil foreligge i løpet av høsten 2006. De andre fyrstørnene ble startet opp i 2005, og av disse er fyrstørnsprosjektene Eidskog/

Kongsvinger og Nord-Gudbrandsdalen avsluttet etter forprosjektperioden. Fyrstørnsprosjektene i Trondheim, Sandefjord og Stavanger vil bli avsluttet i 2007.

For å videreføre intensjonene fra Kommuneprogrammet, og ut fra erfaringer vi har fra de kommunale fyrstørnsprosjektene, er det i 2007 ønskelig å bidra til at også flere kommuner tilrettelegger for og tar i bruk elektroniske samhandlingsløsninger på sine sykehjem. Det foreslås derfor å benytte frigjorte midler fra fyrstørnsprosjektene til å spre erfaringer slik at flere kommuner får tilstrekkelige forutsetninger for å koble seg opp til Norsk Helsenett.

### *Kompetansemiljø på området psykisk utviklingshemning*

Sosial- og helsedirektoratet har i 2006, på oppdrag fra departementet, etablert et kompetansemiljø med nasjonale fagutviklings- og formidlingsoppgaver i forhold til personer med utviklingshemning. Gjennom samarbeid med forskningsmiljø, kliniske miljø og andre kompetansesentre skal enheten være oppdatert på feltet. Enheten skal sørge for informasjon og formidling og skal samarbeide internasjonalt og med funksjonshemmedes organisasjoner. Kompetansemiljøet finansieres over denne bevilgningen.

### *Barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier*

Det ble i 2004 igangsatt et toårig program for bedre tilrettelegging av kommunale tjenester til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Opplæringsdelen av programmet startet i 2006. Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet foreslår at bevilgningen videreføres i 2007, slik at alle kommuner kan få tilbud om å delta. Posten skal også dekke utgifter til evaluering av programmet. Det vises til AID sitt budsjett kap. 621, post 21.

### *Støttekontaktsarbeid mv.*

Videreutdanningstilbudet for helse-, sosial- og kulturarbeidere innen organisering, opplæring og veiledning av støttekontakter, avlastere og frivillige ble satt i gang i 2002 ved Høgskolen i Bergen. Fra 2006 er det også desentralisert undervisning i Arendal og Troms. Undervisning er delvis basert på IKT-løsninger. Videreutdanningen blir evaluert i 2006/2007.

I 2007 vil Sosial- og helsedirektoratet sette i gang arbeidet med å videreutvikle feltet «Støttekontakt – kultur- og fritidsdeltakelse». Helsetilsy-

nets tilsynsrapport «Pleie- og omsorgstjenester på strekk» viser at for tjenestemottakere under 67 år med psykiske lidelser eller rusproblemer, er det et stort behov for aktivitetstiltak og sosiale tiltak. Det er også behov for å se på hvordan en kan samarbeide om tiltak knyttet til kultur- og fritidsdeltakelse for personer innen ulike grupper som har behov for å komme ut av en isolert tilværelse. Frivillighetssentralene og de humanitære organisasjonenes frivillige innsats på dette området bør sees i sammenheng med kommunens arbeid.

#### Videreutvikling av kommunale rustjenester og Opptappingsplan for rusfeltet

Et mål i den kommende opptappingsplanen for rusfeltet er å få til et faglig løft og styrke kompetansen hos personellet. For nærmere omtale, se Nasjonal helseplan i denne proposisjon del III, kapittel 6.6.2. Det foreslås å etablere et tilbud om delfinansiering av videreutdanning i rusrelatert arbeid ved høyskolene for å øke fagkompetansen om rusmiddelproblematikk i kommunene, i spesialisthelsetjenesten, innen kriminalomsorgen og i politiet. Utviklingsarbeid og kompetanseheving innen kommunale rustjenester må også ses i sammenheng med tiltak i regi av Opptappingsplanen for psykisk helse, jf. kap. 743, og Regjeringens innsats mot fattigdom. Det foreslås også avsatt midler til å evaluere tilskuddsordningen til frivillig rusarbeid, herunder for å vurdere situasjonen til private rusinstitusjoner etter rusreformen. Det er også stort behov for å styrke den allmenntilleggs kompetansen om rusproblematikk og behandling. Det forelås bl.a. å øke kapasiteten i kurs for fastleger, jf. omtale i kap. 726, post 70.

Det foreslås samlet 9 mill. kroner til disse formålene for 2007.

#### Utvikling av system for dokumentasjon, statistikk og rapportering

Å få god dokumentasjon på tjenestebehov og tjenester er en utfordring i pleie- og omsorgstjenesten. IPLOS, system for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, vil danne grunnlag for bedre statistikk i kommunene og for statlige myndigheter, og danne grunnlag for KOSTRA-rapporteringen (Kommune/stat-rapportering) for 2006 samt KOSTRA's faktaark i 2007.

IPLOS er et system der hjelpebehov og tjenester for alle søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester (pleie- og omsorgstjenester) blir registrert og sendt til et sentralt pseudonymt register. Hensikten er at rapporteringen skal gi bedre innsikt i innbyggernes behov og hvilke

oppgaver kommunen må løse. Statistikken skal på denne måten danne et bedre grunnlag for tildelingen av ressurser til tjenesteområdet. IPLOS er en integrert del av saksbehandlingen og tjenstedokumentasjonen i kommunene. Dataene hentes ut av kommunenes saksbehandlingssystemer og omfatter registreringer av enkeltpersoners boforhold, egne ressurser, hjelpebehov og helsetilstand samt vedtak om tjenester, tjenestenes omfang og varighet. IPLOS vil gi kunnskap om hvordan hjelpebehovene varierer mellom ulike brukergrupper og hvordan ressursene fordeles i forhold til behovene, om tiltakenes varighet og utviklingen av tjenester over tid. IPLOS vil også gi verdifull kunnskap om samspillet mellom de kommunale tjenestene og familiebasert omsorg, og mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten.

Gjennom IPLOS-registeret kan det utarbeides nasjonal, regional og lokal pleie- og omsorgsstatistikk. I tillegg til å gi grunnlag for å vurdere ressursutnyttelse, kvalitet og effektivitet i tjenesten, vil IPLOS gi grunnlag for planlegging og styring og bidra til økte kunnskap gjennom forskning. En vil gjennom dette få grunnlag for å yte bedre og riktige tjenester og bedre befolkningens helsetilstand. IPLOS-registeret er hjemlet i forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Forskriften trådte i kraft 1.mars 2006.

Adgangen til å innhente opplysninger fra den enkelte er ikke endret ved innføringen av IPLOS. Heller ikke fremgangsmåten for innhenting av relevante opplysninger er endret. Det som er nytt er at opplysningene skal registreres i henhold til en fastlagt standard, noe som er nødvendig dersom opplysningene skal danne grunnlag for statistikkbehandling. Den enkelte søker / tjenestemottaker skal medvirke i kartleggingen av hjelpebehov og hvilke tiltak som er adekvat for personen. Kommunen har kun rett til å innhente opplysninger som er relevante i vurderingen av den enkeltes hjelpebehov.

IPLOS-registeret er et pseudonymt register, noe som medfører at registeret ikke inneholder identifiserbare opplysninger om enkeltpersoner.

422 kommuner har innført IPLOS per 1. april 2006. Flere kommuner har allerede begynt å ta ut lokal statistikk til lokal planlegging og beslutninger. Alle kommunene vil kunne delta med prøveinnsendinger høsten 2006. Etter planen skal det gjennomføres to prøveinnsendinger til IPLOS-registeret høsten 2006. Alle kommunene skal ha implementert IPLOS i saksbehandling og dokumentasjon i løpet av første halvår 2006.

Det vil fortsatt være nødvendig å videreutvikle dagens løsninger og justere dagens innholdsstandard i tråd med nye behov hos brukergrup-

pene og utviklingen i de kommunale tjenestene. Det er blant annet innledet et samarbeid med brukerorganisasjonene for å forbedre og videreutvikle veilederen til IPLOS. En videre utvikling av IPLOS inkluderer også muligheten for å vurdere nye anvendelsesområder, slik som for eksempel å se nærmere på pasientforløpene mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten og sikre bedre samhandling mellom pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Ved overgang til permanent drift av IPLOS fra 2007 foreslås det å flytte 3,2 mill. kroner til kap. 720, post 01 for dekning av lønnsutgifter.

Tilskudd til organisasjoner, tiltak m.m.

#### *Nordisk utbildningsprogram för sosial service*

Det ytes tilskudd til delfinansieringen av Nordisk utbildningsprogram för sosial service (NOPUS), som inngår i virksomheten til Nordisk Ministerråd.

#### *Hørselshjelpsordningen*

Det mangler fortsatt kompetanse på hørselsområdet i kommunene. Sosial- og helsedirektoratet har nedsatt en hurtigarbeidende 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. Departementet avventer konklusjonene fra dette arbeidet før det foreslås endringer på området. Hørselshemmedes Landsforbunds hørselshjelpsordning vil bli videreført som et prosjekt ut 2007.

#### *Diakonstilling i Spania*

Fra 2003 ble det etter forslag fra Stortinget bevilget et tilskudd til opprettelse av en diakonstilling i Spania. Sosial- og helsedirektoratet har, som forvalter av tilskuddet, inngått avtale med Menighetssøsterhjemmet. Menighetssøsterhjemmet har på sin side inngått et samarbeid med Den norske Sjømannsmisjonen, som står for den daglige driften av prosjektet.

Prosjektfasen var opprinnelig satt til 3 år, men prosjektet ble besluttet videreført i 2006. Det foreslås at prosjektet videreføres også i 2007.

Sosial- og helsedirektoratet har evaluert prosjektet og konkludert med at organiseringen av prosjektet bør vurderes. Departementet vil følge opp dette i løpet av 2007.

#### *Rekrutteringskampanje*

Tiltaket er omtalt i innledningen til kategori 10.60. Departementet foreslår å avsette inntil 2,6 mill. kroner til formålet i 2007. Videre foreslås det å avsette inntil 6,5 mill. kroner til tiltak for utvikling av fagstruktur, arbeidsmiljø og rekruttering under Kompetanseløftet.

#### *Merknader til budsjettforslaget*

Oppsummert er følgende endringer og flyttinger foretatt på kap. 761, post 21:

- Post 21 foreslås styrket med 9,0 mill. kroner. Midlene avsettes til faglig løft og styrket kompetanse blant helsepersonell, jf. omtale ovenfor og den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet, jf. omtale i Del III, kap. 6.6.2 i Nasjonal helseplan.
- Post 21 foreslås styrket med 14,0 mill. kroner, hvorav 10,0 mill. kroner til handlingsplan for demens og 4,0 mill. kroner til bedre legetjenester på sykehjem, jf. nærmere omtale ovenfor samt i St. meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening
- Midler til IPLOS, i alt 3,2 mill. kroner, er flyttet fra kap. 761, post 21 til Sosial- og helsedirektoratet, kap. 720, post 01.

#### **Post 60 Tilskudd til omsorgstjenester, kan overføres**

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.

#### **Erfaringer 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 ser ut til å nås, med en gjennomsnittlig økning på 4,9 pst. per år i perioden 2003-2005. Rekrutteringsplanen har bestått av 13 tiltak, og erfaringene er som følger:



### 1. Styrke tilgangen på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere

Resultatene viser en årlig vekst på i overkant av 4 pst. i gjennomsnitt 2003-2005 og en årlig tilgang på om lag 3700 hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, som er noe i underkant av målsettingen på 5 pst.

#### *Program for kvalifisering av ufaglærte 1998-2006*

2752 personer deltok i kvalifiseringstiltak i 2005, hvorav 1361 fikk kompetansegivende opplæring fram til avsluttende fagprøve eller eksamen. Dette er 1,5 pst. av de ansatte i målgruppen.

### 2. Tilgang på personell med høyere utdanning

Resultatet viser en årlig vekst på i overkant av 6 pst. i gjennomsnitt 2004-2005, som er noe i overkant av målsettingen på 5 pst.

### 3. Desentralisert sykepleierutdanning

I 2005 melder fylkesmennene at det var 188 studenter som fullførte desentraliserte sykepleierstudier med støtte fra rekrutteringsplanen. Fylkesmennenes plantall for fullførte desentraliserte sykepleierstudier for 2006 er på 248.

### 4. 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. I 2004 ble det inngått et samarbeid med fem høyskoler og Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell, som utviklet et felles kurs «Nasjonale fag for sykepleiere og hjelpepleiere fra land utenfor EØS».

### 5. Videreutdanning for helse- og sosialpersonell med yrkesutdanning fra videregående opplæring

I 2005 avsluttet 883 hjelpepleiere og omsorgsarbeidere en videreutdanning i fagskoleordningen med tilskudd fra rekrutteringsplanen, og dette utgjør i underkant av 3 pst. av de ansatte.

### 6. Helse- og sosialfag i videregående opplæring – rekruttering, fagstruktur og yrkestitler

Det var noe økning i søkningen de første årene av rekrutteringskampanjen, men denne ser ikke ut til å fortsette.

### 7. Videreutdanning av høyskoleutdannet personell

Samlet deltakelse i videreutdanninger på høyskolenivået var 1215 i 2005. Videreutdanning i psykisk helsearbeid hadde flest deltakere med 257 kandidater.

### 8. Program for utvikling av kliniske spesialiteter/kliniske stiger

Det er satt i gang et pilotprosjekt med tverrfaglig klinisk stige i kommunehelsetjenesten i fire kommuner i Hordaland, og arbeidet forventes å være ferdig våren 2007. Drammen kommune har et lignende program som startet opp i 2005 og avsluttes i 2008. Universitetet i Oslo satte i 2005 i gang et prosjekt for å belyse behovet for, og viktigheten av kompetanseheving i de kommunale tjenestene. I samarbeid med KS gjennomføres det et program med kliniske stiger i Rogaland om legevakter i flere kommuner rundt Sandnesområdet.

### 9. Program for utvikling av kompetansehevende tiltak gjennom samarbeid mellom kommuner og sykehus

Det er igangsatt prosjekter i samarbeid med fylkesmann, kommune og sykehus i Arendal og Bodø. Samarbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten skal utvikle kompetansehevende tiltak for helse- og sosialpersonell. Prosjektene samarbeider med andre samhandlingstiltak mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste for å få felles utbytte av erfaringer

### 10. Kvalitet, forskning og fagutvikling i undervisningssykehjem

Det er i dag seks undervisningssykehjem som mottar statlig støtte. Tiltaket er så langt vurdert som meget vellykket i rekrutteringssammenheng og når det gjelder å beholde personell.

### 11. Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv og tiltak rettet mot arbeidsmiljøet

Det er iverksatt tiltak med formål å kartlegge arbeidsrelaterede faktorer knyttet til sykefravær blant hjelpepleiere, utvikle veiledningsmateriell for bedre arbeidsmiljø i den hjemmebaserte tjenesten og utvikle gode strategier for å mestre følelsesmessige påkjenninger for ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Det er i tillegg gitt midler til videre forskning basert på data fra en omfattende studie av hjelpepleieres helse- og arbeidsforhold, og resultatene vil foreligge i 2007. Et pilotprosjekt med fokus på mestring av følelsesmessige påkjenninger i

pleie- og omsorgsarbeidet startet opp i 2005. Tre kommuner deltar i prosjektet. Både institusjoner og hjemmebaserte tjenester er representert. Prosjektene avsluttes i 2006.

### 12. Motvirke økende geografiske forskjeller

De særskilte tiltakene for å styrke tilgangen på fagfolk til Finnmark har vært effektive. I perioden 2004-2005 ble det forsøkt en storbysatsing for de fem største byene i Norge. Resultatene var ikke i samsvar med forutsetningene for satsingen, med unntak av Trondheim.

### 13. Kompetanseutvikling for personell i spesialisthelsetjenesten

Et kompetansehevingsprogram for sykepleiere på avdelinger som arbeider med for tidlig fødte barn ble i 2005 videreført som en pilot med en «Videreutdanning i nyfødtdisin» på ett år ved Lovisenberg Diakonale høgskole. Videre ble det videreført en utredning om videreutdanning i hygiesykepleie.

### Kompetanseløftet 2015

Kompetanse- og rekrutteringsplanen skal ha et rullerende 4-årig handlingsprogram som oppdateres årlig innenfor en planperiode på 9 år fra 2007 fram til 2015. Den årlige gjennomgangen av tiltakene i handlingsprogrammet skjer i tilknytning til statsbudsjettet. Tiltakene i Kompetanseløftet er omtalt i sin helhet i innledningen til kategori 10.60.

Tiltakene i planen er:

1. Aksjon helsefagarbeider
2. Kvalifisering av personell
3. Rekrutteringskampanje
4. Øke andelen med høyere utdanning
5. Desentraliserte høgskolestudier
6. Videreutdanning for personell med videregående opplæring
7. Videre- og etterutdanning for høyskoleutdannet personell
8. Øke andelen som arbeider heltid
9. Flink med folk i første rekke
10. Forbedring av arbeidsmiljø
11. Undervisningssykehjem
12. Omsorg ved livets slutt og lindrende behandling

Tilskudd til Kompetanseløftet 2015 gis i 2007 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 152 mill. kroner til tiltakene i 2007.

### Merknader til budsjettforslaget

Ved behandling av St. prp. nr. 66 (2005-2006) Tilleggsbevilgninger og omdisponeringer ble det vedtatt at prosjektmidler knyttet til faste stillinger i Sosial- og helsedirektoratet, flyttes til direktoratets budsjett. Vedtaket gjøres også gjeldende for 2007, slik at 1,5 mill. kroner fra kap. 761, post 60 flyttes til Sosial- og helsedirektoratet, kap. 720, post 01.

### Post 61 Tilskudd til vertskommuner mv.

Det meste av statlige midler til tiltak for psykisk utviklingshemmede overføres gjennom inntektssystemet til kommunene, der antall psykisk utviklingshemmede i kommunene er et eget beregningskriterium. Formålet med vertskommunetilskuddet er å skjerme 33 vertskommuner for tidligere HVPU-institusjoner mot visse omfordelingsvirkninger i inntektssystemet.

I 2005 ble vel 450 mill. kroner fra tilskuddet til vertskommunene innlemmet i inntektssystemet til kommunene. En forutsetning for vedtaket var at vertskommunene ikke skulle tape på omleggingen. Beregninger foretatt av Kommunal- og regionaldepartementet basert på data fra 2006 viser at 30 vertskommuner har vunnet på omleggingen, mens tre kommuner har et moderat tap. Samlet sett får vertskommunene mer i tilskudd i 2006 enn om innlemmingen ikke hadde funnet sted. 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 vertskommunetilskuddet. 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 18,6 mill. kroner i 2007, og gjelder frafall av 36 brukere i 2005.

### *Eldre personer med psykisk utviklingshemning*

Antall eldre personer med psykisk utviklingshemning er økende og stiller kommunene overfor nye utfordringer med hensyn til å skaffe fram et kvalitativt godt tjenestetilbud. Det treårige utviklingsprogrammet for å belyse aldring hos mennesker med psykisk utviklingshemning skulle vært avsluttet medio 2007. For å implementere en rekke kompetansehevende tiltak i kommunene foreslås at prosjektet videreføres.

### Merknader til budsjettforslaget

18,6 mill. kroner er flyttet til inntektssystemet for kommunene over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, kap. 571. Det foreslås at inntil 2 mill. kroner kan nyttes til kompetansehevende tiltak for å utvikle kvalitativt gode tjenester for eldre personer med psykisk utviklingshemning.

### **Post 63 Tilskudd til rusmiddeltiltak, kan overføres**

Bevilgningen går til følgende formål:

- Utviklingsarbeid for å styrke oppfølging, omsorg, rehabilitering og behandling av personer med rusmiddelproblemer og prostituerte i kommunene, herunder tilskudd til LAR-tiltak
- forsøks-, kompetanse- og utviklingsarbeid
- forsøk med sprøyterom
- lavterskel helsetiltak og tannhelsetiltak til rusmiddelavhengige.

### Opptappingsplan på rusfeltet

Opptappingsplanen for rusfeltet, som ferdigstilles høsten 2006, vil legge vekt på arbeidet for en styrket kommunal innsats gjennom individuell oppfølging og en bedre helhet i hjelpe- og behandlingkjeden. Særlig viktig vil det være med tett oppfølging etter institusjons- og fengselsopphold. Tiltakene skal også sees i lys av Opptappingsplanen for psykisk helse og Regjeringens innsats for å redusere fattigdom og ny organisering av arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV).

Regjeringen vil videreutvikle tverrfaglige, integrerte tiltak i de kommunale velferdstjenestene for å ivareta målsettingen om rehabilitering for pasienter i LAR. Regjeringen vil også styrke lavterskeltiltak og formidle erfaringer fra disse. Det foreslås en styrking av bevilgningen med 7 mill. kroner til tjenesteutvikling og erfaringsspredning av arbeidet med lavterskel- og LAR-tiltak i kommunene. Se nærmere om lavterskel- og LAR-tiltak nedenfor.

### Kommunalt rusarbeid

Tilskuddet har som formål å styrke kommunens helhetlige oppfølgingsarbeid overfor personer med rusmiddelproblemer med fokus på sammensatte og tverrsektorielle tjenester. Oppgaver som særlig vektlegges er avklaring av hjelpebehov og oppfølging før, under og etter behandlingsopphold i institusjon eller fengselsopphold. Midlene kan også brukes til samarbeidstiltak med Kriminalomsorgen, jf. rundskriv G-8 2006 utarbeidet av Justis- og politidepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. I 2005 fikk 73 tiltak i kommunal regi innvilget støtte. 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 tilnæringer som samarbeid mellom sosial- og helsetjenestene, bruk av individuell plan, og utforming av tverrfaglige ambulante team. Flere prosjekter bygger på interkommunale samarbeidsløsninger. Sosial- og helsedirektoratet har mottatt 22 nye søknader i 2006. Det foreslås å videreføre tilskuddsordningen for 2007. Behovet for å videreutvikle kommunale rustiltak vil være et sentralt element i opptappingsplanen for rusfeltet. For nærmere omtale, se Nasjonal helseplan i denne proposisjonen i del III, kapittel 6.6.2. 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. Kommunale rustiltak skal også sees i lys av innsatsen mot fattigdom, herunder strategien På vei til egen bolig.

Som ledd i å utvikle et godt kommunalt rusarbeid, foreslås det satt av midler til evaluering av tilskuddsordningen, herunder tilskuddene til kommunale LAR-tiltak.

### *Oppfølging av deltakere i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)*

I 2005 ga Sosial- og helsedirektoratet tilskudd til 23 kommuner til oppfølging av deltakere i LAR i kommunene, totalt 16,5 mill. kroner. Evalueringen av LAR viser at det er store mangler i kommunenes oppfølging. For å styrke den individuelle oppfølgingen i bolig, arbeid og fritid overfor den enkelte bruker i LAR, er ordningen styrket i 2006 og det er satt av 46,5 mill. kroner til 34 kommuner. Det foreslås å videreføre og styrke tilskuddet og videreutvikle tverrfaglige, integrerte tiltak i de kommunale velferdstjenestene for å ivareta målsettingen om rehabilitering for pasienter i LAR, jf. omtalen av

den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet ovenfor.

Det vises også til omtale av LAR under kap 726, post 70 Tiltak for rusmiddelavhengige.

#### *Forsøk med sprøyterom*

Stortinget vedtok i 2004 en midlertidig lov for utprøving av sprøyterom, og Regjeringen har lagt til rette for et treårig forsøk. Oslo åpnet landets første og hittil eneste sprøyterom 1. februar 2004. Forsøket finansieres av Oslo kommune og statlige bevilgninger. Sprøyteromsordningen er en helse-tjeneste. Det stilles krav til bl.a. lokaler, åpningstider, innhold og bemanning. Per mars 2006 hadde sprøyterommet 300 registrerte brukere, en økning på 55 siden mai 2005. 50 personer brukte rommet regelmessig. 70 prosent er menn og 47 prosent mellom 31 og 40 år gamle. En tredel av brukerne har brukt heroin under 10 år, en tredel mellom 11 og 20 år og en tredel har brukt heroin mer enn 20 år. Det foreslås at det for 2007 avsettes midler til fortsatt delfinansiering av sprøyterom.

Ordningen evalueres av Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), som vil avgi rapport våren 2007. Evalueringen vil være en del av grunnlaget for vurderingen av videreføring av ordningen.

#### *Lavterskel helsetiltak til rusmiddelavhengige*

Formålet med lavterskel helsetiltak er å bedre livssituasjonen til mennesker med spesielt omfattende og sammensatt rusmiddelproblematikk og dårlig helsetilstand. Gjennom lavterskel helsetiltak skal personer som har problemer med å benytte vanlige helsetjenester, få et tilgjengelig og gatenært 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 var på 38 mill. kroner i 2005. 34 kommuner mottok tilskudd. Rapporter viser at man når målgruppen. Flere tusen personer mottar lavterskel helse-tiltak på landsbasis. Helsetiltaket, sammen med LAR, antas å ha bidratt vesentlig til nedgangen i narkotikarelaterte dødsfall. Det har også bidratt til tverrfaglig tilnærming og bedre samarbeid mellom sosial- og helsetjenesten i mange kommuner. Flere kommuner har utviklet tiltakene i samarbeid med frivillige organisasjoner. Det er lokale variasjoner i organiseringen av tiltakene. Flere steder er det eta-

blert feltskykepleie og oppsøkende virksomhet. Alle tiltakene unntatt ett er tilknyttet legetjeneste.

Som ledd i den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet, foreslås det å styrke innsatsen i lavterskeltiltak i 2007, jf. omtale ovenfor. Erfaringene med lavterskeltiltakene skal spres til andre kommuner, som del av arbeidet med kompetanse- og kvalitetsutvikling av kommunalt rusarbeid. Ordningen med lavterskel helsetiltak skal evalueres i 2007. Se også omtale av tilskudd til Gatehospitalet, kap. 761, post 70.

#### *Tannhelsetiltak for personer med rusmiddelproblemer*

Midlene til tannhelsetiltak for personer med rusmiddelproblemer foreslås videreført. Det samlede tilbudet vil bli vurdert i en kommende Stortingsmelding om tannhelsetjenesten (jf. omtale under kap. 727, post 21).

Rusmiddelavhengige har dårligere tannhelse enn den øvrige befolkningen. Dårlig økonomi bidrar til at de ikke kan benytte seg av tilgjengelige tjenester. Som et ledd i styrkingen på rusfeltet ble det bevilget til sammen 63 mill. kroner i 2006 til tannbehandling. Midlene er fordelt slik at personer med rusmiddelproblemer kan få tannbehandling hvis de mottar kommunale rustjenester, er innsatt i fengsel eller er under behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er også gitt midler for å kunne tilby tannhelsetjenester som en del av lavterskel helse-tilbud

I perioden 2001-2003 ble det gjennomført en forsøksordning i tre fylker med offentlige tannhelsetjenester til bl.a. rusmiddelavhengige. Prosjektet viste at rusmiddelavhengige har et stort tannbehandlingsbehov og har smerter og plager fra tenner og munnhule. Pasientgruppens gjennomsnittsalder var under 40 år. Erfaringene fra forsøksordningen ligger til grunn for den økte satsingen på tannbehandling for rusmiddelavhengige. Rapporten fra Sosial- og helsedirektoratet om forsøksordningen finnes på <http://www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/>.

Rusmiddelavhengige under behandling i helseinstitusjon for sin avhengighet, har en lovhjemlet rett til tannhelsetjenester etter § 1-3 c i tannhelsetjenesteloven. Midler til tannbehandling til rusmiddelavhengige under behandling i institusjon er til-delt fylkeskommunene gjennom rammetilskudd basert på antall døgnplasser i rusinstitusjoner. Tilbudet ble iverksatt fra 1. juli 2005 (8 mill. kroner i 2005 og 16,5 mill. kroner fra 2006).

Tannhelsetilbudet ble utvidet i 2005 til også å gjelde tannhelsetjenester som inngår i lavterskel

helsetiltak i kommunene. Tildelingen er 5 mill. kroner i 2006.

Stortinget har vedtatt at tannhelsetilbud til rusmiddelavhengige under kommunal rusomsorg skal iverksettes på landsbasis. Kommunal rusomsorg er i denne sammenhengen definert som hjelp fra kommunen i henhold til kapittel 4 og 6 i sosialtjenesteloven. Det er bevilget 37,5 mill. kroner til formålet i 2006. Midlene benyttes til nødvendige forberedelser i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, og til iverksetting av tilbudet i løpet av første halvår 2006. Midlene er fordelt etter inntektssystemets kostnadsnøkkel og gitt som økt rammetilskudd til fylkeskommunene.

En høy andel av innsatte i fengsel er personer med rusmiddelproblemer. Det gis midler til fylkeskommunene som øremerket tilskudd til tannhelse for innsatte (6 mill. kroner i 2005 og 10 mill. kroner i 2006).

#### *Tilskudd til magasinet «= Oslo» og liknende tiltak*

Stortinget vedtok å øke bevilgningen for 2006 med kr 700 000 som komiteen forutsetter skal gå til økt tilskudd med kr 500 000 til magasinet «= Oslo» og kr 200 000 til liknende tiltak som f.eks. «Klar Kristiansand» jf. Innst. S. nr. 205 (2005-2006). Tilskuddene forutsettes videreført.

#### **Merknader til budsjettforslaget**

Som en del av den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet foreslås kap. 761, post 63 styrket med 7,0 mill. kroner.

#### **Post 64 Ressurskrevende brukere, overslagsbevilgning**

Formålet med bevilgningen er å sikre at brukere som krever stor ressursinnsats fra det kommunale tjenesteapparat, får et best mulig tilbud uavhengig av kommunens økonomiske situasjon. Med ressurskrevende bruker menes en person med store hjelpebehov og som mottar omfattende helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dette kan blant annet gjelde personer med psykisk utviklingshemning, fysisk funksjonshemmede, personer med rusmiddelproblemer og mennesker med psykiske lidelser. Ved innføringen av ordningen la Stortinget til grunn at sterkt hjelpetrengende eldre over 67 år skal finansieres over ordinære midler til eldreomsorgen i kommunene.

Fra innrapporteringen for 2006 ble det gjennomført enkelte tiltak for å få bedre kontroll med ordningen: Bl.a. er det innført krav om at det skal foreligge enkeltvedtak for tildeling av tjenester.

Andelen innrapporterte brukere som skal kontrolleres av revisor er økt, og indirekte lønnskostnader og lønnskostnader knyttet til generell administrasjon og administrasjon av brukernes tjenester skal ikke tas med.

For å bli regnet som ressurskrevende bruker må kommunens netto utgifter til lønn i 2006 overstige innslagspunktet på 745 000 kroner per bruker. Ut over innslagspunktet får kommunene kompensert for 70 pst. av utgiftene på landsbasis. Kommunene har med bakgrunn i regnskapstall for 2005 rapportert lønnsutgifter knyttet til den enkelte bruker. Kommunene har for 2006 rapportert utgifter utover innslagspunktet på noe over 2,4 mrd. kroner. I dette beløpet er øvrige øremerkede tilskudd kommunene mottar til enkeltbrukere og finansieringen gjennom rammetilskuddet trukket fra. Statens tilskudd beløper seg i 2006 til 1,69 mrd. kroner. 317 kommuner mottar tilskudd til totalt 3676 brukere. Det er om lag det samme antall brukere som i 2005.

Fylkesmennene er i retningslinjene for fordeling av skjønnsstilskudd bedt om å ta hensyn til kommuner som har spesielt høye utgifter knyttet til særlige ressurskrevende brukere, og hvor dette ikke fanges opp gjennom inntektssystemet og toppfinansieringsordningen ved fordeling av skjønnsstilskudd.

#### **Evalueringsrapport**

En evalueringsrapport utarbeidet av Ressurssentret for omstilling i kommunene (RO), ble ferdigstilt desember 2005. Evalueringsrapporten konkluderer med at så lenge en ikke finner fram til en objektiv kostnadsnøkkel i inntektssystemet, er ordningen nødvendig for å sikre finansiering av tjenestene til målgruppen. Kommunene opplever ordningen som forutsigbar og rettferdig, og den bidrar til å sikre et godt tjenestetilbud til ressurskrevende brukerne. Når det gjelder regelverk for ordningen, foreslår RO å legge om ordningen slik at kommunenes egenandel beregnes med utgangspunkt i kostnadene til den enkelte ressurskrevende bruker. En slik endring vil etter deres vurdering øke forutsigbarheten i ordningen og gjøre det enklere for kommunene både å budsjettere og planlegge tjenestene.

#### **Endringer i regelverk**

Regjeringen er opptatt av at tilskuddet til ressurskrevende brukere skal sikre gode tjenester til brukere med store behov. En arbeidsgruppe med representanter fra Sosial- og helsedirektoratet og KS har, med bakgrunn i resultatene av evaluerin-

gen, kommet med forslag til endringer i regelverket. Rapporten finnes på <http://www.shdir.no>. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider, bl.a. med bakgrunn i rapporten fra Sosial- og helsedirektoratet og KS, videre med utforming av ordningen og vil i kommuneproposisjonen for 2008 presentere eventuelle endringer i hvordan kommunene egenandel skal beregnes.

Det foreslås at funksjon 275 Introduksjonsordningen inkluderes i toppfinansieringsordningen. Innslagspunktet for 2007 foreslås prisomregnet til 770 000 kroner per bruker.

#### Merknader til budsjettforslaget

Bevilgningen på kap. 761, post 64 er en overslagsbevilgning. Det foreslås 1,832 mrd. kroner til toppfinansieringsordningen for ressurskrevende brukere.

#### **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 2006 er tilskuddet fordelt på kommuner i alle fylker til 1063 brukere i 270 kommuner og 15 bydeler. Det er 424 nye brukere i forhold til 2005.

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. Utvidelsen antas å utgjøre 20 pst. av nåværende brukergruppe. I 2006 ble bevilgningen økt med 20 mill. kroner til 72,108 mill. kroner for å kompensere for denne utvidelsen, jf. St. prp. nr. 1 (2005-2006).

#### Anmodningsvedtak nr. 523 (2004–2005) av 16. juni 2005

Ved behandlingen av St.meld. nr. 40 (2002–2003) Nedbygging av funksjonshemmende barrierer, ba Stortinget Regjeringen fremme en sak for Stortinget om ordningen med brukerstyrt personlig assistanse jf. Innst. S. nr. 162 (2003–2004). Saken ble fremmet og omtalt i Kommuneproposisjonen for 2006 (St.prp. nr. 60 (2004–2005)). Stortinget vedtok følgende:

«Stortinget ber Regjeringen følge opp vedtaket om å legge fram en sak om brukerstyrt personlig assistanse (BPA) der rettighetsfesting for brukerne, tjenestens omfang og innhold samt ulike modeller for statlig medfinansiering utredes. Saken skal legges fram i forbindelse med statsbudsjettet for 2006»

I St.prp. nr. 1 (2005-2006) er det gitt en nærmere redegjøring om erfaringer med BPA-ordningen m.m. og arbeidet med oppfølging av Stortingets vedtak. Departementet arbeider nå med et forslag til nødvendige lovendringer som skal ut på høring .

#### Budsjettforslaget 2007

Bevilgningen foreslås videreført i 2007.

#### **Post 67 Tilskudd til særskilte utviklingstiltak**

Kompetansehevende tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

I 2005 ble det utbetalt 15 mill. kroner til formålet over denne tilskuddsposten. Tilskuddet har gått til driftsstøtte til etablerte prosjekter som fremdeles er i en oppstartfase og til investeringsstøtte og driftsstøtte til nye prosjekter utenfor sykehus. Siden 2002 har tilskuddet gått til både oppbygging av egne enheter og sengeposter i sykehjemmene, utvikling av palliative team i tillegg til kompetansehevende tiltak for å sikre de ansatte bedre kunnskap om lindrende behandling. Som en følge av ordningen er det i alt bygget opp 169 sengeplasser i sykehjemmene, 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. I alle helseregionene finnes egne kompetansesentre for lindrende behandling og til sammen 84 egne sengeplasser på sykehus som tilbyr lindrende

behandling. I tillegg er det etablert 18 palliative team i alle helseregionene.

Det er en stor utfordring å sikre kompetansen i de kommunale tjenestene når det gjelder lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Derfor vil regjeringen gjennom tilskuddsordningen til lindrende behandling nå prioritere prosjekter som sikrer god fagutvikling, kompetanseheving og har nasjonal overføringsverdi. Departementet foreslår å prioritere tiltak som kan sees i sammenheng med aktiviteten i undervisningssykehjemmene.

### Undervisningssykehjem

Undervisningssykehjem er et tiltak under kompetanse- og rekrutteringsplanen «Kompetanseløftet 2015», som er nærmere beskrevet i innledningen til kategori 10.60. Undervisningssykehjemmene er basert på avtaler om samarbeid mellom kommune/sykehjem, høyskole 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.

Det er i dag seks undervisningssykehjem som mottar statlig støtte. Kommunene deltar med egen innsats både fra kommunen sentralt og det enkelte sykehjemsbudsjett, og ordningen inkluderer også sykehjem som ikke er eid av kommunene. De samarbeidende høyskoler og universitet bidrar også med enkelte ressurser. I løpet av 2005 er det innlemmet flere sykehjem som skal bli undervisningssykehjem under det regionale hovedundervisningssykehjemmets paraply. Undervisningssykehjemmene har inngått avtaler med andre samarbeidsaktører i helsetjenesten, og initiert samarbeid mellom undervisningssykehjemmene og lokale sykehjem på viktige områder. Tiltaket er så langt vurdert som meget vellykket både i rekrutteringssammenheng og når det gjelder å beholde personell. Flere forskningsprosjekter pågår, og etablerte fag- og forskningsmiljøer har etablert en sterk forankring i undervisningssykehjemmene. Det er opprettet en egen nettside [www.undervisningssykehjem.no](http://www.undervisningssykehjem.no). Undervisningssykehjemmene er i ferd med å etablere gode samarbeidsrelasjoner opp mot universiteter. Fyllingsdalen sykehjem har etablert en samarbeidsavtale med Universitetet i Bergen om å motta medisinstudenter. Undervisningssykehjemmene, Medisinsk divisjon på Ullevål universitetssykehus og Sosial- og helsedirektoratet har etablert et samarbeid for å forbedre samarbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten.

Sosial- og helsedirektoratet skal forvalte det statlige tilskuddet, holde nær kontakt med kommunene, og sørge for at erfaringer fra forskning, fagutvikling og prosjekter ved det enkelte undervisningssykehjem blir spredt og lett tilgjengelig for andre kommuner og aktuelle samarbeidspartnere.

I alt foreslås det bevilget 21,9 mill. kroner til lindrende behandling og omsorg ved livets slutt og til undervisningssykehjem for 2007.

### Budsjettforslaget 2007

Bevilgningen foreslås videreført i 2007.

### Post 70 Frivillig rusarbeid mv., kan overføres

Bevilgningen går til følgende formål:

- behandling, oppfølging og rehabilitering i regi av frivillige organisasjoner og private stiftelser
- selvhjelps- og interessegrupper
- tiltak for prostituerte
- tilskudd til Gatehospitalet i Oslo

Frivillige organisasjoner og private stiftelser utfører et betydelig arbeid for svakerestilte grupper. Tiltak omfatter hovedsakelig institusjonsopphold, og ulike former for individrettet bistand i nærmiljøene, som bolig-/overnattingstilbud, møtesteder, gatenære tiltak, kvalifiserings- og nettverksarbeid.

I 2005 ble det fordelt 71,4 mill. kroner i tilskudd til tiltak for personer med rusmiddelproblemer. Det ble gitt tilskudd til om lag 80 tiltak i regi av Stiftelsen Pinsevennes Evangeliesentre, Stiftelsen KRAFT, Frelsesarmeen, Stiftelsen Rus-nett, Blå Kors i Norge, Natthjemmet for prostituerte, Kirkens Bymisjon, Stiftelsen P22, Røde Kors, RIO, Kirkens sosialtjeneste m.fl.

Det er overført 10,93 mill. kroner fra kap. 761, post 63 til samarbeidstiltak mellom frivillige organisasjoner og kommuner, og bevilgningen til Gatehospitalet ble flyttet fra kap. 761, post 61. De fleste tiltakene er i 2006 gitt tilskudd på minst samme nivå som i 2005 for å sikre videreføring.

Kommunene har ansvaret for forebyggende tiltak, støtte-, hjelpe- og behandlingstiltak og nødvendige samarbeidstiltak med spesialisthelsetjenesten. Flere undersøkelser viser at det er mangel på helhetlige tiltak til personer med rusmiddelproblemer i kommunene. Det er også behov for å styrke samarbeidet mellom kommunene og de frivillige organisasjonene for å øke kvaliteten på tjenestene som tilbys. Samarbeid med frivillige organisasjoner er viktig for å få bedre slagkraft i det lokale oppfølgings- og ettervernsarbeidet.

I forbindelse med statsbudsjettet for 2006 utarbeidet Helse- og omsorgsdepartementet nytt regel-

verk med vilkår knyttet til tilskudd over kap. 761, post 70 som vil bidra til en mer målretting av tiltak som får tilskudd og sikre nødvendig samarbeid med kommunene og brukervedvirkning. Vilkårene er følgende:

- Arbeid med lokale rehabiliterings-, etterverns-, nettverks- og boligtiltak prioriteres ved tildelingen.
- Det bør være en forutsetning for tilskudd at private virksomheter har etablert et samarbeid med kommunen.
- Institusjonen/virksomheten skal utarbeide en serviceerklæring for sin virksomhet som tydeliggjør innholdet i tilbudet.
- Institusjonen/virksomheten skal etablere et system for brukervedvirkning.

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.

Rusreformen innebar et systemskifte som har påvirket de frivillige og private rusinstitusjonenes situasjon. Utfordringene er blant annet knyttet til at organisasjonene må forholde seg til anbudsinnbydelser fra helseforetakene, og i økende grad også fra kommuner. Dette krever en omstilling som tar tid. For å unngå at gode tiltak faller bort på grunn av manglende finansiering, foreslår departementet å videreføre denne delen av tilskuddsbevilgningen i 2007. Departementet vil følge situasjonen til frivillige og private organisasjoner som yter tjenester innen rusfeltet tett og løpende vurdere behov for tiltak. Evalueringen av rusreformen, som skal være ferdig innen utgangen av 2006, vil kunne belyse ytterligere situasjonen til de frivillige organisasjonene. Regjeringen vil også foreta en særskilt evaluering av tilskuddsordningen for å få en helhetlig vurdering av om den er målrettet, se omtale under kap. 761, post 21.

#### *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

døgnpleie ved langvarig sykdom. Gatehospitalet samarbeider med sosial- og helsetjenesten og sykehus i Oslo.

#### Budsjettforslaget 2007

Bevilgningen foreslås videreført i 2007.

#### **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 2006 ble det gitt tilskudd til følgende organisasjoner til informasjon og kontaktskapende arbeid:

- Telefonkontakt
- Kirkens SOS i Norge
- Frelsesarmeens telefon- og besøkstjeneste
- 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 2007

Bevilgningen foreslås videreført i 2007.

#### **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. Landsbystiftelsen, som er inspirert av antroposofien, tilbyr et helhetlig bo- og arbeidsfelleskap for unge og voksne med særlige omsorgsbehov. Tilbudet omfatter personer med psykisk utviklingshemning og en del personer med rusmiddelproblemer



Følgende institusjoner omfattes av tilskuddsordningen:

- Vidaråsen landsby, Vestfold
- Hogganvik landsby, Rogaland
- Jøssåsen landsby, Sør-Trøndelag
- Solborg, Oppland
- Vallersund Gård, Sør-Trøndelag
- Kristoffertunet, Sør-Trøndelag

Midlene blir stilt til rådighet for Landsbystiftelsen som fordeler midlene til institusjonene. Sosial- og helsedirektoratet følger virksomheten gjennom årsmelding og årsregnskap, og følger opp arbeidet med fastlegging av beleggskrav i forhold til antall og type plasser.

Landsbystiftelsens institusjoner ble tidligere regulert i egen forskrift med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven. Forskriften ble opphevet med virkning fra 1.januar 2006. Fra dette tidspunktet skal beboerne motta et kommunalt vedtak om tjenester med hjemmel i sosialtjenesteloven og evt. kommunehelsetjenesteloven. Endringen er en del av en normalisering av tjenestene i landsbyene og et tiltak for å sørge for kommunal tilhørighet til beboerne ved landsbyene. Virksomheten er fortsatt statlig finansiert. Brukerne mottar etter endringen ordinære trygdeytelser fra folketrygden. Landsbystiftelsen kan etter endringene kreve betaling for kost og losji. Endringene medfører økte inntekter for Landsbystiftelsen.

#### Budsjettforslaget 2007

Bevilgningen foreslås videreført i 2007.

#### 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.

I 2005 og 2006 ble det gitt tilskudd til drift av 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. Tilskuddet foreslås videreført i 2007.

#### Budsjettforslaget 2007

Bevilgningen foreslås videreført i 2007.

#### Post 75 Kompetansetiltak

Bevilgningen nyttes i 2006 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. I 2006 er undervisningstilbudet via internett/videokonferanse utvidet.

Bevilgningen foreslås disponert til de to nevnte formål også i 2007. Helse- og omsorgsdepartementet vil be Sosial- og helsedirektoratet om å gjennomgå og vurdere tilskuddsordningen til NST i 2007.

#### Budsjettforslaget 2007

Bevilgningen foreslås videreført i 2007.

#### 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 2007

Bevilgningen foreslås videreført i 2007.

### Post 77 Kompetansentra m.m.

Bevilgningen går til;

- kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål
- opplæring og kompetanseutvikling overfor sosialtjenesten i kommunene
- fengsels- og prostitusjonsprosjekt
- delfinansiering av «Flink med folk i første linje»
- stimuleringsstøtte til samarbeidsprosjekter mellom KS og Sosial- og helsedirektoratet om ledelses-, kunnskaps- og organisasjonsutvikling

### Opptappingsplan på rusfeltet

Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Sosial- og helsedirektoratet har siden 2002 samarbeidet om «Flink med folk», en 4-årig satsing på ledelse og kvalitetsutvikling innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten. Regjeringen og KS har gjennom avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten forpliktet seg til å legge til rette for god ledelse, godt arbeidsmiljø og stimulere til ledelsesutvikling lokalt. «Flink med folk» vil danne grunnlaget for nye tiltak innenfor en ny kompetanse- og rekrutteringsplan, omtalt i kap. 761, post 60. Det bevilges 2 mill kroner til formålet.

Rapporter fra Helsetilsynet bl.a. i 2004 og fra Riksrevisjonen i 2004 viser at kommunene har store utfordringer knyttet til å tilrettelegge et helhetlig rehabiliteringstilbud til personer med rusmiddelproblemer. Det er et stort behov for kompetanseutvikling.

Det er nødvendig å heve kvaliteten på kommunalt rusarbeid, jf. arbeidet med en opptappingsplan for rusfeltet, se omtale i Nasjonal helseplan i denne proposisjonens del III, kapittel 6.6.2. Det

foreslås at KS og Sosial- og helsedirektoratet utvikler og gjennomfører et prosjekt for medarbeidere i kommunalt rusarbeid. Prosjektet må sees i sammenheng med prosjektet høgskole- og universitetssosialkontor.

Til forskjell fra helseområdet er det gjort lite utviklingsarbeid og forskning knyttet til betydningen av organisering av sosialtjenesten og kommunalt rusarbeid. Departementet ønsker som en del av opptappingsplanen å gjennomføre prosjekter for å prøve ut ulike modeller for organisering av kommunalt rusarbeid, for å øke tilgjengeligheten til tjenester for personer med rusmiddelproblemer. Prosjektene skal også bidra til bedre kvaliteten i rusarbeidet gjennom fokus på organisering, fagutvikling og arbeidsmiljø etter modell fra Effektiviseringsnettverkene og Flink med folk. Et samarbeid om slike prosjekter vil kreve egeninnsats fra de deltakende kommunene og KS.

Bevilgningen foreslås økt med 3 mill. kroner til stimulering av samarbeidsprosjekter mellom KS og Sosial- og helsedirektoratet i medarbeider- og organisasjonsutvikling av kommunale rustjenester. Prosjektet skal ses i sammenheng med en videreutvikling av Flink med folk.

### Regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har tre hovedoppgaver:

- stimulering til utvikling av forebyggende tiltak i kommunene
- kompetanseutvikling i kommunene og spesialisthelsetjenesten
- nasjonale spisskompetanseområder

Hovedfokuset på rusmiddelforebygging basert på forskningsbaserte strategier ble videreført i 2005. Et annet satsingsområde var kompetansehevede tiltak rettet mot de spesialiserte tjenestene og den kommunale sosialtjenesten, samt kompetansesentrenes rolle som sektorovergrepene aktør innenfor områdene kartlegging og rehabilitering. Arbeidet med tidlig intervensjon og høyrisikogrupper ble styrket i 2005, bl.a. som følge av forslaget til nasjonal strategi for tidlig intervensjon og utarbeidelse av en nasjonal strategi mot føtalt alkoholsyndrom (FAS) og føtale alkoholeffekter (FAE). Sentrene samarbeider med fylkesmannsembetene om opplæringsprogram mot kommunenes førstelinje. De samarbeider også med regionsentrene for barn og unges psykiske helse.

Videreutvikling av sentrene i 2006 skjer innenfor den eksisterende hovedstrukturen. Det har blitt lagt vekt på å gjøre driften av sentrene mer målrettet. Kommunene og de regionale helsefore-

takene er brukere av sentrenes tjenester. Kompetansesentrene må kunne møte behov og etterspørsel for disse. Det legges opp til at RHFene og kommunene aktivt skal bidra i utformingen av bestillingen fra Sosial- og helsedirektoratet til de regionale kompetansesentrene. Sentrene vil ha en viktig rolle som medspiller i kompetanse- og kvalitetsløftet som vil være en sentral del i den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet. Se nærmere omtale i Nasjonal helseplan i denne proposisjonens del III, kapittel 6.6.2.

Etter rusreformen er det nødvendig å vurdere egnet organisering av de regionale kompetansesentrene i lys av behovene for kompetansetilførsel til kommunene og regionale helseforetak. Regjeringen ønsker å se denne i sammenheng med evalueringen av rusreformen, som er planlagt ferdigstilt i løpet av 2006. I vurderingen av egnet organisering er det også nødvendig å se nærmere på hvordan sentrene kan videreutvikles og styrkes som kompetanseorganisasjoner.

Sentrene ble tildelt 64,1 mill. kroner i 2006 til drift og kursvirksomhet. Tilskuddet foreslås videreført i 2007.

#### *Opplæring og kompetanseutvikling overfor sosialtjenesten i kommunene*

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 rusmiddel-spørsmål.

De aller fleste fylkene har tilrettelagt for kunnskapstilførsel i form av konferanser og seminarer. I utformingen og tilretteleggingen av tiltakene er embetene bedt om å bruke resultatene fra Helsetilsynets oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelsmisbrukere, og rapport fra SINTEF og Rogalandsforskning om rusklinter og tjenester før rusreformen (SINTEF 2004).

Fylkesmennene vil også i 2007 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 – herunder oppfølging i bolig, økonomisk rådgivning, bruk av individuell plan, saksbehandling og tilrettelegging av kartleggingsverktøy. Opplæring må også sees i sammenheng med tiltakene i Opptrappingsplan for rusfeltet, Opptrappingsplanen for psykisk helse og Regjeringens innsats mot fattigdom, og er et viktig virkemiddel for å nå målene på de kommunale innsatsområdene.

#### *Forsøk med nye samarbeidsformer mellom forskning, utdanning og praksis i sosialtjenesten*

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet er det igangsatt forsøk med nye samarbeidsformer mellom forskning, utdanning og praksis i sosialtjenesten (Høgskole- og universitetssosialkontor). Formålet er å bidra til å etablere arenaer og strukturer mellom praksis, utdanning, forskning og brukere, og 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 overfor personer med helsemessige og sosiale problemer. Sosial- og helsedirektoratet samarbeider med Arbeids- og velferdsdirektoratet om gjennomføring av tiltaket. Ni høgskole- og universitetsmiljøer har våren 2006 blitt invitert til i samarbeid med kommuner å søke om å delta i forsøket. Tiltaket foreslås videreført i 2007. Det vises for øvrig til omtale i St.prp. nr.1 (2006-2007) for Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

#### *Fengsels- og prostitusjonsprosjekt*

Fengsels- og prostitusjonsprosjektene mottok i 2006 et samlet tilskudd på 8,5 mill. kroner. Tilskudd til Oslo kommune for samarbeid med Breivtvedt fengsel, Tyrilistiftelsen og Oslo fengsel om rehabilitering av innsatte personer med rusmiddelproblemer videreføres. Det samme gjelder tilskudd til Oslo kommunes nasjonale kompetansesenter for prostitusjon (PRO-senteret). Tiltak for rehabilitering av innsatte i Trondheim fengsel og Bergen fengsel ble satt i gang av Sosial- og helsedirektoratet i 2003 og videreføres i 2007. I disse prosjektene samarbeider fengselstjenesten med den kommunale sosialtjenesten med sikte på bedre integrering i samfunnet.

#### *Merknader til budsjettforslaget*

Som en del av opptrappingsplan for rusfeltet, foreslås kap. 761, post 77 styrket med 3,0 mill. kroner.

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

Når det gjelder bruk av midlene på denne bevilgningen, vises til nærmere omtale under post 21.

#### **Budsjettforslaget 2007**

Bevilgningen foreslås videreført i 2007.

## 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. allmenlegetjenesten 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.

Det finnes to 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, laboratorieprøver, radiologi, 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).

### Trygdeetaten

#### Legemidler

Departementet arbeider med ulike tiltak for å følge opp St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk, og har de senere år blant

annet hatt fokus på tiltak som kan bedre legenes kunnskap om og etterlevelse av refusjonsvilkår for blå resept. I 2004 ble det kontrollert om lag 3 000 forskrivninger på blå resept, og i 2005 ble det kontrollert om lag 4 000 forskrivninger. I 2004 og 2005 ble det utført kontroller (forskrivningen på utvalgte refusjonspunkt) hos 1/5 av alle praktiserende leger i Norge. I 2006 er det planlagt å kontrollere om lag 4 200 forskrivninger. Kontrollene har avdekket en høy andel brudd på regelverket.

Et annet tiltak er innføring av elektroniske resepter (eResept). Det ble bevilget midler til oppstart av gjennomføringsprosjektet for eResept i 2005. Hensikten med prosjektet er blant annet å oppnå effektiv og sikker overføring av reseptinformasjon fra lege til apotek og å kvalitetssikre legens forskrivning ved å innføre forskrivningsstøtte. Det tas sikte på at en pilot av eReseptløsningen skal kunne tas i bruk i 2008.

Myndighetene ønsker å målrette refusjoner bedre. Dette innebærer at pasienter som har tilfredsstillende effekt av et legemiddel i forhold til prisen, skal få utgiftene refundert, mens det ikke gis refusjon hvis det er et misforhold mellom kostnader og effekt. Det har vært en sterk økning i antallet individuelle søknader om refusjon, og dette har resultert i økt saksbehandlingstid. For å motvirke denne utviklingen ble det i 2005 bevilget 18 mill. kroner styrking av trygdeetaten, og 10 mill. kroner ble videreført i 2006. Trygdeetaten har i tillegg iverksatt flere tiltak for å sikre raskere saksbehandlingstid og god kvalitet i saksbehandlingen.

Ett sentralt tiltak for å bedre kvalitet og kontroll på forvaltningen av legemiddelområdet, har i 2006 vært å samle forvaltningen av legemiddelområdet i Arbeids- og velferdsetaten til NAV Helsetjenesteforvaltning. Tiltaket er et ledd i Arbeids- og velferdsdirektoratets strategi for en enklere og bedre organisert helsetjenesteforvaltning.

#### Modernisering

Den helhetlige strategien for helsetjenesteområdet, som inntil videre skal ligge i Arbeids- og velferdsetaten, går i hovedsak ut på å samle helserefusjoner i en linje – NAV Helsetjenesteforvaltning.

Brukeren kan da primært forholde seg til sin behandler eller tjenesteyter uten å måtte oppsøke sitt lokale NAV-kontor.

NAV Helsetjenesteforvaltning har ansvar for kontroll og utbetaling av oppgjør til behandlere mv. De større gruppene av behandlere og tjenesteytere (leger, poliklinikker, apotek og private laboratorier og røntgeninstitutter) sender inn oppgjør som blir kontrollert i egne kontrollsystemer. Viktige områder som fysioterapi- og psykologoppgjør har tidligere manglet avanserte automatiserte kontroller, og har hatt liten grad av IKT-støtte. Kontrollene som utføres i eksisterende kontrollsystemer er begrenset til i hovedsak enkle logiske kontroller (rett verdi for rett takst, ulovlige takstkombinasjoner etc.), og programmene kommuniserer ikke med andre systemer.

I 2005 ble bytte av fastlege på internett innført. Tjenesten er tilgjengelig på Arbeids- og velferdsetatens internettsider. I denne løsningen kan brukeren se hvem som er hans/hennes fastlege, hvilke fastleger som har ledig plass på sine lister, og man kan bytte fastlege for seg selv og eventuelle barn direkte på internett. Byttet oppdateres umiddelbart i fastlegeregisteret, og det sendes melding tilbake til brukeren om at byttet er godkjent.

Brukeren kan også bestille helsetrygdkort via internett eller SMS. Europeisk helsetrygdokumenter at brukeren har rett til å få dekket utgifter til nødvendig medisinsk behandling på linje med landets innbyggere når brukeren oppholder seg midlertidig i et annet EØS-land eller Sveits.

Trygdeetaten etablerte i 2005 en ny standardløsning som støtter elektronisk innsending, motak, kontroll og saksbehandling gjennom prosjektet «Elektronisk løsning behandleroppgjør». Den nye løsningen benytter PKI (Public Key Infrastructure), og vil være tilgjengelig via helsenettet.no. Standardløsningen ble innført for oppgjør med leger og helsestasjoner i 2005. I og med at de store grunninvesteringene i infrastruktur ble foretatt i løpet av 2005, vil det å kople nye tjenesteytere på løsningen være mindre kostnadskreven. Arbeids- og velferdsetaten skal i 2006 gradvis innføre poliklinikker, private laboratorier og røntgen-

institutt, fysioterapeuter, psykologer og kiropraktorer i den nye standardløsningen. Apotek og bandasjister innføres i forbindelse med innføring av elektroniske resepter. Arbeids- og velferdsetaten har som ambisjon å tilpasse standardløsningen til tannlegeoppgjør i løpet av de nærmeste årene.

Den nye generasjonen kontrollsystemer innebærer at programmene foretar logiske kontroller, basert på regler og informasjon fra ulike elektroniske registre. Saksbehandlerens tid frigjøres til analytisk kontrollarbeid basert på risikoanalyser. De nye kontrollprogrammene er et virkemiddel i den analytiske kontrollen, ved at de muliggjør en målrettet kontrollvirksomhet. 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.

«Elektronisk løsning behandleroppgjør» er et ledd i en helhetlig IKT-strategi for helserefusjonsområdet. Forvaltningen av helserefusjoner vil med denne standardløsningen være digitalisert i løpet av de nærmeste årene, med unntak av viktige brukerrettede områder som egenandeler/frikort og pasienttransport.

Forvaltningsansvaret for helserefusjoner skal flyttes ut av Arbeids- og velferdsetaten senest innen 2010, og organiseres som en del av sosial- og helseforvaltningen i direkte styringslinje under Helse- og omsorgsdepartementet. Reformen er omtalt i St.prp. nr. 66 (2005-2006) og Innst. S. nr. 205 (2005-2006) om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2006. Utredningsarbeidet er kostnadsberegnet til 3,0 mill. kroner i 2007. Av dette er 1,5 mill. kroner overført fra Helse- og omsorgsdepartementets ramme til Arbeids- og inkluderingsdepartementet, jf. St.prp. nr. 1 (2006-2007) Arbeids- og inkluderingsdepartementet, kap. 605 Arbeids- og velferdsetaten. Midlene skal gå til utrednings-/omstillingskostnader, herunder lønn til programdirektør/prosjektdirektør for helserefusjonsprosjektet i 2007. Det vises også til nærmere omtale i denne proposisjonens kap. 11.2 Fornyings-, organisasjons- og strukturendring i statsforvaltningen.

## Programkategori 30.10 Spesialisthelsetjenester m.v.

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
2711	Spesialisthelsetjenester mv.	3 124 160	2 498 000	2 540 000	1,7
	Sum kategori 30.10	3 124 160	2 498 000	2 540 000	1,7

Utgifter under programkategori 30.10 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
70-89	Andre overføringer	3 124 160	2 498 000	2 540 000	1,7
	Sum kategori 30.10	3 124 160	2 498 000	2 540 000	1,7

De regionale helseforetakene skal sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen. Folketrygden bidrar til finansiering av tjenestene gjennom å yte refusjon for undersøkelse og behandling

hos privatpraktiserende legespesialist, spesialist i klinisk psykologi og for privat laboratorie- og røntgenvirksomhet. Kategori 30.10 omfatter også refusjoner til undersøkelse og behandling hos tannlege.

### Kap. 2711 Spesialisthelsetjenester mv.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
70	Refusjon spesialisthjelp	988 987	1 070 000	1 090 000
71	Refusjon psykologhjelp	161 750	168 000	180 000
72	Refusjon tannlegehjelp	647 129	700 000	820 000
76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	697 428	440 000	450 000
78	Opptreningsinstitusjoner m.fl.	628 866	120 000	
	Sum kap. 2711	3 124 160	2 498 000	2 540 000

#### 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 folketrygdlo-

ven § 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 2004 og 2005:*

	(i mill. kroner)		
	2004	2005	Endring i pst.
Spesialister med avtale	1 003,8	966,9	-3,7
Spesialister uten avtale	28,5	22,1	-22,4
Sum kap. 2711, post 70	1 032,3	989,0	-4,2

Nedgangen i refusjonsutgifter fra 2004 til 2005 skyldes egenandelsøkningen på 8 prosent per 1. juli 2005 og en omfordeling av midler fra refusjoner til driftstilskudd ved takstoppgjøret per 1. juli 2004.

Saldert budsjett for 2006 var 1 070 mill. kroner. Ved Stortingets behandling av St.prp. nr. 66 (2005-2006) ble bevilgningen satt ned med 30 mill. kroner som følge av en lavere utgiftsvekst enn forutsett, og ved behandlingen av St.prp. nr. 71 (2005-2006) ble bevilgningen økt med 18 mill. kroner som følge av takstoppgjøret for leger per 1. juli 2006. Ved takstoppgjøret ble det avtalt en ytterligere økning av driftstilskuddsandelen på bekostning av refusjonsandelen i finansieringen av spesialisthjelp. For å kompensere for de regionale helseforetakenes merutgifter ble kap. 732 postene 71-75 økt med 18 mill. kroner.

## Budsjettforslag og nye tiltak for 2007

Egenandelene for legehjelp foreslås økt med 5 prosent fra 1. juli 2007.

For 2007 foreslås bevilget 1 090 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 2004 og 2005:

	(i mill. kroner)		
	2004	2005	Endring i pst.
Psykologer med avtale	164,8	152,1	-7,7
Psykologer uten avtale	10,8	8,4	-22,2
Avsetning til fond	1,2	1,3	1,6
Sum kap. 2711, post 71	176,8	161,7	-8,5

Nedgangen i refusjonsutgifter fra 2004 til 2005 skyldes egenandelsøkningen på 8 prosent per 1. juli 2005 og en omfordeling av midler fra refusjoner til driftstilskudd ved takstoppgjøret per 1. juli 2004.

Saldert budsjett for 2006 var på 168 mill. kroner. Som følge av takstoppgjøret for psykologer per 1. juli 200 ble bevilgningen økt med 6 mill. kroner, jf. St.prp. nr. 71 (2005-2006).

#### Budsjettforslag og nye tiltak for 2007

Egenandelene for psykologhjelp foreslås økt med 5 prosent fra 1. juli 2007.

For 2007 foreslås bevilget 180 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 arbeids- og velferdskontor. Direkte oppgjør er særlig aktuelt for noen grupper tannleger (kjeveortopedier, periodontister, oralkirur-

ger og protetikere). Hensikten med direkte oppgjør er at pasienten skal slippe å legge ut for den delen av tannlegehonoraret som trygden refunderer.

#### Resultatrapport

Utgiftene til tannlegehjelp var 647,1 mill. kroner i 2005, en økning på 12,8 prosent fra året før. I statsbudsjettet for 2003 ble det blant annet bevilget 50 mill. kroner til innføring av refusjon for rehabilitering av tannsett i de tilfeller tenner er tapt som følge av periodontitt. I 2004 var utgiftene til formålet 12,9 mill. kroner og i 2005 45,9 mill. kroner.

Saldert budsjett for 2006 var 700 mill. kroner.

#### Budsjettforslag og nye tiltak for 2007

For 2007 foreslås bevilget 820 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. Fra 1. september 2005 er folketrygdloven § 5-5 endret slik at det kun 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 røntgeninstitut. Det er et vilkår for refusjon at laboratorieundersøkelser er rekvirert av lege eller tannlege. Undersøkelser ved røntgeninstitut må være rekvirert av lege, tannlege, kiropraktor eller manuellterapeut.

### Resultatrapport 2005

Alle refusjonstakster ble prisjustert med 3,4 pst. fra 1. januar 2005. Egenandelene for legehjelp ble økt med 8 pst. fra 1. juli 2005.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 5 (2003–2004), vedtok Stortinget å halvere satsene for refusjoner til laboratorie- og røntgenvirksomhet fra 1. september 2005, jf. Innst. O. nr. 35 (2004–2005).

Fra 1. juli 2005 ble det innført refusjonstakst for testing for Human papiloma virus (HPV) for offentlige og private laboratorier.

De samlede utgiftene for laboratorier og røntgeninstitut var på 697,7 mill. kroner i 2005. Utgiftsnivået var dermed om lag det samme som i 2004. Regnskapet viser at det ble utbetalt 280,7 mill. kroner til private laboratorier, en oppgang på 1,5 pst. i forhold til 2004. Utbetalingene til røntgeninstituttene falt til 417 mill. kroner, dvs. 2 pst. mindre enn i 2004.

### Regnskapsførte utgifter<sup>1</sup> til private laboratorier og røntgeninstitutter 2002–2005

Spesialitet/år	2002	2003	2004	2005	(i mill. kroner)
					Pst. Endring 2002–2005
Laboratorium	236	289	277	281	19,1
Røntgen	315	356	425	417	32,4
Total	551	645	703	698	26,7

<sup>1</sup> Tallene indikerer kun regnskapsførte utgifter, endring i refusjonsbeløp for takstene må tas i betraktning for en helhetlig vurdering av kostnadsnivået

### Tilstandsvurdering 2006

Refusjonstakstene ble ikke fullt ut prisjustert fra 1. januar 2006. Fritaket for egenandeler ble utvidet til å omfatte barn under 12 år fra 1. januar 2006.

Det er bevilget 440 mill. kroner over posten i 2006. Anslaget for 2006 viser at utgiftene er på samme nivå som saldert budsjett, fordelt på 180 mill. kroner til laboratorier og 260 mill. kroner til røntgen.

Til og med mai 2006 har utbetalingene for private laboratorier vært på 74,1 mill. kroner, dvs. 29,5 pst. lavere enn tilsvarende periode i 2005. Utbetalingen for røntgen har vært 98,1 mill. kroner, dvs. 45 pst. lavere enn tilsvarende periode i 2005. Reduksjonene skyldes halvingen av takstene fra 1. september 2005.

### Budsjettforslag og nye tiltak for 2007

For 2007 foreslås det bevilget 450 mill. kroner til private laboratorier og røntgeninstitut.

Takstene for laboratorie- og radiologitjenester ble halvert fra 1. september 2005. Omleggingen skulle legge til rette for at de regionale helseforetakene på en bedre måte kan planlegge og styre omfanget av laboratorie- og radiologitjenester innenfor sitt «sørge for» ansvar. Til tross for dette

ligger det an til at den kraftige volumveksten fortsetter i 2006. For å bremse ytterligere vekst, foreslås det å sette ned takstene svarende til 30 mill. kroner i forhold til aktivitetsnivået i 2006. Tilsvarende underregulering av takstene foretas for de offentlige laboratorie- og radiologitjenestene.

Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å innføre en ny oppdatert versjon av finansierings-systemet for polikliniske radiologi fra 1. januar 2007 (se omtale under kap. 732 post 77).

### Post 78 Opptreningsinstitusjoner m.fl.

Finansieringsmodellen for opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre mv. og lungesykehus er endret fra 2006, og bevilgningen til formålene er overført til de regionale helseforetakene. Regionale helseforetak skal inngå avtaler om kjøp av private opptrenings- og rehabiliteringstjenester, jf. kap. 732 post 70.

For opphold ved Montebello-Senteret, opphold for krigsinvalid ved Krigsinvalid hjemmet Bæreia og rekreasjonsopphold ved institusjoner for blinde og svaksynte, vil det bli ytt bidrag fra folketrygden etter § 5-22 som tidligere. Bevilgningen for 2007 på 20,7 mill. kroner er flyttet til kap. 2790 post 70 Bidrag, lokalt.

## Programkategori 30.50 Legehjelp, legemidler m.v.

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på kapitler

					(i 1 000 kr)
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
2751	Legemidler mv.	9 026 471	8 821 000	8 975 000	1,7
2752	Refusjon av egenbetaling	3 202 404	3 520 500	3 621 000	2,9
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.	3 852 927	3 823 500	4 501 000	17,7
	Sum kategori 30.50	16 081 802	16 165 000	17 097 000	5,8

Utgifter under programkategori 30.50 fordelt på postgrupper

					(i 1 000 kr)
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	188 888	185 000	224 000	21,1
70-89	Andre overføringer	15 892 914	15 980 000	16 873 000	5,6
	Sum kategori 30.50	16 081 802	16 165 000	17 097 000	5,8

### Kap. 2751 Legemidler mv.

					(i 1 000 kr)
Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	
70	Legemidler	7 993 767	7 686 000	7 830 000	
72	Sykepleieartikler	1 032 704	1 135 000	1 145 000	
	Sum kap. 2751	9 026 471	8 821 000	8 975 000	

#### 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 hovedsaklig etter folketrygdloven § 5-14 og § 5-15 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 trygdeetaten 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 skal alltid fatte vedtak som førsteinstans i saker hvor legemiddelindustrien har søkt om å få et legemiddel godkjent for refusjon. Departementet er klageinstans.

En særskilt nemnd, «blåreseptnemnda», skal i viktige saker kvalitetssikre det faglige beslutningsgrunnlaget som Legemiddelverket legger til grunn i sin avgjørelse av om et legemiddel skal godkjen-

nes for refusjon etter § 9. Blåreseptnemnda har vært i funksjon siden våren 2004.

### Egenandel

Pasienten betaler en egenandel på 36 prosent, men maksimalt 500 kroner per ekspedisjon for legemidler på blå resept i 2006. 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 1615 kroner i 2006, 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
2001	6 193	514	9,1
2002	7 137	944	15,2
2003	7 274	137	1,9
2004	7 984	710	9,8
2005	7 993	10	0,1

Folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept har tradisjonelt økt sterkt, men veksten har de siste årene avtatt noe. 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 2004 til 2005 økte utgiftene med 0,1 prosent, mot 9,6 prosent i gjennomsnitt for hele perioden fra 2001-2004. Den svake utgiftsveksten fra 2004 til 2005 skyldes trolig trinnprissystemet, som gir stegvise prisreduksjoner for legemidler som har mistet patentbeskyttelsen, og at legemiddelgruppen COX-2 hemmere (mot ledd- og slitasjegikt) ikke lenger er innvilget forhåndsgodkjent refusjon.

### Refusjonskontrakter

Høsten 2004 ble det inngått refusjonskontrakter med produsentene av diabeteslegemidlene Actos og Avandia i forbindelse med at disse legemidlene ble innvilget forhåndsgodkjent refusjon (blåresept). Intensjonen er at kontraktene skal bidra til at refusjon på blåresept kun gis til de pasientene som oppfyller refusjonsvilkårene. Gjennom kontrakten

påtar produsenten seg både et ansvar for at det i markedsføringen til legene opplyses om hvilke pasienter som har rett til refusjon, og et økonomisk delansvar for eventuell forskrivning utenfor vilkårene, jf. Ot.prp. nr. 88 (2002–2003).

Basert på data fra reseptregisteret skal Statens legemiddelverk analysere utviklingen i forbruket av de aktuelle legemidlene. Erfaringene så langt er at produsentene i ulik grad har forholdt seg til kontraktene, og at det er svært utfordrende å evaluere om de pasientene som får legemidlene refundert, faktisk oppfyller vilkårene som er satt i refusjonskontraktene. På bakgrunn av dette har Statens legemiddelverk utformet en standardkontrakt, hvor målet er at oppfølgingsarbeidet skal forenkles. Legemiddelverket er i forhandlinger med en produsent om refusjonskontrakt for ett nytt legemiddel.

I løpet av høsten 2006 vil Legemiddelverket legge fram en evaluering av om refusjonskontrakter er et egnet virkemiddel for å målrette refusjon til særskilte pasientgrupper. Foreløpige konklusjoner er at refusjonskontrakter kan være hensiktsmessig i særskilte tilfeller.

### Tiltak for å lette tilgjengeligheten av individuell refusjon

I forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 1 (2004-2005) ble det bevilget 18 mill. kroner til Rikstrygdeverket for en midlertidig styrking av etatens arbeid med behandling av individuelle refusjons-søknader på legemiddelområdet. Antall ubehandlede søknader ble sterkt redusert fra 2004 til 2005. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid ble redusert fra om lag 5 til 2 uker. I 2006 ble 10 mill. kroner videreført på etatens driftsbudsjett. Det foreslås at denne bevilgningen økes med 1 mill. kroner i 2007 i forbindelse med forslaget om overføring av demenslegemidler fra forhåndsgodkjent til individuell refusjon.

I 2006 er det fortsatt et høyt antall individuelle refusjonssøknader. Per juni 2006 er saksbehandlingstidene om lag de samme som i juni 2005. Dette er imidlertid noe over de målene som er satt. Arbeids- og velferdsetaten jobber for å redusere saksbehandlingstidene.

### Oppfølging av stortingsmelding om legemiddelpolitikken

#### *Oppdaterte refusjonsvilkår*

Legemiddelmeldingen fokuserer på at det må knyttes klare refusjonsvilkår til hvert enkelt legemiddel på forhåndsgodkjent refusjon, og at refusjonsvilkårene må oppdateres løpende. Videre må legene informeres om disse vilkårene, og det må kontrolleres at de etterleves.

En løpende vurdering av om de faglige kriteriene for innvilgelse av forhåndsgodkjent refusjon fremdeles er oppfylt, og en oppdatering av refusjonsvilkår ut fra ny viten, vil gi en mer dynamisk refusjonsliste. Ved en revurdering vil legemidlene kunne få endret refusjonsvilkårene, eller bli tatt av listen over forhåndsgodkjente legemidler (§ 9).

Forslag til saksbehandlingsprosedyrer for oppdatering og eventuell omgjøring av refusjonsvedtak ble sendt på høring i juli 2006. Legemiddelforskriften gir i dag tilstrekkelig hjemmel til å fjerne legemidler fra forhåndsgodkjent refusjon (blåreseptordningen). I høringsforslaget presiseres denne hjemmelen, og det foreslås saksbehandlingsregler som bringer ytterligere struktur og forutsigbarhet inn i arbeidet med revurderingene.

Basert på de nye saksbehandlingsprosedyrene vil Statens legemiddelverk starte arbeidet med å vurdere refusjonsstatus og refusjonsvilkår for legemidlene på blå resept. Legemiddelverket vil offentliggjøre rekkefølgen som vil følges for de første gjennomgangene av terapiområder og legemiddelgrupper. Forhold som tilsier høy prioritet er for

eksempel høyt omsetningsvolum eller store innbyrdes forskjeller i kostnadseffektivitet innen en legemiddelgruppe. Det vil bli lagt vekt på å involvere berørte parter i prosessen.

#### *Produsentuavhengig legemiddelinformasjon*

I henhold til legemiddelmeldingen er det behov for å intensivere informasjonen om nye legemidler, bivirkninger og refusjon for å balansere legemiddelindustriens markedsføring. Statens legemiddelverk arbeider med en langsiktig informasjonsstrategi, som skal legges fram i slutten av 2006. Informasjon om nye legemidler må gis på et tidlig tidspunkt i lanseringsfasen, og all informasjon må gis på en mer effektiv måte enn i dag.

Det er etablert samarbeid og kontakt mellom Statens legemiddelverk, Sosial- og helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet (tidligere Rikstrygdeverket) for å sikre koordinering av myndighetenes legemiddelinformasjon. Kunnskaps-senteret bidrar også i samarbeidet.

#### *Bidragsordningen*

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 (§ 9 i blåreseptforskriften).

Bidrag til legemidler, jf. kap. 2790 Andre helse-tiltak, skiller seg fra resten av refusjonssystemet for legemidler ved at det kan gis bidrag (90 pst. av dokumenterte utgifter ut over 1600 kroner i løpet av 12 måneder) for utgifter til reseptpliktige legemidler som er markedsført i Norge. Det finnes enkelte unntak:

- Legemidler som er eksplisitt unntatt fra ordningen ved at de er oppført på negativliste.
- Det ytes fullt bidrag uten egenandel til smertestillende legemidler for pasienter med sykdom i livets slutfase.
- Det ytes også fullt bidrag til annen lindrende behandling for pasienter med kreft og immunsvikt

I tillegg er det etablert særskilte ordninger med hjemmel i folketrygdloven § 5-22, til infertilitetsbehandling samt en ordning med p-piller til kvinner i alderen 16-19 år.

Gjennom bidragsordningen yter myndighetene en høy kostnadsdekning også til enkelte legemidler som ikke er for alvorlig sykdom, der det ikke er behov for langvarig behandling eller til legemidler som ikke er kostnadseffektive. I 2005 ble det utbetalt ca. 130 mill. kroner i vanlige bidrag til legemid-

ler og 123 mill. kroner til pasienter med sykdommer i livets slutfase.

Departementet vil i løpet av høsten sende på høring et forslag om overføring av legemidler fra bidragsordningen til blåreseptordningen. Det legges opp til at dette gjennomføres i to trinn, og at første trinn gjennomføres i 2007 ved at følgende endringer foretas i bidragsordningen og blåreseptsystemet:

- Det innføres sykdomspunkter i blåreseptforskriften § 9 for henholdsvis kronisk sterke smerter, lindrende behandling i livets slutfase og benign prostatahyperplasi (BPH).
- Den eksisterende negativlisten til bidragsordningen utvides med enkelte legemidler som ikke anses refusjonsverdige.
- Næringsmidler ved behandling av kreft/immunsvikt eller annen sykdom som medfører så sterk svekkelse at næringstilskudd er påkrevd, overføres til blå resept

Smertepasienter har generelt vært en underprioritert pasientgruppe i folketrygdens refusjonsordninger. Innføring av et nytt smertepunkt i § 9 gir en bedre refusjonsordning enn dagens bidragsordning for pasienter med sterke kroniske smerter. Det samme gjelder for pasienter med BPH (forstørret godartet prostata), og pasienter med sykdom, for eksempel kreft og immunsvikt, som medfører at næringstilskudd er påkrevd.

Som nevnt over får pasienter med kreft og immunsvikt i livets slutfase dekket alle utgiftene til lindrende behandling. Pasienter med annen sykdom i livets slutfase får per i dag fullt bidrag kun til legemidler brukt som smertebehandling. Forslaget legger opp til at alle pasienter med sykdom i livets slutfase får full dekning til lindrende legemiddelbehandling.

Fastsettelse av en utvidet negativliste innebærer at en del pasienter som i dag mottar støtte gjennom bidragsordningen, må betale hele utgiften selv. Dette vil gjelde legemidler som Statens legemiddelverk vurderer ikke er for en alvorlig sykdom, ikke krever langvarig bruk eller ikke er tilstrekkelig kostnadseffektive.

Forslaget er samlet sett beregnet til å ha en nøytral budsjettkonsekvens for folketrygden, men innebærer at 255 mill kroner overføres fra kap. 2790 post 70 til kap. 2751 post 70 Legemidler (helårseffekt). Departementet vil komme tilbake i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett med en eventuell korrigerende av fordelingen mellom disse to kapitlene for 2007.

Som andre trinn i prosessen vil departementet gi Statens legemiddelverk i oppdrag å foreta en fullstendig gjennomgang av de resterende lege-

midlene i bidragsordningen. Departementet vil komme tilbake til dette på egnet tidspunkt.

### Trinnpris

Trinnprissystemet omfatter et utvalg virkestoff som har mistet patentbeskyttelsen, og der generiske alternativer (byttbare legemidler med samme virkestoff) er tilgjengelig til en lav pris. Trinnprissystemet ble innført fra 1. januar 2005 for å redusere prisnivået på byttbare legemidler. Når et virkestoff som har mistet patentbeskyttelsen inkluderes i trinnprissystemet, reduseres prisene (jf. omtale nedenfor) gradvis over en periode på ett år. Trinnprismodellen er forskriftsfestet, og reflekterer en ensidig garanti gitt av grossistene, representert ved Apotekforeningen.

Stortinget har påpekt behovet for å utnytte generisk konkurranse i flere budsjettinnstillinger. I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004-2005) påpekte Stortinget blant annet:

«Komiteen er imidlertid kjent med at alternative modeller [til trinnprismodellen] vil kunne gi et betydelig høyere proveny, og ber derfor om at Helse- og omsorgsdepartementet går i dialog med Apotekerforeningen slik at forskjellen mellom de ulike modellene om mulig kan reduseres noe.»

Våren 2006 la Statens legemiddelverk fram en evaluering av trinnprisordningen som viser at de praktiske og administrative sidene ved dagens trinnprismodell har fungert etter intensjonen. Evalueringen konkluderer imidlertid med at prisnivået på generiske legemidler i Danmark og Sverige er lavere enn i Norge, og at apoteknæringen har særdeles god avkastning på salg av generiske legemidler. Departementet mener på denne bakgrunn at det er rom for å redusere prisene på generiske legemidler i Norge, utover det som følger av dagens trinnprismodell.

Dagens trinnprismodell baserer seg på en ensidig garanti gitt av Apotekforeningen. Foreningen har foreslått at trinnprissystemet også i framtiden baseres på en ensidig garanti, men at trinnprisen for virkestoffet simvastatin reduseres med 15 prosentpoeng, fra dagens kuttsats på 70 prosent (av maksimalpris på det tidspunkt legemidlet fikk generisk konkurranse) til en kuttsats på 85 prosent. Forslaget fra Apotekforeningen vil redusere folketrygdens utgifter i 2007 med om lag 125 mill. kroner, og pasientenes egenbetaling vil reduseres med i underkant av 25 mill. kroner.

Apotekforeningens tilbud om ny justert garanti, sammen med et forslag utarbeidet av

departementet, ble sendt på høring i august 2006. Forskjellen mellom de to forslagene er at departementet foreslår å øke kuttsatsene for flere virkestoff enn simvastatin, at antall trinn reduseres fra tre til to, og at lov- og forskriftsfestingen ikke reflekterer en ensidig garanti gitt av Apotekforeningen. Det ble avholdt et høringsmøte i august der apoteknæringen representert ved Apotekforeningen og de tre vertikalt integrerte kjedene, var kritiske til høringsnotatet og hevdet at de økonomiske konsekvensene for apoteknæringen ikke var godt nok utredet. Legemiddelindustriforeningen indikerte imidlertid støtte til departementets for-

slag til endringer, og påpekte at den foreslåtte endringen av kuttsatsene ikke er dramatisk. Konkurransetilsynet støttet også departementets forslag til endringer av kuttsatsene.

Departementet foreslår i høringen at trinnprismodellen videreføres, men endres på følgende punkt:

- Prisene reduseres i to trinn i løpet av et halvt år.
- Kuttsatsen for simvastatin reduseres med ytterligere 15 prosentpoeng.
- Kuttsatsene for de øvrige legemidlene reduseres med ytterligere 5 prosentpoeng.

Endringene er oppsummert i tabellen nedenfor:

Tid fra generisk konkurranse er etablert	Legemidler som har hatt et årlig salg under 100 mill. kroner	Legemidler som har hatt et årlig salg over 100 mill. kroner	Legemidler med salg over 100 mill. kroner etter siste kutt (simvastatin)
Umiddelbart	Kuttsats 30 prosent av opprinnelig pris	Kuttsats 30 prosent av opprinnelig pris	
Etter 6 måneder	Kuttsats 55 prosent av opprinnelig pris	Kuttsats 75 prosent av opprinnelig pris	
Ytterligere kutt ved revurdering etter 6 måneder			Kuttsats 85 prosent av opprinnelig pris

Departementets forslag til endringer vil gi en besparelse for folketrygden i 2007 på om lag 190 mill. kroner og i overkant av 50 mill. kroner i redusert egenbetaling for pasientene. Dersom det etter høringsfristen foreligger informasjon som tilsier justering av det opplegget som fremmes, vil departementet komme tilbake til saken senest i forbindelse med framleggelsen av revidert nasjonalbudsjett våren 2007.

Dersom legen reserverer seg mot bytte mellom likeverdige legemidler, dekker trygden eventuelle økte utgifter utover trinnpris for pasientene. Dersom pasientene selv tar forbehold om bytte, må pasientene betale en eventuell merutgift utover trinnpris. Denne merutgiften dekkes ikke innenfor egenandelstaket.

Departementet vil følge utviklingen i markedet for byttbare legemidler, herunder andelen pasient- og legereservasjoner, nøye utover i 2007. Departementet forutsetter at de reglene som er gitt for refusjon følges av aktørene i legemiddelmarkedet. Dette vil også bli spesielt fulgt opp i tilsyn av apotek, herunder at pasientene informeres om at likeverdige legemidler er tilgjengelig og tilbys til trinnpris uten egenbetaling utover egenandelstaket.

I høringsnotatet ba departementet også om innspill på ytterligere videreutvikling av trinnprismodellen. Departementet vil eventuelt komme tilbake til dette i budsjettet for 2008.

#### 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 og for allergilegemidler. Ordningen innebærer at myndighetene, ut fra kunnskap om legemidlene, angir hvilket legemiddel som skal være førstevalg innen en gitt behandling. Det er et vilkår for refusjon at legen forskriver det foretrukne legemidlet, men legen kan gjøre unntak av medisinske årsaker.

#### Foretrukket legemiddel kolesterolbehandling

For kolesterolsenkende legemidler ble det anslått en innsparing på budsjettet for 2006 på 200 mill. kroner ved at simvastatin ble foretrukket legemiddel. Det anslås at innsparingen for 2007 vil øke med ytterligere 80 mill. kroner. I følge tall fra Reseptregisteret, har tiltaket hatt svært god effekt

på nyforskrivningen ved at om lag 90 prosent av nye statin-brukere nå får forskrevet simvastatin, mot 35 prosent tidligere. Cirka 50 000 personer som brukte det patenterte og dyrere legemidlet atorvastatin før tiltaket ble innført, har byttet til simvastatin ved utgangen av juli 2006. Det er imidlertid om lag 65 000 personer som fremdeles ikke har byttet til simvastatin fra de laveste dosene atorvastatin (10 mg og 20 mg). Det foretrukne legemidlet simvastatin er inkludert i trinnprissystemet, og prisen er derved redusert med 70 prosent (som omtalt ovenfor vil ny kuttsats kunne bli 85 prosent innenfor trinnprismodellen). Prisforskjellen mellom legemidlene er derfor betydelig. Arbeids- og velferdsdirektoratet og Statens legemiddelverk følger opp med informasjon og kontroll overfor legene for at enda flere brukere skal bytte til simvastatin. Effekten av foretrukket legemiddel innenfor kolesterolsenkende legemidler skal evalueres i løpet av høsten 2006. Dersom forbruk av det dyre alternativet (atorvastatin) ikke reduseres ytterligere, eksempelvis til et nivå som i Danmark, vil det kunne bli aktuelt å overføre legemiddelet fra forhåndsgodkjent refusjon til refusjon etter individuell søknad. Dette kan eventuelt gjennomføres fra sommeren 2007. Pasienter med et dokumentert medisinsk behov for atorvastatin må da søke Arbeids- og velferdsetaten for å få legemidlet refundert individuelt.

#### *Foretrukket legemiddel migrene*

Triptaner er en gruppe legemidler som gis mot migrene. Det mest brukte legemidlet, sumatriptan, har nylig gått av patent og er nå inne i trinnprissystemet. Det er også andre legemidler tilgjengelig som har patentbeskyttelse, til en høyere pris. Prisen på sumatriptan vil i 2007 antagelig ligge på omtrent halvparten av prisen på andre triptaner som skal ha tilsvarende effekt. Det planlegges å innføre sumatriptan som foretrukket legemiddel i 2007. Tiltaket vil bare gjelde for nye pasienter, og det er ut fra dette lagt til grunn en innsparing i 2007 på 5 mill kroner. Forslaget vil bli sendt på høring. Dersom det i høringen kommer fram informasjon av betydning for bevilgningsforslaget, vil departementet komme tilbake til saken senest i forbindelse med framleggelsen av revidert nasjonalbudsjett. Ved iverksetting av tiltak med foretrukket legemiddel vil man følge utviklingen i markedsandeler nøye.

#### *Videre arbeid med foretrukket legemiddel*

Statens legemiddelverk vil i 2007 arbeide videre med foretrukket legemiddel innenfor andre syk-

domsområder. For legemidler mot gastroøsofageal reflukssykdom (protonpumpehemmere) er det sendt ut et forslag med høringsfrist 30. september 2006. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er i ferd med å lage en kunnskapsoppsummering som skal ligge til grunn for en vurdering av om tiltaket er egnet også for antidepressive legemidler i løpet av 2008.

#### *Demenslegemidler fra § 9 til §10a*

Alzheimers demens er en alvorlig sykdom som ikke kan helbredes. Kolinesterasehemmere er en gruppe legemidler som kan dempe symptomene for noen pasienter. De aktuelle legemidlene er Aricept, Reminyl og Exelon, og forhåndsgodkjent refusjon ble innvilget fra 1. juli 2002 (jf. Budsjettinnst. S. nr. 11 (2001-2002)).

I overkant av 10 000 personer bruker legemidlene til enhver tid. Noen bruker legemidlene i en kort periode, mens om lag halvdelen av pasientene ser ut til å fortsette behandlingen over lengre tid. Kostnaden for ett års forbruk for en pasient er på vel 12 000 kroner. Legemidlene omsettes for om lag 150 mill. kroner i Norge, og trygden refunderer cirka 2/3 av dette. Det øvrige dekkes i stor grad av kommunene, ved kjøp til institusjoner i pleie- og omsorgssektoren.

Utfordringen er å målrette refusjonen til de pasientene som har god effekt av behandlingen. Det ble derfor innført vilkår for at legemidlene kunne forskrives på blå resept da forhåndsgodkjent refusjon ble innført. I henhold til disse kriteriene skal pasientene forsøke behandling i 6 måneder, og kun de man vurderer å ha tilfredsstillende nytte av legemidlene skal fortsatt få behandlingen refundert. I forhold til regelverket innebærer ikke en overføring fra forhåndsgodkjent refusjon til individuell søknad noen innstramming med hensyn til hvilke pasienter som kan gis refusjon, men man vil bedre kunne målrette refusjon mot pasienter med tilfredsstillende effekt av behandlingen. Statens legemiddelverk avslø søknaden om forhåndsgodkjent refusjon for kolinesterasehemmere, men Stortinget vedtok likevel å innvilge forhåndsgodkjent refusjon. I Danmark refunderes disse legemidlene ikke på forhåndsgodkjent refusjon.

Før tiltaket gjennomføres, vil det bli gjennomført en prosess som blant annet omfatter innhenting av dokumentasjon fra produsenten og informasjon fra pasientforeninger. Dersom det i denne prosessen kommer fram informasjon av betydning for bevilgningsforslaget, vil departementet komme tilbake til saken senest i forbindelse med fremleggelsen av revidert nasjonalbudsjett.

Departementet anslår at de endringene av refusjonsstatus som foreslås vil gi en innsparing på 50 mill. kroner. På bakgrunn av det er kap. 2751 post 70 foreslått redusert med 50 mill. kroner i 2007.

#### Videreføre forsøksordningen med anbud på gråsonelegemidler

I 2004 ble det iverksatt et forsøk med anbud på såkalte gråsonelegemidler. Dette er legemidler som dels finansieres over folketrygdloven § 5-14, jf. blåreseptforskriften § 9 og dels gjennom sykehusenes legemiddelbudsjetter. Anbudskjøp av legemidler for sykehussektoren er allerede etablert gjennom sykehusenes legemiddelinnkjøpssamarbeid (LIS), noe som har ført til vesentlige besparelser for sykehusene.

En tilsvarende anbudsordning for gråsonepreparater som finansieres av folketrygden er gjennomført av LIS på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (tidligere Rikstrygdeverket). For 2005 ble det oppnådd en mindre rabatt enn forventet gjennom ordningen. I 2006 ble nye legemidler inkludert, og det ble satt inn tiltak for at ordningen skulle fungere bedre. Dette innebar blant annet bedre informasjon til apotekene og sykehuslegene. I tillegg har apotekene gjennomført endringer i sitt datasystem slik at anbudsproduktene lettere skal identifiseres. Det er anslått en innsparing på 17 mill. kroner for 2006. Ordningen videreføres i 2007, samtidig som det iverksettes en ekstern evaluering. Ett legemiddel som har fått generisk konkurranse, er tatt ut av ordningen og lagt inn i trinnprismodellen.

#### Midlertidig refusjon innenfor blåreseptordningen

Det vises til anmodningsvedtak nr. 376, 30. mai 2005 (jf. Innst. S. nr. 197 (2004-2005)).

«Stortinget ber Regjeringen utrede midlertidig refusjon innenfor blåreseptordningen og legge dette fram for stortinget på egnet måte.

Helse- og omsorgsdepartementet har vært i dialog med Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Legemiddelindustriforeningen og Statens legemiddelverk om midlertidig refusjon. Det ble klarhet i at myndighetene kan bruke mulighetene innenfor dagens regelverk bedre for å få en mer dynamisk refusjonsordning. Det ble pekt på følgende konkrete tiltak for å få det til:

- Statens legemiddelverk kan be firmaene opplyse om hvilken forskning som er i gang på søk-

nadstidspunktet, og vurdere å vedta forhåndsgodkjent refusjon under forutsetning av at nærmere definerte målsettinger nås.

- Statens legemiddelverk kan i noen tilfeller tidsbegrense refusjonsvedtaket.

Statens legemiddelverk har i 2006 endret praksisen i denne retningen.

#### Budsjettforslag og nye tiltak for 2007

Det foreslås at egenandelene innenfor trygdens refusjonsordninger justeres i tråd med forventet prisstigning. Maksimal egenandel per reseptekspedisjon foreslås ut fra dette økt fra 500 til 510 kroner fra 1. januar 2007. Dette anslås å gi en innsparing på 50 mill. kroner under denne posten.

Det vises forøvrig til gjennomgang foran med forslag til innsparinger som beløper seg til totalt 325 mill. kroner. Korrigert for dette og basert på anslag for utgifter i 2007, foreslås bevilget 7 830 mill. kroner.

#### Post 72 Sykepleieartikler

##### Hovedtrekk ved regelverket

Posten omfatter utgifter til spesielt medisinsk utstyr og forbruksmateriell 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 1 032,7 mill. kroner i 2005, mot 982,2 mill. kroner i 2004, dvs. en økning på 5,2 prosent.

Saldert budsjett for 2006 var 1 135 mill. kroner. Den maksimale egenandelen per resept ble økt fra 490 til 500 kroner fra 1. januar 2006.

#### Budsjettforslag og nye tiltak for 2007

Maksimal egenandel per reseptekspedisjon foreslås økt fra 500 til 510 kroner fra 1. januar 2007.

For 2007 foreslås bevilget 1 145 mill. kroner.



**Kap. 2752 Refusjon av egenbetaling**

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
70	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	3 164 239	3 382 500	3 496 000
71	Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	38 165	138 000	125 000
	Sum kap. 2752	3 202 404	3 520 500	3 621 000

**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 under 16 år inngår sammen med egenandeler for en forelder i grunnlaget for frikort. Når taket nås, mottar barna og forelderen hvert sitt frikort.

For 2006 er utgiftstaket 1615 kroner.

## Resultatrapport

## Utgifter til dekning av egenandeler i 2004 og 2005:

(i mill. kroner)

	2004	2005	Endring, pst.
Legehjelp	1 285,2	1 495,3	16,3
Psykologhjelp	88,8	88,3	-0,5
Legemidler og sykepleieartikler	1 087,2	1 102,8	1,4
Syketransport	434,3	477,8	10,0
I alt	2 895,5	3 164,2	9,3

Utgiftene til refusjon av egenandeler økte fra 2 895 mill. kroner i 2004 til 3 164 mill. kroner i 2005, eller med 9,3 prosent. Økninger i egenandelene kombinert med en forholdsvis begrenset heving av utgiftstaket har ført til at refusjonsutgiftene har økt sterkt de siste årene. Utgiftene er mer enn firedoblet fra 1998 til 2005, fra 753 mill. kroner til 3 164 mill. kroner. I 2005 ble det utstedt 1 016 frikort, mot 992 000 i 2004 og 693 000 i 1999.

Fra 1. januar 2006 er barn under 12 år fritatt for å betale egenandel for helsetjenester. Saldert budsjett for 2006 var 3 382,5 mill. kroner. Ved behandlingen av St.prp. nr. 66 (2005-2006) ble bevilgningen satt ned til 3 255 mill. kroner som følge av en lavere utgiftsvekst enn forutsett.

## Utfordringer og hovedprioriteringer

Ordningen med et årlig utgiftstak for egenandeler ble innført i 1984 med sikte på å skjerme storbru-

kere av helsetjenester. Antall utstedte frikort de første årene – færre enn 140 000 per år – gjenstilte 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 1 016 000 frikort i 2005. Ordningen omfatter en betydelig del av befolkningen, også mange med et relativt lavt forbruk av helsetjenester.

Det vises til nærmere omtale under kap. 10 i Del III Omtale av særlige tema.

## Budsjettforslag og nye tiltak for 2007

Egenandelstak 1 foreslås hevet til 1660 kroner for 2007. Det foreslås bevilget 3 496 mill. kroner for 2007.

## 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 fra 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 4 500 kroner i 2003 og 2004. For å oppnå en ytterligere skjerming av storbrukere av helsetjenester ble taket senket til 3 500 kroner for 2005 og til 2 500 kroner for 2006.

### Resultatrapport

Utgiftene i 2005 ble 38,2 mill. kroner, mot 18,3 mill. kroner i 2004. Det ble i 2005 utstedt 12 698 frikort, mot 6 184 i 2004. Vel 34 prosent av frikortbrukerne var alders- og uførepensjonister, derav 7,2 prosent minstepensjonister. Av frikortbrukerne var 74 prosent kvinner, og 70 prosent hadde også frikort under egenandelstak 1-ordningen i 2005.

Saldert budsjett for 2006 var 138 mill. kroner. Den betydelige økningen i bevilgningen fra 2005 til 2006 hadde sammenheng med innføringen av en egenandel på 50 kroner for pasienter som hadde hatt rett til gratis fysioterapi på grunnlag av diagnose, samt senkingen av taket til 2 500 kroner. Ved behandlingen av St.prp. nr. 66 (2005-2006) ble den nye egenandelen fjernet igjen fra 1. juli 2006, og bevilgningen ble satt ned til 113 mill. kroner.

### Budsjettforslag og nye tiltak for 2007

For 2007 foreslås bevilget 125 mill. kroner.

## Kap. 2755 Helsetjeneste i kommunene mv.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	188 888	185 000	224 000
70	Refusjon allmennlegehjelp	2 259 946	2 381 500	2 561 000
71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 287 686	1 095 000	1 515 000
72	Refusjon jordmorhjelp	31 445	36 000	37 000
73	Kiropraktorbehandling	23 769	54 000	97 000
75	Logopedisk og ortoptisk behandling	61 193	72 000	67 000
	Sum kap. 2755	3 852 927	3 823 500	4 501 000

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. Fastlønnstilskudd gis i stedet for stykkprisrefusjoner. Tilskuddet ytes etter forskrift fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-21.

Utgiftene til fastlønnstilskudd for fysioterapeuter gikk ned fra 201,4 mill. kroner i 2004 til 188,9 mill. kroner i 2005. Utgiftene varierer noe fra år til år som følge av tilfeldige variasjoner i tidspunkt for de halvårige oppgjørene.

Saldert budsjett for 2006 var 185 mill. kroner. Ved behandlingen av St.prp. nr. 66 (2005-2006) og St.prp. nr. 71 (2005-2006) ble bevilgningen økt til 214 mill. kroner, jf. omtale under post 71.

## Budsjettforslag og nye tiltak for 2007

For 2007 foreslås bevilget 224 mill. kroner.

### Post 70 Refusjon allmennlegehjelp

#### Hovedtrekk ved regelverket

Etter forskrift fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-4 ytes godtgjørelse for undersøkelse og behandling hos lege. Det er et vilkår for refusjon fra folketrygden at allmennlegen har fastlegeavtale med kommunen eller deltar i kommunalt organisert legevakt. For fastleger med fast lønn mottar kommunene 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 egenande-

ler fra pasientene. Tilsvarende finansieres legevaktjenesten 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 lægeförening.

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).

## Resultatrapport

### Utgifter til allmennlegehjelp 2004 og 2005:

	(i mill. kr)		
	2004	2005	Endring, pst.
Fastleger	1 756,2	1 829,8	4,2
Allmennleger uten avtale	1,7	0,9	-47,2
Allmennleger, legevakt	324,6	303,7	-6,4
Avsetning til fond	123,1	125,5	1,9
Sum kap. 2755 post 70	2 205,7	2 259,9	2,5

Utgiftene på posten økte fra 2 206 mill. kroner i 2004 til 2 260 mill. kroner i 2005, eller med 2,5 prosent.

Saldert budsjett for 2006 var 2 381,5 mill. kroner. Ved behandlingen av St.prp. nr. 66 (2005-2006) ble bevilgningen satt ned med 41,5 mill. kroner som følge av en lavere utgiftsvekst enn forutsett. Ved behandlingen av St.prp. nr. 71 (2005-2006) ble bevilgningen økt med 102 mill. kroner som følge av takstoppgjøret for leger per 1. juli 2006. Etter dette er bevilgningen 2 442 mill. kroner for 2006.

### Utfordringer og hovedprioriteringer

Stortinget har ved behandlingen av St.prp. nr. 60 (2004-2005) Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 (kommuneproposisjonen) gjort følgende vedtak (anmodningsvedtak nr. 527, 16. juni 2005):

«Stortinget ber Regjeringen, som en del av redegjørelsen knyttet til kostnadsberegningen for organiseringen av det interkommunale legevaktsamarbeidet, som Regjeringen har varslet skal komme i statsbudsjettet for 2006, medta i redegjørelsen hvordan det kan utvikles statlige insentiver som bidrar til utvikling av interkommunalt legevaktsamarbeid der dette framstår som geografisk hensiktsmessig og tjenlig for befolkningen.»

På oppdrag fra departementet gjennomførte Statistisk sentralbyrå vinteren 2005-06 en undersøkelse angående kommunenes utgifter til interkommunalt legevaktsamarbeid med legevaktsentral. Rapporten fra undersøkelsen er forsinket. Forsinkelsen skyldes dels at mange av de aktuelle kommunene har hatt problemer med å framskaffe data over kostnader til legevakt før etablering av interkommunalt legevaktsamarbeid. Dels skyldes for-

sinkelsen ekstra utfordringer med å analysere dataene ettersom mange av kommunene ikke kan gi svar på alle de sentrale spørsmålene.

Av landets kommuner har ca. 70 prosent et samarbeid med andre kommuner om en eller annen form for interkommunal legevaktordning. På landsbasis er det etablert ca. 30 interkommunale legevaktsamarbeid med bemannet legevakt-sentral (IKL). Slikt samarbeid omfatter til sammen 117 kommuner. Det er legevakten i disse kommuner som er gjenstand for undersøkelsen til SSB.

Foreløpige resultater fra SSBs undersøkelse viser at det er store variasjoner når det gjelder organiseringen av interkommunalt legevaktsamarbeid med bemannet legevaktsentral. Rapporten omfatter svar fra 26 legevaktsamarbeid. Av disse er 17 lokalisert i tilknytning til sykehus, hvorav fire oppgir at helseforetakene er med på finansieringen. 19 av de 26 samarbeidene oppgir at de ikke har bakvakt på natt på hverdage, mens 17 har ikke bakvakt i helgene. 22 opplyser at det er sykepleier på vakt sammen med lege om natten. Enkelte har åpent hele døgnet både på hverdager og i helger. Andre har åpent fra etter legekontorenes stengetid, mens andre igjen bare har åpent på natt og i helger. Utenom disse periodene er legevakten organisert på annen måte.

På grunn av forskjellene i åpningstid for legevaktsentralene, er ikke kostnadene for de ulike legevaktene direkte sammenlignbare. Kommunenes samlede utgifter til IKL utgjør i gjennomsnitt 155 kroner per innbygger per år. Mellom de ulike legevaktene er det imidlertid store variasjoner i kostnader per innbygger, fra 70 kroner til 297 kroner. For de 16 legevaktene som har gitt fullstendige opplysninger, viser foreløpige resultater at utgiftene per innbygger er høyest i legevaktområdene med lavest innbyggertall, med minst andel av befolkningen i tettbygde strøk og med størst areal.

Resultatene fra undersøkelsen krever mer inngående analyser før endelig rapport kan foreligge. På grunn av manglende data fra mange kommuner om utgiftene før samarbeidet ble inngått, er det vanskelig å få noe fullstendig bilde av endringene i kostnadene.

Fra flere hold har det vært påpekt at organisering av legevakt gjennom etablering av IKL medfører at sykepleier og lege på vakt på en helt annen måte kan veilede over tid de personer som henvender seg til legevakten. Derved vil flere kunne bli henvist til å oppsøke sin fastlege neste dag om nødvendig, med mindre situasjonen utvikler seg til en øyeblikkelig hjelpsituasjon. Det innebærer også at omfanget av sykebesøk kan begrenses. Konsekvensene av dette er i så fall at finansieringen av legevakt gjennom egenandeler og refusjon fra trygden,

som ved IKL tilfaller den interkommunale driften av IKL, kan bli betydelig mindre enn den er ved ordinær legevakt hvor legen «kjører» legevakt. Dette hevdes å være en av hovedforklaringene på kommunenes økte kostnader ved etablering av IKL.

Regnskapene for trygdens utbetalinger til legevakt fremgår av kap. 2755 post 70 Refusjon allmennlegehjelp. I 2002 ble det utbetalt 306 mill. kroner til legevakt og i 2005 304 mill. kroner. Samtidig påpekes det fra enkelte hold at bruken av helseforetakenes ambulansetjeneste har økt som følge av kommunenes etablering av IKL.

Departementet skal i samarbeid med SSB gjøre de analyser som er aktuelle, slik at rapport kan slutføres så snart det lar seg gjøre. Departementet vil deretter i samarbeid med KS og Legeforeningen foreta en vurdering av hvordan det eventuelt kan utvikles virkemidler som bidrar til at flere kommuner kan etablere IKL. Som beskrevet i Nasjonal helseplan, vil kommunenes organisering av legevakten i mange tilfeller være avgjørende for kommunenes muligheter til å kunne rekruttere unge leger til allmennlegetjenesten, og særlig kvinnelige leger. Om lag 30 prosent av dagens allmennleger er kvinner. Organisering av legevakten gjennom IKL innebærer dessuten en betydelig kvalitetsheving av den kommunale legevakten. 23 prosent av landets fastleger er på grunn av alder mv. fritatt fra deltakelse i kommunal legevakt. Etablering av IKL vil også kunne bidra til at mange av disse legene vil kunne delta i legevakt. Dette vil igjen redusere vaktbelastningen for de unge legene i distriktene.

Departementet vil komme tilbake med en nærmere redegjørelse i kommuneproposisjonen for 2008.

## Budsjettforslag og nye tiltak for 2007

Egenandelene for legehjelp foreslås økt med 5 prosent fra 1. juli 2007.

For 2007 foreslås bevilget 2 561 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 inkluderingsdepartementet, 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.

## Resultatrapport

*Utgifter til privatpraktiserende fysioterapeuter i 2004 og 2005:*

	(i mill. kr)		
	2004	2005	Endring, pst.
Fysioterapeuter med avtale	1 174,8	1 260,6	7,3
Fysioterapeuter uten avtale	16,2	7,2	-55,3
Avsetning til fond	24,0	19,9	-17,4
Sum kap. 2755 post 71	1 215,0	1 287,7	6,0

Utgiftene økte fra 1 215 mill. kroner i 2004 til 1 288 mill. kroner i 2005, eller med 6 prosent. Saldert budsjett for 2006 var 1 095 mill. kroner. Nedgangen fra 2005 skyldtes 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. Ved behandlingen av St.prp. nr. 66 (2005-2006) vedtok Stortinget å fjerne egenandelen igjen, og bevilgningen ble økt med 137 mill. kroner. Ved behandlingen av St.prp. nr. 71 (2005-2006) ble bevilgningen økt med 41 mill. kroner som følge av takstoppgjøret for fysioterapeuter per 1. juli 2006. Etter dette er bevilgningen 1 273 mill. kroner for 2006.

Fra 1. januar 2006 kan også kiropraktor og manuellterapeut henvise til fysioterapi som gir rett til stønad fra trygden. Det vises til nærmere omtale under post 73 Kiropraktorbehandling.

## Budsjettforslag og nye tiltak for 2007

Egenandelene for fysioterapi foreslås økt med 5 prosent fra 1. juli 2007.

For 2007 foreslås bevilget 1 515 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

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. Der som 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.

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 driftsavtale eller kommunal ansettelse for å få stønad til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon.

## Resultatrapport

Utgiftene i 2005 var 31,4 mill. kroner. Dette inkluderer refusjoner for svangerskapskontroller utført av lege i helsestasjon. Saldert budsjett for 2006 er 36 mill. kroner.

## Budsjettforslag og nye tiltak for 2007

For 2007 foreslås bevilget 37 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. Stønad er 100 kroner ved undersøkelse og 50 kroner ved behandling.

## Resultatrapport

Utgiftene til kiropraktorbehandling var 23,8 mill. kroner i 2005, mot 22,8 millioner kroner i 2004.

Ved behandlingen av Ot.prp. nr. 28 (2005-2006) vedtok Stortinget 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). Vedtaket innebærer også at pasient har rett til trygderefusjon ved behandling hos legespesialist med driftsavtale og ved behandling i offentlig poliklinikk dersom det foreligger henvisning fra kiropraktor eller manuellterapeut. Kiropraktor og manuellterapeut har anledning til å dokumentere arbeidsuførhet (sykmelde) inntil 8 uker, og manuellterapeut kan rekvirere radiologiske undersøkelser på linje med kiropraktor.

Saldert budsjett for 2006 er 54 mill. kroner, inkludert en økning på 30 mill. kroner som følge av at vilkåret om henvisning fra lege ble fjernet fra 1. januar 2006.

## Budsjettforslag og nye tiltak for 2007

Det foreslås bevilget 97 mill. kroner for 2007.

Det vises til St.prp. nr. 1 (2005-2006) der det ble informert om at departementet har til vurdering flere henvendelser fra ulike personellgrupper om utvidede rettigheter, blant annet henvisningsadgang og rett til å dokumentere arbeidsuførhet (sykmelde) for psykologer, og adgang til å henvise til legespesialist for optiker og tannlege. Forslag angående optikere og tannleger og forslag til prøvordning med henvisningsadgang og adgang til å sykmelde for psykologer er til vurdering i Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

## 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 hen-

visning fra lege. Utgifter til behandling hos ortoptist dekkes når pasienten er henvist fra spesialist i øyesykdommer.

## Resultatrapport

De samlede utgiftene økte fra 50,5 mill. kroner i 2004 til 61,2 mill. kroner i 2005, eller med 21 prosent. Av utgiftene i 2005 gjaldt 2,3 mill. kroner ortoptisk behandling. Det er bevilget 72 mill. kroner for 2006.

## Utfordringer og hovedprioriteringer

De logopediske og audiopedagogiske tiltakene som dekkes etter folketrygdloven, dekkes også med hjemmel i opplæringsloven. Kommuner og fylkeskommuner har i henhold til opplæringsloven av 1998 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. Privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger 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 2005 utbetalte folketrygden 59 mill. kroner til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger.

I St.prp. nr. 61 (2005-2006) – kommuneproposisjonen – ble det varslet at det vil bli foreslått at trygdefinansiering av tjenester fra privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger faller bort fra 1. januar 2007. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt forslag om dette på høring. Det forutsettes at midlene som nå utbetales til privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger som trygderefusjon, overføres til rammetilskuddet til kommunene. Forslaget krever endring i folketrygdloven, og departementet vil fremme en odelstingsproposisjon våren 2007, med sikte på iverksetting 1. juli 2007.

## Budsjettforslag og nye tiltak for 2007

Det foreslås bevilget 67 mill. kroner for 2007.

## Programkategori 30.90 Andre helsetiltak

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på kapitler

(i 1 000 kr)					
Kap.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
2790	Andre helsetiltak	524 236	563 000	381 000	-32,3
	Sum kategori 30.90	524 236	563 000	381 000	-32,3

Utgifter under programkategori 30.90 fordelt på postgrupper

(i 1 000 kr)					
Post-gr.	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007	Pst. endr. 06/07
70-89	Andre overføringer	524 236	563 000	381 000	-32,3
	Sum kategori 30.90	524 236	563 000	381 000	-32,3

### Kap. 2790 Andre helsetiltak

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 2005	Saldert budsjett 2006	Forslag 2007
70	Bidrag, lokalt	524 236	563 000	381 000
	Sum kap. 2790	524 236	563 000	381 000

#### 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 *Rikstrygdeverket* 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 ytes bidrag til behandling, kan det også ytes bidrag til eventuelle nødvendige reise- og oppholdsutgifter.

#### Resultatrapport

Utgiftene økte fra 465 mill. kroner i 2004 til 524 mill. kroner i 2005, eller med 12,8 prosent. Av de største enkeltområdene innen bidragsordningen er det bidrag til legemidler som viser størst vekst, fra 266 mill. kroner i 2004 til 320 mill. kroner i 2005, eller 20,5 prosent økning.

Fra 1. januar 2002 ble det åpnet for stønad til gratis p-piller for kvinner i alderen 16 til og med 19 år. Av hensyn til kostnadseffektiv legemiddelbruk samtidig som medisinsk faglig forsvarlighet opprettholdes, ble ordningen fra 1. januar 2006 utvidet til å omfatte stønad for andre hormonelle

prevensjonsmidler i tillegg til p-piller. Andre prevensjonsmidler omfatter blant annet p-plaster, p-ring og p-sprøyte. Samtidig ble det innført en fast bidragssats, som beregnes på grunnlag av de 5-6 billigste legemidlene. De legemidlene som har en kostnad under grensen er gratis, mens kvinner som bruker prevensjonsmidler som er dyrere enn bidragssatsen, må betale mellomlegget selv. De fleste kvinnene kan imidlertid slippe å betale mellomlegg som følge av at bidragssatsen sikrer en viss bredde i utvalget av gratis prevensjonsmidler.

#### Budsjettforslag og nye tiltak for 2007

Av utgiftene til legemidler under bidragsordningen er 255 mill. kroner overført til kap. 2751 post 70

Legemidler (blåreseptordningen). Det vises til omtale der.

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, har hittil vært bevilget under kap. 2711 post 78 Opptreningsinstitusjoner m.fl. Som følge av at ansvaret for opptreningsinstitusjoner mv. er overført til de regionale helseforetakene, er 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.

For 2007 foreslås bevilget 381 mill. kroner.



*Del III*  
*Omtale av særlige tema*



## 6 Nasjonal helseplan (2007–2010)

I Norge har vi satt et høyt ambisjonsnivå for helse-tjenestene. Vi vil at tjenestene skal ha høy kvalitet, være tilgjengelige innenfor akseptabel ventetid og avstand og at tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av egen økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk bakgrunn. Langt på vei er de høye ambisjonene innfridd, og vi har en helsetjeneste som er blant de beste i verden. Samtidig erkjenner vi at det er mangler og utfordringer på en rekke områder som viser at det fortsatt er mye som kan bli bedre. Det er bred enighet i Norge om de sentrale målene for helsepolitikken. Regjeringen vil arbeide systematisk for å nå disse. Brukererfaringer og tilsynsvirksomhet som avdekker feil og mangler i organisering eller i tilbud, skal følges opp.

I Nasjonal helseplan (2007–2010) presenterer regjeringen status for helsetjenesten i Norge i dag, og foreslår politiske grep som skal gi en bedre helsetjeneste. En bedre helsetjeneste betyr også å forebygge og legge til rette for medvirkning fra brukere og pårørende.

Utfordringene i helsetjenestene i kommende år er betydelige, fordi det blir flere eldre, endret sykdomspanorama, og det utvikles stadig nye kostbare medikamenter og behandlingsmetoder. For å møte disse utfordringene vil regjeringen i denne fireårige planen vektlegge seks bærebjelker som skal prege alle typer helsetjenester:

- helhet og samhandling
- demokrati og legitimitet
- nærhet og trygghet
- sterkere brukerrolle
- faglighet og kvalitet
- arbeid og helse

Nasjonal helseplan skal vise hvordan de ulike deler av helsetjenesten er avhengig av hverandre for at brukere og pårørende skal kunne hjelpes på en god måte.

Regjeringen vil orientere om oppfølgingen av Nasjonal helseplan i de årlige statsbudsjettene. Det skal gjennomføres prosesser med helsetjenesten, brukere og ansatte der status og videre utvikling skal gjennomgås.

### 6.1 Helseplanens bærebjelker

I internasjonal sammenheng har Norge en godt utviklet helsetjeneste. En grunnleggende verdi er at alle innbyggere skal ha lik tilgang på gode tjenester finansiert gjennom offentlige ordninger. Det er i de senere år gjennomført viktige reformer både innen kommunehelsetjenesten (fastlegeordningen) og spesialisthelsetjenesten (sykehus). Erfaringer og evalueringer viser at reformene har hatt betydelige positive effekter, men samtidig er ikke alle intensjoner innfridd så langt.

Regjeringen vil gjennom Nasjonal helseplan (2007–2010) styrke og samordne innsatsen for likere og mer rettferdig fordeling av god helse. Den overordnede oppgaven er å forebygge sykdom og skader. Dette stiller ikke bare krav til helsetjenesten, men til alle samfunnssektorer som påvirker folkehelsen.

Brukere og pårørende har høye forventninger til helsetjenestene, og noen mangler og særskilte utfordringer er synliggjort. Vi har som mål at helsetjenester skal være rettferdig og likeverdig fordelt. Likevel ser vi at det er geografiske forskjeller i tjenestetilbudet. Det er geografiske forskjeller i ventetid og prioritering mellom diagnosegrupper. Det er dokumentert betydelige sosiale forskjeller i helse og mye tyder på at det også er slike forskjeller i helsetjenestebruk. Det er fortsatt uakseptable ventetider innen noen fagområder. Rapporterte feilbehandlinger øker. Mange brukere og pårørende opplever helsetjenesten som oppstykket, uten tydelig ansvar for samhandling mellom de forskjellige aktørene. Morgendagens utfordringer ligger også i at det blir flere gamle, at sykdomspanoramaet endrer seg og i at ny kunnskap gir nye og oftest kostbare behandlingsmuligheter. Ansattes organisasjoner melder om en opplevelse av fremmedgjøring når språk fra næringslivet i økende grad benyttes i sektoren.

Forventningene til helsetjenestene i årene som kommer vil fortsatt være høye. Dette vil kreve at vi organiserer og leder helsetjenesten bedre og utnytter den kunnskap som brukere og ansatte har. Regjeringen vil på bakgrunn av dette trekke fram seks bærebjelker som skal være felles for forebyggende arbeid, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

## Helhet og samhandling

Et tilbakevendende tema i utredninger, evalueringer og i kritikk fra brukerorganisasjoner er at det er for dårlig samhandling og for lite helhetlige tjenester. Dette gjelder både innen helsetjenesten og i samhandlingen med andre sektorer og fagområder som skole, barnevern, arbeids- og velferdsetat, justissektoren mv. Mange brukere opplever at de selv må styre samhandlingen mellom aktørene. Manglende helhetstenkning kommer gjerne til uttrykk når aktører skyver egne ansvarsområder over på andre i stedet for å samarbeide om gode løsninger som tjener brukerne. Behovet for en helhetlig tilnærming øker parallelt med at sykehusjennestene blir stadig mer spesialisert. Samhandling har ikke hatt den posisjon i det samlede helsetjenestesystemet som viktigheten tilsier. Å endre på dette er derfor sentralt i denne helseplanperioden. Nasjonal helseplan vektlegger at alle medarbeidere i helsetjenesten skal ha kunnskap om brukers behov for samhandling i og utenfor organisasjonen. Ledere i sektoren har et særskilt ansvar for å organisere og gjennomføre samhandling der dette er nødvendig. Det vil også bli inngått avtaler mellom ansvarlige aktører på nasjonalt og lokalt nivå. God samhandling må ta utgangspunkt i at staten har forskjellige styringsvirkemidler overfor kommunene og spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har i St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening, gitt en helhetlig omtale av utvikling, utfordringer og tiltak for de kommunale omsorgstjenestene. Nasjonal helseplan må sees i sammenheng med de utfordringer og tiltak som er lagt fram i stortingsmeldingen om framtidens omsorgstjenester.

## Demokrati og legitimitet

Sykehusreformen, fastlegereformen, opptrappingsplanen for psykisk helse og rusreformen er viktige helsereformer som er gjennomført de siste årene. Regjeringen vil bygge videre på at helsetjenesten skal være politisk styrt og profesjonelt drevet og være preget av åpenhet og medvirkning. På mange områder skjer dette best innenfor rammen av kommunalt selvstyre. En god helsetjeneste må ha legitimitet og tillit i befolkningen. Evalueringer og tilbakemeldinger viser at fastlegeordningen, de øvrige kommunale helse- og sosialtjenester og spesialisthelsetjenesten har høy legitimitet i befolkningen. Den allmenne forventning til helsetjenesten er betydelig og økende i takt med medisinske framskritt og økonomisk utvikling. Dette gjelder i

særlig grad for spesialisthelsetjenesten. Oppfølgingen av helseplanen i de årlige budsjettframleggene må synliggjøre et realistisk forventningsnivå og avklare rammer for utvikling og drift av tjenestene. Innenfor de politiske fastsatte rammer, skal ledelse og ansatte i helsetjenesten forvalte tildelte ressurser på en samfunnsmessig god måte. Regjeringen tar demokratiutfordringen på alvor og har allerede utnevnt nye styrever for helseforetakene. Et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene er oppnevnt blant foreslåtte folkevalgte. Det vil fortsatt skje videreutvikling og hensiktsmessige tilpassinger innenfor foretaksmodellen. Regjeringen vil i perioden vektlegge nasjonal styring av spesialisthelsetjenesten på utvalgte områder som er av betydning for å oppnå likeverdige tilbud og god nasjonal ressursutnyttelse. Den demokratiske rett til likeverdig tilbud for den samiske befolkning, innebærer at helsetjenestene må utvikle kunnskap i samisk språk og kultur for å kunne kommunisere godt og tilby gode tjenester. I situasjoner hvor dette ikke er mulig, må nødvendig tolketjeneste etableres.

## Nærhet og trygghet

I Norge ønsker vi et desentralisert bosettingsmønster. Helsetjenesten skal understøtte dette. Vi ønsker at hele befolkningen skal ha likeverdig tilgang på helsetjenester uavhengig av hvor de bor. Behandling og oppfølging skal fortsatt organiseres etter LEON-prinsippet (laveste, effektive omsorgsnivå). Nærhet og lokalkunnskap gir de beste muligheter for å få til et individuelt tilpasset tjenestetilbud med reell brukerinnsflytelse. Vi må derfor legge til rette for en god kommunal tjeneste som følger brukeren over tid. Kommunene har særlig gode forutsetninger for lokalt forebyggende arbeid.

Den medisinske utviklingen forutsetter tilgang til avansert diagnostikk og behandling som ofte krever spesialkompetanse. Denne faglige utviklingen innebærer sentralisering på enkelte områder. Utviklingen tilsier å sentralisere det som må sentraliseres og desentralisere det som kan desentraliseres. Lokale helsetjenester med høy faglig kvalitet skal organiseres og utvikles i samarbeid med kommunehelsetjenesten og de prehospitale tjenester. Nasjonal helseplan bygger på regjeringens program om at ingen lokalsykehus skal legges ned. Lokalsykehusenes innhold må utvikles og omstilles på basis av godt faglig innhold, med hovedvekt på de store sykdomsgrupper hvor behandling og rehabilitering nær bosted er viktig.

### Sterkere brukerrolle

Vi vil at brukerne skal ha kunnskap om tjenestene og at de skal medvirke og påvirke. Blant annet vil større åpenhet om helsetjenestens innhold og kvalitet stå sentralt i utviklingsarbeidet. Brukerne og deres pårørende er eksperter på egen situasjon og egen mestring. Denne ressursen kan benyttes bedre i behandling og rehabilitering av den enkelte pasient, men er også nødvendig ved planlegging og utvikling av helsetjenestene. Flertallet av dagens pasienter er aktive brukere som ønsker å få god informasjon slik at de selv kan ta gode beslutninger for å fremme egen helse. Brukerne ønsker selv å sette mål for behandlingen – noen ønsker å løpe maraton etter en hofteoperasjon, mens det for andre er nok å kunne hente posten selv. Noen vil velge livsforlengende behandling uavhengig av hvor store bivirkninger den medfører, mens andre vil avstå fra slik behandling. Ikke alle brukere kan fremme egne krav og rettigheter. Dette gjelder særlig for alvorlig syke, en del personer med psykiske lidelser, mennesker med rusmiddelproblemer, mennesker med demens og personer med utviklingshemming. Pårørende er ofte en viktig formidler av brukerens ønsker og behov som omsorgsyttere og støttespillere for helsetjenesten. I tillegg har brukerorganisasjonene en viktig rolle. Å bli tatt på alvor og å føle at man blir respektert som pasient er viktig for alle – både i lys av menneskeverdet og fordi vi vet at brukere som medvirker til egen behandling ofte oppnår bedre resultat. En bedre utnyttelse av ordningen med fritt sykehusvalg, vil stå sentralt i fireårsperioden for Nasjonal helseplan. Vi ønsker også at erfaringer og kunnskap som pasientene opparbeider seg som brukere av tjenestene, skal komme andre pasienter til gode. Det skal legges vekt på å videreutvikle brukerorganisasjonenes rolle i utvikling av helsetjenestene.

### Faglighet og kvalitet

Fagene og fagfolkene er helsetjenestens grunnmur og verdiskaper. Helsetjenesten er en stor kunnskapsorganisasjon og kunnskapstilfanget akselererer. Generelt holder norske helsetjenester høyt faglig nivå. Fagmiljøene har et viktig ansvar knyttet til å innføre ny kunnskap og fase ut gammel. Dette er nødvendig for å opprettholde kvalitet på tjenestene på et internasjonalt nivå. Undersøkelser viser at feil skjer og at mange feil har alvorlige følger for pasientene. Det skal etableres systemer for å lære av slike feil slik at de ikke gjentar seg, og disse systemer skal understøtte utviklingen av helsetjenesten som en lærende organisasjon. Det er

viktig for tjenestens legitimitet at det er åpenhet om feil og kvalitetsforbedring.

Fagfolkene står i en virkelighet hvor brukeres forventninger, kunnskapens muligheter, etiske grunnverdier og økonomiske og faglige prioriteringer møtes. Prioriteringsutfordringene i helsetjenesten er krevende og kompliserte, og må løses med deltagelse fra fagmiljøene og brukerorganisasjonene. Regjeringen vil videreutvikle organisatoriske systemer for at brukere og nasjonale aktører bedre skal ivareta helheten i prioriterings- og kvalitetsarbeidet.

### Arbeid og helse

Arbeid er sentralt for helse og rehabilitering. Nesten 11 pst. av befolkningen i yrkesaktiv alder mottar en uføreytelse. Belønning i form av lønn og anseelse betyr mye for selvfølelse og helse. Arbeidsledighet og usikker arbeidssituasjon utgjør en helse- og sosial risiko. Det er viktig å forhindre sosial utstøting av grupper som faller ut av utdanning og arbeid av helsemessige eller andre årsaker. I Nasjonal helseplan vil det legges vekt på forebygging og rehabilitering hvor arbeidslivet – og spesielt samarbeidet mellom arbeids- og velferdsetaten, helsetjenesten, arbeidsmiljømyndighetene og arbeidslivets parter, står sentralt.

I kapittel 6.5 gis en oppsummering av retningsvalg og konkrete tiltak i tilknytning til hver av bærebjelkene.

## 6.2 Høringsprosess og oppfølging av Nasjonal helseplan

Nasjonal helseplan (2007–2010) er utarbeidet i tråd med formuleringen i Soria Moria-erklæringen: «Stortinget skal få til behandling en nasjonal helseplan hvert fjerde år. Fylkeskommunene skal delta i utarbeidelsen av slike planer.» I tillegg til fylkeskommunene har departementet også invitert brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner, arbeidsgiverorganisasjoner, KS, kommuner, Sametinget og regionale helseforetak til å medvirke i arbeidet.

### 6.2.1 Høring

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i mai 2006 ut et høringsnotat som inneholdt sentrale tematiske områder i Nasjonal helseplan. Over 600 instanser ble invitert til å komme med innspill. I forkant av dette ble det invitert til å komme med generelle innspill til arbeidet med helseplanen. I sine første innspill påpekte mange fylkeskommuner blant annet behovet for en helhetlig helseplan med presentasjon av folkehelseutfordringer, kom-

munehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Disse innspillene ble benyttet i det videre arbeidet.

Fra de om lag 160 høringssvarene er det tydelig oppslutning om behovet for en nasjonal helseplan. Høringen viser at det er bred enighet om viktige nasjonale mål for helsetjenesten, med likeverdige helsetjenester av høy kvalitet som overordnet mål. Videre er det bred tilslutning til situasjonsbeskrivelsen og hvilke utfordringer helsetjenesten står overfor.

Høringsinstansene er gjennomgående enig i at helsepolitikken tydelig skal vektlegge forebygging og folkehelsearbeid. De etterlyser en mer sektorervergripende tilnærming til nasjonalt helsearbeid. Institusjoner i arbeidslivet som bedriftshelsetjenesten, arbeids- og velferdsetaten (NAV) og institusjoner knyttet til barn og unges oppvekstvilkår som barnevern og skolehelsetjeneste, bør knyttes sterkere til temaet folkehelse. I flere av innspillene fra fylkeskommunene etterlyses det også at helseforetakene kommer mer med i dette arbeidet.

Et stort flertall av høringsinstanser sier seg enig i at samhandling har et stort forbedringspotensial og er en av de største utfordringene i årene framover. Samhandling med andre sektorer trekkes også fram som vesentlig. KS og kommunene påpeker at framtidige avtaler mellom helseforetak og kommunene må baseres på likeverd dersom samhandling skal lykkes, og framhever Helsedia-log (prosjektet mellom KS og Helse Sør RHF) som et godt eksempel. Mange instanser, særlig bruker- og samfunnsorganisasjoner, påpeker at samhandlingstiltak må være pasientrettede. Individuell plan og legenes praksiskonsulentordning trekkes fram som gode samhandlingsverktøy.

Et flertall av de instansene som har kommentert fastlegeordningen, er enig i at ordningen har flere positive sider. Samtidig påpeker mange kommuner og fylkeskommuner at tilgjengeligheten til fastlegen mange steder er for dårlig og at samordningen mellom fastlegene og andre instanser ikke er tilfredsstillende. En del understreker at de har en utfordring i forhold til tilstrekkelig legerekruttering til de kommunale legevaktene, samfunnsmedisinske stillinger og sykehjemmene. Et tiltak som forelås av flere, i litt ulike varianter, er at det etableres et avtalesystem som gjør at fastlegene i større grad inngår i den kommunale helsetjenesten. Enkelte instanser foreslår at det bør utdannes flere samfunnsmedisinere. Flere kommuner påpeker at utfordringen med lav legedekning på legevakt kan løses ved at det i større grad legges til rette for interkommunale legevakter.

Noen høringsinstanser gir uttrykk for ønske om en sterkere politisk styring av helseforetakene. Det blir videre påpekt av enkelte at det er behov

for å klargjøre rollene til de ulike aktørene i den sentrale helseforvaltningen.

Mange høringsinstanser har kommentert temaet lokalsykehus. De aller fleste er positive til at lokalsykehusene skal fungere som en trygghetsbase for befolkningen ved å tilby helsetjenester til store pasientgrupper som syke eldre og kronisk syke. Mange kommuner og fylkeskommuner påpeker at lokalsykehusene må ha et fullverdig akutt- og fødetilbud. Fra flere av disse etterlyses føringer i Nasjonal helseplan for hvilket innhold et lokalsykehus skal ha. Andre påpeker at lokalsykehusutviklingen bør gi rom for organisatoriske modeller som er tilpasset befolkningens behov og dagens kunnskap, teknologi og kompetanse hos personalet.

Mange av høringsinstansene framhever behovet for tydeligere prioriteringer og at prioritering i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må ses i sammenheng. Videre understrekes det av flere at prioriteringer må ta utgangspunkt i pasientens situasjon, og ikke være preget av enkeltsaker som blir kjørt fram i media. Andre foreslår at økonomiske virkemidler må vurderes for å understøtte prioritering. Noen instanser framhever at temaet sosial ulikhet i helse bør løftes fram som en sentral utfordring i forhold til målet om likeverdige tjenester.

Flere av høringsinstansene mener det er svært positivt at Nasjonal helseplan vil trekke opp linjene for arbeidet innen psykisk helsevern også etter 2008 når Opptappingsplanen for psykisk helse er slutført. Mange instanser og da særlig kommunene påpeker at Opptappingsplanen har ført til for rask nedbygging av institusjoner uten at kommunene har hatt tid til å bygge opp sitt tilbud. Flere kommuner viser til at de mangler kompetanse og ressurser til å behandle tunge brukere og etterlyser tydelige retningslinjer for krav til behandlingsnivå for denne gruppa.

Enkelte instanser påpeker at utfordringer knyttet til personvern, må løses før det implementeres nye informasjons- og kommunikasjonssystemer (IKT-systemer). Det pekes også på at pasienten må ha medbestemmelse i hvilken informasjon som sendes ut. Mange kommuner ønsker at de skal inkluderes sterkere i utbyggingen av Norsk helsenett. Enkelte instanser peker også på at IKT bør benyttes for å understøtte samhandling med andre sektorer, da særlig arbeids- og velferdsetaten.

Mange kommuner etterspør en økt forskningsinnsats innen den kommunale helse- og sosialtjenesten. Flere universitets- og høyskoler mener at forskning i sykehusene bør knyttes sterkere opp til forskningsmiljøene ved universitets- og høyskolene. Enkelte instanser etterlyser også økt fokus på forskning knyttet til organisering av helsetjenestene.

I mange høringsuttalelser blir det lagt vekt på at utdanningen i større grad bør rettes mot de behov, for kompetanse og personell, man har i dag. Tilknyttet dette etterlyser flere instanser tiltak slik at det utdannes flere geriater. Enkelte instanser peker på at spesialiseringen har gått for langt innen medisinen, særlig gjelder dette for kirurgien. Det blir videre påpekt at denne utviklingen skaper store utfordringer for de desentraliserte sykehustjenestene. Enkelte etterlyser på dette grunnlaget at det utdannes flere generalister. Enkelte utdanningsinstitusjoner viser til målsettinger om at brukere og pårørende i større grad skal inkluderes i pasientbehandlingen, og etterlyser tiltak som styrker formidlingskompetansen innen helsetjenesten.

Samtlige hørings svar er tilgjengelige på departementets hjemmeside: <http://odin.dep.no/hod/norsk/tema/p30009082/bn.html>

### 6.2.2 Oppfølging av Nasjonal helseplan

Nasjonal helseplan viser at det er behov for arenaer og prosesser der aktørene i fellesskap kan vurdere status, utfordringer og hvordan tjenesten kan utvikles for å nå de sentrale helsepolitiske målsettingene. Det legges opp til at Nasjonal helseplan skal være et fundament for dialog mellom aktørene basert på de overordnede mål som Stortinget fastsetter.

Det vil i de årlige statsbudsjettene orienteres om oppfølgingen av Nasjonal helseplan, med vekt på gjennomføring av de strategier og tiltak som omtales i helseplanen. I forkant av de årlige tilbakemeldingene til Stortinget om Nasjonal helseplan skal det gjennomføres prosesser med helsetjenesten, brukere og ansatte, der utviklingen kan drøftes i lys av de utfordringer og mål som er identifisert og satt i Nasjonal helseplan. Det skal etableres en årlig samling, hvor aktørene i fellesskap gjennomgår og drøfter vesentlige utviklingstendenser og utfordringer, og som blir en arena for gjensidig utveksling av synspunkter og forventninger. Dialogen skal i størst mulig grad ta utgangspunkt i de ordinære dokumentasjons- og rapporteringsordningene som er bygget opp; Sosial- og helsedirektoratets «følge-med»-rapport, Helsetilsynets tilsynsmeldinger, årlige meldinger fra de regionale helseforetak, KOSTRA, rapporter fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og Samdata og Folkehelseinstituttets (FHI) rapporter om befolkningens helsetilstand mv.

## 6.3 Status og utvikling på helsetjenestens hovedområder

### 6.3.1 Folkehelsearbeid

Folkehelsen speiler samfunnsutviklingen, oppvekst- og levekår, og den utvikles og vedlikeholdes i kommuner og lokalsamfunn der folk bor og lever sine liv. Grunnlaget for god helse i oppveksten og gjennom hele livsløpet legges i barne- og ungdomsårene.

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å styrke faktorer som virker positivt på folkehelsen og svekke faktorer som medfører helsesisiko. Norges restriktive rusmiddelpolitikk og tobakkspolitikk har vært en viktig del av en slik innsats. Folkehelsearbeidet er sektorovergripende og omfatter tiltak i mange samfunnssektorer med sikte på å skape gode oppvekst- og levekår; barnehager og skoler som ivaretar barnas helse og utvikling, et samfunn som legger til rette for en sunn livsstil og som fremmer fellesskap, trygghet og mening for den enkelte. Samfunnets innsats i folkehelsearbeidet påvirker behovet for helsetjenester.

Velferds- og livsstilssykdommer er den store helseutfordringen i den vestlige verden. Det er nødvendig å sette i verk effektive forebyggende tiltak på mange arenaer. Samtidig må tiltak mot kjente helsetrusler og beredskapen mot nye helsetrusler som følger av at vi lever i en globalisert verden opprettholdes på et høyt nivå. Forebygging av smittsomme sykdommer er i denne sammenheng viktig.

#### Dagens situasjon på folkehelseområdet

Den norske befolkningen har gjennomgående god helse. Det har vært en positiv utvikling med redusert spedbarnsdødelighet, høyere levealder og mindre sykkelighet gjennom 1900-tallet. Bedre levekår og systematisk innsats i flere samfunnssektorer har sammen med den medisinske utviklingen bidratt sterkt til at vi i vår del av verden har fått bukt med en rekke epidemier og infeksjonssykdommer. Men også nye sykdommer og nye helsetrusler har oppstått. Som eksempler kan nevnes hiv-epidemien, oppblomstring av klamydia, utbrudd av legionella, utbredelse av meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA), SARS-utbruddet, fugleinfluenza mv.

Sykdomsutviklingen i den norske befolkningen kan i økende grad knyttes til levevaner og helseatferd. I følge The World Health report 2002 Reducing Risks, Promoting Healthy Life, er bruk av tobakk og alkohol, høyt blodtrykk og kolesterol

nivå, overvekt, lavt inntak av frukt og grønnsaker og fysisk inaktivitet de sju viktigste risikofaktorene for sykdom i vestlige land. Alle disse faktorene kan påvirkes og i stor grad forebygges. WHO oppfordrer i sin globale strategi for kosthold og fysisk aktivitet at alle land gjør tiltak for å reversere den globale overvektsepidemien som også rammer Norge.

Nest etter hjerte- og karsykdommer er psykiske lidelser av WHO anslått til i 2020 å være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning for begge kjønn på verdensbasis. I vestlige land forventes det at depresjon vil utgjøre den største byrden.

Som følge av systematisk ulykkes- og skadeforebyggende over tid har det skjedd en gledelig reduksjon i ulykkeskader i flere samfunnssektorer, for eksempel i trafikken. Skader etter ulykker er fortsatt et folkehelseproblem og er fremdeles den hyppigste dødsårsaken blant barn og unge. Hjem-, skole- og fritidsulykkene utgjør størstedelen av ulykkeskadene som krever behandling på sykehus eller legevakt.

En kunnskapsoppsummering om barns miljø og helse (rapport 2006:3 FHI) konkluderer med at norske barn er blant de friskeste i verden, målt ut fra sykkelighet og dødelighet. Norsk ungdom er fysisk friske og bruker lite helsetjenester. Ungdomsårene er imidlertid preget av en betydelig økning i andelen som rapporterer psykiske vansker. Det er betydelige sosiale forskjeller i helse og helseatferd blant barn og unge.

Befolkningssammensetningen og alderssammensetningen i befolkningen representerer også utfordringer for folkehelsen. Helseatferd som gir økt risiko for sykdom er mest utbredt i grupper med kort utdanning og lav inntekt. Forekomsten av overvekt og fedme, fysisk inaktivitet, diabetes type 2, høyt blodtrykk og høyt kolesterol er høyere, og økende i befolkningen generelt og i enkelte grupper i innvandrerbefolkningen spesielt. Andelen eldre vil de nærmeste tiårene fordobles. Selv om de aller fleste eldre over 67 år er funksjonsfriske og ved god helse, vil en økning i andelen eldre få betydning for kapasitet og kompetanse også i det forebyggende arbeidet. Forebyggende innsats tilpasset den enkeltes forutsetninger er viktig for å opprettholde funksjonsevne, livskvalitet og selvhjelpenhet i alderdommen.

Selv om arbeid i seg selv er en helsebringende faktor, ser vi at sider ved arbeidsforhold utgjør en helserisiko. Mangel på arbeid er imidlertid en stor helserisiko. Mer enn 10 pst. av Norges arbeidsdyktige befolkning står utenfor arbeidslivet. Videre viser tall fra Statistisk sentralbyrå fra første kvartal 2006 at totalt sykefravær har økt med 5,8 pst. siden første kvartal i 2005. Tallene viser at offentlig sek-

tor har det største sykefraværet med sterkest økning hos ansatte i helse- og sosialtjenesten. Diagnosene muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser står samlet for en stor andel av sykefraværet. Dette representerer utfordringer for folkehelsearbeid generelt og for arbeidsmiljøarbeid spesielt.

Situasjonen for sykdommer som kan overføres med mat eller vann, er ganske stabil. Når det gjelder meldte tilfeller, er campylobacteriose den vanligste sykdommen. Norge har fortsatt få tilfeller av salmonellose sammenlignet med andre land, og de fleste (80 pst.) er smittet utenlands. Når det gjelder ikke-meldepliktige sykdommer, er det fortsatt grunn til å anta at disse samlet er årsak til mange sykedager. Vanligste risikofaktorer er dårlig drikkevann og uhygienisk håndtering av mat.

Problematiske bruk av rusmidler representerer en stor utfordring på folkehelseområdet i Norge. Alkohol er det rusmiddelet som er den klart største trusselen mot folkehelsen. Nøyaktig kostnader av alkoholbruk i Norge er vanskelig å anslå. En rapport i 2006 om alkoholsituasjonen i Europa estimerer at de målbare kostnadene av alkoholbruk for EU i 2003 var om lag 1000 mrd. NOK, noe som tilsvarer skadene av tobakk.

Bruk av illegale rusmidler bidrar til alvorlige helseplager for den enkelte og for deres nærmeste. Det er anslått at det i Norge i dag er mellom 11 000–15 000 injiserende rusmiddelavhengige. Et stort flertall av disse har betydelige helseplager, og de har en klart forhøyet risiko for en for tidlig død. Lavere priser og økt tilgjengelighet til narkotika fører til flere overdoser og mer skader blant personer med rusmiddelproblemer. Det er derfor viktig at norsk narkotikapolitikk viderefører arbeidet med å begrense innførsel og omsetning av narkotika.

### *Sosiale helseforskjeller*

Det er dokumentert betydelige sosiale ulikheter i helse i Norge for en lang rekke helsemål. De sosiale ulikhetene i helse er store uansett hvilken variabel som legges til grunn – utdanning, yrke, inntekt eller ulike kombinasjoner av disse. Det er dokumentert sosiale ulikheter i helse for begge kjønn og i alle aldersgrupper. Sosiale ulikheter i helse danner en gradient gjennom alle utdannings-, yrkes- og inntektsgrupper i befolkningen. Det er en klar sammenheng mellom helseproblemer og fattigdom, selv om sosiale ulikheter i helse ikke bare berører de fattigste.

Siden 1970-tallet har den delen av befolkningen som har fra middels til høy inntekt og utdanning fått betydelig økt forventet levealder, mens forven-



tet levealder har endret seg lite for grupper med kort utdanning og lav inntekt.

Det er avdekket flere ulike årsaksmekanismer som ligger bak sammenhengen mellom sosial bakgrunn og helse. Forskjeller i materielle forhold, som fysisk arbeidsmiljø, ser ut til å spille en betydelig rolle. Helseatferdsfaktorer som rus, tobakk, kosthold og fysisk aktivitet bidrar også til å skape og opprettholde sosiale ulikheter i helse. Også ulike psykososiale mekanismer som ensomhet, stress og usikker økonomi eller jobbsituasjon utgjør viktige årsaker.

En rettferdig og velfungerende helsetjeneste kan gjøre mye for å redusere ulikheter i helse, og omvendt: en helsetjeneste som ikke fungerer som den skal, kan bidra til å forsterke ulikheter. Enkelte forskningsresultater tyder på at mens kommunehelsetjenester er rimelig fordelt i ulike sosiale grupper, forbruker grupper med lang utdanning (som statistisk sett er relativt friske) mer spesialisthelsetjenester enn grupper med kort utdanning. Regjeringen vil våren 2007 legge fram en stortingsmelding som presenterer en strategi mot sosial ulikhet i helse.

### Mål og strategier i folkehelsepolitikken

De overordnede målene for folkehelsepolitikken, jf. St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge (Folkehelsemeldingen), er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og reduserte helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper, etniske grupper og mellom kvinner og menn.

I Folkehelsemeldingen er det lagt vekt på følgende fire hovedstrategier:

- skape forutsetninger for å gjøre det lettere å velge en sunn livsstil
- bygge allianser for et systematisk og helhetlig folkehelsearbeid
- legge mer vekt på forebygging i helsetjenesten
- basere folkehelsearbeidet på kunnskap og erfaringer

Regjeringen har i sin politiske plattform et uttalt mål om å satse sterkere på sykdomsforebyggende arbeid, fortsette arbeidet mot rusmiddelmissbruk og tobakksbruk, og bidra til at fokuset på fysisk aktivitet og kosthold økes. Regjeringens politikk for forebygging vil også ha bedre miljø, mindre utstøting fra arbeidslivet og redusert kriminalitet som mål.

Et sentralt hovedgrep i folkehelsepolitikken er å styrke folkehelsearbeidet gjennom alliansebygging og bedre forankring politisk og administrativt og i overordnede plansystem i fylker og kommu-

ner. Beslutninger som har innvirkning på folkehelsen tas ofte utenfor helsesektorens primære ansvarsområde. God forankring i fylker og kommuner er en forutsetning for å gjøre folkehelsearbeidet mer systematisk, kontinuerlig og helhetlig. God forankring bidrar også til å sette folkehelse spørsmål på dagsordenen der beslutninger tas. Helsesektoren har en viktig rolle som faglig bidragsyter i samhandlingen med andre sektorer i plan- og beslutningsprosesser.

Gang- og sykkelveier er for eksempel viktig for at flere kan gå eller sykle til jobb, skole og andre gjøremål. Et samfunnstiltak som en ny lov om vern mot tobakkskader er et eksempel på, kan vise seg å være vel så effektivt og kostnadseffektivt for å redusere tobakksbruk som tiltak rettet mot enkeltindividet. Det samme gjelder regulatoriske virkemidler i alkoholpolitikken som bidrar til å påvirke tilgjengelighet og totalforbruket av alkohol. Trygge lokalmiljøer (veier, barnehager, hjem) krever tverrsektorielt samarbeid og vil være ulykkes- og skadeforebyggende. Virkemidler som påvirker pris og tilgjengelighet ser ut til å være mer effektive for å redusere gradienten i helseatferd enn informasjons- og helseopplysningstiltak. Forsøk med gratis frukt og grønt i skolen er et eksempel på dette.

Helsesektoren er selv en samfunnssektor med virksomhet som kan gi skade på liv og helse. Pasienters sikkerhet mot å pådra seg utilsiktede og unødvendige skader på liv og helse som følge av undersøkelse, behandling herunder medisiner, eller oppfølging i helsetjenestene er en av samfunnets viktigste sikkerhetsutfordringer. Feilaktig legemiddelbruk er for eksempel et område hvor skadevirkningene er store og hvor det er nødvendig med systematisert forebygging. Mye tyder på at man i helsetjenestene kan ta i bruk strategier og verktøy som har vist seg virkningsfulle i andre samfunnssektorer, for eksempel samferdsel og industri.

Helsetjenestene, og særlig kommunehelsetjenesten, er hovedarenaen for individ- og grupperettet forebyggende innsats. Hovedgrepene i folkehelsepolitikken legger opp til at både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal legge mer vekt på forebyggende arbeid i sin virksomhet.

### Helsesektorens rolle i sektorovergripende folkehelsearbeid

Sentrale påvirkningsfaktorer på den enkeltes helse, som for eksempel luftforurensning, støy, miljøgifter, ulykker, stress, ernæring, fysisk aktivitet, rusmiddelbruk, tobakksbruk og sosiale nettverk, kontrolleres ikke av helsetjenesten direkte,

men helsetjenesten tar seg av konsekvensene. Det er derfor nødvendig å legge vekt på sektorovergripende folkehelsearbeid. Innenfor helsesektoren har sentrale og lokale myndigheter et ansvar for å:

- ha oversikt over helsetilstand og sykdomsutbredelse og de faktorene som påvirker denne
- utvikle kunnskap om årsakssammenhenger og bidra til utvikling av metoder og sektorovergripende verktøy
- bidra til at samfunnet som helhet arbeider effektivt for å beskytte og fremme helsen

For å ivareta dette ansvaret er det nødvendig å styrke folkehelsearbeidet gjennom å legge vekt på følgende strategiske områder:

- partnerskap for folkehelse i fylker og kommuner
- tverrsektorielle strategier og handlingsplaner på folkehelseområdet
- helsekonsekvensvurderinger
- forankring i plansystem og i samfunns- og arealplanleggingen
- kompetanseoppbygging i helsetjenesten

#### *Partnerskap for folkehelse i fylker og kommuner*

Staten gir tilskudd til fylker og kommuner som organiserer folkehelsearbeidet i partnerskap. Forutsetningen er at fylkene eller kommunene bidrar med egne midler og at folkehelsearbeidet er forankret i det kommunale og fylkeskommunale plansystemet. Formålet er å bidra til et mer systematisk og helhetlig lokalt folkehelsearbeid ved å sikre en sterkere administrativ og politisk forankring og styrke samhandlingen mellom myndigheter og bl.a. arbeidsliv, skole og frivillige organisasjoner.

Ordningen ble etablert i 2004. Som regional utviklingsaktør og som regional planmyndighet er fylkeskommunene gjennom partnerskapene tillagt rollen som pådrivere for det regionale og lokale folkehelsearbeidet. Regionale statsetater, herunder også regionale helseforetak, høgskoler og universiteter, er sammen med frivillige organisasjoner viktige aktører i de regionale partnerskapene.

Fra 2006 er 16 av landets fylker og et stort antall kommuner i disse fylkene inkludert i satsingen. Det skal legges vekt på å videreutvikle partnerskapene som arbeidsform for et systematisk folkehelsearbeid forankret i samfunnsplanleggingen og med bred deltakelse i befolkningen.

Sosial- og helsedirektoratet har et ansvar for å bidra i videreutviklingen av partnerskap som arbeidsform. For eksempel er det aktuelt i et samarbeid med berørte myndigheter og aktører å vurdere arbeidslivet som en arena for forebygging og intervensjon. Foruten oppfølging av sykefravær og

arbeid for et mer inkluderende arbeidsliv, er tobakks- og rusforebyggende tiltak samt tiltak som i større grad kan bidra til et helsefremmende arbeidsmiljø viktige samarbeidsområder. Videre er skolen en sentral arena fordi den favner hele barne- og ungdomsbefolkningen.

Sosial- og helsedirektoratet skal videreføre faglige dialogfora mellom offentlige myndigheter, fagmiljøer, frivillige organisasjoner og private aktører for gjensidig informasjons- og erfaringsutveksling. Det skal legges vekt på å understøtte lokalt engasjement og lokale initiativ.

#### *Tverrsektorielle strategier og handlingsplaner på folkehelseområdet*

Strategier og handlingsplaner er virkemidler for å bevisstgjøre og ansvarliggjøre aktører i flere sektorer. Det er derfor viktig å forankre tiltak i tverrsektorielle strategier og handlingsplaner. Et eksempel på en slik handlingsplan er Sammen for fysisk aktivitet 2004–2009, som er utviklet og følges opp gjennom et samarbeid mellom åtte departementer. Visjonen er bedre folkehelse gjennom økt fysisk aktivitet i befolkningen. Hovedmålene er å øke andelen barn og unge som er moderat fysisk aktive i minst 60 minutter hver dag, samt øke andelen voksne og eldre som er moderat fysisk aktive i minst 30 minutter hver dag. Tiltakene i planen initierer samarbeid på alle forvaltningsnivåer, bl.a. ved at fysisk aktivitet skal inngå som en satsning i partnerskap for folkehelse. Andre eksempler er Strategi mot forebygging av ulykker og skader, Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010.

#### *Helsekonsekvensvurderinger*

Handlingsplaner identifiserer tiltak som skal virke over en avgrenset tidsperiode, men det er også behov for rutiner og metoder som løpende og systematisk tar hensyn til og synliggjør hvordan tiltak og programmer i de fleste sektorer har konsekvenser for befolkningens helse. Konsekvensene med hensyn til helseeffekter og fordelingsvirkninger er viktige når sentrale, regionale eller lokale myndigheter fatter beslutninger om planer, reguleringer, utbygginger eller andre tiltak.

For nasjonale tiltak skal helsemessige konsekvenser av forslag bli tilstrekkelig belyst gjennom utredninger, forskrifter, reformer og tiltak, samt meldinger og proposisjoner til Stortinget, jf. utredningsinstruksen. Lokale tiltak skal vurderes i henhold til plan- og bygningsloven. Ved endring av forskrift om konsekvensutredning 1. april 2005 er helse et forhold som skal vurderes i planforslag.

Helsekonsekvenser skal også vurderes i forbindelse med andre tiltak i kommuner og fylkeskommuner, for eksempel knyttet opp mot kommuneplanens arealdel og fylkesplanen.

For å styrke arbeidet med helsekonsekvensutredninger er det etablert en kompetanseenhet i Sosial- og helsedirektoratet som arbeider med metodeoppbygging og erfaringsutveksling, kompetanseoppbygging, nettverksarbeid og veiledning ovenfor fylker og kommuner.

#### *Folkehelse forankret i plansystem og i samfunns- og arealplanleggingen*

Samfunns- og arealplanlegging er et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet. Lokale beslutninger påvirker oppvekst- og levekår og helseatferd. Plan- og bygningsloven er kommunenes og fylkeskommunenes fremste verktøy i samfunns- og arealplanleggingen. Folkehelse bør være et hovedhensyn i all samfunns- og arealplanlegging. Helse- og omsorgsdepartementet vil i det pågående arbeidet med ny plan- og bygningslov vurdere om hensynet til befolkningens helse bør framgå av formålsparagrafen.

Kommunene skal i henhold til kommunehelsestjenestelovens § 1-4 bl.a. ha oversikt over helsetilstand og forhold som påvirker denne. God oversikt er en forutsetning for å sette folkehelse spørsmål på dagsordenen der beslutninger tas og for å kunne iverksette målrettede og målbare tiltak. En slik oversikt eller helseprofil kan baseres både på nasjonale data, som brytes ned til kommunenivå, og på kartlegginger i kommunene. Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statistisk sentralbyrå etablert en egen nettportal for kommunehelseprofiler som et nyttig styringsverktøy for kommunene. Her finnes en rekke nøkkeltall og indikatorer om bl.a. påvirkningsfaktorer for folkehelsen sammen med faktadokumentasjon, fagartikler, eksempler på lokale tiltak og linker til andre relevante nettsteder. Nettstedet vil være under kontinuerlig videreutvikling, og det skal utvikles verktøy som er relevante for kommunal planlegging.

Fylkesmannen skal i sine vurderinger av samfunnsdelen av kommuneplanen, kommunens arealplaner og reguleringsplaner vurdere om planene i tilstrekkelig grad omfatter folkehelse.

#### *Kompetanseoppbygging i helsesektoren*

For å utnytte den tverrfaglige planarenaen i folkehelsearbeidet må helsetjenesten og sektoren for øvrig utvikle sin rolle som bidragsyter i planprosesser i fylker og kommuner. I tillegg til god faglig

kunnskap og kompetanse innen helseovervåking og på de ulike folkehelseområdene, er det nødvendig med kompetanse på hvordan denne kunnskapen kan bringes inn i ordinære plan- og beslutningsprosesser. Det er iverksatt et femårig utviklings- og utprøvningsprosjekt i et utvalg av kommuner for hvordan plan- og bygningsloven og plansystemet kan brukes til å forankre og styrke folkehelsearbeidet. I dette utviklingsarbeidet inngår også styrking av plan- og prosesskompetanse hos personell og fagpersoner som arbeider innen helsesektoren, bl.a. gjennom kurstilbud, og hvordan denne type kompetanse kan ivaretas i relevante grunnutdanninger, etter- og videreutdanningstilbud.

En viktig samfunnsmedisinsk oppgave er å bidra til at helsetjenesten deltar med sin kunnskap i folkehelsearbeidet og får en naturlig plass i planprosesser. Det er behov for samfunnsmedisinsk kompetanse på alle forvaltningsnivåer. Det er iverksatt arbeid for å styrke den samfunnsmedisinske kompetansen i kommunene og i den statlige helseforvaltningen regionalt og sentralt.

#### *Helseovervåking*

Helse- og omsorgsdepartementet har et sektoransvar for helseovervåking. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal ha god oversikt over helsetilstanden i befolkningen og alle de faktorene som påvirker denne. Lokalt er dette kommunenes ansvar iht. kommunehelsetjenestelovens § 1-4. Denne oversikten er av stor betydning for sektorens eget arbeid med bl.a. prioritering, kvalitet og måling av effekt av tiltak i helsetjenestene, framskrivninger av helsetjenestebehov og forebyggingsstrategier. En slik oversikt er også avgjørende for at det ansvar og den betydning andre sektorer har for folkehelsen blir godt dokumentert. Nasjonale systemer for helseovervåking består av helseregistre, helseundersøkelser samt data fra forskningsprosjekter.

Helseregistrene samler opplysninger om sykdom, fødsel, død og forhold som kan ha betydning for sykkelighet og dødelighet. Registrene gir løpende kunnskap om forekomsten av ulike kreftformer, dødsårsaker, medfødte misdannelser og fødselskomplikasjoner, og om hvordan disse fordeles seg når det gjelder kjønn, alder, epidemiologisk, geografi og tidsperiode. De nasjonale registrene omfatter i dag Dødsårsaksregisteret, Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister (MFR), Melingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), Tuberkuloseregisteret, System for vaksinasjonskontroll (SYSVAK) og Reseptbasert legemiddelregister.

Det er foreslått å etablere Norsk pasientregister (NPR) som et personidentifiserbart register. Dette er nå til behandling i Stortinget. Det er foreslått at Skaderegistreringen vil inngå som en del av et personidentifiserbart Norsk pasientregister. Dette vil være til hjelp for kommunene til en enda mer målrettet forebyggende innsats.

Helseundersøkelser er basert på spørreundersøkelser av befolkningen og omfatter forhold som ikke fanges opp av registre, slik som selvopplevd helse, grad av sosial kontakt, kostholdsvaner, fysisk aktivitet etc. Helseundersøkelser er gjennomført i enkelte fylker, bl.a. Hedmark og Oppland (OPPHED), Oslo (HUBRO), Nord Trøndelag (HUNT), Østfold (Østfoldhelse) og Akershus (Helseprofiler for Akershus). Senter for samisk helseforskning gjennomførte i 2003 i samarbeid med Folkehelseinstituttet en helse- og levekårsundersøkelse i områder med samisk befolkning. Videre foretas det en del temabaserte undersøkelser som delvis er landsomfattende slik som den norske Mor og barn-undersøkelsen, og 40 års undersøkelsen.

Det arbeides løpende med å utvikle et helhetlig helseovervåkingssystem. I tillegg til overvåking av helsetilstand er det viktig å ha oversikt over påvirkningsfaktorer som livsstil, levekår og miljøforhold. For eksempel har Sosial- og helsedirektoratet og Mattilsynet et felles system for mat- og kostholdsovervåking. Statens arbeidsmiljøinstitutt arbeider med å bygge opp et system for nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og arbeidshelse (NOA). Miljømedisinsk helseovervåking ved Nasjonalt folkehelseinstitutt omfatter enkelte målinger av miljøfaktorer i omgivelsene (vann og luftkvalitet) samt miljøfaktorer i biologisk materiale fra mennesker.

#### Forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten er hovedarenaen for forebyggingsinnsatsen i helsetjenesten. Kommunens helsetjenester, herunder forebyggende helsetjenester, skal integreres i kommunens overordnede plansystem slik som kommuneplanen, handlingsprogram og økonomiplanen. Kommunene er tillagt betydelige oppgaver innen miljørettet helsevern og smittevern.

#### Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal i tillegg til å være et allment lavterskeltilbud til gravide og førskolebarn, omfatte helsestasjon for ungdom og skolehelsetjeneste i grunn- og videregående skole. Tjenesten er et lavterskeltilbud som når alle sosiale

grupper. Helsestasjonstilbudet når fram til nesten alle barn de første leveårene, bl.a. med anbefalte vaksiner. Skolehelsetjenesten har et tilsvarende potensial. Tjenesten er viktig for ungdom som trenger å ha et sted i sitt eget miljø hvor de kan henvende seg med sine problemer uten å måtte bestille time og uten alltid å måtte involvere foretatte.

Helseundersøkelser, vaksiner, opplysningsvirksomhet, rådgivning, veiledning og tiltak for å styrke barn og unges egenmestring og foresattes mestring av foreldrerollen er sentrale oppgaver. Tjenesten har et helhetlig perspektiv på forebygging og skal derfor drive et utstrakt tverrfaglig arbeid. Dette er blant annet helt sentralt i arbeidet med å forebygge psykiske plager og håndtering av sammensatte sosiale problemer. Tjenesten skal i samarbeid med elever, hjem og skole arbeide for å skape en helsefremmende skole gjennom å fremme godt lærings- og arbeidsmiljø. Tilsvarende arbeid er rettet mot førskolebarn. Videre utarbeider Sosial- og helsedirektoratet en veileder i bruk av legemidler mv. i barnehager og skoler.

Brukermedvirkning er en forutsetning for å styrke målgruppenes innsikt, kunnskap og evne til mestring av små og store utfordringer. Sentrale tema er betydningen av egenomsorg, tilknytning til venner og familie, sosialt nettverk, og barns og ungdoms psykososiale og fysiske utvikling. Videre omfatter arbeidet temaene seksualitet, samliv og prevensjon, smittevern, inkludert forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner, kosthold, tannhelse, tobakks- og rusfrihet, fysisk aktivitet og ulykkes- og skadeforebygging. For å møte utfordringer knyttet til bl.a. overvekt blant barn og unge, skal faglige retningslinjer for forebygging og behandling ferdigstilles og implementeres som verktøy i tjenesten. Det skal også arbeides med utvikling og implementering av nye retningslinjer for måling av vekt og lengde.

Tjenesten skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot gravide, barn og unge med spesielle behov. Tjenesten skal fange opp tidlige signaler på mistriksel, utviklingsavvik og antisosial atferd, og skal samarbeide om tidlig iverksetting av tiltak for å forebygge at problemer manifesterer seg. Ved behov skal tjenesten henvise til utredning og behandling og samarbeide om tilrettelegging av tilbud fra andre instanser.

Ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er helsesøstre, leger, jordmødre, fysioterapeuter samt annet personell. Det er behov for å styrke tjenesten både kapasitets- og kompetansemessig for at tjenesten skal bli en kraftfull aktør i arbeidet med å redusere sosiale ulikheter i helse. Enkelte undersøkelser tyder på at bruk av helsetjenester

varierer etter sosial tilhørighet. Det var for eksempel høyere andel jenter som brukte psykolog/psykiater i Oslo indre vest enn i Oslo ytre øst. En bedre utbygd skolehelsetjeneste kan bidra til at de som trenger det mest enten får hjelp i kommunehelsetjenesten eller henvises til spesialisthelsetjenesten og dermed bidra til å redusere sosiale ulikheter i helsetjenestebruk.

#### *Forebyggende innsats rettet mot risikogrupper*

Det skal legges økt vekt på 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. Livsstil som for eksempel regelmessig fysisk aktivitet er blant annet viktig som ledd i forbygging og behandling av psykiske problemer. Videre utvikling av lavterskelstrategier og lavterskeltilbud skal bl.a. skje som del av den nasjonale strategien mot sosiale ulikheter i helse. For øvrig viser vi til egne strategier som bl.a. kreftstrategien og diabetesstrategien.

Fastlegene har i dag et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging samt koordinere oppfølgingen av pasientene. For eksempel gjelder dette oppfølging overfor pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer. For å stimulere fastlegen til å prioritere livsstilsveiledning og livsstilstiltak er det innført egne takster i normaltariffen for leger. Takst for grønn resept og røykeavvenningstaksten er eksempler på dette.

Fastlegene kan også ha en mer aktiv rolle i forebygging av rusmiddelproblemer. Studier viser at intervensjoner av helsepersonell ved begynnende problematisk rusmiddelbruk har god effekt. Mange leger og annet helsepersonell forsømmer dessverre oppgaven med tidlig å identifisere og kartlegge problematisk rusmiddelbruk. Rusmiddelbruk blir for sjelden vurdert som en medvirkende årsak til helseplager. Sosial- og helsedirektoratet har nylig gitt ut en veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan (IS-1362). Det vises til omtale av opptrappingsplanen for rusfeltet i kap.6.6.

Kommunehelsetjenesten er en viktig møteplass for individuell veiledning om helseskadene ved tobakksbruk. Tobakksrøyking er den overveiende årsaken til sykdommen KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Det viktigste forebyggende tiltaket er derfor å hjelpe den enkelte til å slutte å røyke. For pasienter som har fått diagnosen KOLS, vil røykeslutt bidra til å forsinke forverring av sykdommen. I normaltariffen for leger er det en takst

for røykeavvenning. Det er også en takst for tannleger der tiltak for røykeavvenning inngår som del av behandlingen mot periodontitt (tannløsningssykdom). Medikamentell behandling for røykeavvenning øker slutteraten signifikant, men effekten av medikamentell behandling er i stor grad avhengig av at behandlingen kombineres med veiledning. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet Retningslinjer for kommunehelsetjenestens arbeid med røykeavvenning.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten kan være en viktig samarbeidspartner og ha en rolle i kommunehelsetjenesten. Særlig gjelder dette i arbeid for å forebygge tannråte, fremme gode kostvaner og forebygge dårlig ernæringsstatus særlig blant barn og eldre.

#### *Ordningen med grønn resept*

Ordningen med grønn resept er et forsøk på å vri fokus fra medikamenter til egeninnsats og hjelp til omlegging av helseatferd i tilfeller der dette er medisinskfaglig forsvarlig. I tillegg til taksten for legen, omfatter ordningen faglig veiledningsmaterieell til bruk ved konsultasjonen og til oppfølging av pasienten i form av et individuelt tilpasset opplegg for kosthold og/eller fysisk aktivitet. Det faglige verktøyet og forskrivning av grønn resept, kan benyttes overfor alle pasienter som vurderes å ha nytte av livsstilsveiledning og endring av helseatferd.

Første del av evalueringen i 2005, som omhandlet legenes oppfatninger og erfaringer med bruken av ordningen, avdekket en del svakheter. Det er derfor iverksatt arbeid med å videreutvikle det faglige verktøyet for legen og utvikle kompetansehevingstiltak. Det er avgjørende at legene selv involveres og deltar aktivt i dette utviklingsarbeidet.

Resultatene av evalueringens del II vil foreligge i løpet av 2007 og vil gi grunnlag for en samlet vurdering av, for det første om det er aktuelt å utvide stimuleringsstaksten til flere diagnoser og for det andre hvordan oppfølgingen bør være for å bli best mulig for pasientene. Som ledd i kvalitetsvurderingen av oppfølgingen, er det naturlig å ta stilling til hvordan faggrupper som for eksempel fysioterapeuter og ernæringsfysiologer kan bidra i oppfølgingstilbudene.

Regjeringen vil vurdere ulike sider ved lokalbaserte lavterskeltilbud som ledd i arbeidet med evalueringen og videreutviklingen av ordningen med grønn resept. Helsetjenesten, nærmiljøet og arbeidsplasser er aktuelle arenaer for forebygging og intervensjon. I tillegg til helsetjenesten, frivillige organisasjoner og private aktører, vil det være naturlig å vurdere Arbeids- og velferdsetaten

(NAV) og berørte parter som medvirkende aktører. Visse kriterier for slike lavterskeltilbud kan imidlertid allerede slås fast; tilbudene må være et ledd i en prioritert satsing forankret i det kommunale plansystemet, og de må bygge på etablerte strukturer for kommunens eller andre aktørers virksomheter og tjenester.

#### *Forebygging i pleie- og omsorgstjenestene*

Mottakere av kommunenes pleie- og omsorgstjenester er i hovedsak eldre mennesker, men omfatter også barn, unge og voksne med funksjonsnedsettelse, enten det er funksjonshemninger, utviklingshemming, psykiske problemer eller personer med rusmiddelproblemer. Det vises til St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening.

Eksempelvis kan ernæring nevnes som et område der det er store utfordringer og forebyggingspotensial. Selv om faktagrunnlaget for ernærings situasjonen blant brukere av pleie- og omsorgstjenesten er mangelfull, vet vi at mange har til dels store ernæringsproblemer som omfatter underernæring, feilernæring og/eller overvekt/fedme. Det er behov for å utvikle systemer som fanger opp personer som står i fare for å utvikle feil- og underernæring. Departementet ønsker derfor å sette fokus på mat og måltid som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet både på sykehjem og hjemmetjenesten.

Forekomsten av osteoporose og osteoporotiske brudd er høyere i Norge og Skandinavia enn i de fleste andre land. Forebyggende tiltak krever langsiktig, systematisk og tverrsektoriell innsats. Sammen med et variert og sunt kosthold er daglig fysisk aktivitet med på å styrke skjellettet, redusere risiko og utsette tidspunktet for benskjørhet. Ulike forebyggende tiltak og fallbeskyttende tiltak rettet mot sykehjemsbeboere og hjemmeboende eldre skal ivaretas i pleie- og omsorgstjenesten og i hjemmebaserte tjenester. Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd, utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet, er et nyttig redskap i dette arbeidet.

#### *Kompetansebehov og faglig utvikling*

Det skal arbeides for å styrke den samfunnsmedisinske kompetansen i kommunene.

Tilgang av samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig for at kommunene skal ivareta sentrale oppgaver innen smittevern, helseberedskap, miljørettet helsevern, lokal helseovervåking, planlegging og koordinering av helsetjenestene. Blant samfunnsmedisinsens oppgaver er også å medvirke

til helhetlige tjenester med god samhandling mellom ulike deltjenester og nivåer i helsetjenesten, samt å gjøre helsetjenesten bedre i stand til å bidra i samhandlingen med andre sektorer. Som ledd i arbeidet med å styrke den samfunnsmedisinske kompetansen i kommunene og i den statlige helseforvaltningen regionalt og sentralt, arbeider Helse- og omsorgsdepartementet med å fastsette nye regler om gjennomføringen av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin.

Helse- og omsorgsdepartementet skal foreta en gjennomgang av miljørettet helsevern. Dette skal sees i sammenheng med styrking av samfunnsmedisin i kommunen, og gjennomgang av kommunelege 1 sine oppgaver.

Hovedutfordringen i arbeidet med å styrke ernæringskompetansen i kommunene er å finne gode organisatoriske løsninger og etablere systemer for kvalitetssikring av tjenestene. I dagens kommunehelsetjeneste finnes det ingen spesialkompetanse innen klinisk ernæring som kan ivareta kostveiledning og –oppfølging av pasienter/brukere i de ulike tjenestene, og som kan ha en rådgivningsfunksjon overfor tjenestene. Det som er av tjenestetilbud på dette området finnes i dag i spesialisthelsetjenesten. Det skal derfor ses nærmere på hvordan ernæringsarbeidet og kompetansen kan styrkes. Det skal legges vekt på samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten blant annet innen underernæring og overvekts- og diabetesproblematikken.

#### *Forebyggende arbeid i spesialisthelsetjenesten*

Spesialisthelsetjenesten har viktige oppgaver i sekundær- og tertiærforebygging, og i pasientopplæring. Rammebetingelsene for det forebyggende arbeidet er gitt gjennom lov om spesialisthelsetjenester hvor det framgår av formålsparagrafen at tjenestene blant annet skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming, samt i vedtektene til de regionale helseforetakene. Videre har spesialisthelsetjenesten en veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenestelovens § 3-8 fastslår at opplæring av pasienter og pårørende er blant sykehusenes oppgaver. Opplæring og innsikt i egen sykdom er en viktig forutsetning for å mestre livet ved kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse.

De regionale helseforetakene er pålagt å iverksette tiltak for opplæring av pasienter og pårørende i alle helseforetak. Det er nå mer enn 35 lærings- og mestringssentre, og flere er under planlegging. Lærings- og mestringssenteret ved Aker universitetssykehus HF er godkjent som nasjonalt kompe-

tansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. For å understøtte dette arbeidet pålegges de regionale helseforetakene å sikre at det finnes tilfredsstillende sekundærforebyggende tiltak for de store sykdomsgruppene, som for eksempel hjerte- og karsykdommer, diabetes og astma og allergier. Takst for opplæring av pasienter er utvidet ved at den fra 1. januar 2004 er gjort diagnoseuavhengig.

Som oppfølging av Folkehelsemeldingen er det gjennomført en kartlegging av forebyggingsinnsatsen i spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen omfatter generelle befolkningsrettede helsefremmende og forebyggende aktiviteter og individrettet forebygging, herunder både primærforebygging og sekundærforebygging. Kartleggingen viser at individrettet sekundærforebygging er den dominerende forebyggingsinnsatsen i helseforetakene. Kartleggingen viser videre at den ledelsesmessige og organisatoriske forankringen av det forebyggende arbeidet varierer mellom helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp i styringsdialogen med de regionale helseforetakene med sikte på bedre forankring.

Folkehelsemeldingen foreslår at utvikling av kvalitetsindikatorer på forebygging i spesialisthelsetjenesten vurderes. Det foreslås også at det gjøres en vurdering av om det er behov for endringer i spesialisthelsetjenestelovgivningen for å klargjøre helseforetakenes ansvar på forebyggingsfeltet, og om det er behov for en veileder til spesialisthelsetjenesteloven når det gjelder ivaretaging av folkehelsearbeid og veiledning overfor kommunehelsetjenesten. Tiltakene vil bli fulgt opp innenfor rammene av Nasjonal helseplan.

Slik som i kommunehelsetjenesten er det viktig å øke trykgheten og kompetansen rundt samtaler om livsstilsendringer. Det skal utarbeides retningslinjer og kommunikasjonsverktøy for ulike grupper helsepersonell til bruk på sykehus og andre helseinstitusjoner. For å stimulere til økt arbeid med forebyggings tiltak som for eksempel røykeavvenning vises det til Strategiplan for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010.

### *Klinisk ernæring*

Ernæring og kosthold er en naturlig del i behandling og i pleie og omsorg av syke innen somatisk og psykisk helsetjeneste. For en rekke diagnoser er ernæring en komponent eller den eneste delen i behandlingen. For diagnoser som diabetes, matvareallergi og matvareintoleranse, cøliaki, hjerte- og karsykdommer og spiseforstyrrelser, er tilfredsstillende ernæringsoppfølging viktig.

Ernæringen spiller en sentral rolle som støtte til annen behandling under sykdom, som for eksempel å forebygge og behandle underernæring. Underernæring hos pasienten i sykehus og i pleie- og omsorgsinstitusjoner er en særskilt utfordring. Eldre pasienter er en spesielt utsatt gruppe etter utskrivelse fra sykehus. En rekke psykiske lidelser fører med seg matinntak som ikke svarer til kroppens behov, og mange av dem som rammes er unge mennesker. Manglende tilbud om ernæringsbehandling og individuell tilpasning kan påvirke behandlingens effektivitet og i verste fall føre til alvorlige komplikasjoner. I videreutvikling av sykehusenes ambulerende team, og gjennom spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten, bør blant annet ernæringsområdet følges opp.

Fagkunnskapen om ernæring i spesialisthelsetjenesten ligger som oftest hos kliniske ernæringsfysiologer. Det er på landsbasis 115 stillinger for kliniske ernæringsfysiologer i spesialisthelsetjenesten. For at helsetjenesten skal være rustet til å møte utfordringene som økning i forekomst av diabetes og overvekt i alle aldersgrupper utgjør og imøtekomme et økende behov innen tjenesten klinisk ernæring, må helsetjenesten ha nok og godt kvalifisert personell med spesialkompetanse innen klinisk ernæring, i tillegg til at andre relevante helsepersonellgrupper må ha grunnleggende kunnskaper innen området.

### Smittevern – en viktig samhandlingsarena for kommune og stat

Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er tillagt stort ansvar og betydelige oppgaver på smittevernområdet, oppgaver som ofte ikke kan løses tilfredsstillende uten god samhandling og godt samarbeid mellom nivåene.

Kommunene er tillagt hovedansvaret for den operative smittevernberedskapen. I en tid hvor faren for en influensapandemi er større enn på lenge og hvor alvorlige utbrudd av legionella og sykdommer med meticillin resistente gule stafylokokker skjer, vil forebyggende arbeid og beredskapsarbeid innen smittevern i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ha høy prioritet. Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa versjon 3.0 ble fastsatt 16. februar 2006. Planen, som er et dynamisk dokument, følges løpende opp for å styrke beredskapen både på statlig og kommunalt nivå. Det pågår et arbeid med å utrede muligheten for et nordisk samarbeid om produksjon av influensavaksine.

Kommunehelsetjenesten står i dag for 90 pst. av all antibiotikaforskrivning, og det er en utfor-

dring for tjenesten å redusere dette. Forebygging av antibiotikaresistens og infeksjoner i sykehus og sykehjem vil stå sentralt i smittevernarbeidet i perioden 2007–2010. Målet er å bevare antibiotika som gode og virksomme legemidler, samt å redusere antall infeksjoner i sykehus og sykehjem. Effekten av forebyggingstiltak på dette området vil i stor grad være avhengig av god samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Godt smittevern og god smittevernberedskap forutsetter kompetent og tilstrekkelig laboratoriediagnostikk. Å styrke laboratoriekapasiteten for referansefunksjoner for viktige agens står sentralt.

### Mattrygghet

Arbeidet med mattrygghet har som mål å redusere risikoen for sykdommer som kan bli overført med smittestoffer og uønskede fremmedstoffer i mat og drikkevann, samt å sikre redelig omsetning og ivareta forbrukerhensyn. Mattilsynets virksomhet krever samhandling mellom helse-, landbruks- og fiskerimyndighetene.

Det er fortsatt viktig med stor innsats for å sikre god hygiene i matproduksjonskjeden, slik at forekomsten av sykdommer som kan bli overført med mat og vann blir redusert.

Maten skal være trygg når den når forbrukerne, uavhengig av om den er framstilt innenlands eller importert. Tilsynet skal legges opp slik at en sikrer at sluttproduktene er trygge gjennom kontrollinnsats i hver del av matproduksjonskjeden. Tilsyn med sluttproduktene er fremdeles nødvendig for å sikre og dokumentere at de samlede tiltakene i hver del av matproduksjonskjeden har den ønskede virkning.

Endrede handelsmønstre og de kompliserte varestrømmene i moderne omsetning av mat gjør det nødvendig at virksomhetene har gode systemer for sporing dersom helseskadelige matvarer likevel kommer ut på markedet, slik at de kan trekke disse tilbake. Endring av mattilbudet, blant annet på grunn av bruk av nye ingredienser, økt beriking og økt forbruk av kosttilskudd gjør det nødvendig å utvide mulighetene til å gjennomføre risikovurdering av kostholdet, og stiller nye krav til dokumentasjonen om kostholdet og matvarenes sammensetning. Helhetsvurderinger av helsefremmende og skadelige sider ved matvarene blir mer aktuelt. God merking av matvarer er viktig for at forbrukerne skal kunne ta bevisste valg, også når det gjelder å velge sunn og helsebringende mat.

### 6.3.2 Den kommunale helse- og sosialtjenesten

Den nordiske velferdsmodellen kjennetegnes av en godt utbygd lokal helse- og sosialtjeneste. Kommunale tjenester er fundamentet i det samlede tjenestetilbudet til befolkningen. Det er derfor av stor betydning at disse tjenestenes kapasitet og innhold er i stand til å møte framtidens utrednings-, behandlings-, omsorgs- og rehabiliteringsutfordringer. Dette gjelder både i forhold til en økende andel innbyggere med innvandrerbakgrunn, sterkt voksende eldre befolkning og i forhold til at den sterkeste veksten i dag innenfor pleie- og omsorgssektoren skjer i gruppen yngre brukere hvor mange har sammensatte lidelser.

De kommunale helse- og sosialtjenestene har samlet om lag 200 000 årsverk med pleie- og omsorgstjenester som den største gruppen med nærmere 110 000 årsverk. Til sammenlikning er samlet antall årsverk innenfor spesialisthelsetjenesten om lag 93 000.

Den kommunale helsetjenesten omfatter allmennlegetjeneste, legevakt, fysioterapitjeneste, sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie, jordmortjeneste, sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, medisinsk nødmeldetjeneste og transport av behandlingspersonell. Helsetjenestens deltagelse i folkehelsearbeid er omtalt i kap. 6.3.1.

Sosiale tjenester omfatter blant annet hjemmehjelp, avlastningstiltak, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester, omsorgslønn, oppsøkende tiltak og omsorgs- og aktiviseringstiltak. De fleste kommunene har organisert en rekke sosiale tjenester inn i en pleie- og omsorgstjeneste, men de kan også være organisert i tilknytning til sosialkontor eller i tjenester for rus- og psykisk helsearbeid. For at den nye arbeids- og velferdsetaten (NAV) skal lykkes, er det avgjørende at samarbeidet med helse- og sosialtjenesten utvikles godt.

Som beskrevet i kap. 6.3.1 er det mange ulike tjenester og sektorer i kommunene som bidrar til å fremme folkehelse og sikre gode levekår for innbyggerne. Folkehelsen er avhengig av innsats i mange samfunnssektorer. Den kommunale helse- og sosialtjenesten har imidlertid ansvar for forebyggingsinnsatsen i helsetjenesten gjennom blant annet helsetestasjons- og skolehelsetjenesten, og den har ansvar for helseovervåking og en viktig rolle i samhandlingen med andre sektorer blant annet gjennom miljørettet helsevern og smittevern. Utfordringene for helse- og sosialtjenesten i kommunene må ses i sammenheng med andre



kommunale tjenester som kultur- og fritidssektoren, skole og barnehagesektoren og andre.

En del innbyggere har behov for omfattende tjenester og bistand fra mange aktører. Tjenester for å bedre enkeltpersoners helsesituasjon, fungering og mestring av hverdagen er forankret i forskjellige lover. Departementet følger opp det regelmessige rammeverk i denne sammenheng i arbeidet med oppfølgingen av NOU 2004: 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene (Bernt-utvalget). Det tas sikte på å sende ut et høringsnotat med utkast til ny felles lov om sosial- og helsetjenesten i kommunene i 2007.

For at den samiske befolkningen skal være sikret en likeverdig tilgang til helse- og sosialtjenester, må nødvendig kompetanse innen språk og kultur og flerkulturell forståelse finnes i kommunene. Dette gjelder særlig hos personell som har en behandlings-, pleie- og/eller omsorgsfunksjon.

#### Mestringsperspektiv og brukermedvirkning

Det er en overordnet målsetting for kommunenes helse- og sosialtjenester å bidra til å styrke enkeltmenneskers evne til å mestre tilværelsen og eget liv for de som har behov for slik hjelp. Til grunn for perspektivet ligger et syn på mennesket som den fremste ekspert på sitt eget liv og som selv vet best hva som er bra, nyttig og viktig for ham eller henne.

Brukermedvirkning er en rettighet nedfelt i lovverket og kan skje på ulike nivå; på individnivå som for eksempel rett til å medvirke i utformingen av tjenestetilbudet, påvirkning på systemnivå og gjennom medvirkning i politikikutforming gjennom brukerorganisasjoner. Systematisk innhenting av brukererfaring og læring av resultatene av tilsynsuttøvelse og av klagesaker er viktige verktøy i utvikling av tjenestetilbudene i kommunene. Kommunene står overfor en rekke utfordringer for å sikre at mestrings- og brukerperspektivet preger arbeidet til ansatte og til helsepersonell de har avtale/kontrakt med.

#### Samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten

Grensen mellom ansvar og oppgaver til kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er i stadig endring. Det er en ønsket utvikling at både utredning, behandling, rehabilitering og omsorg skal kunne ytes så nær pasientens hjem som mulig. Tidligere definerte «gråsoner» i tjenesteapparatet må i framtiden i større grad være områder for fellesløsninger mellom kommuner og helseforetak. Det vises til kap. 6.3.4 Helhet og samhandling.

Tjenester fra de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten må sammen utgjøre et behandlingsnettverk rundt enkeltbrukeren. Dette forutsetter at kommuner og helseforetak har et likeverdig forhold i samarbeidet og kjenner godt til hverandres tjenester og strukturer.

#### Lokaldemokrati og brukerorientering

Desentralisering av oppgaver og delegering av avgjørelsesmyndighet til kommunene legger forholdene til rette for lokalt selvstyre og for en større grad av brukerorientering i tjenestene. Kommunene, med sin nærhet til tjenestene og brukerne, forutsettes å være bedre i stand til å prioritere ressursene i samsvar med lokale behov og forutsetninger enn det regionen eller staten er.

Omsorgsarbeid utført av familie og frivillige er i omfang fortsatt nesten like omfattende som den offentlige omsorgen, og familieomsorgen og den offentlige omsorgen utfyller og forsterker hverandre. Det ligger et stort potensial i å utvikle bedre rammevilkår og legge forholdene bedre til rette for de som utfører frivillig omsorgsarbeid.

#### Omsorgstjenester

Omsorgstjenestene består i hovedsak av sykehjem, aldershjem, omsorgsboliger, hjemmesykepleie, ulike former for hjemmetjenester som ofte arbeider nært med den øvrige kommunale helse- og sosialtjenesten og dagtilbud og aktivitetstiltak. Omsorgstjenesten utførte i 2005 nærmere 110 000 årsverk for mer enn 200 000 tjenestemottakere. Av disse bodde vel 40 000 i institusjon. Økonomisk utgjør pleie- og omsorgstjenestene nesten 4/5 av kommunens samlede utgifter til helse- og sosialtjenester.

Uvikling av tjenestene de seneste årene er preget av desentralisering, institusjonalisering og differensiering av tilbudet. Kommunene utvikler stadig flere fleksible tilbud basert på brukerens behov for bistand og hjelp. Dette krever smidigere løsninger i organiseringen av tilbudet i pleie- og omsorgstjenesten. Kommunene har møtt disse utfordringene med en sterk opprustning av hjemmesykepleie og hjemmetjenester, et differensiert tilbud i sykehjem som blir gjort tilgjengelig for hjemmeboende brukere og en sterk utbygging av omsorgsboliger.

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 og lokal-

samfunn, organisasjoner og virksomheter. Så langt vi kan se i dag vil utfordringene først og fremst være knyttet til nye brukergrupper, aldring, behov for flere omsorgsytere, for bedre medisinsk oppfølging og for aktiviteter og sosial kontakt.

### *Strategier og videre oppfølging*

Regjeringens hovedstrategi for å møte morgendagens omsorgsutfordringer er å utnytte den demografisk sett stabile perioden vi har foran oss til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet og til å forbedre den raske veksten i omsorgsbehovet som forventes om 15 år. Allerede nå er det mulig å begynne en gradvis utbygging og foreta investeringer til forebyggende tiltak, kompetanse, ny teknologi, tekniske hjelpemidler og generell tilrettelegging. Strategiene oppsummerer regjeringens tiltak de nærmeste ti årene for å møte både dagens og framtidens omsorgsutfordringer. Strategiene presenteres i sin helhet i St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening*.

De følgende tiltak utgjør sentrale elementer i regjeringens omsorgsplan. Disse vil bli kjennetegnet på framtidens omsorgstjenestetilbud og gi planleggingen retning og innhold.

### **Investeringsstilskudd til sykehjem og botilbud**

Regjeringen varsler et nytt investeringsstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger. Målgruppen for ordningen er personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Tilskuddet vil legge til rette for langsiktig planlegging og investering i den kommunale omsorgstjenesten. Tilskuddet vil styrke kommunes tilbud om bl.a. korttidsplasser i sykehjem og botilbud for eldre og funksjonshemmede med behov for omfattende omsorgstjenester både i sykehjem og omsorgsbolig, herunder også personer med psykiske lidelser, utviklingshemming og rusmiddelproblemer. Tilskuddet skal også gis til tilpasning av egen bolig og atkomst til boligen (eksempelvis heis). Regjeringen vil komme tilbake til spørsmål om investeringsstilskuddet i forbindelse med statsbudsjettet for 2008.

### **Kapasitetsvekst og 10 000 årsverk**

Gjennom økte rammer til kommunesektoren har regjeringen lagt til rette for en utvidelse av personellkapasiteten med 10 000 nye årsverk i den kommunale omsorgstjenesten innen utgangen av 2009, sammenliknet med nivået i 2004. Kommunene forutsettes først og fremst å benytte denne veksten til å utvide tjenestetilbudet i sykehjem og hjemmetje-

nester ut fra lokale behov og prioriteringer. Regjeringen vil utover dette spesielt peke på mulighetene de nye personellårsverkene gir for å bidra til:

- mer omsorg i omsorgsboligene
- styrke legedekning og den medisinske kompetanse i omsorgstjenesten
- sterkere vekt på kultur, aktivitet og sosiale tiltak
- utbygging av dagtilbud og eldresentra
- styrke demensomsorgen – forebyggende tiltak og koordinering av frivillige

### **Kompetanse- og rekrutteringsplan**

Kompetanseløftet 2015 har til formål å skaffe tilstrekkelig personell og nødvendig fagkompetanse til den kommunale helse- og sosialtjenesten. I handlingsprogrammet for den første fireårsperioden vil det bli lagt vekt på tiltak som vil gi:

- flere helsefagarbeidere
- økt andel ansatte med helse- og sosialutdanning
- styrket ledelse og bedre arbeidsmiljø
- redusert ufrivillig deltid
- økt videreutdanning

I tillegg gjennomføres rekrutteringskampanje med sikte på bredere rekruttering både i forhold til alder, kjønn og kulturell og yrkesmessig bakgrunn.

### **Opptappingsprogram for forskning og utvikling**

For å styrke den praksisnære omsorgsforskningen vil regjeringen etablere egne regionale forsknings- og utviklingssentre (FoU-sentre). Det er hensiktsmessig å etablere sentrene i sentrale høyskolemiljøer som har helse- og sosialfagutdanning, slik at forskningsaktiviteten også bidrar til å styrke fagutvikling og metodeutvikling i helse- og sosialutdanningene og sikre nærhet til tjenesteutøverne i kommunene. Lokalisering av senterne vil blant annet ta hensyn til behovet i helseregionene i forhold til allerede etablerte fagmiljø og infrastruktur, og at høyskolene samarbeider med undervisnings- sykehjemmene i hver helseregion. Organisering og finansiering av FoU-sentrene vil bli drøftet med Norges forskningsråd og andre berørte aktører. Det er viktig å ivareta geografisk spredning, kvalitet og gode samarbeidsrutiner og samarbeid med lokale aktører og det nasjonale nettverket. Norsk Pensjonistforbund har gjennom Einar Strands forskningsfond bidratt med finansiering. I tillegg er regjeringen og KS enige om å styrke kommunal deltakelse i praksisnær forskning og utviklingsarbeid i tjenesten gjennom den nye avtalen for helse- og omsorgstjenesten.

### Ny avtale om kvalitetsutvikling

Regjeringen og KS er blitt enige om en ny avtale om kvalitetsutvikling i de kommunale sosial- og helsetjenestene. Partene er enige om de hovedstrategier som er nødvendige for å møte framtidens omsorgsutfordringer, og legger vekt på tverrfaglig kompetanseheving, kommunal planlegging og organisasjons- og ledelsesutvikling med sikte på å gi tjenestetilbudet høyere kvalitet, en mer aktiv rehabiliterings- og omsorgsprofil og tilpasset tjeneste ut fra enkeltbrukerens behov.

### Etikkprosjekt

Ansatte i den kommunale helse- og sosialtjenesten står daglig overfor vanskelige etiske dilemma og problemstillinger som krever etisk bevissthet og god dømmekraft. Som en del av kvalitetsavtalen har regjeringen invitert KS og yrkesorganisasjonene til et samarbeid om å utvikle et opplegg for å sikre alle ansatte grunnopplæring i fagetikk og utvikle modeller for å forankre etikkarbeidet organisatorisk i kommunal sammenheng.

### Plan for demensutfordringen

Aldersdemens er den lidelsen som fører til flest år med alvorlig funksjonstap på slutten av livet og krever mest ressurser av den kommunale helse- og sosialtjenesten. Om lag 66 000 personer har denne alvorlige lidelsen i dag. For nesten halvparten av dagens sykehjemspasienter er denne diagnosen hovedårsak til innleggelsen, og tre fjerdedeler av de som bor i sykehjem har en demenslidelse. I årene som kommer vil det være en økning på om lag 10 000 nye tilfeller årlig.

Regjeringen vil gi forskning og fagutvikling innen forebygging og behandling av demenssykdommer høy prioritet. Departementet er i gang med å utarbeide en plan for å styrke hele tiltakskjeden i det videre arbeidet med demens. Planarbeidet rettes mot forskning, utviklingstiltak, kompetanseheving og rekruttering, boformer og samarbeid med pårørende. Planarbeidet skal også tydeliggjøre hva slags tilbud det forventes at spesialisthelsetjenesten kan gi til denne pasientgruppen. Planen skal utformes med sikte på iverksettning fra 2008.

### Utvidet pasientombudsordning

Pasientenes/tjenestemottakerens saker er ofte sammensatte og krever en ombudsordning som dekker begge forvaltningsnivå og samhandlingen mellom dem. Regjeringen vil derfor foreslå lovend-

ringer slik at også brukere av kommunale helse- og sosialtjenester skal få ombud.

### Tiltak for pårørende

Regjeringen har satt i gang et arbeid for å se nærmere på dagens helse- og sosiallovgivning og permisjonsreglene i arbeidslivet for å legge forholdene bedre til rette og sikre rettighetene til familie, pårørende og frivillige som påtar seg omfattende omsorgsansvar. Det vil også bli utarbeidet en håndbok (veileder) for tjenestemottaker og familie/pårørende som beskriver rettigheter og plikter etter helse- og sosiallovgivningen og gi praktiske anvisninger på hvordan en kan forholde seg til helse- og sosialtjenestens forvaltning f.eks. ved søknader, vedtak og klagebehandling.

### Utbygging av frivillighetsentraler, eldresentre og forebyggende tiltak

Frivillighetsentraler, eldresentre, dagtilbud og andre tiltak som fungerer forebyggende og utløser og koordinerer frivillig innsats, kan styrkes med personell innenfor rammen av de 10 000 nye årsverkene til omsorgstjenesten.

### Legetjenesten i kommunene

Legetjenesten i kommunene omfatter både allmennlegetjeneste, legevakt og samfunnsmedisinsk arbeid. Allmennlegen representerer ofte innbyggerens første møte med helsetjenesten. Allmennlegetjenesten omfatter fastlegeordningen, allmennmedisinsk offentlig legearbeid (helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem, fengsler og asylmottak med mer) og 24 timers kommunal legevakt. Et særskilt trekk ved den norske allmennlegetjenesten er at de ulike typer legeoppgaver i de fleste kommuner blir ivaretatt i fellesskap av legene innen den enkelte kommune.

Det samlede antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten økte fra 3809 i 2000 til 4219 i 2005 (SSB). Andelen legeårsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede økte med seks pst. fra 2004 til 2005 (fra 260 til 275 årsverk). Antall leger med fastlegeavtale har økt fra 3486 i januar 2001 til 3807 per 30. juni 2006. SSB-tall for legeårsverk i kommunehelsetjenesten per 10 000 innbyggere viser en økning fra 7,5 i 1994 til 9,1 i 2001. Siden 2001 har omfanget av legeårsverk i kommunene vært på samme nivå. Fortsatt er drøye 100 fastlegehjemler uten fast lege. Mangelen på fast lege er størst i Nordland og Finnmark (spesielt indre Finnmark). Departementet har gjennom statsbudsjettet fra 1998 gitt årlige tilskudd til en rekke stimulerings tiltak for

å bedre rekruttering og stabilitet i legedekningen i små- og utkantkommuner. Antall fastlegehjemler uten fast lege har de siste par år blitt færre i Sogn og Fjordane. Fylkesmannens initiativ i samarbeid med KS lokalt og kommunene ser ut til å ha bedret situasjonen. Organisering av legevakt på natt og i helger/helligdager og deltagelse i fagutvikling lokalt ser ut til å ha stor betydning for rekruttering og stabilitet, spesielt av nyutdannede leger.

#### *Fastlegeordningen*

Allmennlegetilbudet til befolkningen er fra 1. juni 2001 organisert som en fastlegeordning. Formålet med fastlegeordningen er at alle innbyggere som ønsker det skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Kommunene er forpliktet til å tilby innbyggerne mulighet til å være tilknyttet en fast lege eller legepraksis. De fleste fastleger er privatpraktiserende og har en individuell fastlegeavtale med kommunen. Fastlegen har etter fastlegeforskriften § 7 ansvaret for allmennlegetilbudet til personer på sin liste innenfor de rammer som gjelder for fastlegeordningen i lov, forskrift og sentral avtale. Listesystemet med en innbyggerliste for hver fastlege og ordningen med kontrakter mellom kommunene og fastlegene som privatpraktiserende leger er to av kjerneelementene i fastlegeordningen.

#### *Evaluering av fastlegeordningen*

Fastlegereformen har først og fremst vært en reform av strukturell karakter som innebar en omorganisering av allmennlegetjenesten. Norges forskningsråd (NFR) har hatt ansvar for å koordinere en femårig, forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen fra 2001–2005. Sluttrapporten konkluderer med at fastlegereformen i hovedsak har vært vellykket. Det gjenstår likevel noen utfordringer for allmennlegetjenesten. Sluttrapporten vektlegger følgende utfordringer:

#### **Tilgjengelighet til fastlegene**

Tilgjengeligheten til fastlegekontoret oppleves i mange tilfeller som for dårlig. Dette gjelder både telefonilgjengelighet, ventetid på time og tilgjengelighet på legevakt. Innbyggernes muligheter til fritt å velge allmennlege er sterkere regulert med fastlegeordningen. Tilgjengeligheten til eget fastlegekontor blir dermed i stor grad bestemmende for tilgjengeligheten til helsetjenester. Pasientene ønsker å slippe til med påtrengende problemer når de selv opplever at det haster. Fastlegene må derfor kunne ta imot henvendelser på kort varsel.

Etter departementets vurdering handler dette i stor grad om fastlegenes organisering av egen praksis. Kommunene som kontraktspart med fastlegene forutsettes å ivareta innbyggernes behov og å sørge for at deres rettigheter blir innfridd. Likeledes er det viktig at kommunene løpende overvåker innbyggernes muligheter til å kunne bytte lege, og at de til enhver tid har opprettet et tilstrekkelig antall fastlegehjemler. Dermed vil innbyggernes rett til å kunne bytte være reell i alle kommuner.

Evalueringsrapporten peker også bl.a. på at størrelsen på egenandeler for allmennlegehjelp, kan ha betydning for tilgjengelighet fastlege.

#### **Rekruttering til fastlegevirksomhet**

Det kan være et økonomisk løft for en nyutdannet lege å etablere seg som privatpraktiserende fastlege. Om lag 35 pst. av nyetablerte fastleger i perioden 2001 til 2004 er kvinner. Samtidig er andelen kvinnelige medisinstudenter godt over 50 pst. Det er ønskelig med flere kvinner som fastleger. Departementet vil i samarbeid med KS og Legeforeningen se nærmere på hvilke konsekvenser eventuelle endringer i priser på legepraksiser kan få for rekrutteringen til allmennlegevirksomhet og for kvinnelige fastleger spesielt.

#### **Fastlegenes samarbeid med andre**

Evalueringen av fastlegeordningen antyder et potensial for bedre samhandling både med andre kommunale tjenester og med spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder spesielt pasienter med omfattende og sammensatte behov for tjenester over lang tid.

Kommunene som forvaltningsorgan og som kontraktspart med de privatpraktiserende fastlegene har et særskilt ansvar for at fastlegene ivaretar sin rolle og sine oppgaver i samhandlingen om ulike pasientgrupper. Dette gjelder spesielt i forhold til pasienter/brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Det gjelder også i forhold til andre leger og andre yrkesgrupper både med og uten henvisningsrett. Kommunene kan her bruke både lokalt samarbeidsutvalg og den individuelle fastlegeavtalen som utgangspunkt.

#### *Kommunelege Is rolle*

Kommunelegen er medisinskfaglig rådgiver for kommunen, og dermed en sentral premissleverandør for lokale helsepolitiske beslutninger, helsemessig beredskap og ivaretagelse av smittevernoppgaver som utarbeiding av smittevernplan og

miljørettet helsevern for øvrig. Kommunelege I har en sentral oppgave i å planlegge legetjenesten i kommunen gjennom deltakelse i lokalt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (LSU). Det vises til kap. 6.3.1 Folkehelsearbeid.

Evalueringsrapporten av fastlegereformen påpeker at samfunnsmedisinen har i mange år strevd med rekrutteringssvikt og ustabilitet. I perioden 1994–1999 sluttet 50 pst. av samfunnsmedisinere i stillingene sine. Det samme skjedde i perioden 1999–2002. Antall timer brukt på samfunnsmedisinsk arbeid har også gått nedover i mange år uavhengig av innføring av fastlegereformen. Det kan ikke stilles vilkår om deltakelse i samfunnsmedisinsk arbeid for inngåelse av fastlegeavtale. Mange allmennleger, og særlig nyutdannede leger, har ikke samfunnsmedisinsk kompetanse. Samfunnsmedisinsk arbeid er mest tjent med at slikt arbeid gjøres gjennom frivillig avtale. Kommunelege I skal bidra med samfunnsmedisinsk perspektiv i kommunalt plan- og utviklingsarbeid. Det er derfor viktig å rekruttere leger med samfunnsmedisinske kvalifikasjoner til kommunene.

#### *Allmennt medisinsk offentlig legearbeid*

Allmennt medisinske offentlige legeoppgaver er individrettede og omfatter blant annet arbeid i helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem og fengsel-sanstalter. I henhold til fastlegeforskriften og sentralt avtaleverk kan kommunen stille vilkår om deltakelse i allmennt medisinsk offentlig legearbeid i inntil 7,5 timer per uke ved full kurativ virksomhet. Kommuner og leger kan inngå avtale om et høyere timetall. Fastleger utøver i gjennomsnitt 4,3 timer allmennt medisinsk offentlig legearbeid per uke. I en del kommuner er legedekningen utilfredsstillende i henholdsvis sykehjem, skolehelsetjeneste, helsestasjoner samt i fengsler og asylmottak for kommuner som har dette. Evalueringen av fastlegeordningen har også antydnet at stillingsbrøkene i sykehjem i mange tilfeller er så små at det grenser til faglig uforsvarlighet. Det ligger et ubrukt potensial innen offentlig legearbeid som kommunene bør benytte i større grad.

Regjeringen ønsker å styrke det allmennt medisinske tilbudet til omsorgstjenestens brukere; dette gjelder både pasienter i sykehjem og mottakere av hjemmetjenester og hjemmesykepleie. I første omgang settes fokus på å høyne kapasiteten og kvaliteten på legetilbudet i sykehjemmene. Deretter vil departementet gjennomgå fastlegenes ivaretagelse av ansvaret for medisinsk hjelp til mottakere av hjemmetjenester og hjemmesykepleie. Departementet legger til grunn et behov for å øke innsatsen av legeårsverk i sykehjem med minst 50 pst. fram til

2010. Sosial- og helsedirektoratet har under utarbeiding faglige retningslinjer for legetjenesten i sykehjem, forankret i kvalitetsforskriften. Statens helse-tilsyn vil i 2007 ha et særskilt fokus på legetjenestene i sykehjem. For å styrke kvaliteten på det medisinske tilbudet som ytes i sykehjem vil regjeringen legge til rette for at kommunene knytter sine sykehjem til NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus).

Grunnutdanning, turnustjeneste, spesialistutdanning, forskning og fagutvikling har betydning for rekruttering av leger til det enkelte fagområde. Departementet vil sørge for at aldersmedisin generelt og sykehjemsmedisin spesielt blir styrket i turnustjenesten for leger og i spesialistutdanningen av leger.

#### *Legevakt*

Kommunene skal sørge for en legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Den kommunale legevaktstjenesten er en viktig del av de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Legevaktarbeid kan for enkeltleger oppleves som en stor belastning. Dette kan føre til vansker med rekrutteringen til enkelte kommuner som har få leger å dele legevaktopp-gavene på.

På landsbasis er det etablert omlag 30 interkommunale legevaktordninger med bemannet legevaktsentral på natt og i helger/helligdager (IKL). Dette innebærer en kvalitetsheving av den kommunale legevakten. Samtidig bidrar en slik organisering til at vakthyppheten for den enkelte fastlege reduseres betydelig, noe man vet er av stor betydning for både rekruttering til fastlegehjemler i små kommuner og for stabiliteten i legetjenesten. Departementet er kjent med at flere kommuner ønsker eller planlegger etablering av interkommunalt legevaktsamarbeid med bemannet legevaktsentral.

#### *Videre oppfølging*

Ved behandlingen av St.prp. nr. 60 (2004–2005) Om lokaldemokrati, velferd og økonomi i kommunesektoren 2006 (kommuneproposisjonen), gjorde Stortinget et anmodningsvedtak nr. 528 angående interkommunalt legevaktsamarbeid. I vedtaket bes regjeringen redegjøre hvordan det kan utvikles statlige insentiver som bidrar til utvikling av interkommunalt legevaktsamarbeid der dette framstår som geografisk hensiktsmessig og tjenlig for befolkningen. Departementet har til vurdering flere rapporter som angår kommunal legevakt generelt og interkommunalt legevaktsamarbeid

spesielt. I 2002 ble det utbetalt 306 mill. kroner til legevaktarbeid og i 2005 304 mill. kroner. I hvilken grad slik omlegging har ført til mer bruk av ambulansetjenesten er foreløpig usikkert. Departementet vil i samarbeid med KS og Legeforeningen foreta en vurdering av hvordan det eventuelt kan utvikles virkemidler som bidrar til at flere kommuner kan etablere IKL.

#### *Forskning og fagutvikling innen allmenntjenesten*

Kommunehelsetjenestens oppgaver har forandret seg mye de siste tiårene, noe som medfører behov for ny og forskningsbasert kunnskap. Det er derfor behov for å styrke forskning og fagutvikling innen allmenntjenesten på tjenestens egne premisser. Både i Norge og Sverige ligger allmenntjenestens fagutvikling og forskning langt etter medisinsk forskning og fagutvikling innen spesialisthelsetjenesten.

I forbindelse med behandlingen av revidert statsbudsjett for 2006 har Stortinget bevilget 3 mill. kroner til nærmere planlegging av allmenntjenestens forskningsenheter. Det tas sikte på oppbygging av fire forskningsenheter som knyttes opp til universiteter som har medisinsk grunnutdanning. Enhetene forutsettes å ha nært samarbeid med universitetene og forutsetter en praksisnær og pasientrettet allmenntjenestens forskning. Arbeidet og midlene videreføres i 2007.

I forbindelse med takstforhandlingene med Legeforeningen ble det avsatt 2 mill. kroner til fond til forskning i allmenntjenesten. Midlene vil bli brukt til å styrke oppbyggingen av forskningsenheter i nært samarbeid mellom Legeforeningen og helsemyndighetene.

#### *Fysioterapitjenesten*

Ressursinnsatsen i fysioterapitjenesten utgjorde i 2005 til sammen 4148 personer, fordelt på hhv 1326 ansatt i kommunene, 2531 med driftsavtale med kommunene, 153 privatpraktiserende uten driftsavtale og 137 turnuskandidater.

Fysioterapitjenesten har ikke vært gjenstand for systematisk gjennomgang eller evaluering de siste 15 år. Departementet har derfor gitt Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å foreta en kartlegging av tjenesten. Kartleggingen vil foreligge høsten 2006. Videre vil det bli foretatt en gjennomgang av finansierungsordningene for fysioterapitjenesten, sett i lys av formålet med tjenesten og dens funksjon innenfor kommunehelsetjenesten.

#### *Utfordringer knyttet til noen særskilte brukergrupper*

Oppsøkende arbeidsformer og nettverksorientert tilnærming preger mye av det kommunale arbeidet. Noen brukere har store vansker med å møte til faste avtaler hos fastlege eller på andre offentlige kontor. Det er en særlig utfordring for den kommunale helse- og sosialtjenesten å utvikle gode arbeidsmetoder rettet mot slike brukere. Statens helsetilsyn (2005) har i rapporten Pleie- og omsorgstjenester på strekk, særlig påpekt utfordringer i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser og personer med rusavhengighet. Tjenestene og arbeidsformene bør tilpasses brukerne, og ikke omvendt.

Det må stimuleres til bygging av kompetente fagmiljø uavhengig av organisatoriske tilknyttinger og modeller. For kommuner med få ansatte i deltjenester eller som har få fagfolk med bestemt kompetanse vil det være aktuelt å bygge fagmiljø og faglige nettverk på tvers av kommunegrensene og i fellesskap med spesialisthelsetjenesten.

#### *Mennesker med rusmiddelproblemer*

Tilgjengeligheten til helsetjenester for personer med rusmiddelproblemer er blitt mye bedre de siste årene. Med rusreformen fikk rusmiddelavhengige pasientrettigheter også ved tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Rusreformen medførte også at leger og sosialtjenesten fikk rett til å henvise til tverrfaglig spesialisert behandling i spesialisthelsetjenesten. Antallet deltakere i legemiddelassistert rehabilitering har økt og langt flere får tilbud om tilpassede helsetjenester som lavterskel helsetiltak. Samtidig dokumenterer Helsetilsynet og Riksrevisjonen gjennom tilsynsrapporter at det er store udekkede behov for tjenester. Mange får ikke de tjenester de har krav på og tjenestene har ikke nødvendig kvalitet. Det er særlig bekymringsfullt at ungdom med debuterende rusmiddelproblemer ikke fanges opp tidlig nok og får tilpasset hjelp.

Både tilsynsrapporter og flere evalueringer peker på at utfordringene er særlig store i kommunene. Selv om stadig flere får behandling i spesialisthelsetjenesten, er langt de fleste personer som har rusmiddelproblemer mottakere av kommunale tjenester eller bor i kommunene uten å motta tjenester fra det offentlige. Kommunene har et helhetlig ansvar på rusfeltet, og mange brukere har behov for en langsiktig oppfølging og tjenester fra flere sektorer. Rusmiddelavhengige har ofte dårlige levekår og store sosiale og helsemessige problemer. Ved sammensatte behov er sosialfaglig arbeid, herunder mil-

jøterapi og boveiledning, en forutsetning for at den det gjelder skal kunne nyttiggjøre seg helsetjenester og sosial- og arbeidsrettet rehabilitering. Det er store variasjoner i grad av rusmiddelproblemer og livssituasjon. Kommunene må kunne bruke differensierte tiltak og kunne gi den enkelte et individuelt opplegg. Det er behov for å styrke kompetansen om rusmiddelproblematikk og omsorgs- og rehabiliteringstiltak, og for å heve kvalitet og utvikle arbeidsmetoder. Det er ofte en sammenheng mellom rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Det vil derfor ofte være nødvendig med samordning og til dels overlapping mellom disse tjenesteområdene.

Kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for behandling og oppfølging av personer med praktiseres ulikt, noe som gir variasjoner i hva slags tilbud som gis. Kommunale og statlige myndigheter mangler tilstrekkelig informasjon om forholdet mellom ressursbruk og tjenestetilbud fordi styringsinformasjon og dokumentasjon av aktiviteten innen rusfeltet ikke er presis nok. Det skyldes blant annet at rapporteringssystemene registrerer behov og ikke diagnose.

Kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar for behandling og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer praktiseres ulikt, noe som gir variasjoner i hva slags tilbud som gis. Kommunale og statlige myndigheter mangler tilstrekkelig informasjon om forholdet mellom ressursbruk og tjenestetilbud fordi styringsinformasjon og dokumentasjon av aktiviteten innen rusfeltet ikke er presis nok. Det skyldes blant annet at rapporteringssystemene registrerer hvilken tjeneste det er behov for og ikke diagnose.

I et forebyggingsperspektiv er det viktig at kommunehelsetjenesten og andre kommunale tjenester blir bedre til å gi hjelp og veiledning tidlig i en ruskarriere for å forhindre utvikling av alvorlig rusmiddelavhengighet med tilhørende sosiale og helsemessige problemer.

#### *Videre oppfølging*

Regjeringen vil ferdigstille en opptrappingsplan for rusfeltet høsten 2006. Innsatsområdene for kommunenes ansvar vil særlig gjelde:

- forebygging, tidlig intervensjon, tilgjengelige tjenester, herunder styrke lavterskel tiltak og oppfølging i bolig
- kvalitetsutvikling i samarbeid med KS og frivillig sektor
- kompetanseheving og faglig løft, bedre forskning og dokumentasjon
- samhandling med spesialisthelsetjenesten, ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV), kriminalomsorgen og barnevern, økt brukermedvirkning

Innsatsen på rusfeltet må også ses i sammenheng med regjeringens innsats for å forebygge og avskaffe fattigdom og organiseringen av ny arbeids- og velferdsforvaltning.

#### *Mennesker med psykiske lidelser*

Bakgrunn og status for gjennomføringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) beskrives nærmere i kap. 6.6. I løpet av opptrappingsperioden vil kommunene, medregnet styrkingen i perioden 1995–1998, få tilført midler som gir rom for om lag 6000 nye årsverk. Det psykiske helsearbeidet vil dermed ha flere årsverk enn de øvrige helse- og sosialtjenester utenom pleie- og omsorgstjenesten. Psykisk helsearbeid er både et kunnskapsfelt og et praksisfelt, og omfatter bl.a. forebygging, opplysningsarbeid, behandling, rehabilitering og tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og deres nærmeste. Målet er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og å styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser.

Kommunene har med tilskudd fra Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) hatt foreløpig vekt på behandlings- og oppfølgingstiltak til voksne og primærforebyggende tiltak til barn og ungdom. Det vil framover være behov for å utvikle behandlings- og oppfølgingstiltak til barn og ungdom med psykiske vansker. Det er et mål at kompetanse og fagmiljø i psykisk helsearbeid for barn og ungdom i kommunene styrkes framover. I helseplanperioden vil følgende områder ha særlig fokus:

#### *Videre oppfølging*

- Sikre god kvalitet og effekt av tiltak og tjenester for brukerne gjennom bygging av kompetente fagmiljø innen psykisk helsearbeid i kommunene. Stimulere til økt tverrfaglighet og flere psykologstillinger i det psykiske helsearbeidet for voksne og for barn i kommunene. Utvikle hensiktsmessige modeller for faglige fellesskap mellom ansatte i kommunalt rusarbeid og ansatte i det psykiske helsearbeidet i kommunene. Utvikle fagmiljø og fagnettverk på tvers av kommunegrensene og i fellesskap med distriktspsykiatriske sentre (DPS).
- Sterkere fokus på å utvikle utrednings-, behandlings- og oppfølgingstilbud på førstelinjenivå til barn og ungdom med psykiske vansker, herunder styrke fagmiljø i psykisk helsearbeid for barn og unge, eventuelt på tvers av kommunegrensene og i samarbeid med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Utvikle oppsø-

kende arbeidsformer som bedre møter barn og ungdom på deres arenaer; i hjem, barnehage/skole og fritid. Tettere samarbeid med pårørende og pedagogisk personell i oppfølging av barn og ungdom som har utviklet psykiske vansker.

- Samarbeid mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten og poliklinikker for barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) skal styrkes med tanke på tidlig identifisering av psykiske plager og lidelser hos barn og unge med sikte på tidlig iverksetting av tiltak.
- Mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal få et helhetlig og sammenhengende bistand og oppfølging gjennom gjensidige og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Det er viktig at det kan tilbys tilrettelagte boliger med tilstrekkelig bistand i kommunene.
- Fokus på psykisk helse inngår i den nye arbeids- og velferdsetaten bl.a. gjennom Strategi for arbeid og psykisk helse. Det blir viktig å utvikle faste samarbeidsstrukturer mellom fagfeltet psykisk helsearbeid, spesialisthelsetjenesten og NAV.
- Styrke kunnskapsgrunnlaget for psykisk helsearbeid i kommunene, gjennom etablering av et kompetansesenter i psykisk helsearbeid. Utvikle statistikk og dokumentasjon for kommunens psykiske helsearbeid framover.

#### *Mennesker med psykisk utviklingshemming*

Etter avviklingen av det særskilte helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) har utviklingshemmedes behov for tjenester blitt ivarettatt av de ordinære tjenestene i kommunene. Det har vært en betydelig økning i tilsetting av vernepleiere i kommunene etter at utdanningskapasiteten ble økt fra siste halvdel av 1990. Det ser likevel ut til at tjenester til utviklingshemmede fortsatt i stor grad ytes av mange uten høgskoleutdanning eller uten formell utdanning. Vernepleierne som arbeider i feltet er ofte alene om fagutviklingsarbeid. Det kan føre til at vernepleierne søker seg ut til mer attraktive fagmiljø.

Tilsynsmeldingen 2005 fra Statens helsetilsyn etterlyser stabil personellsituasjon og god fagkompetanse. Erfaring fra tilsyn viser at kommunene i dag ikke i tilstrekkelig grad sikrer at andre løsningsalternativer blir prøvd før det blir brukt tvang. Kommunene søker ofte om dispensasjon fra kompetansekravene i sosialtjenestelovens kapittel 4A fordi tjenesten ikke innehar tilstrekkelig og rett kompetanse.

#### *Videre oppfølging*

Kvaliteten i omsorgstjenesten til utviklingshemmede vil bli fulgt opp gjennom de virkemidlene regjeringen beskriver i St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Utfordringer for framtidens omsorg.

Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet vil også sørge for særlig oppfølging av tjenestene til personer med utviklingshemming gjennom.

- evaluering av praktiseringen av bestemmelsene i sosialtjenesteloven om å begrense bruk av tvang overfor personer med utviklingshemming
- utviklingsprogrammet: Aldring og utviklingshemmede (UAU)
- utviklingen av det nasjonale fagmiljøet på området utviklingshemming, som ble etablert i 2006
- særlige FOU-tiltak

Sosial- og helsedirektoratet arbeider med en oppsummering av kunnskap om sosial- og helsetjenestene til mennesker med utviklingshemming. Departementet vil i samarbeid med direktoratet vurdere eventuelle behov for mer kunnskap og tiltak på feltet.

#### *Yngre mennesker med fysisk funksjonshemming*

Dette er en svært heterogen gruppe både når det gjelder type funksjonshemming og grad av nedsatt funksjonsevne. Det er likevel gjennomgående viktig at helse- og sosialtjenestene blir gjort tilgjengelige både når det gjelder transport, bygningsmessige forhold og kommunikasjon og informasjon. Mange har behov for tilrettelagt bolig. Planlegging av slik bolig bør skje i god tid slik at det kan bli en viktig del i helhetlig habilitering og rehabilitering og kan legge godt grunnlag for deltakelse i samfunnet og i arbeid når det er mulig.

For en del personer med nedsatt funksjonsevne kan det være en god løsning å organisere praktisk bistand etter sosialtjenesteloven som brukerstyrt personlig assistanse (BPA) Bruker er da selv arbeidsleder for assistenten(e) og den som organiserer tjenestene. Det kreves god opplæring og veiledning for at denne ordningen skal fungere. Det gjelder både saksbehandlere, arbeidsledere og assistenter. For mange personer med nedsatt funksjonsevne vil en slik opplæring og overgang til å ta arbeidslederansvar være et viktig mål og virkemiddel i en mer helhetlig rehabiliteringsprosess. Det bør satses videre på at slik opplæring blir videreutviklet og blir et permanent tilbud.

Departementet ønsker å stimulere kommunene til å organisere tjenestetilbudet på nye måter



og bidra til økt valgfrihet og brukerinnflytelse samt større kommunal likhet i praktiseringen av ordningen.

#### *Tannhelsetjenesten – framtidig utvikling*

Tannhelsetjenesten er organisert som en fylkeskommunal helsetjeneste. Tannhelsetjenesten ble utredet i NOU 2005:11 Det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest. Utredningen ble sendt på alminnelig høring, med høringsfrist 1. november 2005. Departementet har i alt mottatt 104 høringsuttalelser. 88 har hatt merknader til utredningen.

Utvalget går ikke inn for en generell offentlig finansiering av tannhelsetjenester, men tilrår at det offentlige engasjementet rettes mot de gruppene som anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester. I tillegg foreslås blant annet å styrke den offentlige tannhelsetjenesten, å prisregulere med maksimaltakster og å innføre etableringskontroll av tannleger.

Det er bred enighet fra høringsinstansene til utvalgets forslag om å styrke den offentlige tannhelsetjenesten og om bedre samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Dette er forhold som også regjeringen vil legge vekt på i det videre arbeidet. Videre støtter høringsinstansene utvalgets forslag om å forenkle regelverket på trygdens område. Arbeids- og velferdsdirektoratet har derfor fått i oppdrag å gjennomgå aktuelt regelverk, med sikte på forenkling.

Det er stor uenighet om forslagene som innebærer en regulering det private tannlegemarkedet, som utgjør nesten  $\frac{3}{4}$  av tannhelsetjenesten. Dette gjelder særlig etableringskontroll og innføring av nasjonale takster. For å få bedre kunnskap om pris- og kostnadsnivået i denne sektoren, er det derfor påbegynt en kartlegging i samarbeid med SSB, universitetet og Tannlegeforeningen.

#### *Videre oppfølging*

Med bakgrunn i utredningen og hørings svarene, har regjeringen besluttet at reformarbeidet ikke skal omfatte en generell offentlig finansiering av tannhelsetjenester for hele befolkningen i denne omgang. Det offentliges engasjement skal fortsatt rettes mot de grupper som anses å ha et særlig behov for tannhelsetjenester enten gjennom offentlig organiserte tjenester og/eller trygderefusjon. For mange av disse gruppene forutsetter et godt tannhelsetilbud et nært samarbeid mellom tannhelsetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Regjeringen vil legge fram en stortingsmelding om tannhelsetjenesten for Stortinget i 2007.

#### **6.3.3 Spesialisthelsetjenesten**

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager. Tjenesten skal også gi veiledning til pasienter og kommunalt helsepersonell, drive undervisning og medisinsk forskning. Spesialisthelsetjenesten løser de oppgaver i helsetjenesten som krever kompetanse og ressurser ut over det som kommunehelsetjenesten er satt opp med. I spesialisthelsetjenesten har vi somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, prehospitale tjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet. Den offentlige spesialisthelsetjenesten er organisert som 32 helseforetak i fem helseregioner.

Det har vært en reell vekst i bevilgningene (korrigert for nye oppgaver) til regionale helseforetak på gjennomsnittlig 1,3 mrd. kroner eller 1,6 pst. per år fra 2002 til 2006. Kostnadene i spesialisthelsetjenesten økte reelt med 5,1 pst. per år i perioden 1997 til 2001. I perioden 2002 til 2004 har denne kostnadsveksten avtatt til 3,2 pst. per år. Dette er om lag på linje med vekst i økonomien for øvrig. Kostnadene har økt sterkere i Norge enn i sammenlignbare land fra 1995, og utgjorde i 2005 10 pst. av brutto nasjonalproduktet. Dette har i stor grad vært en ønsket utvikling for å øke aktiviteten, redusere behandlingsskøer og øke tilbudet innen psykisk helsevern.

Siden 1990 har antall helsepersonell i spesialisthelsetjenesten økt sterkt, og er nå på 93 000 årsverk. Tallet på leger økte med 80 pst. i perioden 1990–2004, og over 10 000 leger arbeider nå i spesialisthelsetjenesten. Antallet sykepleiere økte med 60 pst. til 31 000. Andelen utgjør om lag 65 pst. av landets leger og 50 pst. av sykepleierne.

I 2005 var det i overkant av 6 mill. oppholdsdøgn og 4,8 mill. polikliniske konsultasjoner ved norske sykehus. Antallet utførte behandlinger har økt sterkt i perioden 2002–2005. Sterkest har økningen vært for dagbehandling. Fra 2002–2005 økte antall døgnopphold i somatiske institusjoner med 9 pst., mens antall dagbehandling økte med vel 42 pst. I psykisk helsevern var det fra 1998–2005 en økning i antall polikliniske konsultasjoner for voksne på 82 pst. For barn og unge økte antallet behandlede pasienter med 110 pst. i den samme perioden.

Aktivitetssøkningen har ført til at ventetidene har gått ned. I første tertial 2006 var gjennomsnittlig ventetid 68 dager mot 96 dager i 2001, hvilket tilsvarer en reduksjon på nær 30 pst. Antall pasienter som måtte vente mer enn ett år er i samme periode redusert fra 47 000 til 4500.

I internasjonale sammenligninger vurderes norsk spesialisthelsetjeneste som god, og blant de fremste i verden. Verdens helseorganisasjon gjorde i 2004 en gjennomgang av helsesystemer i mange land, og plasserte Norge på en tredje plass. I norske undersøkelser sier 4/5 av pasientene som har fått somatisk behandling og 2/3 av pasientene i psykisk helsevern, seg fornøyd med de tjenestene de har fått.

Spesialisthelsetjenesten medvirker til bedre resultater og større helsegevinst nå enn før. Et barn født i Norge kan vente å leve ni år lenger nå enn et barn som ble født i 1960. Vi har hatt store gjennombrudd i forebygging og behandling av hjertesykdommer, kreft, slag og for tidlig fødsel. Nye medisiner og moderne, skånsom kirurgi medfører raskere og mindre smertefull behandling og rehabilitering. Vi kan operere og behandle både eldre og mennesker med kroniske sykdommer for langt flere lidelser enn før.

Det akuttmedisinske tilbudet er styrket. Ambulansetjenesten har fått personell med bedre utdanning og utstyr, ambulansene er to-mannsbetjente og ny kommunikasjonsteknologi gjør det mulig for spesialister i sykehusene å starte behandlingen før pasienten kommer til sykehus. Bruken av luftambulanse er fordoblet de siste ti år. En stor ny forbedring vil komme ved innføringen av nytt digitalt netnett i Norge.

### Organisering og styring

Det statlige eierskapet og foretaksorganiseringen av spesialisthelsetjenesten bygger på en kombinasjon av nasjonal politikktutforming, overordnet styring og myndiggjøring av sykehusene. Foretaksmodellen skal videreføres og fortsatt være bærekonstruksjonen for organisering og styring av norsk spesialisthelsetjeneste. Videreutvikling og hensiktsmessige tilpassinger vil bli foretatt innenfor foretaksmodellen. Det skal bygges videre på modellen slik at spesialisthelsetjenesten skal være overordnet politisk styrt, profesjonelt drevet og være preget av åpenhet og medvirkning.

#### *Overordnet om helseforetaksmodellen*

Bakgrunnen for sykehusreformen, og omleggingen til statlig eierskap og foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten fra og med 2002, var blant

annet organisatoriske, styringsmessige og samordningsmessige utfordringer. Reformen har vært solid forankret i velferdsstatens verdigrunnlag med det formål for øye å både realisere gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen, og oppnå bedre ressursutnyttelse. Reformen innebar en helhetlig organisasjons- og ansvarsreform med tydelig ansvars- og rollefordeling som ga rom for fortsatt overordnet politisk styring – og samtidig søkte å legge bedre til rette for de utøvende virksomhetenes autonomi.

Modellen bygger på en kombinasjon av overordnet styring for å sikre at tjenesten utvikler seg i samsvar med nasjonal helsepolitikk og innenfor gitte ressursrammer, samtidig med at relativt vide fullmakter er delegert til helseforetakene. Departementets helhetlige styring ivaretas gjennom formidling av en overordnet helsepolitisk bestilling, finansieringsvirkemidler og eierstyring. Gjennom det årlige oppdragsdokumentet til regionale helseforetak, formidles helsepolitiske styringsbudskap, tilskudd og vilkår til bevilgninger. Gjennom eierstyringen av de regionale helseforetakene, settes økonomiske og organisatoriske styringskrav og rammebetingelser. Foretakenes virksomhet rammes for øvrig inn gjennom myndighetsstyring (lov, forskrift mv.) og øvrig gjeldende juridisk rammeverk. Nasjonal helseplan skal følges opp i de årlige statsbudsjett i planperioden, herunder i plan- og meldingsdelen fra de regionale helseforetakene.

Ledelse på alle nivå bærer det helhetlige ansvar for at aktivitetene og resultatene er i henhold til lov og forskrift, herunder forsvarlighetskravet. Det hører også til ledernes ansvar å sikre at det faglige arbeidet skjer i henhold til mål og rammer fastsatt av myndigheter og sykehuseier. Ledere har ansvar for det faglige innhold, kvalitet, fordeling av tjenestene og økonomiske resultat.

Både de fem regionale helseforetakene og helseforetakene lokalt er etablert som selvstendige rettssubjekter med egne styrever. Styrene har et helhetlig overordnet ansvar som kontroll-, strategi- og beslutningsorganer. Foretaksmodellen har ikke vært en statisk konstruksjon, men er gjennom sin relativt korte virketid videreutviklet på flere områder. Oppnevning av politikere i foretakenes styrever og åpning av styremøtene er eksempler på dette. Et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene i regionale helseforetak er nå utnevnt blant foreslåtte kandidater på fylkes- og kommunenivå, etter en forslagsrunde blant landets fylkeskommuner og Sametinget. Styrenes kjønnssammensetning er i samsvar med gjeldende krav. Lignende endring har skjedd i helseforetaksstyrene lokalt.

### Finansiering

Spesialisthelsetjenesten er finansiert både gjennom basisbevilgninger og aktivitetsavhengige bevilgninger. Finansieringssystemet er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å understøtte helsepolitiske mål. Finansieringssystemet skal understøtte de regionale helseforetakenes helhetlige ansvar. Derfor er regionale helseforetak som hovedregel mottakere av statens tilskudd til spesialisthelsetjenesten. Regionale helseforetak har innenfor sitt «sørge for»-ansvar stor frihet til å utforme inntektsmodeller og kontrakter med utøvende virksomheter.

Basisbevilgningen til de fem regionale helseforetak fordeles etter historiske forhold og inntektsfordelingssystemet som startet i 2005, jf. St.meld. nr. 5 (2003–2004) og Innst. S. nr. 82 (2003–2004). I hovedsak innebærer omleggingen at Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF skal få en større andel av basisbevilgningen, mens de tre andre regionale helseforetakene vil få reduserte andeler. Med regjeringens forslag til statsbudsjett for 2007, vil overgangsperioden for fordelingen være sluttført i 2007. Det vil bli satt ned et utvalg som skal vurdere nåværende inntektsfordelingssystem mellom de regionale helseforetak.

DRG-systemets klassifisering av grupper av pasienter etter diagnose og behandlingstiltak samsvarer ikke med prioriteringsforskriftens krav til alvorlighet, forventet nytte av behandlingen og effekt av behandlingen i forhold til kostnader. Finansieringssystemets tillit og legitimitet er imidlertid avhengig av at det ikke er direkte motstrid mellom økonomiske hensyn og regler og retningslinjer for prioritering. Innsatsstyrt finansiering er et gjennomsnittssystem som innebærer at det i enkelttilfeller vil være avvik fra faktisk ressursbruk og ISF-refusjonen. Målsettingen om et mest mulig oppdatert ISF-system kan komme i konflikt med behovet for mest mulig stabile og forutsigbare rammevilkår for regionale helseforetak og på sykehusnivå.

Nye medisinske metoder påvirker behandlingspraksis og dermed også kostnadsnivå og relative kostnadsforhold mellom ulike behandlingsformer og pasientgrupper. Endringer i relative kostnadsforhold fanges opp gjennom oppdatering og vedlikehold av kodeverk, klassifikasjonssystemer og kostnadsvekter. Økning i det generelle kostnadsnivå fanges opp i enhetsprisen som oppjusteres årlig. Innsatsstyrt finansiering regulerer ikke innføring av nye metoder, men skal fortløpende ta opp

i seg nye metoder gjennom oppdatering av kodeverk, klassifikasjonssystem og kostnadsvekter.

I tråd med St.meld. nr. 5 (2003–2004) Inntektsystem for spesialisthelsetjenesten, vil departementet overføre finansiering av somatisk aktivitet ved offentlige poliklinikker til ISF-systemet. Det arbeides også med å utvikle kodeverk og pasientklassifikasjonssystemer for psykisk helsevern, rehabilitering, habilitering og tverrfaglig behandling for rusmiddelmissbruk. Dette gjør det lettere å sammenligne pasientgrupper, aktivitet og ressursbruk mellom sykehus. Utvikling av kode- og klassifiseringssystemer er vesentlig for å få gode styringssystemer uavhengig om dette senere blir benyttet som finansieringssystem.

### Evaluering av foretaksorganiseringen

Ved utgangen av 2006 avsluttes en tredelt evaluering for å belyse og vurdere sykehusreformens virkninger, egnethet og resultater. Evalueringsrapporten som vurderer modellens egnethet (Agenda & Muusmann, desember 2005) sier blant annet: «Det er en klar vurdering at sykehusreformen og innføringen av helseforetak på regionalt nivå – og etablering av helseforetak som rammer for den offentlige del av produsentsystemet – har vært en gevinst for den norske spesialisthelsetjenesten og for utviklingen av den.» Samtidig trekker evalueringen fram flere områder der det tilrås at det gjennomføres endringer eller tilpasninger, eksempelvis:

- bedre samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste og innad i spesialisthelsetjenesten – med pasientens beste for øye
- tiltak som kan sikre bedre nasjonal politisk forankring
- tiltak som kan sikre bedre regional politisk forankring
- manglende fokus og kunnskap om prioriteringer mellom hovedområder
- klargjøring av roller mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene

Resultatevalueringen som gjennomføres i regi av Norges forskningsråd ferdigstilles ved årsskiftet 2006/2007. Denne evalueringen er kommet for kort til at hovedresultatene kan presenteres her.

Departementet vil i 2007 komme tilbake med en samlet presentasjon av evalueringene. Evalueringmaterialet vil bli brukt aktivt som en del av utviklingsarbeidet i kommende fireårsperiode.

## Sentrale utfordringer

### Bærekraft

Sykdomsbildet forandrer seg over tid. Død og invaliditet etter hjertesykdommer er redusert, mens forekomsten av kreft, diabetes type 2, helse-skadelig overvekt, KOLS og psykiske helseproblemer øker. WHO har anslått at i 2020 vil psykiske lidelser på verdensbasis, nest etter hjertekarsykdommer, være den viktigste sykdomsbelastningen. Et økende antall mennesker med kreft og kroniske sykdommer lever med sykdommer i mange år og lærer seg å mestre mye selv. Vi vil få en økende andel svært gamle som pasienter i spesialisthelsetjenesten. Mange eldre og mennesker med kroniske lidelser trenger vedvarende helsehjelp – fra en helsetjeneste som må samarbeide langt bedre for at brukeren skal få et helhetlig og trygt tjenestetilbud. Det er under arbeid en handlingsplan for å styrke spesialisthelsetjenesten for eldre som vil være konsentrert rundt følgende seks innsatsområder:

- brukernes mestring av egen sykdom og funksjonssvikt
- forebyggende og helsefremmende tiltak i forbindelse med sykehusopphold
- tjenestetilbudet i sykehus, herunder gode samhandlingstiltak med kommunene
- rekruttering av nøkkelpersonell
- øke tverrfaglig kompetanse og styrket forskning om Eldres helse og tjenestetilbud
- gjennomgang av finansieringsordninger for å sikre at disse er tilpasset god klinisk praksis

Ved siden av endret sykdomsbilde og flere eldre vil økende pasientmobilitet mellom helseregioner og mellom landene i EU/EØS kunne utfordre helsetjenestens organisering og de økonomiske modellene. Den norske modellen bygger på fellesløsninger og solidaritet også når det gjelder finansiering. Modellens langsiktige bærekraft i forhold til trender preget av individløsninger, framfor solidaritet, og mobilitet framfor nasjonale løsninger vil blant annet være avhengig av god økonomisk styring og økonomisk balanse innenfor rammer gitt av folkevalgte organer.

### Nye behandlingsmetoder, teknologi og spesialisering

Det utvikles kontinuerlig nye behandlingsmetoder, avansert elektronisk utstyr og nye, dyre medikamenter. I Norge ønsker vi å ligge i front og tilby det beste av ny behandling, når effekten er dokumentert virkningsfull og står i et rimelig forhold til kostnadene. Mye av det pasientene ønsker å få tilgang til kan fortsatt være utprøvede eller alterna-

tiv behandling som ikke ennå er dokumentert virkningsfull. I et åpent internasjonalt helsemarked kan en spore opp behandlingstilbud som kan virke mer avanserte eller annerledes enn det som gis i Norge, og som pasientene ønsker å få dekket av norsk helsetjeneste. Å gjøre riktige avveieinger mellom behandling pasienten ønsker og det som er medisinsk faglig forsvarlig og samfunnsøkonomisk fornuftig er et økende dilemma. Departementet ønsker å etablere et system som gir bedre dialog og større aksept rundt beslutninger om å innføre ny medisinsk teknologi, jf. omtale i kap. 6.4.1.

Mer avansert behandling kan medføre spesialisering i de medisinske fagene som er nødvendig for å sikre god kvalitet, men som samtidig kan virke oppsplittende og sentraliserende. I framtidig utdanning av helsepersonell må det også stimuleres til utdanningsløp som gir bred faglig kompetanse, slik at de vanligste sykdommer og helseproblemer kan håndteres trygt ved lokalsykehus og andre desentraliserte helsetjenestetilbud, jf. omtale i kap. 6.4.2.

### Likeverdighet og tilgjengelighet

God tilgjengelighet til likeverdige helsetjenester er en grunnleggende verdi. Folk skal ha likeverdig tilgang til tjenester uavhengig av bosted, inntekt, kjønn, alder og etnisk bakgrunn. Å få til dette krever et samspill av virkemidler; godt utbygde tjenester, lave egenandeler og økonomiske skjermingsordninger som rettes mot dem som trenger mye helsetjenester. Helselovgivningen har fått stadig større betydning som virkemiddel for å sikre likeverdige tjenester, god fordeling og rett prioritering. Pasientene har fått sterke og omfattende rettigheter gjennom pasientrettighetsloven, der rett til vurdering og rett til nødvendig helsehjelp er sentrale rettigheter. Likevel er det forskjeller i forbruket av helsetjenester som ikke kan forklares med forskjeller i sykkelighet. Sosiale og geografiske forskjeller i tilgangen til helsetjenester kan være med på å opprettholde sosiale ulikheter i helse. For spesialisthelsetjenesten er det en stor utfordring å bidra mer til at sosiale ulikheter i helse reduseres.

### Kvalitet og pasientsikkerhet

Norske helsetjenester holder gjennomgående høy kvalitet. Like fullt kommer det fram informasjon i mange land – også i Norge – om feil, mangler og variasjoner i kvalitet. Pasientene har krav på trygge tjenester. Spesialisthelsetjenesten må utvikle enda bedre kvalitetsutvikling og kontroll. Tjenesten må også kunne dokumentere hvordan feil håndteres for å forebygge framtidige uhell, jf. omtale i kap. 6.4.1.

Utviklingen av spesialisthelsetjenesten skal skje i nær kontakt med øvrige deler av helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten vil således være integrert i de utviklingstiltak som omtales i kap. 6.4 med gjennomgående strategiske områder som kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering, personell og kompetanse, forskning, prehospitaltjenester mv.

### Nasjonal styring og samordning

Foretaksmodellen har etablert forutsetninger for bedre ressursutnyttelse, muligheter for å utligne uhensiktsmessige forskjeller – og nasjonale grep på enkelte områder. For å virkeliggjøre mer av reformens intensjoner, vil departementet i større grad vektlegge nasjonal styring og koordinering på tvers av regioner på utvalgte områder. Når staten står i en direkte eierlinje til spesialisthelsetjenestens virksomheter gir dette grunnlag for direkte styringsmessig oppfølging for å utnytte dette potensialet til å utvikle enhetlige og likeverdige tilbud. Departementet legger opp til en skjerpet årvåkenhet overfor likeverdighetsprinsippet. I styringsdialogen knyttet til Nasjonal helseplan skal det være en sammenstilt analyse på forhold knyttet til likeverdige helsetjenester, inklusive hvilke nasjonale tiltak som skal settes i verk.

Regionale helseforetak har stor frihet i valg av strategier og løsninger – og skal fortsatt ha det. Men en tilsvarende viktig side ved modellen er at dette skal skje innenfor nasjonalt opptrukne mål og langsiktige rammer. Det skal i perioden framover i sterkere grad identifiseres og følges opp områder med potensial for harmonisering og fellesløsninger på tvers av regionene. Det skal særskilt rettes fokus på sterkere nasjonal styring og samordning på investeringsområdet og innen IKT. Utviklingen av rasjonell spesialisthelsetjeneste tilsier også at dette kan være aktuelt for stab- og støttefunksjoner som ikke berører foretakenes kjernevirksomhet. Departementet legger vekt på at hovedtrekkene i foretaksmodellens desentrale beslutningsstruktur skal beholdes, men legger til grunn at klarere nasjonale rammer vil gi et bedre grunnlag for forvaltningen av det desentrale ansvaret. Et vesentlig siktemål med foretaksorganiseringen var jo at det skulle opprettholdes en desentral tjeneste og desentralisere myndighet og ansvar for virksomhetene.

### Rammebetingelser for helseforetakenes håndtering av kapital (bygg og utstyr) og personell

Personell, bygg og utstyr utgjør de sentrale innsatsfaktorene i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har samlet om lag 93 000 årsverk og

disse utgjør grunnmuren i tjenesten. Den kompetanse, kunnskap og erfaring de ansatte har, danner grunnlaget for verdiskapingen i tjenesten. Helse-tjenestens formål er på alle måter tjent med opplevelser av prestisje og arbeidsglede hos personalet. Arbeidstilsynet har gjennom sin kampanje God vakt! fra 2005 avdekket mangler i det systematiske HMS arbeidet i helseforetakene. Helse, miljø og sikkerhet er ikke tilstrekkelig blitt fulgt opp i det daglige arbeidet med sykehusene, og det er ikke blitt satt tilstrekkelig fokus på årsaker til at arbeidsmiljøbelastninger oppstår. Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid må derfor gis status og prioritet og det må rettes oppmerksomhet til hva som er de bakenforliggende årsaker til at arbeidsmiljøbelastningene oppstår. Et godt medisinsk faglig innhold i arbeidet er avgjørende for motivering. God ledelse og bedre forståelse av kompetanseutvikling er derfor viktig. Personell og kompetanse omtales i kap. 6.4.2.

### Bygg og utstyr

Bygg og utstyr er et viktig grunnlag for en god helsetjeneste. Investeringer i nye bygg og nytt utstyr og verdibevarende vedlikehold av eksisterende bygg gir muligheter for å opprettholde og utvikle tjenestene. Dette gjelder for alle deler av helsetjenesten. Bygging av sykehus innebærer investeringer som legger beslag på store andeler av samfunnets ressurser og legger bindinger for helsetilbudet til befolkningen i mange tiår framover. Foretaksreformen innebar en betydelig systemomlegging ved at kostnadene ved bruken av kapital kommer med i driftsbudsjett og driftsregnskaper.

De regionale helseforetakene har beslutningskompetanse til å vurdere og igangsette investeringsprosjekter samt ansvar for at prosjektene gjennomføres i henhold til beslutningsunderlag – og innenfor regionens ressursrammer. Dette har på den ene side ført til bedre samordning og oppgavefordeling mellom helseforetakene i den enkelte region. På den annen side kan det synes som om det er for lite samordning på tvers av regiongrensene, med risiko for at det på enkelte områder kan føre til overkapasitet og oppbygging av parallelle tilbud.

Problemstillingen innen investeringsområdet vil være hvordan man kan bedre den nasjonale samordningen og koordineringen av de investeringer som er under planlegging.

### Utviklingstrekk fram til 2002

Perioden fra 1990 og fram til reformen var preget av et relativt lavt investeringsnivå i spesialisthelse-

tjenesten i fylkeskommunene. Det eneste store sykehuset som ble bygget var nytt Rikshospital som stod ferdig i 2000. Dette var et statlig eid sykehus, og nytt bygg ble finansiert direkte over statsbudsjettet. Noen sykehus ble bygd ut i mindre etapper, for eksempel sykehusene i Arendal og Tønsberg.

I siste halvdel av 1990-tallet ble det gitt øremerkede investeringsmidler til fylkeskommunene gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helsevern (1999–2008), Utstyrplanen (1998–2002) og Krefthplanen (1999–2003). At det var behov for slike investeringsplaner kan tyde på at fylkeskommunalt investeringsnivå i spesialisthelsetjenesten hadde vært lavt. Det manglet imidlertid ikke fylkeskommunale planer for sykehusutbygging.

#### *Utviklingstrekk etter sykehusreformen (2002 – dd)*

En kartlegging av pågående og planlagte investeringsprosjekter ved inngangen til reformen viste et samlet investeringsvolum på opp mot 50 mrd. kroner, jf. St.prp. nr. 59 (2001–2002). Stortinget har forutsatt gjennomføring av nye Ahus, Nytt St. Olavs Hospital og forskningsbygg ved Radiumhospitalet. Stortinget har også vedtatt at de regionale helseforetakene skal slutføre investeringsprosjekter under Krefthplanen og Opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Disse prosjektene tilsvarer et investerings-/likviditetsbehov på om lag 27 mrd. kroner.

Perioden etter 2002 har således vært preget av høy investeringsaktivitet i spesialisthelsetjenesten slik tabellen viser.

Tabell 6.1 Årlige investeringer til bygninger, medisinsk teknisk utstyr og andre anleggsmidler

	2002	2003	2004	2005	Totalt
Samlet	3 191	5 735	7 164	7 469	23 559

Kilde: BUS. Mill. kroner. Løpende priser 2002–2005.

I løpet av 2006 vil det være investert for over 30 mrd. kroner siden reformen trådte i kraft.

#### *Nasjonal styring på investeringsområdet*

I dette statsbudsjettet legger regjeringen på plass rammebetingelsene for helseforetakenes håndtering av realkapitalen (bygg og utstyr) ved at det varsles en opptrapping av overføringene fram til 2010 på til sammen 1 mrd. kroner. Dette tilsvarer isolert sett at helseforetakene settes i stand til å gjenanskaffe om lag 80 pst. av den realkapitalen de overtok i 2002. Dette stiller store krav til helseforetakene knyttet til å kunne effektivisere eksisterende bygningsmasse, men omfanget av investeringer og omfanget av foreliggende planer tilsier også styrket bruk av nasjonale koordineringstiltak.

Departementet vil legge opp til at det skal gjennomføres tydelige prosesser som legger til rette for at departement, regjering og Stortinget kan trekke opp overordnede rammer for investeringsaktiviteten og også overordnede rammer for de enkelte regionale helseforetak. En slik sentral behandling vil gi bedre sikkerhet for at investeringstiltakene blir godt nasjonalt koordinert, slik at det ikke utbygges kapasitet ut over samlet nasjonalt behov. Dette betyr ikke at det legges opp til noe gjennomgående system med sentral godkjenning av enkeltprosjekter. Det skal legges vekt på at det enkelte regionale helseforetak må ha fleksibili-

tet til å gjennomføre investeringsprosjekter innenfor sine samlede økonomiske rammer.

Den politiske behandlingen skal søkes å være forankret i prosesser der foretakene, kommuner, fylkeskommuner, brukerorganisasjoner og fagorganisasjonene er gitt anledning til å medvirke. Samtidig er det viktig at nasjonal styring og koordinering på tvers av regionene skjer i former som samsvarer med styringsmodell for spesialisthelsetjenesten.

Departementet vil legge vekt på at analysene av investeringsbehov blir vurdert i sammenheng med gjennomgangen av spesialisthelsetjenestens kapasitetsbehov og strukturanalyser. De regionale helseforetak har gjennom bestillerdokumentene for 2006 fått i oppdrag å foreta en kapasitetsanalyse. Foreløpige tilbakemeldinger fra de regionale helseforetakene tyder på at det samlet sett ikke er kapasitetsproblemer (i betydningen disponibelt areal), men at det er store utfordringer knyttet til vedlikeholdsinvesteringer og at dagens sykehusstruktur på langt nær er optimal. Framskrivninger av behov for arealer basert på utvikling i befolkning og sykdom, teknologisk utvikling og utvikling i behandlingsformer indikerer at det heller ikke i årene framover samlet sett vil være behov for mer areal. Dette fordrer imidlertid en langt bedre utnyttelse av arealer og utstyr enn i dag, for eksempel utvidede åpningstider og mer rasjonelle pasientløp.

De regionale helseforetakene peker videre på at tjenesten må utvikles som et godt fungerende,

sammenhengende system der oppgavene er hensiktsmessig fordelt og kapasiteten i de ulike ledd godt balansert og utnyttet. Departementet vil komme nærmere tilbake til dette i oppfølgingen av Nasjonal helseplan.

De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for investeringer og drift i egen region. Dette innebærer at de skal vurdere og ha ansvar for at investeringsprosjekter gjennomføres i henhold til beslutningsunderlag og innenfor regionens samlede ressursrammer.

Styringssystemet for investeringer bygger på en kombinasjon av at foretakene er gitt utstrakte fullmakter på investeringsområdet, samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet nivå, slik at investeringer skal skje i samsvar med overordnede helsepolitiske mål og innen aksepterte ressursrammer. For store prosjekter er det viktig å unngå at det settes i gang omfattende prosesser og planleggingsarbeid som det senere viser seg urealistisk eller ikke ønskelig å gjennomføre av økonomiske eller helsefaglige grunner. All planlegging på helseforetaksnivå skal derfor være forankret i en overordnet strategisk investeringsplan på regionalt nivå.

For prosjekter over 1 mrd. kroner skal resultater og de regionale helseforetakenes vurderinger etter endt konseptfase legges fram for departementet. Sentrale elementer i disse vurderingene vil blant annet være at:

- aktuelle prosjektideer raskt vurderes opp mot realistiske økonomiske rammer og at prosjektenes totaløkonomi blir vurdert forhold til regionens økonomiske bæreevne
- prosjekter som besluttes videreført må innarbeides i overordnede planer og budsjetter for på denne måten bekrefte at prosjekter er vurdert og prioritert innenfor helhetlige faglige og økonomiske rammer
- alle prosjekter må være underlagt tilfredsstillende kvalitetssikring og styring, med særskilte krav til store prosjekter med kostnadsramme som overstiger 500 mill. kroner
- prosjektet bygger opp under overordnede målsettinger om framtidig kapasitet og rasjonelle nasjonale løsninger

Følgende forbedringstiltak foreslås i helseplanperioden:

- Videreutvikling og forbedring av det felles datasett og den metodikk som brukes til å dokumentere og beskrive aktivitet og kapasitet
- utvikle bedre metoder for framskriving av behov, og utvikle modeller som knytter sammen data om behov, kapasitet og arealer

som gjør det mulig å beregne konsekvenser av forventede endringer i behov og teknologi

- utvikle tilsvarende modeller for beregning av driftsøkonomiske og samfunnsøkonomiske konsekvenser
- felles og enhetlig beskrivelse av funksjoner og ressurser (rom, arealer mv.) som gjør det mulig å beregne arealeffektivitet og kapasitetsutnyttelse og sammenligne på tvers av helseforetak og regionale helseforetak

#### Bedre koordinering av nasjonal styring overfor de regionale helseforetak

Departementet vil legge vekt på en tydelig eierstyring overfor de regionale helseforetakene. Videre vil helseforetakene bli målt i forhold til de gitte styringskrav. Dette vil også fordre et behov for en ensartet styringsinformasjon.

Fra og med 2006 utarbeider Sosial- og helsedirektoratet en årlig rapport som gir en framstilling og vurdering av helsetjenestens situasjon («følge med»-rapport). Denne rapporten skal gi departementet et grunnlag for å vurdere tiltak av styringsmessig karakter og er et supplement til den informasjon og innspill departementet mottar i den direkte styringsdialogen med de regionale helseforetakene. På en del områder er det nyttig at de regionale helseforetakene framstår med samla synspunkter overfor direktorat og departement. Eksempler på dette er kravene til regionale helseforetak om at de skal utarbeide en kapasitetsanalyse og en helhetlig plan for framtidig organisering av høyspesialiserte tjenester. Dette vil gi et bedre grunnlag for departementets styring.

Det skal utvikles et tydeligere skille mellom direktoratsfunksjoner som er av myndighetskarakter og tiltak av veiledende eller rådgivende karakter. I kapittel 6.4 omtales opplegg for at det framover skal bli et klart skille mellom faglige retningslinjer og tiltak av veiledende karakter. Sosial- og helsedirektoratet vil i dette arbeidet legge vekt på tempo og prosesser som inkluderer medvirkning fra relevante kliniske miljøer, for å sikre nødvendig forankring.

#### Roller og styringsmodell i regionale helseforetak

Regionale helseforetak har anledning til å være styringsmessig tett på underliggende helseforetak. Nettopp foretakenes autonomi når det gjelder styring og forvaltning av egne ressurser har vært én beveggrunn for reformen, og en sentral styringsutfordring for regionale helseforetak har vært – og er – å balansere og avstemme det regionale styrings- og samordningsbehovet med det enkelte

helseforetaks selvstendighet. Den største utfordringen framover ligger nettopp i styringsrelasjonen regionale helseforetak – helseforetak.

En sentral organisatorisk utfordring for regionale helseforetak har vært knyttet til viktigheten av å håndtere rollene som både «sørge for»-ivaretager og helseforetakseier på en ryddig måte. Fra og med 2005 ble det satt krav til å etablere en større organisatorisk markering mellom rollene som tilhører regionale helseforetak. Samtidig er nettopp rollekombinasjonen vurdert å være en kjerneegenskap ved den integrerte foretaksmodellen som gir anledning til helhetlig styring og et regionalt perspektiv på det samlede tjenestetilbudet.

De regionale helseforetakene har valgt litt ulik styringsmodell overfor underliggende helseforetak. En problemstilling har knyttet seg til hvor vidt ansatte i ledelsen i regionale helseforetak kan delta i styrer i underliggende helseforetak – som var utbredt praksis de første årene etter reformen. Fra 2005 ble det satt begrensninger for hvordan dette kan innrettes. Saken var senest oppe i foretaksmøter i januar 2006, hvor det ble videreført at ansatte som direkte forvalter «sørge for»-ansvaret, ikke kan delta i helseforetaksstyrer. Departementet vil i planperioden legge til grunn at det ikke skal gjøres ytterligere endringer eller innskjerpinger i de regionale helseforetakenes styringsmodell på dette området. Dette vil innebære at det fortsatt er åpning for at regionale helseforetak kan ha såkalte interne styreledere, forutsatt at dette gjøres i samsvar med gjeldende krav.

Det er i helseforetakene tjenestene utføres og kostnadene oppstår. For at regionale helseforetak skal kunne utøve god virksomhetsstyring og øvrig oppfølging av krav stilt gjennom foretaksmøter og bestillerdokument/oppdragsdokument, må de sørge for å etablere gode gjennomgående oppfølgingsystemer overfor underliggende helseforetak.

For å nå spesialisthelsetjenestens overordnede mål om gode og likeverdige helsetjenester, vil det kunne være et viktig virkemiddel for de regionale helseforetakene å gjennomføre fagrevisjoner i sine helseforetak. Etter departementets vurdering er slike fagrevisjoner mulig å gjennomføre uten å være i strid med regelverket om taushetsplikt. Departementet vil imidlertid vurdere om det er behov for å etablere et klarere rettsgrunnlag som gir regionale helseforetak tilgang til taushetsbelagt informasjon i forbindelse med kvalitetsarbeid og internrevisjon og eventuelt fremme nødvendige forslag.

I kommende periode vil mer oppmerksomhet rettes mot systematisk forbedringsarbeid med hensyn til ledelse, intern organisering og sam-

handling innad i helseforetakene. Det skal utvikles modell-sykehus ved å gjøre bruk av tilgjengelig kunnskap om hva som sikrer et godt driftsopplegg, herunder god ledelse, og der det særskilt rettes fokus på å oppnå god samhandling. Det skal arbeides for å finne fram til pilotprosjekt der det skapes forståelse, forankring og forpliktelse for nye driftsformer og god ledelse.

#### *Medarbeiderinitiert omstilling*

Ansatte på alle nivåer sitter med uvurderlig kjennskap til hvordan helsevesenet virker. I bestillerdokument/oppdragsdokument og på foretaksmøter har departementet pekt på dette. Det er mange eksempler på at det gir gode resultater dersom denne kompetansen trekkes mer aktivt inn i omstilling og fornyingsarbeid. Det handler ikke bare om å bruke ressursene mer effektivt, men også hvordan brukerne kan møtes bedre og oppleve høyere kvalitet på tjenestene. Departementet vil arbeide for at det utvikles gode modeller for samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

#### *Åpenhet, tillit og legitimitet*

Både fra departementets side og i helseforetakene har det i reformperioden vært oppmerksomhet knyttet til behov for tillit og legitimitet, og åpenhet rundt foretakenes virksomhet. Foretakene forvalter kritisk viktige velferdsoppgaver av stor betydning og interesse for befolkning så vel som offentligheten. Foretakenes agering vis-à-vis omverdenen har hatt en positiv utvikling og en rekke «åpenhetstiltak» og kontaktpunkter er etablert. Men det er fortsatt grunn til å markere dette som et viktig område med fortsatt behov for årvåkenhet og systematisk innsats i planperioden. Helse- og omsorgsdepartementet vil særlig trekke fram viktigheten av god prosesshåndtering og samhandling med ulike interessenter, inklusiv kontakt mot folkevalgte organer lokalt og i regionen. Det skal legges vekt på å systematisere arbeidet med samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene. Tilsvarende viktig er systematisk arbeid med åpenhet og tilgjengeliggjøring av informasjon om foretakenes virksomhet inklusiv styrenes arbeid og pågående prosesser.

#### *Videreutvikling av pasientenes/brukerorganisasjonenes posisjon i helseforetakene*

Etter helselovene har brukeren rett til medvirkning og informasjon, bl.a. ved valg av behandlingsform. Men brukermedvirkning må skje på alle



nivåer; gjennom medvirkning i politikktutforming, påvirkning på systemnivå og medvirkning på individnivå. Helseforetaksorganiseringen har systematisert og styrket pasientenes posisjon i forhold til spesialisthelsetjenesten. Departementet har gjennom styringskrav pålagt at helseforetak og regionale helseforetak skal etablere brukerutvalg, og det er trukket opp retningslinjer for hvilken rolle utvalgene skal ha i foretakenes arbeid. En del av foretakene har også valgt å gi observatørstatus til brukerorganisasjoner i styrene. Det er etablert et sentralt kontaktforum for samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og brukerorganisasjonene. Departementet legger til grunn at denne bruken av brukerutvalg og samarbeidsorganer skal være fundamentet for samarbeid i helseplanperioden, og det skal fokuseres mer på å hente ut resultater av disse former for brukermedvirkning. Det vil bli lagt vekt på at departement, brukerorganisasjoner, og helseforetakene gjennomgår erfaringer med sikte på at svakheter skal identifiseres og forbedringstiltak gjennomføres.

#### Private virksomheters medvirkning i den offentlige helsepolitikken

Det samlede tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten ytes i all hovedsak i regi av det offentlige. Nær 96 pst. av all utredning og all behandling som utløser ISF-refusjon, skjer i offentlig regi. Avtalespesialister utgjør imidlertid en vesentlig og viktig del av spesialisthelsetjenesten. Til sammen utgjør legespesialister med driftsavtale 17 pst. av den samlede nasjonale polikliniske aktiviteten og 9 pst. av all spesialisthelsetjeneste.

Private avtalespesialister er en verdifull ressurs i spesialisthelsetjenesten. Det er en overordnet målsetning at spesialister med driftsavtale med regionale helseforetak (private avtalespesialister) skal bidra til å oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det må også legges til rette for bedre å integrere disse med sikte på å oppnå en god oppgavefordeling i forhold til øvrig spesialisthelsetjeneste. Det opprettes få nye avtalehemler. Det kan synes som at dagens rammebetingelser ikke gir tilstrekkelig insentiv til å opprette nye avtalehemler og utlyse utløpte hemler. Departementet vil sette i gang et arbeid med sikte på å endre rammebetingelsene for å få en bedre integrering av avtalespesialistene i de regionale helseforetaks «sørge for»-ansvar og for å videreføre ordningen med privatpraktiserende avtalespesialister. De regionale helseforetakene, Sosial- og helsedirektoratet og profesjonsforeningene vil bli trukket inn i dette arbeidet. Arbeidet vil delvis kunne berøre rettslige interesser knyttet til etablerte avtaleforhold. Departementet vil vurdere en

tilsvarende gjennomgang av finansierings- og avtaleordninger for andre private aktører. Siktemålet må være å vurdere hvorvidt dagens system understøtter en god faglig helhetlig tjeneste.

Behovet for spesialisthelsetjenester skal primært løses gjennom god utnyttelse av det offentlige tjenestetilbudet. Ledig kapasitet i foretakene skal utnyttes best mulig, blant annet gjennom god arbeidsdeling i og mellom sykehusene. Private aktører er et viktig supplement til den offentlige helsetjenesten og skal fortsatt medvirke i det samlede tjenestetilbudet. Følgende forhold vil stå sentralt i departementets arbeid i helseplanperioden:

- sykehus og helseinstitusjoner eid og drevet av ideelle organisasjoner, skal sikres gode og stabile rammevilkår i sine avtaler med det offentlige. Samarbeid og avtaleinngåelser mellom regionale helseforetak og andre private tjenestetilbydere skal også håndteres på en ryddig og god måte
- det tas sikte på en endring i forskrift om offentlig anskaffelser for å gi adgang til å kjøpe spesialisthelsetjenester også fra private kommersielle rehabiliteringsinstitusjoner uten å følge de detaljerte kravene i forskriften. Gjeldende rettslige krav til gjennomsiktighet, likebehandling og konkurranse, gjelder fortsatt
- i samsvar med Soria Moria-erklæringen er det lagt til grunn at omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus skal begrenses
- departementet vil sette i gang et arbeid med sikte på å endre rammebetingelsene for å få en bedre integrering av avtalespesialistene i de regionale helseforetaks oppfyllelse av «sørge for» ansvaret og for å videreføre ordningen med privatpraktiserende avtalespesialister

#### Helhetlige behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten

En helhetlig sykehusstruktur med hensiktsmessig oppgave- og funksjonsfordeling mellom sykehus supplert med distriktsmedisinske sentra/sykestuer, distriktpsikiatriske sentra og avtalespesialister skal gi pasientene helhetlige spesialisthelsetjenester. Sykehusene skal levere tjenester med gjennomgående god kvalitet og i henhold til dokumentert medisinsk praksis. Universitetssykehusene har særskilte oppgaver innen forskning og høyspesialisert behandling.

Departementet vil styrke styringen av høyspesialiserte tjenester og har bedt de regionale helseforetakene om å utarbeide et forslag til en helhetlig plan for framtidig organisering av dette området. Planen må være dynamisk med utgangspunkt i at

tjenestetilbudene er i stadig endring som følge av den helsefaglig og medisinsk-teknologiske utviklingen, endringer i pasientvolum og kompetanseoppbygging. Sosial- og helsedirektoratet vil gjennomgå materialet og gi sine tilrådinger før departementet tar sin avgjørelse.

#### *Fødetilbud*

Kvaliteten på fødetilbudet er sentralt for tryggheten kvinnene opplever i en av livets mest sårbare situasjoner, og den er avgjørende for å gi barna en god start i livet. Det skal sikres nærhet til fødetilbudene. I Norge er det lagt opp til en desentralisert modell for svangerskaps- og fødselsomsorg. Stortinget har ved behandling av St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap, gjort vedtak om et desentralisert og differensiert fødetilbud, med kriterier for fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker.

I utviklingen av svangerskaps- og fødetilbudet skilles det nå mellom normale og kompliserte svangerskap og fødsler. Fødetilbud for lavrisikofødsler/fødestuer bør være tilgjengelige, desentralisert ved de fleste lokalsykehus og som del av lokalsykehusfunksjonen ved de store sykehusene. I tillegg bør det være fødestuer lokalisert utenfor sykehus der avstandene er store. Kontinuitet og trygghet for kvinnene er karakteristisk for en svangerskaps- og fødselsomsorg av høy kvalitet. Det må derfor legges vekt på at det skal være en sammenhengende svangerskaps- fødsels- og barselstjeneste. En viktig del av en framtidig utvikling av et godt fødetilbud vil derfor være å utvikle denne helheten, i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

#### *Akuttfunksjoner*

Tilgang til akuttfunksjoner er grunnleggende for befolkningens trygghet. Folk skal vite at hjelpen er der, når akutt skade eller sykdom oppstår. Akuttfunksjonen ved lokalsykehusene må ses i sammenheng med de øvrige delene i den akuttmedisinske kjeden, og det er helheten i denne behandlingsskjeden som er avgjørende for et godt innholdsmessig tilbud. Den akuttmedisinske kjeden omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, kommunehelsetjenestens legevakt, ambulansetjenestene (land, sjø og luft) og i tillegg akuttberedskap ved sykehus. De prehospitaltjenestene skal bringe pasientene til riktig behandlingssted ut fra tilstand og antatt diagnose. Svært ofte vil dette være nærmeste sykehus, men arbeidsdeling og forskjeller i kompetanseprofil mellom sykehus i foretaksområdet eller på tvers av foretaksområder, og behovet for spesialisert kompetanse ved ulike sykdoms- og skadetilfeller

vil også tilsi direkte transport til andre sykehus. Særlig ved sjeldne akutte kirurgiske tilstander er det kritisk viktig å komme til riktig behandlingssted innen kort tid, og da vil det ofte være luftbåren ambulansetjeneste som er hensiktsmessig. Ved enkelte tilstander som krever avansert behandling der flere spesialister inngår, kan det gi tidstap dersom pasienter legges inn ved sykehus som ikke kan tilby dette. Dette tilsier at omfattende akuttberedskap i mange medisinske spesialiteter bør være ved de større, mer spesialiserte sykehusene. Det er ikke alltid faglig hensiktsmessig, og vil heller ikke gi god faglig kvalitet å ha fulldøgns akuttberedskap i mange medisinske spesialiteter ved små sykehus.

Også innen akuttmedisinen er det behov for sammenhengende behandlingsskjeder, basert på god faglig praksis, der de ulike leddene har spesifikke oppgaver. Det er behov for å samordne kommunehelsetjenestens legevakt, den prehospitalt beredskapen og akuttberedskapen ved de øvrige sykehusene. Utvikling av gode ordninger for å ivareta en helhetlig god akuttjeneste bør stå sentralt framover.

#### *Særskilt om lokalsykehus*

Både befolkningens behov for helsetjenester og den medisinskfaglige utviklingen gir et godt grunnlag for å utvikle livskraftige lokalsykehus. Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner kjennetegnes ved at de tilbyr spesialisthelsetjenester til befolkningen i et spesifikt opptaksområde. Lokalsykehus skiller seg således f. eks. fra spesialsykehus, som har som hovedoppgave å ivareta nisjefunksjoner for elektiv virksomhet innen definerte fagområder. Lokalsykehus skal være reelle sykehus som skal ha et innhold ut fra befolkningens behov, og ut fra en oppgavefordeling der lokalsykehusenes tilbud er kvalitetsmessig forsvarlig og godt. De fleste som legges inn på sykehus, kan få sin behandling på lokalsykehusnivå. Det legges opp til å opprettholde et desentralisert sykehusstilbud. Ingen lokalsykehus skal nedlegges. Arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus skal videreføres.

Den framtidige lokalsykehusutviklingen skal ha fokus på pasienttilbudet, i et videre perspektiv enn institusjonene / bygningene, og bør romme organisatoriske modeller, arbeids- og ansvarsformer som er tilpasset befolkningens behov og dagens kunnskap, teknologi og kompetanse hos personalet.

Ofte framstilles det som om det er en motsetning mellom faglige hensyn og hensyn til effektiv ressursbruk. I mange tilfeller eksisterer ikke en slik motsetning, og utfordringen ligger i å utnytte de faglige mulighetene, også i et desentraliseringsperspektiv. Det er viktig at lokalsykehusene, med

nærhet til pasientene og kommunehelsetjenesten, representerer en trygghetsbase for befolkningen. Dette gjelder også for befolkningen i de store byene, som skal ha tilgjengelige lokalsykehustjenester når behovet oppstår.

#### *Lokalsykehusenes innhold*

Det er en stor utfordring framover for spesialisthelsetjenesten å gi pasienter med kroniske sykdomstilstander og syke eldre med sammensatte lidelser en tjeneste med god tilgjengelighet/kapasitet og kvalitet. Lokalsykehustjenestene må konsentreres om behovene i de store sykdomsgruppene, til pasienter som trenger tett oppfølging, og der behandlingen krever en generell tilnærming, og ikke utpreget spisskompetanse. Dette er oppgaver som samlet sikrer lokalsykehusene som reelle sykehus. Videre vil departementet følge opp Nasjonal helseplan med et arbeid for å tydeliggjøre lokalsykehusenes oppgaver knyttet til akuttfunksjoner og den samlede behandlingsskjede. Departementet mener det er viktig at sentrale aktører deltar i arbeidet og vil invitere representanter for helseforetakene, pasientorganisasjoner, berørte kommuner, næringsliv og faglige organisasjoner til å delta. For å sikre framdrift for helseforetakenes strategiprosesser, skal gruppens anbefaling foreligge tidlig i 2007.

Lokalsykehusfunksjonene bør i større grad fokuseres også ved de store sykehusene. Organiseringen ved de store sykehusene gjenspeiler i stor grad de ulike medisinske spesialitetene, og disse sykehusenes høyspesialiserte tilbud. Lokalsykehusfunksjonene, som ofte har det største behandlingsvolumet, bør i større grad være innrettet på å gi pasientene et helhetstilbud. Organisering og personellsammensetningen i lokalsykehustjenestene både ved store og små sykehus bør gjenspeile pasientenes behov for en generell og helhetlig tilnærming. Særlig viktig er dette for pasientgrupper med sammensatte sykdomstilstander.

Lokalsykehusene skal også kunne tilby pasientene utredning og diagnostisering, og sende videre de som trenger mer spesialiserte undersøkelser og behandling. Gode metoder for å stille mest mulig presise diagnoser, herunder å avklare om pasienter skal sendes videre, er sentralt i denne sammenhengen, jf. også kapitlene om kvalitet kap. 6.4.1 og kapitlet om prehospital akuttjenester, kap. 6.4.8.

#### *Lokalsykehusene – del av behandlingsskjeden*

Lokalsykehusenes tjenester vil inngå i den helhetlige behandlingsskjeden. Mange pasienter vil ha behov for oppfølging både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Mange pasienter vil

også ha behov for tjenester på flere nivåer i spesialisthelsetjenesten, jf. f.eks. kreftpasienter som får utført kirurgi ved spesialiserte sykehus, mens oppfølgingen skjer ved lokalsykehuset/poliklinikk.

Velfungerende samhandlingssystemer er viktig for en moderne og profesjonelt fungerende helse-tjeneste, jf. kap. 6.3.4. Lokalsykehustjenestene vil være spesialisthelsetjenestens bindeledd til kommunehelsetjenesten, og vil sammen med kommunehelsetjenesten stå for den praktiske samhandlingen om pasientgrupper og enkeltpasienter.

Sett fra pasientperspektivet kan nærhet til tjenesten være en svært viktig dimensjon, særlig for pasienter som er avhengige av en svært tett oppfølging, eksempelvis dialysepasienter eller kreftsyke i livets siste fase. Dette er begrunnelser for også å desentralisere lokalsykehusenes tjenester videre til sykestuer og distriktsmedisinske sentra, og også tilby sykehustjenester i pasientens hjem. Ambulante team er utviklet eksempelvis innenfor tjenester til syke eldre, til psykisk syke og til kreftpasienter. Denne type desentraliserte tjenestetilbud er eksempler på at grensene mellom behandlingssystemene viker til fordel for en sammenhengende behandlingsskjede der pasientenes behov settes i sentrum.

I en helhetlig behandlingsskjede, vil det skje medisinske nyvinninger som vil medføre behov for endringer i oppgavefordelingen både mellom nivåer innad i spesialisthelsetjenesten, og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette er argumenter som tilsier at det ikke legges opp til en spesifikk organisasjonsmodell som blir førende for innholdet i behandlingstilbudet ved alle lokalsykehus. Det bør i stedet gis rom for en fleksibilitet i organisering og oppgavefordelingen mellom de ulike delene av helsetjenesten. Arbeidet med bedret arbeidsdeling mellom sykehusene for å fremme styrket kvalitet i tilbudet skal fortsette.

#### **6.3.4 Helhet og samhandling**

Mangel på samhandling innad i og mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester er kanskje den største utfordringen helsetjenesten står overfor. Dette framheves blant annet i en evalueringsrapport fra Agenda og Muusmann (Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet – en evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer, november 2005) og støttes av pasienter, tjenesteytere og forvaltning som har gitt innspill til Nasjonal helseplan. Wisløff-utvalget (NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste) påpeker at det er store forskjeller i hvordan samhandlingen fungerer i

ulike deler av helsetjenesten. Utvalget viser til flere gode eksempler på at samhandling er godt innarbeidet, men også til at samhandling svikter på en rekke områder både i enkeltsaker og på systemnivå. Rapporter fra Statens helsetilsyn bekrefter et slikt bilde.

Det er et viktig helsepolitisk mål å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet, særlig for pasientgrupper med behov for sammensatte tjenester over lang tid. I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, som Sosial- og helsedirektoratet utga i 2005, anses samhandling for å være en grunnleggende forutsetning for kvalitet i helsetjenesten.

Stortinget har i anmodningsvedtak nr. 528 av 16. juni 2005 bedt Regjeringen legge fram en sak for Stortinget om samhandlingen mellom helsetjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten ut fra målsettingen om at økt tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester ved stor geografisk avstand til sykehus kan bidra til å utjevne forskjeller i tilgangen til spesialisttilbud i befolkningen. Nasjonal helseplan skal følge opp dette ved å sette overordnede mål og føringer for å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet til enkeltpasienter og pasientgrupper. Utfordringene er knyttet til at antall mennesker med langvarige sammensatte lidelser øker, at helsetjenesten er delt inn i flere organisatoriske nivåer, den består av mange faglige spesialiteter og har et stort antall tjenesteytere med ulik utdanning og arbeidsformer. Sett fra pasientens ståsted er en slik inndeling vellykket bare når aktørene samarbeider og forholdene er lagt til rette for god samhandling.

En annen viktig utfordring er at stadig flere har behov for hjelp også fra andre etater i forbindelse med f. eks. utdanning, arbeid og bolig. Alle tjenestene må være faglig koordinert og de må gis til riktig tid. Samarbeid med bl.a. arbeidslivet og strategier for å legge til rette for arbeidsutøvelse, blir derfor viktig for å sikre et helhetlig og koordinert tilbud til den enkelte.

For å møte utfordringene vil departementet rette særskilt oppmerksomhet mot tiltak som understøtter bedre samhandling i helsesektoren og mellom helsetjenesten og andre sektorer.

### Status og utfordringer

Det er etablert en rekke ordninger for å understøtte samhandling på tvers av enheter og nivåer. Eksempler på dette er samarbeidsavtaler, samarbeidsfora, legenes praksiskonsulentordning, ambulante team, IT-basert kommunikasjon og systematisk arbeid med gjennomgående pasientforløp. Videre har fylkesmannen oppgaver knyttet til

samhandling. Eksempler på organisatoriske endringer som fremmer samhandling kan være utvikling av lokalsykehusfunksjoner, desentralisering av spesialisthelsetjenester, samlokalisering av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, fellesarenaer for fagfolk med beslektede fagområder (eldrepoliklinikk med psykiater, geriater, mfl.) og hospiteringsordninger. Lov- og forskriftsfestede ordninger som skal bidra til å ivareta helhet og sammenheng i tilbudet til den enkelte pasient er for eksempel fastlege, pasientansvarlig lege, pasientjournal med behandlingsplan, henvisning og epikrise samt individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det stilles særskilt krav til planlegging og samarbeid om brukere med behov for rehabiliterings- og habiliteringstjenester. Wisløff-utvalget framhever at samhandlingspotensialet i flere av disse ordningene ikke utnyttes godt nok.

### Arbeid og helse

Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten har for en stor andel av sine brukergrupper viktige sammenfallende målsettinger med Arbeids- og velferdsetaten (NAV). Nye muligheter som åpner seg ved etableringen av NAV, må utnyttes til å videreutvikle kvalitet og mer helhetlige tilbud i samarbeid mellom helse- og sosialtjenesten og NAV. Målet om å få flere i arbeid og færre på passive stønader kan ikke nås uten et løpende samvirke mellom NAV og det arbeidet som utføres av arbeidsgivere og arbeidstakere, partene i arbeidslivet og andre myndigheter. Det vil særlig på arbeidsmiljø-, helse/rehabiliterings- og utdanningsfeltet være sterk sammenheng mellom den kommunale helse- og sosialtjeneste, NAV og andre aktørers ansvar og oppgaver og dermed et utstrakt behov for samarbeid og samordning.

### Hva kan gjøres for å få bedre helhet og samhandling?

Bredden i problemstillingen viser at det ikke er et enkeltstående grep som skal til for å bygge en helhetlig helsetjeneste med god samhandling. Wisløff-utvalget legger til grunn at mange av samhandlingsutfordringene må løses lokalt og i den utøvende tjenesten. Utvalget viser til at det en del steder er inngått samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak, og til at det er etablert systematiske samhandlingsmønstre overfor enkelte pasientgrupper. Samtidig betoner utvalget at utviklingstiltak for bedre samhandling må være forankret i en overordnet organisatorisk struktur

for å sikre nødvendige rammebetingelser og ledelsesmessige forankring. Denne problemstillingen er fulgt opp av en arbeidsgruppe som har sett nærmere på organisatoriske vilkår for bedre samhandling. Arbeidsgruppen legger til grunn at det bør satses på tiltak som både er forankret i praksisfeltet og som er av overordnet organisatorisk karakter. Hensikten er at de overordnede organisatoriske tiltakene skal gi gode rammebetingelser for samhandling, og dermed bidra til en sterkere samlet effekt av de enkeltstående praksisnære tiltakene. Dette legges til grunn for departementets videre arbeidet på feltet.

I helseplanperioden vil det arbeides bredt med samhandlingsproblematikk. Samhandling må inngå som en naturlig del av tjenestenes arbeid, og det må etableres en kultur hvor samhandlingsaktiviteter verdsettes og etterspørres. Likeverdig partnerskap og gjensidig respekt mellom de samarbeidende aktørene er sentralt for å lykkes. Alle elementer i en helhet er viktig, samt etablering og vedlikehold av god samarbeidskultur. Ivaretagelse av dette krever en tydelig og bevisst ledelse på alle nivåer. På samme måte som kriseteam i akuttmedisin utarbeider rutiner for samhandling, øver og evaluerer, må andre deler av tjenestene utvikle virksomheten sin ut fra en tilsvarende forståelse. For å understøtte denne utviklingen vil det også være behov for forskning på ulik organisering av helsetjenester og samhandlingsmodeller gjennom helsetjenesteforskning, jf. kapittel 6.4.3 om forskning. Videre vil problemstillinger knyttet til samhandling inngå som vesentlig element i arbeidet med kvalitet og prioritering. Dette arbeidet gis særskilt oppmerksomhet gjennom Nasjonal helseplan, se bl.a. omtalen av et nytt nasjonalt råd for kvalitet og prioritering kap. 6.4.1.

Departementet legger vekt på disse strategiene i arbeidet med samhandling:

### Pasientnære strategier

Som nevnt tidligere utnyttes ikke samhandlingspotensialet godt nok i flere lovregulerte og andre myndighetsforankrede tiltak som f.eks. pasientansvarlig lege, samhandling for brukere med behov for habiliterings- og rehabiliteringstjenester, samarbeidsavtaler mellom distriktpspsykiatriske sentre og kommuner m.m. I denne sammenheng står arbeidet med individuell plan i en særstilling.

Det er etablert en rekke fora hvor samhandling er en naturlig del. Fastlegene er gitt en viktig portnerrolle i den samlede helsetjenesten, og Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) som er etablert i 70 pst. av kommunene, anses for å være et velegnet forum for dialog og samhandling mellom fastlegene og

kommunen. Norges forskningsråds evaluering av fastlegeordningen viser samtidig at det er potensial for bedre samhandling mellom fastleger, den kommunale pleie- og omsorgssektoren og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder bl.a. eldre brukere, personer med oppfølgingsbehov etter behandling i spesialisthelsetjenesten og personer med psykiske lidelser, jf. kap. 6.3.2 Den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Det er et lederansvar på alle nivåer å sørge for at de lov- og myndighetsbestemte tiltak følges opp, og det påligger den enkelte å identifisere områder med svikt. Pasienterfaringer vil her være sentrale for å forbedre praksis. Departementet vil ha en intensivert oppfølging av slike tiltak. Det vises også til arbeidet med en utvidelse av pasientombudsordningen og en ny felles lov om sosial- og helsetjenesten i kommunene, jf. kap. 6.3.2 Den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Som et ledd i arbeidet for bedre samhandling mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenestene, vil departementet følge opp med sikte på at det faglige nivået i behandlingen i sykehjemmene høynes.

### Behandlingskjeder

Pasientforløp eller behandlingsskjeder er en måte å se pasienten i et helhetlig forløp uavhengig av tjenestenivå. Selv med store individuelle variasjoner mellom pasienter kan flere pasienters problemstillinger løses på en forløpsmessig relativt lik måte i og mellom de enkelte enhetene. Dette gjelder både planlagte forløp og akuttforløp. Det betyr ikke at pasientene får samme behandling, men organisering av tjenestene til den enkelte kan ha felles løp.

En utfordring når det gjelder å kartlegge pasientforløp er manglende datagrunnlag. Dette gjør det vanskelig å beskrive helhetlige behandlingsskjeder over forvaltningsgrensene. En arbeidsgruppe bestående av Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Sosial- og helsedirektoratet har kartlagt oppgavefordelingen mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten (Kartlegging av oppgavefordelingen mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjeneste, februar 2006). Gruppen viser til at det vil komme en styrking av datagrunnlaget med IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk), men at dette ikke er tilstrekkelig for å dekke behovet for å få til helhetlige analyser av pasientforløp. I det videre arbeidet med IPLOS vil departementet vurdere mulighetene for å foreta slike sammenstillinger.

En konsekvens av å bruke pasientforløp for å sikre pasientene helhetlige og sammenhengende helsetjenester, er at forløpene kan få en viktigere

rolle som strukturerende element i utforming av tjenestetilbudene, mens inndeling i avdelinger, klinikker, institusjoner m.m. kan få noe mer redusert betydning. Det blir med andre ord mer oppmerksomhet på hvordan tjenestene kan sette sammen kvalitativt gode og effektive behandlingsforløp innen eksisterende organisasjonsstruktur, enn oppmerksomhet på selve organisasjonen. Samtidig understrekes det at organisatoriske enheter fortsatt vil ha avgjørende betydning for ansvarsavgrensing, ledelse, økonomistyring, arbeidsmiljø m.m. og ha den samme viktige funksjon for den delen av tjenesten som utføres innenfor et ansvarsområde.

Å bruke behandlingsskjeder som strukturerende element i arbeidet for å skape helhet og sammenheng i behandlingstilbudet til den enkelte, anses for å være et nyttig verktøy. Departementet vil i planperioden understøtte dette arbeidet. Blant annet skal det legges særskilt vekt på samhandlingsutfordringer og helhetlige pasientforløp i utarbeidelsen av nasjonale faglige retningslinjer.

#### Samarbeid på nasjonalt nivå

Kommunal- og regionaldepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet skal arbeide videre, samt trekke inn andre aktører, for å finne fram til tiltak som kan bedre samarbeidet mellom den kommunalt forankrede helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

#### Økt bruk av avtaler for å forplikte ansvarlige aktører

Departementet og KS er enige om å starte et arbeid med sikte på å inngå en overordnet avtale om samarbeid for bedre samhandling. Som et ledd i avtalearbeidet vil pasientorganisasjonene på en systematisk måte få anledning til å melde inn sine erfaringer om hvordan samhandlingen fungerer. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen, og skal gjelde spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Andre kommunale tjenester kan tas inn i avtalen dersom det er hensiktsmessig. Den nasjonale avtalen skal danne grunnlag for lokale avtaler mellom helseforetak og kommuner. En viktig hensikt med slike avtaler er å lage felles analyser av samhandlingsutfordringene og bli enige om strategier og tiltak. Departementet legger til grunn at avtalearbeidet vil kunne bidra til å avklare rammer og forutsetninger for ulike samhandlingstiltak.

#### Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Tekniske løsninger som legger til rette for at aktørene i tjenesten har tilgang til oppdatert informa-

sjon i møte med bruker/pasient, er vesentlig for god samhandling. I de senere årene er det satt i gang en rekke tiltak for å understøtte bedre IKT-koordinering som har hatt positiv effekt. For ytterligere omtale av departementets videre arbeid i planperioden på IKT-området, se kap. 6.4.4.

#### Vurdere revidering av forskrift

Som et ledd i arbeidet for bedre rammebetingelser for samhandling, vil departementet i dialog med berørte aktører vurdere hvordan forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fungerer. Videre skal det vurderes om og ev. på hvilken måte det bør skje en endring i regelverket inn mot tjenestetilbudet for psykisk helse.

#### Systematisk bruk av tilbakemelding fra pasienter

Departementet vil drøfte det nærmere opplegget med pasientorganisasjonene for å finne fram til gode opplegg for medvirkning på de tiltaksområdene som er omtalt ovenfor.

## 6.4 Gjennomgående strategiske områder

I forgående kapittel ble helsetjenestens hovedområder presentert sammen med en beskrivelse av den gjensidige avhengighet mellom områdene og behovene for systematisk samhandling. I dette kapittel presenteres sentrale strategiske områder for hele helsetjenesten. For å utvikle den norske helsetjenesten er det viktig å etablere felles forståelse av status og utfordringer hos aktørene på disse strategiske områder og dernest synliggjøre utviklingstiltak og ansvar for gjennomføring av disse. På noen områder er det behov for at det på nasjonalt nivå tas ansvar for utvikling, koordinering og styring. Dette er områder som er viktige for å nå de overordnede mål for helsetjenesten og hvor ansvar for gjennomføring av tiltak er avhengig av en koordinert innsats.

### 6.4.1 Strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og prioritering

#### Overordnede formål og rammeverk

Utgangspunktet for strategien er to sentrale helsepolitiske målsettinger:

- Helsetjenesten skal tilby befolkningen helsehjelp av god kvalitet
- Helsehjelpen skal være likeverdig fordelt

Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for

at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer. Med helsegevinst menes både å forbli frisk, å bli frisk, å mestre livet med sykdom og å mestre slutten av livet. Kvalitet skapes i de mange daglige møtene mellom brukere av og utøvere i helsetjenesten. En serie prosesser skal koordineres godt for at kvaliteten på tjenestene skal bli god. Kvalitetsforbedring i helsetjenesten forutsetter derfor helhetlig innsats på mange områder og gjennom hele behandlingsskjeden.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, som Sosial- og helsedirektoratet utga i 2005, er et overordnet rammeverk som har til formål å understøtte sosial- og helsetjenesten i arbeidet med å utøve en helsetjeneste av god kvalitet. Strategien sier at tjenester av god kvalitet er kjennetegnet ved at tjenestene er:

- virkningsfulle (fører til en helsegevinst)
- trygge og sikre (unngår utilsiktede hendelser)
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

At Nasjonal helseplan omtaler kvalitet og prioritering i samme strategi er uttrykk for at departementet mener at de prioriteringer som gjøres har betydning for kvaliteten. Med prioritering menes å gi noe forrang. Å prioritere innebærer å fordele og omfordele ressurser og tjenester, noe som samtidig betyr at noe prioriteres ned. Behovet for å prioritere oppstår når behovet eller etterspørselen er større enn det tilbudet som er mulig å gi, gitt eksisterende ressursrammer. Til tross for at Norge er blant de land som bruker mest ressurser på helse, er det et gap mellom folks etterspørsel etter helsetjenester, medisinske muligheter og ressursene som blir stilt til disposisjon. Drivkrefter som bidrar til dette er blant annet økt etterspørsel og økte forventninger hos «brukerne», sterkere pasientrettigheter, mer fokus på risiko for sykdom og flere eldre innbyggere. I tillegg utvikles nye og ofte kostbare tjenester for eksempel medikamenter med forebyggende, livsforlengende og lindrende effekt. Dette medfører at også Norge i framtiden må prioritere for å sikre at helseressursene brukes på en best mulig måte for hele befolkningen. Fordi aktiviteter som har som mål å fremme kvaliteten på ett område, kan bety kostnader som krever innsparinger på andre områder, er balansering av og prioritering mellom de seks kjennetegnene ved tjenester av god kvalitet nødvendig. Kvaliteten i helsetjenesten må vurderes ut fra i hvilken grad helse-

tjenesten som en helhet, gitt ressursrammer og øvrige rammebetingelser, gir den enkelte pasient best mulig helsehjelp, samtidig som helsehjelpen skal være likeverdig og rettferdig fordelt på tvers av brukergrupper, sosial status, kjønn, etnisitet og bosted.

## Status og utfordringer

### *Kvalitet*

Norsk helsetjeneste holder høy kvalitet i et internasjonalt perspektiv. Likevel må tjenestene kontinuerlig utvikles og forbedres. Tradisjonelt har kvalitetsarbeidet handlet om klinisk kvalitet, og mye kvalitetsarbeid har vært rettet mot å sikre høy faglig kompetanse hos tjenesteutøverne gjennom god grunnvidere og etterutdanning. Tjenesteutøverne har i høy grad selv tatt initiativ til og ansvar for kvalitetsforbedring gjennom faglige nettverk og arbeid i sine profesjonsorganisasjoner. Medisinske kvalitetsregistre er et eksempel på et nyere tiltak som er drevet fram av fagmiljøene selv. I 1995 kom den første nasjonale strategi for kvalitet i helsetjenesten. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten 1995–2000 hadde som hovedmål at «alle som yter helsetjenester skal etablere helhetlige og effektive kvalitetssystemer innen år 2000». Lovfesting av krav om internkontroll og opprettelse av kvalitetsutvalg var ledd i dette. Strategien fra 1995 synliggjør at det å oppnå kvalitet på tjenesten også handler om kvalitetsforbedring av de prosesser og strukturer som omgir klinikerne. De senere år har etablering av nasjonale kvalitetsindikatorer, utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer og etablering av nasjonale medisinske kvalitetsregistre stått sentralt i det nasjonale kvalitetsarbeidet. Dette er pedagogiske virkemidler som skal bidra til god praksis ved å styrke kunnskapsgrunnlaget for helsetjenesten og motvirke uønsket variasjon i tjenestetilbudet.

En sentral utfordring for kvalitetsarbeidet i helsetjenesten er at den teknologiske og medisinske utviklingen skjer fort. Kvalitetsforbedring er derfor en kontinuerlig prosess som må forankres kulturelt og organisatorisk hos ledelsen på alle nivå i tjenesten, samt sees i nært sammenheng med forskning og utdanning. Vi har i dag kunnskap om status for enkelte sider ved de seks kjennetegnene ved god kvalitet i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring, men mangler en systematisk oversikt. På de områder vi har kvalitetsindikatorer, er det betydelig variasjon i resultater. Variasjonen er større enn ulikheter i pasientsammensetningen og geografiske forhold skulle tilsi.

### Prioritering

Helsepolitiske prioriteringer i Norge har tradisjonelt vært knyttet til å sikre målet om likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av diagnose, geografi, sosioøkonomisk status, kjønn og alder i en situasjon der etterspørsel er større enn tilbudet. Sterkere nasjonal styring og mer åpenhet om prioriteringer i helsetjenesten ble satt på dagsorden internasjonalt på 1980-tallet, og Norge var tidlig ute med å systematisere arbeidet med prioritering. Prinsippene for prioriteringer, dvs. tilstandens alvorlighet og nytte, som ble lansert av de to norske prioriteringsutvalgene, Lønning I og II, og i tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet og vitenskapelig dokumentasjon, som ble vektlagt i Lønning II, er senere i liten grad blitt utfordret på prinsipielt grunnlag. Prioriteringsforskriften er et eksempel på hvordan prinsippene er blitt operasjonalisert i tildeling av rett til nødvendig helsehjelp for den enkelte pasient innen spesialisthelsetjenesten. Kriteriene inngår også i Legemiddelverkets kriterier for godkjenning for refusjon i henhold til legemiddelforskriften.

Få har i dag tro på at det er mulig å sette opp detaljerte nasjonale prioriteringskriterier for på den måten å løse prioriteringsutfordringene. Helsetjenesten er for komplisert til at enkle kriterier kan dekke alle situasjoner. Det må derfor alltid utøves skjønn. Denne erkjennelsen har bidratt til at det legges mer vekt på å legge til rette for legitime prioriteringer gjennom åpne prosesser. Etableringen av Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten i 2000 må forstås i en slik sammenheng. Erkjennelsen har også ført til mer vekt på prioritering gjennom kunnskapsbasert medisin og ved utforming av faglige retningslinjer som gir føringer for hvilke utredninger og behandlingstilbud som skal tilbys for ulike pasientgrupper. Det er også iverksatt tiltak for å skape mer enhetlig fortolkning av, og praksis i forhold til, prioriteringsforskriften.

Det er flere store utfordringer knyttet til prioriteringsarbeidet i helsetjenesten i årene fremover. En av de største utfordringene er manglende aksept i befolkningen, og hos enkelte aktører i helsetjenesten, for at prioriteringer er nødvendig. En felles forståelse av prioriteringsutfordringene er nødvendig for å få aktører til å ta et helhetlig ansvar for prioriteringer på eget nivå, i samsvar med nasjonale føringer og retningslinjer. En viktig forutsetning for prioriteringsarbeidet er kunnskap både om kostnader og nytte av tiltak i helsetjenesten og om faktiske prioriteringer. Det trengs derfor fortsatt satsing på helsetjenesteforskning, herunder helseøkonomisk forskning, jf. kap. 6.4.3.

En annen forutsetning for prioriteringsarbeidet er bedre samordning mellom nivåene. Bedre samordning og helhetstenkning vil legge til rette for bedre arbeidsdeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og er nødvendig for å sikre at prioriteringer skjer med utgangspunkt i pasientens behov for tjenester. Ett område der det er iverksatt tiltak for å bedre samordningen, er innenfor legemiddelområdet, hvor det er etablert et kontaktpunkt mellom ulike aktører som arbeider med legemiddelinformasjon. Legemiddelverket legger kostnad-nyttevurderinger til grunn for prioriteringsbeslutningene om opptak på forhåndsgodkjent refusjon (blå resept). Ett av målene for kontaktpunktet er å sikre at slike prioriteringer gjenspeiles i nasjonale retningslinjer for berørte terapiområder utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet.

En ytterligere utfordring for prioriteringsarbeidet er de relativt store, og trolig økende sosiale ulikhetene i befolkningens helse som er avdekket. Det er et mål å motvirke sosial ulikhet i helse ved å fange opp behovene til grupper i befolkningen med behov for særskilte tiltak, som for eksempel flyktninger, asylsøkere, innsatte, rus- og spilleavhengige. Det synes som om enkelte pasientgrupper lettere nedprioriteres enn andre, og det kan mistenkes at dette skyldes at det er en sammenheng mellom fagfeltens status og pasientenes sosioøkonomiske status. Det er derfor behov for en målrettet innsats for å sikre en bedre fordeling av ressursene mellom diagnose- og fagområder. Det er i dag store ulikheter hvordan forståelse og praksis i forhold til prioriteringsforskriften. Der er av den grunn igangsatt et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene, Riktigere prioritering, som skal bidra til mer enhetlig praksis. Det er også viktig å avdekke i hvilken grad andre helsepolitiske virkemidler, som finansieringsordninger og øvrige pasientrettigheter, bidrar til å skape og opprettholde sosial ulikhet i helse.

En ytterligere utfordring i planperioden er at prioriteringsdebatten i stor grad har handlet om kommune- og spesialisthelsetjenesten hver for seg. Det til tross for at mange beslutninger med stor betydning for kommunehelsetjenesten skjer i spesialisthelsetjenesten og motsatt. Et eksempel er fastlegens henvisningsatferd, som i tråd med deres portnerrolle, bestemmer etterspørselen etter spesialisthelsetjenester. Samtidig medfører mer poliklinisk og dagkirurgisk behandling av pasienter med sammensatte behov at kommunene får et større ansvar. Kommunene må dermed omprioritere sine ressurser.



Flere forhold representerer en utfordring for en helhetlig tilnærming i arbeidet med kvalitet og prioritering i helsetjenesten. For det første benyttes ulike styringsmodeller overfor spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og sosialtjenester (herunder fastlegene). Kommunene er et selvstendig forvaltningsnivå som har frihet og ansvar for å utforme sine tjenester mens spesialisthelsetjenesten i større grad er gjenstand for nasjonal styring. For det andre er det mange forhold som påvirker prioriteringene i kommunene og spesialisthelsetjenesten, slik som pasientrettigheter, finansieringsordninger, nasjonale faglige retningslinjer osv. Et tredje dilemma er at det er forventet at ledere på alle nivå tar et helhetlig ansvar for ressurser og innhold, samtidig som det er en målsetting å ha et likeverdig tilbud på tvers av regioner og tjenestenivå. Et fjerde forhold er at helsetjenesten er en kunnskapssektor, der faglige kvalifikasjoner og engasjement hos den enkelte tjenesteutøver er nødvendig for høy kvalitet og riktige prioriteringer i tjenestene. Samtidig vil faglig engasjement tendere til å oppgradere eget fagfelt på bekostning av andre, og det faglige skjønn som utøves av tjenesteutøverne gir rom for praksisvariasjoner. Dette, samt det faktum at kvaliteten på tjenestene og de faktiske prioriteringene er avhengig av samarbeid mellom utøvere i flere avdelinger og på flere nivåer, tilsier at kvalitet og prioritering må være et lederansvar. I arbeidet med kvalitet og prioritering står man hele tiden overfor utfordringer knyttet til balansen mellom lokal frihet og regional og nasjonal styring og mellom faglig forankring og lederstyring. Denne balansen er krevende, og kan skape ansvarsuklarheter, og i enkelte tilfeller til et «svarteperspill» for å flytte ansvar og kostnader til andre.

#### Målsettinger for helsetjenestens arbeid med kvalitet og prioritering

Gitt det overordnede målet om å sikre befolkningen likeverdige helsetjenester av god kvalitet, rammeverket for helsetjenester av god kvalitet og de beskrevne utfordringene, kreves en samlet innsats på flere områder for å forbedre helsetjenestens kvalitet og prioriteringer. Vi vil vektlegge følgende mål for kommende fireårsperiode:

- mer enhetlige og koordinerte prioriteringer i primær- og spesialisthelsetjenesten, herunder mer enhetlig fortolkning av prioriteringsforskriften i spesialisthelsetjenesten
- en faglig praksis som er i samsvar med oppdatert kunnskap for god og kostnadseffektiv praksis

- likeverdig fordeling av tjenestetilbudet på tvers av fagområder og diagnosegrupper innenfor og mellom helsetjenestens ulike deler
- at kvalitetsforbedring og prioritering blir en integrert del av tjenesteutøvelse og ledelse på alle nivåer i helsetjenesten, med solid forankring kulturelt og organisatorisk
- etablere systematisk rapportering av sentrale nøkkeldata som viser utviklingen i forhold til prioritering og kvalitet
- at kostbare metoder og investeringer underlegges en prosess for faglig og overordnet vurdering
- større åpenhet om feil og utilsiktede hendelser i helsetjenesten, slik at hendelsene kan benyttes til læring og forebygging

#### Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering

En helhetlig tilnærming i kvalitets- og prioriteringsarbeidet forutsetter tydelige ansvarsposisjoner og god samhandling i helsetjenesten, noe Nasjonal helseplan har som mål å bidra til. Kvalitets- og prioriteringsarbeidet bør ikke bare ta utgangspunkt i den enkelte avdeling, virksomhet eller behandlingsnivå. Det finnes imidlertid få organisatoriske treffpunkter for de ansvarsbærende aktørene i helsetjenesten. Flere instanser har tatt opp behovet for et nytt, overordnet organ med oppgaver innen kvalitet og prioriteringer. Agenda og Muusmann tok dette opp i sin evaluering av sykehusreformen. Det samme gjorde Nasjonal strategigruppe for prioriteringer ledet av direktøren i Helse Nord RHF. Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har også tatt til orde for et slikt organ. De ulike aktørene har imidlertid tatt til orde for ulike organisatoriske modeller.

For å tydeliggjøre de ansvarsbærende aktørenes roller og ansvar i kvalitets- og prioriteringsarbeidet, og for å bedre samhandlingen mellom nivåene og skape mer helhet i og åpenhet omkring kvalitets- og prioriteringsarbeidet i helsetjenesten, vil departementet etablere et nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Rådet skal bidra til en samordnet innsats på tema av overordnet karakter hvor det er behov for drøfting på tvers av ansvarsposisjoner. Rådet vil ikke gi pålegg om oppfølging men skal skape åpenhet og legitimitet rundt vanskelige kvalitets- og prioriteringssaker. I rådet skal de ansvarsbærende aktørene komme sammen for i fellesskap å ta tak i sentrale problemstillinger knyttet til kvalitet og prioritering. Aktørene skal initiere faglige analyser og sammen vurdere ulike sider av sakskomplekset bla med utgangspunkt i Nasjonal helseplans målsettinger for kvalitet og prioriteringer.

Utredning av pasienters helsegevinst, kostnadseffektivitet samt total kostnader vil være sentralt som underlag for rådets vurderinger.

Som resultat av rådets arbeid vil det utarbeides en vurdering og anbefaling om oppfølging av det enkelte tema. Rådet vil håndtere komplekse og krevende problemstillinger og vurderingene må synliggjøre dilemma og usikkerhetsmomenter. Rådets medlemmer vil ut fra sin ansvarsposisjon på selvstendig grunnlag ta de initiativ de mener er nødvendig for oppfølging. Sosial- og helsedirektoratet vil, i tråd med sin rolle som nasjonal aktør ha et særlig ansvar for oppfølging av rådets anbefalinger som fordrer en koordinerende aktivitet.

Som ledd i arbeidet med å sikre en helhetlig tilnærming i kvalitets- og prioriteringsarbeidet vil departementet oppnevne et nasjonalt råd og utforme deres mandat.

*Aktuelle tema:*

- identifisere områder hvor det er, eller utvikler seg, uakseptable forskjeller i tjenestetilbudet på tvers av fagområder eller geografi
- vurdere spørsmål knyttet til innføring av ny og kostbar teknologi/medikamenter
- vurdere fordeling og bruk av nasjonale kompetansesentra og landsfunksjoner
- vurdere behovet for utvikling av nasjonale retningslinjer
- vurdere arbeidsdelingen mellom de ulike nivåene i helsetjenesten

Formelle deltakere i rådet skal være de ansvarshavende aktører i helsetjenesten, dvs. Sosial- og helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, kommunene (herunder fastlegene)/KS og universitetene/høgskolene. Det må tilstrebes likeverdighet mellom aktørene i representasjon. Brukerorganisasjonene skal være representert. De ansvarshavende aktørene må gjennom lokale prosesser sikre tilstrekkelig faglig medvirkning og forankring, og bruke nødvendig ekspertise ved framleggelsen av saker. Rådet skal ledes av Sosial- og helsedirektoratets direktør. Rådet skal understøttes av en sekretariatsfunksjon som skal sørge for å innhente nødvendige utredninger og dokumentasjon for å belyse de tema som skal vurderes av rådet. Sekretariatet skal understøtte saksforberedelser initiert fra de ulike aktørene og legges til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Eksisterende råd tilknyttet Sosial- og helsedirektoratet, vil bli vurdert som følge av etableringen av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Rådet vil bli gjenstand for evaluering i løpet av planperioden.

### Innsatsområder i helseplanperioden

Kompleksiteten i dagens helsetjeneste er høy og det er krevende å endre faglig praksis. I arbeidet med kvalitet og prioritering er det derfor behov for å integrere flere elementer og arbeide etter flere modeller samtidig. Helse- og omsorgsdepartementet vektlegger at man må videreutvikle og videreføre de strategier og systemer som har vist seg nyttige, samtidig som man utvikler nye strategier der det er behov. Direktoratets arbeid med nasjonal kvalitetsstrategi og oppfølgingen av denne er viktig. I tillegg vil departementet i helseplanperioden arbeide med seks områder, hvorav de fleste områdene er i samsvar med innsatsområdene i direktoratets arbeid med nasjonal kvalitetsstrategi.

### Utvikling av grunndata og nøkkeldata/indikatorer

Gode grunn- og nøkkeldata er en forutsetning for å ha oversikt over status i forhold til kvalitet og prioriteringer, endringer over tid og forskjeller mellom lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. I pleie- og omsorgssektoren og i spesialisthelsetjenesten er det utviklet nasjonale indikatorer som skal kunne brukes av flere grupper av befolkningen for å sammenlikne tjenestetilbud, av eiere og politikere på ulike nivå som grunnlag for styring og av tjenestetøverne og ledere som grunnlag for kvalitetsforbedring. I helseplanperioden er det et mål å videreutvikle det nasjonale indikatorsystemet, slik at det blir et sett av overordnede nøkkeldata som sier noe om praksis i norsk helsetjeneste ut fra de seks dimensjonene ved god kvalitet. Dataene bør illustrere endringer over tid og ulikheter på tvers av fagfelt og geografiske områder. Erfaringene med dagens nasjonale indikatorer viser at det er vanskelig å finne gode indikatorer som treffer alle formål og målgrupper. Det er derfor behov for at indikatorene differensierer tydeligere mellom mål og målgruppe. Direktoratet vil, som ledd i sin «følge med»-rolle, ha den sentrale rollen i videreutviklingen av de nasjonale indikatorene. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, med sin metodekompetanse, er en viktig samarbeidspartner. I tillegg til det nasjonale indikatorsystemet, er det et mål at ledere skal utvikle indikatorer som ledd i eget kvalitetsforbedringsarbeid, i tråd med internkontrollforskriften.

Utviklingen av nøkkeldata/indikatorer vil ta utgangspunkt i allerede eksisterende datakilder. For kommunesektoren vil dette være KOSTRA. Innføringen av IPLOS i kommunene fra 2007 gir muligheter for å utvikle indikatorer som gir informasjon om omfang og prioriteringer av pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Når det gjelder

allmennlegetjenesten, vil oppfølging av SEDA-prosjektet (Sentrale data fra allmennlegetjenesten) kunne danne grunnlag for nøkkeldata/indikatorer i denne tjenesten. I spesialisthelsetjenesten er Norsk pasientregister og nasjonale medisinske kvalitetsregistre sentrale og egnede kilder, på tross av utfordringer knyttet til datakvalitet og metode. Øvrige datakilder er de nasjonale helseregistrene og de nasjonale helseundersøkelsene. En særskilt utfordring er forskjellene mellom grunnlagsdata, rapporteringsordninger og nøkkeldata fra første- og andrelinjetjenesten.

### God praksis

#### a) Nasjonale retningslinjer

Nasjonale retningslinjer er et viktig virkemiddel for å sikre høy kvalitet og riktige prioriteringer og for å redusere uønsket variasjon. Sosial- og helsedirektoratet har, innenfor rettslige rammer, en normerende rolle for helsetjenesten på tvers av helseregioner og tjenestnivå. Det er dermed den eneste aktør som har mandat til å lage nasjonale retningslinjer. Det er tid- og ressurskrevende å lage og ikke minst å oppdatere nasjonale retningslinjer/veiledere og å tilrettelegge for implementering av dem. Samtidig er det viktig at det finnes nasjonale retningslinjer på enkelte områder for å ivareta et likeverdig tilbud av god kvalitet. Det er et skille mellom nasjonale retningslinjer og de rutiner og retningslinjer som utvikles lokalt. Ledere i helsetjenesten har et ansvar for å implementere nasjonale retningslinjer i egen virksomhet.

For å klargjøre innhold og prosesser knyttet til utarbeiding av retningslinjer, er det behov for å gjennomgå rutinene for utvikling av nasjonale retningslinjer. Det må avklares hvilke prosesser og hvilke kriterier som skal ligge til grunn ved utvelgelse av områder for retningslinjer. Aktuelle kriterier er store sykdomsgrupper, stor ressursbruk, områder med fare for svikt i pasientsikkerhet, stor variasjon i praksis, behov for å tydeliggjøre oppgaver og ansvar og bedre samarbeidet mellom kommunale og spesialisthelsetjenester. Det må også konkretiseres hva som bør inngå i retningslinjearbeidet. Gjennom sammensettingen av gruppene som skal utarbeide retningslinjene må disse sikres tilstrekkelig faglig legitimitet, og det må være klare prosesser for hvordan sammensettingen skjer. Det bør videre lages flere forløp for å synliggjøre behov for flere typer dokumenter som kan være normerende (f.eks. sjekklister). Det kan også være behov for raskt å kunne lage faglige føringer. I disse tilfellene må det foreligge klare pro-

sedyrer som sikrer en raskere framdrift enn ved ordinære retningslinjer.

Retningslinjer må være kunnskapsbaserte, og de må ivareta de etablerte prioriteringskriteriene og andre etiske og samfunnsmessige hensyn. Kostnads- og effektvurderinger må inngå i alle retningslinjer/veiledere, likeledes en vurdering av total kostnader ved innføring av anbefalingene. I henhold til utredningsinstruksen påhviler det statlige myndigheter et særskilt ansvar for å utrede administrative og økonomiske konsekvenser for anbefalinger som utarbeides. I rutinene for utarbeidelse av retningslinjer må det derfor tydeliggjøres hvilke økonomiske, organisatoriske og administrative konsekvenser retningslinjene får. Det er viktig at de som bærer kostnadene er involvert i prosessen. De prioriteringsmessige, etiske og samfunnsmessige vurderingene, og også implementering og oppfølging, må skje i dialog med ansvarlige aktører, og det må sikres brukermedvirkning.

I tillegg til å utvikle nasjonale faglige retningslinjer er det behov for på nasjonalt hold å ha oversikt over det internasjonale tilfanget av retningslinjer, for å gjøre disse tilgjengelige for tjenesten. Internasjonale retningslinjer vil måtte vurderes i forhold til norske forhold. Å legge til rette for anvendelse av internasjonale retningslinjer vil være en felles oppgave for Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Helsebiblioteket er et viktig hjelpemiddel for å formidle oppdatert kunnskap, inkludert retningslinjer fra Norge og andre land.

#### b) God praksis og gode rutiner

Faglig dyktige tjenesteutøvere støttet av nasjonale faglige retningslinjer på utvalgte områder, danner grunnlaget for god praksis, men er ikke tilstrekkelig. Ledere på alle nivåer, fra toppledelsen i de regionale helseforetak og i kommunene, til den enkelte avdeling, har ansvar for å sørge for at tjenestene er i samsvar med god praksis slik at faglig forsvarlighet kan ivaretas. Internkontrollen er et lovpålagt lederverktøy i en slik prosess. Selv om formålet med internkontroll er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles, er den hensiktsmessig som rammeverk for alt kvalitetsarbeid. Sammenliknet med mange andre land har Norge en helse- og sosiallovgivning som legger listen for forsvarlig praksis høyt. God praksis er derfor kjernen i lovkravet om faglig forsvarlighet.

En viktig del av lederansvaret, jf. internkontrollforskriften, er å monitorere virksomheten

og velge ut områder hvor det er behov for forbedring. I slike prosesser kreves tett samhandling mellom ledere og medarbeider. Når tjenesteutøverne deltar i arbeidet med å evaluere og forbedre egen praksis, utvikles kompetanse og det skapes faglig forankring for kvalitetsarbeidet. I de tilfeller der helsetjenester leveres av private tjenesteytere, som har et selvstendig ansvar for å drive internkontroll, har ledere i den offentlige sektor ansvar for å sikre at kvaliteten ivaretas og at tjenesten innrettes mot prioriterte områder, gjennom de kontrakter som inngås.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kan støtte helsetjenestens kvalitetsforbedringsarbeid ved å bistå med kunnskapsoppsummeringer og metodestøtte. Videre kan Kunnskapssenteret, ved Helsebiblioteket, publisere rutiner og metodebøker som kan være til hjelp og inspirasjon for å utvikle fagområder. I dette fag- og kvalitetsutviklingsarbeidet i regi av helsetjenesten er det likevel fortsatt aktørene selv som har ansvaret for den faglige kvaliteten på dokumentene og for oppfølgingen.

Det vil i helsetjenestens kvalitets- og prioriteringsarbeid ofte være behov for samarbeid på tvers av avdelinger, kommuner, foretak og tjenestenivåene. De samarbeidsfora som i dag er etablert, det foreslåtte nasjonale råd, det foreslåtte avtalesystemet (se kap. 6.3.4 Helhet og samhandling) og praksiskonsulent og praksiskoordinatorordningen vil bli viktige arenaer for kvalitetsutviklings- og prioriteringsarbeid. Viktig er også det kvalitetsforbedringsarbeidet som i dag pågår i kommunehelsetjenesten, herunder NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus), NOKLUS-klinikk og SEDA-prosjektet (Sentrale data fra allmennlegetjenesten).

#### c) Medisinske kvalitetsregistre

Departementet vil i helseplanperioden vektlegge arbeidet med å videreutvikle medisinske kvalitetsregistre. Medisinske kvalitetsregistre er medisinskfaglige redskaper der hovedformålet er kvalitetsforbedring og forskning. Medisinske kvalitetsregistre skal bidra til at helsetjenesten benytter de beste og mest virkningsfulle metodene. Det er derfor et mål å etablere gode nasjonale medisinske kvalitetsregistre for viktige fagområder. Sosial- og helsedirektoratet har avgitt rapport med forslag til framtidig prioritering av kvalitetsregistre, organisering, tekniske fellesløsninger, samt forslag til hjemmelsgrunnlag og forskrift for samtykkebaserte kvalitetsregistre. Forslagene har vært til høring. Høringssvarene støtter opp om arbeidet med kvalitetsregistre, men avdekker også behov for

å se nærmere på spørsmål knyttet til omfang av og prioriteringer av kvalitetsregistre som skal «oppgraderes» til å bli nasjonale medisinske kvalitetsregistre, samt forholdet mellom nasjonale medisinske kvalitetsregistre og øvrige nasjonale helseregistre. Det finnes i dag i overkant av 60 registre som kan betegnes som medisinske kvalitetsregistre.

Kvalitetsforbedring og forskning skal være kvalitetsregistrenes hovedformål. Dette fordrer god forankring hos tjenesteutøverne som skal registrere data og bruke dem i kvalitetsforbedringsarbeid og forskning. Dette er Helse- og omsorgsdepartementets begrunnelse for å legge databehandleransvaret for registrene i de regionale helseforetakene, med tilhørende ansvar for drift og finansiering. I de tilfeller der et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister kan hjemles i eksisterende sentrale/nasjonale registre (eks. kreft), kan det være aktuelt med en annen databehandleransvarlig.

Som databehandleransvarlig er det de regionale helseforetakene som har ansvar for å vurdere og bestemme hvem som skal ivareta databehandleroppgavene (driften). Dette bør gjøres i nært samarbeid med tjenesteutøverne. Hensynet til sikkerhet, personvern, økonomi, driftseffektivitet og kompetanse taler for å ha et begrenset antall driftsansvarlige som baserer seg på felles tekniske løsninger, samt løsninger som sikrer kort vei mellom forsker, legespesialist, IT-kyndig og statistiker.

Eksisterende kvalitetsregistre er forskjellige på flere områder, som hjemmelsgrunnlag, tekniske løsninger, datakvalitet og omfang. Departementet mener at metodiske, tekniske og juridiske løsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre bør sees i sammenheng med tilsvarende løsninger for øvrige nasjonale registre. I størst mulig grad bør det satses på felles tekniske løsninger som ivaretar mulighet for kopling mellom kvalitetsregistre og mellom kvalitetsregistre og sentrale registre som for eksempel Kreftregisteret, Medisinsk fødselsregister, Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og Norsk pasientregister. I denne sammenheng vil man måtte vurdere tekniske løsninger som kan bygge på uttrekk av data fra et eventuelt personidentifiserbart Norsk Pasientregister, nasjonale sykdomsregistre og på sikt også innhente av data fra elektronisk pasientjournal (EPJ). De regionale helseforetakene vil, basert på overordnede føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet, få ansvar for at det utvikles felles tekniske løsninger.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er

helseregistre som må etableres og drives i henhold til helseregisterloven og øvrig regelverk. Hovedregelen er at helseregistre skal baseres på samtykke fra de registrerte. Det arbeides med å utarbeide en forskrift som kan gi hjemmelsgrunnlag for de fleste samtykkebaserte kvalitetsregistre. Utforming av sentrale deler av denne forskriften vil bero på innholdet i den kommende helseforskningsloven (jf. forslaget i NOU 2005: 1 God forskning – bedre helse). Utkast til forskrift om samtykkebaserte kvalitetsregistre vil derfor bli sendt på høring etter at forslag om ny helseforskningslov er fremmet for Stortinget.

For å styrke og understøtte det nasjonale arbeidet med medisinske kvalitetsregistre skal det etableres et nasjonalt servicemiljø med registerkompetanse og kompetanse på regelverk. Servicemiljøets hovedoppgave vil være å utøve registerfaglig rådgivning overfor de regionale helseforetak og skal kunne bistå med juridisk, datateknisk, forskningsmessig og kvalitetssikringsmessig kompetanse.

#### *Pasientsikkerhet*

Det er etablert flere ordninger for å fremme pasientsikkerheten i norsk helsetjeneste. Statens helsetilsyn fører tilsyn med at tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte og forvalter meldeordningene etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 og helsepersonellovens § 17 som plikter hhv. helseinstitusjoner og helsepersonell å melde hendelser som har eller kunne fått alvorlige konsekvenser for pasienten. Helsetilsynet i fylket behandler klager fra pasienter som opplever at de ikke har fått et tilfredsstillende tilbud. Pasientombudene kan bistå pasienter med å fremme slik klage, og Norsk pasientskadeerstatning kan tildele pasienter erstatning ved behandlingssvikt, uten å plassere ansvar. Internkontrollforskriften pålegger helsetjenesten å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt.

Anbefalingene om pasientsikkerhet fra WHO, EU og Europarådet tar til orde for meldesystemer som skal fremme læring og kjennetegnes av «No shame, no blame, no name». Videre er meldingsystemene ikke koplet til tilsynsmyndigheter. I tillegg fremheves betydningen av å analysere årsakene til hendelsene ut i fra et systemperspektiv fremfor et personperspektiv.

I helseplanperioden ønsker departementet en kulturendring i helsetjenesten. Det er behov for større erkjennelse av at feil skjer, samt større åpenhet om utilsiktede hendelser og nesten-hendelser. For å understøtte helsetjenestens arbeid med

dette, foreslår departementet at det etableres en nasjonal enhet for pasientsikkerhet fra 1. februar 2007. Midler til tiltaket er foreslått og omtalt under kap. 725, post 01. Enheten skal være uavhengig alle myndighetsorganer i helsetjenesten, og vil ha som formål å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser. Enheten skal utforme læringsinformasjon og fremme forslag til tiltak som understøtter helsetjenestens bestrebelser på å lære av feil, slik at praksis blir endret. Enheten vil også kunne adressere tiltak til nasjonale myndigheter. Sentralt i oppbyggingen av enheten blir å kartlegge og sikre seg at informasjonsinnhentning og innmeldinger til enheten gir tilstrekkelig grunnlag for å avdekke risikoområder og årsakene til disse. Det tas sikte på at enheten primært innhenter informasjon fra eksisterende meldeordninger lokalt, regionalt og nasjonalt, herunder de lovpålagte meldeordningene i spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 og helsepersonellovens § 17, samt regionale meldesystem som er i ferd med å etableres i flere regionale helseforetak, men at det er viktig å supplere innmeldinger som er nødvendige for å realisere enhetens formål, blir iverksatt. Enheten vil i startfasen ha fokus på spesialisthelsetjenesten, men det er et mål å videreutvikle den til også å omfatte de kommunale tjenestene. Enheten vil etableres i tilknytning til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

#### *System for vurdering av medisinsk teknologi/medikamenter*

Ny medisinsk kunnskap og ny teknologi er viktig for forbedringer i helsetjenesten. Norsk helsetjeneste skal bidra i utviklingen av medisinsk kunnskap og teknologi, bl. a. ved å satse på medisinsk forskning og på tilgjengeliggjøring av forskningsresultater, jf. kap 6.4.3. Nye medisiner og nye metoder er ofte dyrere enn de etablerte og de vil ofte være et supplement til eksisterende behandling. Kostnadene vil dermed øke totalt sett. Mange av medikamentene vil påvirke livskvalitet, men ikke nødvendigvis livslengde. I et prioriteringsperspektiv er det viktig at det gjøres en helhetlig vurdering av effekter og kostnader. Det er internasjonalt stor oppmerksomhet rettet mot å fange opp ny teknologi tidlig, slik at man kan iverksette kostnadseffektive tiltak så raskt som mulig, samtidig som man ikke utsetter pasienter for en behandling uten effekt eller med skadelig resultat. Det er viktig å sikre at ny teknologi, som finner veien inn i norsk helsetjeneste gjennom forskningsstudier, ikke blir etablert praksis før metodens nytte, skadelige effekter og kostnader er kartlagt. Med utgangs-

punkt i slik kunnskap, vil spørsmålene om implementering av nye og kostbare metoder være en viktig del av de prioriteringsbeslutningene som ledere i helsetjenesten skal fatte. Slike beslutninger må ta hensyn til målet om likeverdig tilbud på tvers av helseregioner. For beslutninger om hvor vidt medikamenter skal kunne forskrives på blå resept og gi rett til trygderefusjon, har man etablert prosedyrer for å vurdere kostnadseffektivitet. Det finnes ikke tilsvarende nasjonale prosesser i spesialisthelsetjenesten. Det skal også utvikles rutiner for å vurdere behov, kostnader og kostnadseffektivitet ved nye store investeringer i spesialisthelsetjenesten.

Det er allerede i gang prosjekter på dette området bl.a. i Kunnskapscenteret og i de regionale helseforetakene. Departementet vil i planperioden videreutvikle systemer som sikrer at ny medisinsk teknologi/medikamenter identifiseres og vurderes før de blir etablert praksis. Fordi innføring av ny teknologi skjer parallelt i mange land, er det viktig å trekke på kunnskap og erfaringer fra internasjonale nettverk.

Departementet vil etablere prosesser og metoder som sikrer:

- at ny og kostnadskrevende teknologi/medikamenter identifiseres
- at det skjer en rask vurdering av medisinske effekter og kostnader spesifisert for pasientgrupper, totale kostnader ved innføring, organisatoriske effekter m.m.
- vurdering av kostnader og nytte ved store nye teknologiske investeringer

Beslutningsgrunnlaget (effekt, kostnadseffektivitet/total kostnader osv) kan være tema i nasjonalt råd for kvalitet og prioritering.

#### *Styrke kompetanse og lederskap knyttet til kvalitet og prioritering*

God kompetanse hos tjenesteutøverne og godt lederskap på alle nivåer i helsetjenesten er viktige forutsetninger for å nå målet om god kvalitet og riktige prioriteringer. Kvalitetsutviklingen av helsetjenesten må også sees i sammenheng med arbeidsmiljø og helsetilstanden til de ansatte i helsesektoren. Et tiltak for å oppnå god kvalitet i sektoren er å vektlegge godt arbeidsmiljø, også fordi dette forebygger sykefravær som er relatert til arbeidssituasjonen. Internkontrollforskriften pålegger ledere på alle nivåer ansvar for å identifisere områder hvor det er behov for kvalitetsforbedring og å initiere, koordinere og iverksette prosesser for å forbedre praksis. De har også ansvar for å sikre at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap

og ferdigheter og for å sørge for at de medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes. Det siste er viktige forutsetninger i kvalitets- og prioriteringsarbeidet, fordi god kvalitet og riktige prioriteringer krever faglig forankring gjennom deltakelse fra, og engasjement hos tjenesteutøverne. På denne måten skapes en kultur for kontinuerlig kvalitetsforbedring og forståelse for og vilje til å arbeide for at prioriteringer skjer i samsvar med nasjonale mål og reguleringer. Sykehusreformen har lagt til rette for bedre ledelse gjennom en mer tydelig ledelsesstruktur i spesialisthelsetjenesten. Det må imidlertid arbeides videre for å understøtte denne strukturendringen. Det er blant annet behov for å styrke kompetansen om kvalitetsforbedring og prioritering, herunder om interkontrollforskriftens formål og innhold, både hos helsetjenestens ledere og tjenesteutøvere. Slik kompetansestyrking må skje både gjennom tjenesteutøvernes grunn-, videre- og etterutdanning, og gjennom de lederutdanningstilbud som er etablert som del av eller uavhengig av fagutdanningene. For eksempel har KS og Helse- og omsorgsdepartementet gjennom flere år høstet gode erfaringer med lederutviklingsprosjektet Flink med folk for ledere på alle nivåer i pleie- og omsorgstjenesten. Anbefalingene fra arbeidsgruppene for de to innsatsområdene i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helsetjenesten, forbedre ledelse og organisasjon og styrke forbedringskunnskap i utdanningene er viktige.

#### *Akkreditering og sertifisering*

Akkrediteringsordninger og sertifisering er verktøy som gir mulighet for en mer helhetlig systemvurdering. Akkreditering betyr godkjenning og skjer ved at et eksternt organ godkjenner at en virksomhet er kompetent til å utføre visse oppgaver i henhold til gitte standarder. Med sertifisering forstås at virksomheten har etablert og fått godkjenning av et kvalitetsstyringssystem etter gitte rammekrav. I Norge har vi så langt primært brukt pedagogiske virkemidler (retningslinjer) og satt standarder ved utvalgte kvalitetsindikatorer, men flere regionale helseforetak har innført eller arbeider med å innføre systemer for akkreditering/sertifisering på regionalt nivå. Å styre etter kvalitetsindikatorer kan oppleves som fragmentarisk. De fleste land som jobber systematisk med kvalitetsindikatorer bruker ulike former for akkrediterings-systemer for å få en mer helhetlig tilnærming til kvalitetsarbeid og oppfølging. Det finnes lite kunnskap om forholdet mellom kostnad og nytte/effekt av akkreditering. Departementet er i gang med å utrede bruk av akkreditering og sertifisering for å

vurdere dette som nasjonalt virkemiddel for oppfølging av kvalitet. En slik vurdering må sees i sammenheng med eksisterende lovkrav og lovdefinerte styringsprinsipper for helsetjenesten (internkontroll).

#### 6.4.2 Personell og kompetanse

Helsetjeneste er kunnskapsvirksomhet – og personellet er den viktigste innsatsfaktoren. Den (formelle og reelle) kompetanse og den egnethet personellet har, utgjør grunnlaget for all verdiskaping i tjenesten. Helsetjenesten har samtidig viktige utdanningsoppgaver, både i forhold til grunnutdanning, turnustjeneste, videreutdanning og etterutdanning av personellet. Utdanning er en av fire lovfestede hovedoppgaver for spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-5, 3-8 og 3-10), og finansieringen av utdanningsoppgavene inngår i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Kommunehelsetjenesten plikter også å medvirke til utdanning av personellet (kommunehelsetjenesteloven §§ 6-1 og 6-2), og må ivareta utdanningsoppgavene innenfor sine rammebevilgninger.

#### Tilbudet av helsepersonell: kapasitet og innhold

Myndighetene har et overordnet ansvar for å dimensjonere enkelte av utdanningene for å bidra til å sikre tilstrekkelig og kompetent personell i helsetjenesten. Den enkelte virksomhet må imidlertid møte kompetansebehovet med et bredt spekter av tiltak. Virksomhetenes evne til målrealisering vil avhenge av i hvilken grad virksomheten klarer å rekruttere, disponere, forvalte og utvikle kompetansen gjennom videreutdanning og etterutdanning. Nedenfor benyttes begrepet personell eller helsepersonell som en samlebetegnelse på helse- og sosialpersonell, og begrepet tjeneste eller helsetjeneste som en samlebetegnelse på helse- og omsorgstjeneste.

#### Grunnutdanning

Dimensjoneringen av og innholdet i grunnutdanningene, er av sentral betydning for tilgangen på personell innenfor de ulike personellgruppene og for deres formelle kompetanse.

Det forventes at grunnutdanningene skal møte kompetansebehovene i helsetjenesten. Dette fordrer bl.a. kunnskap om forhold i og utenom helse-tjenestene som kan påvirke kompetansebehovet. Dette kan være faktorer som økonomiske, internasjonale og demografiske forhold, etterspørsel etter helsetjenester, sykdomsbilde, medisinsk og tekno-

logisk utvikling, samt politiske prioriteringer både hva gjelder innhold og struktur i helsetjenesten. Dette er komplekse sammenhenger og det er derfor mange avveininger som må foretas for å dimensjonere utdanningene og utforme det faglige innholdet. Slike endringer kan, i tillegg til å påvirke kompetansebehovet i tjenestene, også stille nye og andre krav til arbeidsformer, sammensetning mellom personellgruppene og organisering av tjenestene.

Dimensjoneringen av grunnutdanningene ved høyskolene og universitetene, blir innenfor rammen av Stortingets bevilgningsvedtak fastsatt av Kunnskapsdepartementet, etter samråd med Helse- og omsorgsdepartementet. De regionale helseforetakene er pålagt å legge til rette for et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elevene/lærlingene/studentene, og dette formidles som styringskrav i det årlige oppdragsdokumentet. Kommunene har et tilsvarende ansvar knyttet til praksisplasser, men det formidles ikke konkrete styringskrav til den enkelte kommune.

Kvalitetsreformen er en reform av høyere utdanning i Norge. Sentralt i reformen står ny gradsstruktur, et felles karaktersystem og økt internasjonalisering. I 2003 ble det opprettet et eget uavhengig statlig organ (NOKUT – Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) som skal føre tilsyn med at utdanningene ved de ulike institusjonene har nødvendig kvalitet, og at det er etablert interne systemer for kvalitetssikring. Utdanningsinstitusjonene har betydelige frihetsgrader for selv å definere det faglige innholdet i utdanningene. Med hjemmel i universitets- og høyskoleloven, kan det fortsatt fastsettes nasjonale rammeplaner for utdanningene. For flere av høyskoleutdanningene som fører frem til autorisasjon, er nasjonale rammeplaner i stor grad videreført og beholdt. Utdanningene skal også oppfylle krav som stilles i aktuelle lover for yrkesutøvelse, spesielle direktiver fra EU og internasjonale konvensjoner.

#### Videre- og etterutdanning

Videreutdanning er formalisert tilleggsutdanning ved fagskoler, høyskoler eller universiteter. Betegnelsen etterutdanning benyttes om annen utdanning som bidrar til arbeidsrelatert kompetanseutvikling. Spesialistutdanningene for leger, tannleger og optikere er i ulik grad, praksisbaserte videreutdanninger, som leder til offentlig spesialistgodkjenning. I tillegg har flere yrkesorganisasjoner etablert egne «spesialistutdanninger» og godkjenningsordninger. Både videreutdanning og etterutdanning er ledd i personellens kompetanseutvikling, og gjennomføres som regel som et tiltak

i et arbeidsgiver-/ arbeidstakerforhold. Deltakelse i etter- og videreutdanning vil i stor grad avgjøres og bestemmes i et samspill mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, der det lokale/kommunale eller regionale kompetansebehovet er et viktig moment.

Flere kompetansegivende videreutdanninger er blitt omstrukturert til masterstudier, for eksempel gjelder dette videreutdanning i manuell terapi for fysioterapeuter.

#### *Særskilt om legespesialistutdanningen*

Når det gjelder legers spesialistutdanning, har Helse- og omsorgsdepartementet det overordnede ansvaret, og fastsetter både spesialitetsstruktur og spesialitetsregler. Spesialitetsstrukturen påvirker hvordan helsetjenestene organiseres. Pr i dag er det 30 hovedspesialiteter og 13 grenspesialiteter (indremedisin (8) og generell kirurgi (5)). Utdanningen frem mot ferdig spesialist tar om lag seks til åtte år. Legeforeningen har en sentral rolle i legespesialistutdanningen. I 1999 ble Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefording etablert, som ledd i å styrke den statlige styringen med spesialistutdanningen og legefordingen. Nasjonalt Råd gir råd både til Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet i spørsmål knyttet til spesialistutdanningen og legefording. Departementet fastsetter årlig antall nye legestillinger i spesialisthelsetjenesten (herunder utdanningsstillinger) fordelt mellom helseregionene og eventuelt mellom de ulike spesialitetene. De regionale helseforetakene fordeler stillingene i helseregionen og mellom spesialitetene. Dette systemet skal bidra til god utdanningskapasitet, samt understøtte god lokal, regional og nasjonal fordeling av leger og spesialiteter. De regionale helseforetakene skal bidra til effektive utdanningsløp, samt iverksette rekrutteringstiltak dersom enkelte utdanningsstillinger viser seg vanskelig å bemanne.

Den teoretiske delen av spesialistutdanningen, som arrangeres i samarbeid mellom Legeforeningen og universitetene, har fått en stadig mer sentral del i utdanningen. Likevel er legespesialistutdanningen fortsatt en praksisnær utdanning, der det reelle innholdet i utdanningen i stor grad utformes i et samspill mellom legen under utdanning og spesialisthelsetjenesten. For å sikre kvaliteten i denne delen av utdanningen, er det etablert et kvalitetssikringssystem som bl.a. innebærer at de avdelinger som tar del i spesialistutdanningen, må godkjennes som utdanningsinstitusjoner.

#### *Utfordringer*

##### *Tilgang på helsepersonell, dimensjonering av utdanningen*

Sentrale faktorer i forbindelse med dimensjoneringen av grunnutdanningene ved universitetene og høyskolene, er antatte nasjonale behov for de ulike helsepersonellgruppene, samt også kapasiteten ved utdanningsinstitusjonene og helsetjenesten som praksisarena. Dimensjoneringen av videreutdanningene og etterutdanningene er i stor grad styrt av kompetansebehovene i tjenestene, og innebærer at både helseforetakene og kommunene, som arbeidsgivere, har sentral innflytelse. I en særstilling står legespesialistutdanningen innen de sykehusbaserte spesialitetene. Denne utdanningen gjennomføres ved at legene tilsettes i utdanningsstillinger i spesialisthelsetjenesten, og dimensjoneringen av utdanningsstillingene skjer i en kombinasjon mellom nasjonal styring (tildeling av nye legestillinger) og regional styring (fordeling av legestillinger).

Dimensjonering av utdanningene forutsetter et godt beslutningsgrunnlag og gode analyser. I vurderingen av det nasjonale behovet for de ulike helsepersonellgruppene, er utdanningskapasiteten i Norge, tilgang fra utlandet, avgang fra yrkene og personellens yrkesaktivitet sentrale momenter. På oppdrag fra departementene har Statistisk Sentralbyrå, utviklet en statistisk modell for grunnutdanningene med framskrivning av tilbud og etterspørsel av helsepersonell (Helsemod). Helsemod baserer seg på et utvalg forutsetninger som historisk har vist seg å ha størst innflytelse på etterspørselen av personell. Som grunnlag for dimensjoneringsbeslutninger, må Helsemod suppleres med vurderinger av de forutsetninger som modellen baseres på, samt forhold som ligger utenfor modellen, for eksempel politiske satsingsområder.

Når det gjelder legespesialistutdanningen i de sykehusbaserte spesialitetene, baseres fordelingen av utdanningsstillingene på innrapporterte behov fra hvert av de regionale helseforetakene. Nasjonalt Råd følger i tillegg stillingene i spesialisthelsetjenesten gjennom datasystemet, NR-databasen, og gir på denne bakgrunn departementet sin tilråding om fordeling av nye legestillinger.

#### *Oppfølging i planperioden*

Departementet vil vurdere hvordan dagens beslutningsgrunnlag for dimensjonering av utdanningene kan videreutvikles. Når det gjelder opplysninger om legestillingene i spesialisthelsetjenesten, skal det nåværende datasystemet (NR-databasen) videreutvikles. Dette skal skje på en måte som iva-



retar myndighetenes behov for å følge med på legestillingene, samtidig som systemet skal fungere som et styringsverktøy for helseforetakene

### *Kompetanse og kvalifikasjoner – innhold i utdanningene*

Utdanningen av helsepersonellet, står i en viss særstilling, idet teoretisk læring ved utdanningsinstitusjonene kombineres med praktisk læring i helsetjenesten. Helsetjenesten har derfor et sentralt ansvar som praksisarena i utdanningene, og som nåværende eller framtidig arbeidsgiver eller avtalepart for det ferdig utdannede helsepersonellet. Helsetjenesten er i rask utvikling når det gjelder organisering og oppgavefordeling, teknologiske nyvinninger og medisinsk kunnskapsutvikling. Samtidig skjer det endringer i sykdomsforekomst og levekår som nødvendiggjør løpende vedlikehold og utvikling av personellens kompetanse. I tillegg er pasientenes egenmestring i hverdagen og behovet for samhandling i større grad vektlagt, og dette krever økt fokus på brukermedvirkning og samhandling. Det er derfor avgjørende at innholdet i utdanningene endres i takt med denne utviklingen.

Utdanningen av helsepersonellet består av en kombinasjon av teoretisk undervisning og praktisk læring. Av den grunn vil samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonene og helsetjenesten utgjøre en viktig arena for å fange opp og formidle behov for et endret innhold i utdanningene. Universitetene, og også høyskolene, er i stor grad autonome, og er gitt det faglige, økonomiske og administrative ansvaret for utdanningene. Dette innebærer at universitetene selv fastsetter det faglige innholdet i utdanningene. I høyskolesektoren er den faglige friheten begrenset for utdanninger med nasjonale rammeplaner. Det overordnede nivået rammeplanene styrer på gir likevel institusjonene et betydelig handlingsrom. Det forutsettes imidlertid at institusjonene skal være lydhøre overfor og svare adekvat på kompetansebehov som kommer til uttrykk. I spesialisthelsetjenesten er det inngått avtaler og etablert samarbeidsorgan mellom utdanningsinstitusjonene og de regionale helseforetakene. Dette er arenaer som må tas i bruk for kontinuerlig å diskutere forholdet mellom innholdet i utdanningene og kompetansebehovet i tjenestene. Tilsvarende samarbeidsorgan er ikke etablert for den kommunale sektor, men det er viktig at eventuelle endringsbehov i kommehelsetjenesten også fanges opp. Dersom de påkrevde endringer krever endringer i nasjonalt fastsatte rammeplanene, må dette vurderes og fastsettes av Kunnskapsdepartementet etter samråd med Helse- og omsorgsdepartementet.

Når det gjelder legespesialistutdanningen, har som nevnt Helse- og omsorgsdepartementet det overordnede ansvaret, og fastsetter både spesialisetsstruktur og spesialisetsregler. En økende grad av spesialisering på den ene side og en utvikling mot behov for mer generalisert kompetanse i lokalsykehus på den annen, tilsier at det er behov for å se på spesialisthelseutdanningen i lys av dette.

### *Oppfølging i planperioden*

Departementet vil, i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, vurdere hvordan dagens systemer og prosesser kan forbedres slik at innholdet i utdanningene i størst mulig grad og til enhver tid, er i samsvar med helsetjenestens oppgaver og utfordringer.

Når det gjelder høyskoleutdanningene vil departementene vurdere hvordan de nasjonalt fastsatte rammeplanene, både prosess- og innholdsmessig, kan endres og forbedres.

I løpet av den kommende planperioden skal det også gjennomføres en materiell og teknisk revisjon av forskriften som regulerer legespesialistutdanningen. Samtidig vil departementet vurdere øvrige tiltak som kan bidra til at innholdet i spesialistutdanningen står i forhold til helsetjenestens oppgaver og utfordringer samt hensynet til effektive utdanningsløp. Dette vil bli gjort i tett dialog med aktørene.

### *Fordeling av personell*

En uttalt målsetting for helsetjenestens virksomhet, er likeverdige tilbud av helsetjenester uavhengig av f.eks. bosted. En viktig forutsetning for å realisere denne målsettingen, er at helsetjenesten har et tilstrekkelig antall og kompetent personell – i alle deler av landet. I internasjonal sammenheng har vi i Norge samlet sett en god personelldekning. Vi har likevel utfordringer knyttet til å oppnå en fordeling av personellet som kan sikre et likeverdig tilbud av helsetjenester i hele landet. Fordelingsproblematikken er særlig knyttet til tre forhold; geografiske fordeling (nord/sør, sentral/distrikt), fordeling mellom fagområder og fordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor.

For enkelte yrkesgrupper, og særlig for leger og tannleger, har det vært vanskelig både å rekruttere og stabilisere lege-/tannlegedekningen i visse deler av landet. Dette gjelder i fastlegestillinger i enkelte kommuner, særlig Finnmark, Nordland og Sogn og Fjordane, men også i spesialisthelsetjenesten, for eksempel til lokalsykehus og distriktspsykiatriske sentra. Innenfor enkelte fagområder,

slik som rusomsorgen, psykisk helsevern, samt innen den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, har det vært rekrutteringsproblemer, selv om tilgangen på personell på landsbasis er god.

Norsk helsetjeneste har i lengre perioder vært preget av større etterspørsel enn tilbud på leger. Dette har vært en av begrunnelsene for å etablere og opprettholde fordelingsystemer for legene. Det nåværende fordelingsystemet for legene, ble etablert i 1999, og er lovfestet (spesialisthelsetjenesteloven § 4-2). Dette systemet gir departementet adgang til årlig å fastsette antall nye legestillinger fordelt mellom helseregionene og eventuelt mellom de ulike spesialitetene. Dette formidles i det årlige oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene, sammen med øvrige styringskrav. Det tilligger de regionale helseforetakene å fordele legestillingene innad i helseregionen, og sørge for at fordelingsystemet overholdes.

I tillegg til legefordingssystemet, er flere andre stimulerings tiltak aktuelle. Eksempler på slike tiltak er ulike personelltiltak i opptrappingsplanen for psykisk helse, særskilte tiltak innen allmennlegetjenesten i enkelte fylker og rekruttering av tannleger fra Tyskland. Når det gjelder den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er det siden 1998 årlig bevilget midler gjennom kompetanseplanen.

Et tilstrekkelig og kompetent helsepersonell er, og vil i de kommende årene, være en av de største utfordringene for helsetjenesten. Det forutsettes at helseforetakene og kommunene, som arbeidsgivere og avtaleparter, planlegger og eventuelt etablerer kompetansestrategier slik at tjenestens samlede kompetanse står i forhold til de oppgaver de har og de framtidige utfordringer de står ovenfor. Samtidig har helseforetakene og kommunene også utdanningsoppgaver, både som praksisarena og som arbeidsgiver for personellet. Myndighetenes utdanningspolitikk og kommunenes og tjenestenes kompetansestrategier kan innebære kryssende interesser. En god håndtering av koblingene mellom myndighetenes utdanningspolitikk på den ene siden, og tjenestenes kompetansestrategier på den andre siden, er en forutsetning for at vi kan få en god fordeling av personellet og realisere helsepolitiske målsetninger på nasjonalt nivå.

#### *Oppfølging i planperioden*

Departementet vil i planperioden vurdere roller, ansvar og oppgaver hos de ulike aktørene for å få mer målrettede og effektive tiltak virkemidler som kan bidra til en god fordeling av personellet. I den

forbindelse vil legefordingssystemet og også ansvarsdelingen mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt Råd for spesialistutdanning og legefording gjennomgå og nødvendige endringer bli iverksatt.

#### *Særskilte kompetanseutfordringer – språk og kultur*

Likeverdige helsetjenester forutsetter at pasienter og pårørende kan kommunisere med og forstå helsepersonellet som yter helsehjelp. Brukermedvirkning, og ikke minst pasientens rett til informert samtykke (til undersøkelse og behandling), kan ikke ivaretas med mindre pasienten og helsepersonell forstår hverandre. For å kunne forstå hverandre kreves kunnskaper i språk, kultur og flerkulturell forståelse.

Som urbefolkning har samiske innbyggere særskilte rettigheter regulert i norsk lov og i internasjonale konvensjoner. Lovgivningen har regler om kommunikasjon og informasjon på eget språk. Etter språkreglene i sameloven skal pasienter i språkforvaltningsområdet kunne bli betjent på samisk i kontakt med helsetjenestene, og helsepersonell skal påse at informasjon som gis er mottatt og forstått. I første omgang er dette et ansvar for forvaltningsnivå (som helseforetak og kommune) og for virksomhetene. Helsepersonellet i språkforvaltningsområdet er også forpliktet til å legge forholdene til rette for god kommunikasjon for den samiske befolkning. Dette innebærer at tolk skal brukes, dersom personellet selv ikke behersker samisk.

Vi har en økende innvandring til Norge. Innvandrerbefolkningen utgjør 7–8 pst. av befolkningen. I deler av Oslo utgjør innvandrerbefolkningen over 30–40 pst. Dette tilsier at behovet for språk- og kulturkunnskap i helsetjenesten er økende. Regjeringens handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen omfatter en rekke tiltak som skal bidra til bedre norskkunnskaper og til kvalifisering til yrkesaktivitet. Et av tiltakene i handlingsplanen er å styrke tolkeutdanningen. En økende innvandrerbefolkning utgjør viktige ressurser i arbeidslivet, også i helsetjenesten. Både den kommunale pleie- og omsorgstjeneste og sykehusene i storbyene er virksomheter hvor medarbeidere fra mange land har sin arbeidsplass. Det flerspråklige og flerkulturelle får dermed større og større betydning når det gjelder likeverdige tjenester og brukerperspektivet. Dette gjelder etniske minoriteter som pasienter og pårørende og etniske minoriteter som helsepersonell overfor den norsk-etniske befolkningen.

### *Oppfølging i planperioden*

Departementet vil i planperioden ha en økende oppmerksomhet rettet mot tiltak som skal bidra til å sikre likeverdige helsetjenester og ivaretagelse av brukerperspektivet overfor etniske minoriteter.

#### **6.4.3 Forskning for bedre helse**

Medisinsk og helse- og sosialfaglig forskning gir ny kunnskap som er grunnleggende for utviklingen av helsetjenesten og sikrer høy kvalitet på forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie. Resultater fra langsiktig forskning fører til nye eller bedre behandlingsmetoder og -prosedyrer og bidrar til pasientsikkerhet. Dermed legger forskning grunnlaget for at behandlingen som gis er trygg, oppdatert og gir en helsegevinst. I tillegg bidrar forskning til økt kompetanse hos helsepersonell en kunnskapsbasert helsepolitikk og effektiv bruk av helseressursene.

Forskning på helse er et av de fire tematiske satsingsområdene som er trukket fram i forskningsmeldingen (St.meld. nr. 20 (2004–2005) Vilje til forskning). I Soria Moria-erklæringen er styrking av forskning i helsetjenesten framhevet som et viktig mål.

En forutsetning for all forskning for bedre helse er at den er av høy faglig kvalitet. Ulike typer forskning fra flere fagområder og fagdisipliner er nødvendig. Dette omfatter grunnforskning, translasjonsforskning (brobyggingsforskning mellom grunnforskning og klinisk praksis) og studier av pasienter i ulike behandlings- og oppfølgingsfaser (kliniske studier), epidemiologisk forskning (utbredelse og årsaker til sykdom) og helsetjenesteforskning.

Helse- og omsorgsdepartementet og helsetjenesten har et særskilt ansvar for den pasientnære og praksisnære medisinske og helse- og sosialfaglige forskningen samt målrettet kompetansebygging i sektoren. Dette omfatter forskning på forebyggende tiltak og behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten. De offentlige midlene til medisinsk og helse- og sosialfaglig forskning finansieres i hovedsak av Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Kunnskapsdepartementet finansierer bl.a. grunnforskning gjennom Norges forskningsråd og universiteter og høyskoler. Helse- og omsorgsdepartementet gir tilskudd til de regionale helseforetakene, Norges forskningsråd og til underliggende etater som driver forskningsaktivitet og/eller bestiller forskning. Departementet finansierer også forskningsenheter knyttet til alternativ behandling, helsetjenester til den samiske befolkning, allmenntilleggsmedisin, lege-

vaktmedisin mv. I tillegg finnes også flere private finansieringskilder for forskning. Forskning i helsetjenesten er avhengig av et godt samarbeid med universiteter og høyskoler, som har forskning som en av sine hovedoppgaver.

#### **Forskning i helsesektoren**

Norge har i dag lavere forskningsinnsats målt i antall vitenskapelige publikasjoner, ressursinnsats og avlagte doktorgrader i medisin og helsefag enn de andre nordiske landene. Samtidig viser en analyse av forskning i kliniske fag 2000–2005 (NIFO 2006) at det er en positiv trend med økt forskningsaktivitet innen kliniske fag og helsefag de senere år. En evaluering av medisinsk og helsefaglig forskning fra 2004 (Norges forskningsråd) viste at flere forskningsmiljøer holder høy internasjonal standard. Samtidig pekte evalueringen på for lite tverrfaglighet, mange små forskningsmiljøer og manglende samarbeid, for lite translasjonsforskning, lite internasjonalt samarbeid og for dårlig tilgang på ekspertstøtte og teknisk utstyr.

Økt kunnskap om utbredelse, årsaksforhold og sykdomsmekanismer for de store folkesykdommene og for små og sjeldne sykdommer er en forutsetning for utviklingen av effektive forebyggings tiltak, tidlig diagnose og gode behandlingsformer. Slik kunnskap forutsetter flerfaglig tilnærming. Helseregistre og biobanker er særskilt viktige for å belyse årsakssammenhenger. For å styrke folkehelsearbeidet er det nødvendig med mer kunnskap om sykdomsforebygging, sammenhengen mellom adferd og helse og effektive helsefremmende tiltak (kosthold, fysisk aktivitet, røyking mv.). Det er også viktig å avdekke bakgrunnen for sosial ulikhet i helse, slik at det kan iverksettes effektive tiltak for å utjevne ulikheter. Her vil langsiktig og tverrfaglig forskningsinnsats være nødvendig, jf. kap. 6.3.

Forskning er en av sykehusenes fire hovedoppgaver. Universitetssykehusene er tillagt et særskilt ansvar for forskning. Forskning har vært et satsingsområde i helseforetakene. Det er etablert et delvis insentivbasert finansieringssystem for forskning i foretakene som skal ivareta behov for både strategiske prioriteringer og forskerinitierte studier. Etter sykehusreformen har antall publiserte vitenskapelige artikler og avlagte doktorgrader i helseforetakene økt. Helseforetakene bidrar i dag til om lag en fjerdedel av alle vitenskapelige artikler fra norsk forskning i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter. I helseforetak uten universitetsfunksjoner er det likevel beskjeden forskningsaktivitet. Det er behov for å styrke forskningen ved lokalsykehus i nært samarbeid med universitetssy-

kehusene. I motsetning til spesialisthelsetjenesten er verken kommunene, fylkeskommunene eller de enkelte praksiser forpliktet til å drive forskning. Det store antallet kommuner og at helsepersonell i kommunehelsetjenesten er organisert i små private praksiser medfører at det er vanskelig å etablere en institusjonell overbygning for å organisere forskning av et visst omfang og kvalitet. Kunnskap fra andre behandlingsnivåer er ikke nødvendigvis direkte overførbart til allmennlegetjenesten. I tillegg er forskningsaktiviteten relativt lav. De kommunale sosial- og helsetjenestene har også vært viet liten forskningsmessig oppmerksomhet. Det gjelder både effektivitet og kvalitet i tjenestene og effekt av tjenester og tiltak for samfunnet og den enkelte bruker. Dette innebærer at disse tjenestene i dag har noen særegne utfordringer knyttet til organisering og styrking av den praksisnære forskningen. Forskningsaktiviteten i omsorgstjenestene er i dag uforholdsmessig lav i forhold til praksisfeltets behov og tjenestenes omfang, jf. omtale under kap. 6.4.2.

### Mer og bedre helseforskning

Det er en nasjonal målsetning å øke forskningsaktiviteten – og samtidig sikre høy kvalitet og relevans på forskningen slik at tilgjengelige forskningsressurser utnyttes til beste for pasienten. Norsk helseforskning bør ha som ambisjon å være på høyde med de øvrige nordiske landene. Dette innebærer at forskning og forskerutdanning i helsetjenesten må prioriteres og ha en sterk ledelsesmessig forankring på alle nivåer i årene som kommer. Vi må sikre at vi utnytter og tar vare på de nasjonale fortrinn vi har både gjennom internasjonalt konkurransedyktige forskningsmiljøer og gjennom våre nasjonale helseregistre, biobanker og store befolkningsundersøkelser. Samtidig bør forskningsaktiviteten styrkes på områder der det er påvist kunnskapshull.

Nasjonalt må det etableres et godt samarbeid om forskning, forskerutdanning, forskningsveiledning og forskningsbasert innovasjon mellom helsetjenesten og universitets- og høgskolesektoren. I tråd med dette planlegges nå etablering av forskningsenheter i allmennmedisin tilknyttet universitetene. Innenfor de kommunale tjenestene er det etablert seks undervisningssykehjem. Virksomheten er basert på avtaler om samarbeid mellom kommune/sykehjem, høgskole og universitet og bidrar til økt kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene gjennom forskning, fagutvikling og kompetanseheving. På sosialtjenesteforskningsområdet er det igangsatt forsøk Universitetssosialkontor med nye samarbeidsformer mellom forskning, utdanning

og praksis i sosialtjenesten. I spesialisthelsetjenesten er det etablert formelle samarbeidsorganer med universiteter og høyskoler og iverksatt prosesser for samordning av nasjonale målesystemer for forskning.

Satsing på forskning i helsetjenesten skaper også behov for å etablere nye typer stillinger, for eksempel kombinerte stillinger i forskning og klinikk. Forskning og forskerkompetanse bør også gi uttelling i form av belønning og anerkjennelse. Det er også behov for økt forskningskompetanse hos spesialister i helsetjenesten. Her vil erfaringene fra pilotprosjekt i psykologi med kombinert utdanningsprogram for forsker- og spesialistutdanningen være viktige.

### Utnyttelse av nasjonale fortrinn

Det er en utfordring å utnytte de nasjonale fortrinn vi har for klinisk og epidemiologisk forskning i Norge. Vi har flere internasjonalt konkurransedyktige forskningsmiljøer innen eksempelvis kreft, hjerte- og karlidelser, nevrofag og epidemiologi som må ivaretas og styrkes. Disse miljøene er viktige motorer for å styrke forskningsaktiviteten nasjonalt, og mange vil være sentrale for å styrke translasjonsforskningen. Disse miljøene må også ta et særskilt ansvar for etablering av faglige forskernettverk, jf. kap. 6.4.7.

Det er viktig å utnytte potensialet som ligger i ulike befolknings-, sykdoms- og kvalitetsregistre, biobanker, store befolkningsundersøkelser, et eventuelt personidentifiserbart pasientregister og på sikt elektronisk pasientjournal. Det gjennomføres eksempelvis mange små studier som ikke er store nok til å være generaliserbare. I tillegg har tilgjengeligheten til datamaterialet i nasjonale registre og biobanker ikke vært godt nok, og det har vært utfordringer knyttet til sammenstillingen av ulike datamaterialer. God organisering og bedre tilgang på data til forskning vil være viktige tiltak for gjøre å styrke forskningen i helsetjenesten.

### Særskilt kompetanseoppbygging

Høy kvalitet i helsetjenesten forutsetter oppbygging av forskningsaktivitet og kunnskap innen de fleste medisinske og helsefaglige fagområdene og for de ulike pasient- og/eller sykdomsgruppene.

På enkelte fagområder eller for enkelte pasientgrupper er det påvist lav forskningsaktivitet i forhold til kunnskapsbehovet, og det må iverksettes tiltak for å styrke forskningen. Dette omfatter eksempelvis fagområder som psykisk helse, rusmidler, hvor det pekes på en rekke områder der forskningen er enten mangelfull eller fraværende,

forebygging (jf. kap. 6.3.1), rehabilitering, kroniske sykdommer, muskel- og skjelettlidelser, tannhelse og allmennmedisin (jf. kap. 6.4.2) og pasientgrupper som barn/unge, kvinner, etniske minoriteter og eldre. Viktige virkemidler for å styrke forskningsinnsatsen på utvalgte områder er nasjonale forskningsprogrammer og strategiske satsinger i regi av Norges forskningsråd eller underliggende etater og etablering av nasjonale kompetansesentra. Satsing på forskning kan også være en del av en mer helhetlig strategisk satsing på et fagområde eller en pasientgruppe.

Regjeringen vil styrke forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til omsorgstjenestene og eldreomsorgen. Det skal etableres regionale forsknings- og utviklingssentra for den kommunale helse- og sosialsektoren ved eksisterende forskningsmiljø ved høyskoler og legges til rette for en gradvis opptrapping av midler til omsorgsforskning og forskning på Eldres levekår og helse, med spesielt vekt på demenslidelser. Dette gjøres gjennom styrking av helse- og omsorgsforskningsprogrammet i Norges forskningsråd. For å styrke forskning på kvinnehelse og kjønnsperspektiv i forskningen er det etablert et nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse. Tilsvarende er det etablert et nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse for å styrke språk- og kulturkompetanse i helsetjenesten. Nasjonalt forskningssenter for samisk helse, har i samarbeid med Folkehelseinstituttet gjennomført en omfattende helse- og levekårsundersøkelse. Resultatene fra undersøkelsen skal bidra til å få fram beslutningsgrunnlag og økt forskning på samisk helse- og sosialforhold. Forskning på Eldres sykdommer og helsetilstand, og hvordan samfunnet kan legge til rette for en aktiv alderdom og gode tjenester for denne gruppa vil være viktig for å møte det økende antall eldre. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) har etablert en database hvor man følger 5000 personer over 40 år hvert femte år, som vil være et viktig virkemiddel for å styrke forskning på eldre, jf. St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening

### Forskning til nytte for pasienten

Det hender at effektiv behandling tas for sent i bruk, at behandling uten dokumentert effekt brukes og at det er variasjon i behandlingsmetoder som anvendes i helsetjenesten. Et viktig tiltak for å sikre rask og likeverdig implementering av ny behandling med dokumentert effekt, er etablering av systemer for rask og systematisk sammenstilling og tilgjengeliggjøring og formidling av vitenskapelig informasjon. Tilgjengeliggjøring av fors-

kning og sammenstilling av forskningsresultater gir også et godt kunnskapsgrunnlag for framtidig prioritering av forskning og forhindrer unødvendig duplisering av forskning.

Den pasientnære/praksisnære forskningen – og kunnskapsbaserte oppsummeringer av denne – legger grunnlag for generaliserbar kunnskap om nytte av ulike forebyggings- og behandlingstiltak. I medisinsk praksis må den generelle kunnskapen tilpasses lokale behov. Dette er en del av kvalitetsutviklingsarbeidet. Det er et behov for at effekter av endringer i medisinsk praksis gjennom kvalitetsutviklingsprosjekter blir dokumentert etter aksepterte vitenskapelige metoder.

Det er viktig at allmennheten oppfatter forskningen som nyttig. Pasientene, brukerorganisasjonene og helsepersonell (fagorganisasjonene) bør bidra med innspill for å sikre prioritering av relevante forskningstema og spille en viktig rolle i gjennomføringen av pasientnære studier. Dette vil sikre at forskningen – og endepunktene for forskningen – framstår som relevant for pasienten og behandleren. Eksempelvis vil opplevd lidelse, livskvalitet og mestring være viktige endepunkter for mange med kroniske lidelser.

### Etisk forsvarlig forskning

Samfunnet må kunne stole på at forskning utført i helsetjenesten er etisk forsvarlig. Det må derfor tilrettelegges for god forskningsetisk praksis. Gode rutiner og retningslinjer for design, gjennomføring og publisering av forskning er også avgjørende for tillitsforholdet mellom pasienter/forsøksdeltakere og helsetjenesten/forskningsinstitusjoner. Med bakgrunn i det fokus som har vært på behovet for god forskningsetisk praksis, har departementet uttykt at det skal foretas en gjennomgang og styrking av de kvalitetssikringssystemer som er etablert for forskning i helseforetakene. Det er også viktig å etablere systemer som sikrer habilitet, åpenhet og kvalitet ved tildelingen av ressurser til forskning.

Nasjonale og regionale forskningsetiske komiteer, opprettelse av et nytt nasjonalt utvalg for gransking av redelighet i forskning og et godt regelverk er viktige tiltak for å sikre forskningens legitimitet. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med sikte på å fremme forslag om en ny lov om helseforskning som følger opp forslagene i NOU 2005: 1 God forskning – bedre helse. Det tas sikte på en lov som beskytter forskningsdeltagerne og ivaretar personvernet, samtidig som den rydder opp, forenkler og skaper et helhetlig regelverk. Målet er at loven skal fremme god forskning samtidig som hensynet til forskningsfriheten og behovet for mindre byråkrati ivaretas.

### Forsknings samarbeid og forskernettverk

Styrket nasjonalt og internasjonalt forskningssamarbeid er et effektivt og nødvendig virkemiddel for å nå målsetningene om økt kvalitet og produktivitet på forskningen i helsetjenesten. Det er behov for å utvikle strategier som gjør Norge enda bedre rustet til å konkurrere om internasjonale forskningsmidler generelt og spesielt EUs 7. rammeprogram. Programmet omfatter bl.a. en helsesatsing på 48 mrd. NOK. Området omfatter bioteknologi, generiske verktøy og medisinsk teknologi, translasjonsforskning, blant annet vis-à-vis biodata, hjerneforskning og infeksjonssykdommer. Forskning på europeisk helsevesen er nytt i forhold til 6. rammeprogram.

Mange aktører i offentlig sektor, frivillig sektor og legemiddelindustrien gjennomfører og/eller finansierer pasientnær forskning i helsetjenesten uten at dette er tilstrekkelig samordnet. Økt nasjonalt samarbeid vil sikre at de ulike virkemidlene koordineres. Det nasjonale forskningssamarbeidet som er etablert mellom sentrale aktører i medisinsk og helsefaglig forskning bl.a. gjennom Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning bør fortsatt styrkes. God koordinering av finansieringen skal sikres ved at øremerket tilskudd til forskning i helseforetakene fordeles av samarbeidsorganene, der Norges forskningsråd er observatør.

Et viktig tiltak for å styrke nasjonalt samarbeid vil være å etablere formelle forskningsnettverk på tvers av institusjonene, tjenestenivåene og fagdisiplinene for de ulike fagområdene. Slik kan lokalsykehus og mer spesialiserte sykehus få en sterkere rolle i et forskningssamarbeid med universitetssykehusene, og forskning på behandlingsforløp og behandlingsskjeder på tvers av tjenestenivåene ivaretas.

### Behovsdrivet forskning

Vitenskapelige studier av pasienter i ulike behandlings- og oppfølgingsfaser er viktig for å sikre dokumentasjon av effekt og mulige bivirkninger ved innføring av nye metoder eller for å sammenlikne ulike behandlingalternativer og effekter over lang tid. For å sikre statistisk holdbare data (eksempelvis kjønnsespesifikke analyser), må det ofte gjennomføres kontrollerte studier på store pasientpopulasjoner. Denne typen studier er krevende både ressursmessig, teknisk og kompetansemessig, og er ofte initiert og gjennomført i samarbeid med legemiddelindustrien. Det er imidlertid behov for å øke omfanget av frie forskerinitierte kliniske studier i Norge, jf. St.meld. nr. 20 (2004–

2005) Vilje til forskning. Slik forskning vil ivareta forskning på problemstillinger (eks. kosthold, fysisk aktivitet, alternativ behandling) og pasientgrupper som legemiddelindustrien ikke prioriterer. Eksempelvis vil studier av voksne ikke nødvendigvis gi god nok kunnskap om riktig behandling av barn eller de eldste eldre. En slik satsing vil også øke tilgjengeligheten til utprøvende behandling for pasientene. Det er en økende interesse fra pasienter, særskilt de med alvorlig og ofte uhelbredelig sykdom, å delta i utprøvende behandling selv om det ikke finnes tilstrekkelig dokumentasjon om effekt av behandlingen.

### Helse- og omsorgstjenesteforskning

Vi har i begrenset grad forskningsbasert kunnskap om organisering, ledelse, ressursutnyttelse, samhandling, IKT og pasientstrømmer i helsetjenesten. Eksempelvis mangler vi i dag god kunnskap om tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid innenfor rehabiliteringsfeltet. Forskning på sammenhenger mellom pasientstrømmer og hvordan dette over tid påvirker ressursbruk, organisering og sykehusbygg og infrastruktur vil bidra til et bedre og mer kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag for planlegging og styring av tjenestetilbudet. Det er også behov for å gjennomføre individbaserte utvalgsundersøkelser som følger pasienter gjennom behandlingssystemet, og som kaster lys over mulige kjønnsforskjeller i diagnostiserings-, utrednings-, henvisnings- og behandlingspraksis, jf. NOU 1999:13 Kvinnens helse i Norge. Gjennom øremerket satsing på forskning i helseøkonomi, er det bygget opp to fagmiljøer. Det er tilsvarende behov for en satsing på kompetanseoppbygging innen helsetjenesteforskning. En viktig forutsetning for å styrke helse- og omsorgstjenesteforskningen vil være nasjonale helsetjenestedata og kobling av data fra helsetjenesten med helseregisterdata.

### Forskning for verdiskapning

Ved å samarbeide med næringslivet har helsesektoren mulighet til å utvikle produkter og løsninger som gir økt effektivitet og kvalitet. Innovasjon er viktig både for fagene og næringslivet, men må ikke gå på bekostning av helsetjenestens primære oppgaver. Satsingen på innovasjon og kommersialisering i helsesektoren vil være viktig for å nå målet om å øke forskningsaktiviteten til 3 pst. av BNP innen 2010, jf. St.meld. nr. 20 (2004–2005) Vilje til forskning.

Helse- og omsorgsdepartementet vil sammen med Nærings- og handelsdepartementet styrke

innovasjon og kommersialisering i helsesektoren gjennom en fem-årig felles satsing på behovsdrivet innovasjon med fokus på IKT og medisinsk-teknisk utstyr. Viktige aktører vil være de regionale helseforetakene, InnoMed, Innovasjon Norge og Norges forskningsråd. Satsingen vil omfatte en styrking av ordningen med offentlige forsknings- og utviklingskontrakter (OFU) til helseformål og tiltak for å stimulere til arenaer og møteplasser mellom leverandørindustrien, helsesektoren og virkemiddelapparatet.

#### 6.4.4 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et sentralt verktøy for forebyggende arbeid og tjenesteyting i helsesektoren. Riktig bruk av IKT kombinert med organisasjonsutvikling og sterkere fokus på samarbeid og samhandling kan medvirke til å nå helsepolitiske mål, forbedre kvaliteten på helsetjenestene og effektivisere arbeidet.

Det er gjort organisatoriske tiltak og det pågår utviklingstiltak som på ulike måter tilrettelegger for elektronisk samarbeid innad i helsetjenesten og mellom ulike aktører. Høringsinstansene påpeker at summen av disse tiltakene i for liten grad har ført til elektronisk samhandling mellom helsetjenestens aktører og at antall tjenester og informasjonsutveksling er for lavt. Departementet sier seg enig i disse synspunktene og vil i helseplanperioden arbeide for bedre elektronisk samhandling mellom sektorer og aktører. Dette vil dels innebære felles løsninger og dels standarder som gir mulighet for kommunikasjon på tvers av systemer. Dette vil inkludere spesialisthelsetjenestens helseforetak, fastlegene og øvrige virksomheter innen kommunal helse- og omsorgstjeneste, apotek og deler av ny arbeids- og velferdsordning (NAV). Mange forutsetninger må være oppfylt før målet om landsdekkende elektronisk samhandling over helsenettet for alle aktørene i helse- og omsorgssektoren er nådd og dette vil ta tid. Departementets oppfatning er likevel at utviklingen har kommet så langt at de nødvendige institusjonelle tiltak bør gjennomføres for å nå målsettingen. Dette vil være et vesentlig grep på veien mot målsettingen om å oppnå likeverdige helsetjenester, uavhengig av pasientens bosted. Med dette som utgangspunkt vil følgende elementer stå sentralt i denne helseplanperioden:

##### Norsk Helsenett

Norsk Helsenett AS er en driftsorganisasjon som skal tilrettelegge for sikker kommunikasjon og

levere basistjenester som støtter samhandlingen. Tjenestetilbudet og utnyttelsen av helsenettet har til nå vært langt lavere enn forventet. Det er bare 29 kommuner som er koblet opp til helsenettet. Grunnen til at så få kommuner er koblet opp, er bl.a. at det ikke er utviklet en prismodell for oppkobling, driftsutgifter og support, at det er utviklet få tjenester for kommunene og at standarder for informasjonsutveksling ikke er implementert i journalsystemene. Med utgangspunkt i Sosial- og helsedirektoratets strategidokument S@mspill 2007 er det satt i gang fyrtårnsprosjekt i fem kommuner. Fyrtårnene skal identifisere behov, gevinstpotensial og mulige løsninger for elektronisk samarbeid innen kommunal helse- og sosialtjeneste og mellom sosialtjeneste og spesialisthelsetjeneste. Fyrtårnsprosjektene har medvirket til økende engasjementet i kommunene for oppkobling til helsenettet og bruk av elektronisk meldingsutveksling.

Innholdet i helsenettet skal utvikles og økes. Departementet vil overfor helseforetakene sette krav om at de skal tilrettelegge for elektroniske tjenester og forsere utfasing av gammel teknologi og elektronisk pasientjournal-systemer (EPJ-systemer) som ikke fyller dagens behov. Departementet vil videre vurdere om krav til elektronisk behandling av pasientopplysninger, herunder krav til elektronisk overføring av henvisninger, epikriser, sykmeldinger og bruk av EPJ-standard, bør forskriftsfestes.

Norsk Helsenett har vedtekter som i stor grad tar opp i seg ambisjonen om et felles nasjonalt IKT-opplegg. I organisasjonens oppstartfase er det valgt løsninger som ikke fullt ut reflekterer denne ambisjonen. Det er i dag de fem regionale helseforetakene som eier Norsk Helsenett og som har den dominerende posisjonen i styret. Departementet mener at Norsk Helsenetts nasjonale rolle tilsier at organisering, styresammensetting, vedtekter og strategi skal reflektere denne funksjonen, og vil innlede dialog med KS og andre relevante aktører for å iverksette de nødvendige endringer.

##### IKT i kommunesektoren

Kommunens pleie- og omsorgstjeneste har ansvar for de største gruppene med behov for sammensatte og koordinerte tjenester. Pleie- og omsorgssektoren står for hoveddelen av kommunikasjonen med foretakene i forbindelse med inn- og utskrivning fra sykehus. Elektronisk meldingsutveksling er i liten grad tatt i bruk. Manglende tilgang til helsenettet er én årsak til at de ikke har kommet i gang. For å kunne samhandle elektronisk på tvers av forvaltningsnivåer, regioner og internt er det nødvendig

med pålitelig og godt utbygget infrastruktur som er dimensjonert for store datamengder. Erfaringer viser at den teknologiske utvikling varierer fra kommune til kommune. Mange kommuner vil stå overfor store utfordringer mht både infrastruktur og den sikkerhet som helsenettet krever.

Spesialisthelsetjenesten styrker det regionale og nasjonale samarbeidet om IKT-løsninger, gjennom etablering av regionale IKT-enheter og strategisk IKT-samarbeid. De regionale helseforetakene har etablert samarbeidsforumet Nasjonal IKT, som arbeider med IKT-koordinering mellom foretakene og som kan representere foretakene i systemspørsmål mv. overfor andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Samarbeidsforumet opererer til en hver tid innenfor de rammer som settes av de regionale helseforetakene. Nasjonal IKT er en kraftig driver for effektivisering og samordning av spesialisthelsetjenestens IKT-løsninger. Samtidig legger det føringer for samhandlingen med kommunene. Det er en fare for at kommunene får for liten innflytelse i utviklingen av IKT-samarbeidet med helseforetakene, slik at løsningen i for stor grad blir bestemt ut fra prosesser i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten mangler en tilsvarende kontra-part i kommunesektoren.

Det kommende utviklingsarbeidet vil innebære systembeslutninger som også får stor betydning for kommunal sektor. Skal utviklingsarbeidet lykkes er det viktig med likeverdighet mellom statlig og kommunal sektor. Kommunal sektor velger selv med hvilke organisatoriske løsninger de vil gå inn i dette samarbeidet. Departementet vil i dialog med KS finne fram til samarbeidsmønstre som kan understøtte målet om likeverdighet i utviklingsarbeidet.

### Bruk av standarder

Bruk av standarder i elektronisk meldingsutveksling er en viktig forutsetning for å få til samhandling i stor skala både mellom sektorer, innen helsesektoren og innenfor det enkelte helseforetak. Standardiseringsarbeidet er av helt avgjørende betydning for utviklingen av tjenester i helsenettet. Bruken av standarder er i dag basert på frivillighet fra leverandørene av IKT-systemer. Departementet vil vurdere å innføre en ordning med nasjonal godkjenning av standarder for meldingsutveksling og elektronisk pasientjournal (EPJ) som leverandørene skal være forpliktet til å implementere i systemene og som skal forplikte aktørene til å ta i bruk standardene. Arbeidet med standardisering i helsesektoren skal skje i tett samarbeid med Standardiseringsråd for offentlig sektor under Fornyings- og administrasjonsdepartementet.

### Elektronisk pasientjournal

Elektronisk pasientjournal (EPJ) omfatter all pasientinformasjon dvs. dokumentasjon som følger av journalforskriften, herunder røntgenbilder, laboratorieresvar og annen pasientdokumentasjon. Dagens EPJ-systemer dekker i varierende grad det datainnhold som i følge journalforskriften er å anse som pasientjournal. I tillegg til opplysningene i selve EPJ-systemet vil det ofte være slik at det finnes opplysninger i flere spesialiserte systemer og i papirdokumenter som etter journalforskriften er å regne som en del av pasientens journal. En sentral utfordring ved innføring av EPJ er å sørge for nødvendig tilgjengelighet samtidig som krav til konfidensialitet og taushetsplikt ivaretas.

De fleste allmennleger har hatt EPJ i mange år. Alle landets sykehus har nå installert EPJ-systemer og det foregår en gradvis overgang fra papirjournaler til elektronisk lagrede journaler. Manglende tillit til driftsstabilitet er en hindring for overgang til fulldigital produksjon i helseforetakene. Følgen av dette er at kostbare dobbelfunksjoner basert på både papirjournaler og EPJ.

Dagens EPJ-systemer er i stor grad en videreføring av den kronologiske dokumentasjonsorienterte og papirbaserte pasientjournalen. Dagens journaler er imidlertid lite oversiktlige og ikke tilrettelagt for informasjonsdeling eller registrering av pasientrelatert informasjon til bruk for administrasjon av helsehjelp til pasienter. EPJ i sykehus gir også liten prosess- og beslutningstøtte for klinikerne og lite styringsinformasjon for foretaksledelse og myndigheter.

Departementet mener den elektroniske pasientjournalen er sentral for å få til elektronisk samhandling i helsetjenesten. En videre utvikling av EPJ må ta utgangspunkt i pasientforløp og innholdet i helsetilbudet/helsehjelpen til pasienten. For å få til nødvendig samhandling mellom de ulike aktørene i helsetjenesten, må det legges til rette for at nødvendige pasientopplysninger skal kunne utveksles elektronisk, gjenbrukes og importeres i de EPJ-systemer de ulike aktørene/helsepersonell fører. Utviklingsarbeidet bør integreres og koordineres med det øvrige kvalitetsforbedringsarbeid som pågår i helsetjenesten og må sørge for god ivaretagelse av personvernet.

Innføring av EPJ i sykehussektoren muliggjør bedre og sikrere kommunikasjon/samhandling med fastleger og kommunehelsetjenesten (sykehjem og hjemmetjeneste) ved oppkobling til helsenettet. Det åpnes for nye muligheter for elektronisk kommunikasjon/samhandling og bruk av helseopplysninger og dermed oppstår også en rekke utfordringer. Dette gjelder særlig på området informasjonssikkerhet.



Departementet har derfor iverksatt et utredningsarbeid om EPJ i spesialisthelsetjenesten om tilgang, utveksling og deling av pasientrettet informasjon mellom helseforetak og internt i foretak. Det skal utredes hvilke tiltak som må til for å gi behandlende helsepersonell tilgang til nødvendige pasientopplysninger på en mest mulig enkel og fleksibel måte. Hovedprinsippene for taushetsplikten og pasientens rett til vern mot spredning av opplysninger skal ligge fast. Dersom det ikke er mulig innenfor gjeldende rett å gi behandlende helsepersonell elektronisk tilgang til nødvendige helseopplysninger vil departementet vurdere nødvendige lov- og/eller forskriftsendringer.

### Informasjonssikkerhet

I arbeidet med å bedre den elektroniske samhandlingen skal det utvises stor årvåkenhet med hensyn til informasjonssikkerhet. Begrepet informasjonssikkerhet sikter til opplysningenes konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet. Hensyn til helsetjenestens samlede funksjonalitet tilsier at nødvendige helseopplysninger må være tilgjengelige for helsepersonell som skal yte helsehjelp til pasienten. Hensynet til pasientens krav på konfidensialitet tilsier at det bør utvises tilbakeholdenhet med å utveksle særlige sensitive opplysninger uten pasientens samtykke. Forholdet mellom behovet for tilgjengelighet og konfidensialitet skal utdypes i en dialog mellom departement, brukerorganisasjoner, regionale helseforetak, Datatilsynet, Sosial- og helsedirektoratet og øvrig berørte aktører. Departementet vil i oppfølgingen av Nasjonal helseplan i 2007 komme tilbake til spørsmålet, inklusive tilrådinger om videre oppfølging.

Sektoren har utviklet en norm for informasjonssikkerhet som skal bidra til god sikkerhet ved kommunikasjon i Norsk Helsenett. Problemstillinger knyttet til kritiske samfunnsfunksjoner blir også behandlet i Koordineringsutvalget for forebyggende informasjonssikkerhet.

Pasienter har rett til innsyn i sin journal. Ved bruk av elektronisk journal gis det i dag normalt en papirutskrift av opplysningene. På grunn av manglende sikkerhetsløsninger gis ikke pasienten innsyn i sin pasientjournal via elektronisk kommunikasjon. Departementet vil i oppfølgingen av Nasjonal helseplan i 2007 komme tilbake til spørsmålet, inklusive sine tilrådinger om videre oppfølging.

### 6.4.5 Bioteknologi

Utviklingen innen medisinsk bruk av bioteknologi har synliggjort hvilken verdi og potensial bioteknologi kan ha ved medisinske undersøkelser, behand-

ling, forskning 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.

Bioteknologi er et engasjerende fagområde med spennende utfordringer både etisk, teknisk, medisinsk og juridisk. Ulike hensyn og interesser kan i den forbindelse krysse hverandre. Derfor er det svært viktig med åpenhet om de spørsmål og problemstillinger som medisinsk bruk av bioteknologi reiser. Offentlige debatter knyttet til verdipørsmål og god informasjon om utvikling og muligheter er avgjørende for å skape tillit og troverdighet på feltet.

### Bioteknologiloven

Medisinsk bruk av bioteknologi er regulert i lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. Loven omfatter assistert befruktning, forbud mot forskning på befruktede egg og kloning, fosterdiagnostikk, genetiske undersøkelser av fødte og genterapi. Sammenliknet med en rekke andre land har Norge en restriktiv regulering på dette området. Etter hvert som teknologien utvikler seg og ny kunnskap genereres, åpnes også nye muligheter for forskning og behandling. Innenfor etisk forsvarlige rammer ønsker departementet å benytte de muligheter som moderne bioteknologi åpner for. Departementet vil derfor gå igjennom dagens regulering av bioteknologi. I tråd med lovens formålsparagraf, skal dette gjøres i samsvar med prinsipper om respekt for menneskeverd, rettigheter og personlig integritet og uten diskriminering av arveanlegg.

### Preimplantasjonsdiagnostikk og forskning på befruktede egg (stamcelleforskning)

Departementet ønsker å tillate begrenset bruk av preimplantasjonsdiagnostikk (PGD) og å åpne for forskning på overtallige befruktede egg på visse vilkår. Våren 2006 gjennomførte departementet en bred høring om disse forslagene. Det tas sikte på å fremme et forslag til lovendringer for Stortinget ved årsskiftet.

### *Preimplantasjonsdiagnostikk (PGD)*

Preimplantasjonsdiagnostikk innebærer en genetisk undersøkelse av befruktede egg utenfor kroppen før innsetting i livmoren. Hensikten er å hjelpe par med arveanlegg som kan medføre at kommende barn kan bli født med alvorlig, arvelig sykdom. Ved å undersøke befruktede egg kan man

velge å sette tilbake et befruktet egg som ikke har den aktuelle sykdommen. Departementet går også inn for at man, i forbindelse med PGD for å utelukke alvorlig, arvelig sykdom, kan undersøke det befruktede eggets vevstype med tanke på søsken-donasjon til et vevstypelikt sykt søsken. Forutsatt strenge vilkår og begrenset bruk mener departementet det er forsvarlig å tilby denne behandlingen.

### *Stamcelleforskning*

Stamcelleforskning er et spennende felt med stort potensial. Departementet vil bidra til at mulighetene som finnes på dette området kan utnyttes til beste for mennesker, og ønsker å støtte opp om stamcelleforskningen med sikte på å finne nye behandlingsmuligheter for alvorlige sykdommer. Flere sykdommer kan helbredes ved å dra nytte av de medisinske framskritt som bio- og genteknologi vil frembringe. Departementet ønsker økt fokus på forskning på såkalt adulte stamceller (fra fødte individer).

I forbindelse med forslaget om å tillate bruk av overtallige befruktede egg til forskning på visse vilkår, vil departementet også åpne for embryonal stamcelleforskning. Befruktede egg er en kilde til embryonale stamceller. Disse stamcellene kan utvikle seg til stort sett alle celler i kroppen, og antas derfor å ha stor verdi med tanke på kunnskap om cellenes utviklingsprosesser og utvikling av metoder for behandling av alvorlige sykdommer vi i dag ikke har tilfredsstillende behandlingsmuligheter for.

### Videre oppfølging

Som en følge av utviklingen på bioteknologifeltet vil departementet også se nærmere på de øvrige delene av bioteknologiloven. Departementet tar sikte på å begynne arbeidet med en større revisjon av loven når proposisjonen om endringer i forbindelse med forskning på overtallige befruktede egg og PGD er fremmet for Stortinget.

#### **6.4.6 Beredskap i helse- og sosialsektoren**

Helse- og sosialsektoren utgjør en omfattende beredskapsorganisasjon. Formålet med sektorens beredskap er å bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester ved kriser, katastrofer og krig. Krav til beredskap følger av lov om helsemessig og sosial beredskap og annen helse- og sosiallovgivning. Lov om helsemessig og sosial beredskap pålegger kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten

å ha beredskapsplan. Sykehus, vannverk og næringsmiddelkontrollen har selvstendig planplikt. Tiltak følges opp i tråd med ansvar, nærhet og likhetsprinsippet. For å få helhet og sammenheng i tjenestene skal hvert ledd koordinere egne forberedelser med samarbeidende ledd.

Sykehus og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus utgjør hovedbasis i helsetjenestens daglige akuttberedskap. Ved ulykker og katastrofer involveres helsetjenesten på stedet i krisehåndteringen gjennom utrykning fra nødetatene (politi, brann og helse). Utbrudd av smittsomme sykdommer håndteres som del av den alminnelige smittevernberedskapen. Utbrudd av smittsom sykdom oppdages normalt ved at de syke oppsøker kommunale legevakter og fastleger. Når en krise krever flere ressurser enn de som er tilgjengelige lokalt, mobiliseres ressurser ved anmodning om bistand fra andre kommuner og helseforetak, og overordnet nivå. Krisens art og omfang avgjør behov for å aktivere krisehåndteringsapparatet på sentralt myndighetsnivå.

Helse- og omsorgsdepartementet har overordnet strategisk ansvar for sektoren og for samordning av tiltak og informasjon i forhold til andre departementer. Departementet møter fast i Regjeringens kriseråd, og kan ved store helserelaterede krisesituasjoner bli tillagt oppgaven som lederdepartement i krisehåndteringen.

Sosial- og helsedirektoratet skal i all beredskapsvirksomhet overfor den samlede helse- og sosialtjeneste og –forvaltning bidra til helhet, samhandling og sammenheng – både i beredskapsplanlegging og i en krisesituasjon. I henhold til etablert oppgavefordeling mellom departementet og Sosial- og helsedirektoratet skal direktoratet, etter delegasjon fra departementet, ivareta overordnet koordinering av helse- og sosialsektorens innsats og om nødvendig iverksette tiltak når en krisesituasjon truer eller er inntruffet. Nasjonalt folkehelseinstitutt er statens smittevernsinstitutt med bl.a. ansvar for overvåking av smittsomme sykdommer, og instituttet står sentralt i smitteoppsporingsarbeidet. Statens helsetilsyn fører tilsyn med at helsetjenesten oppfyller lovpålagte beredskapskrav og Statens legemiddelverk har ansvar for å godkjenne legemidler og tilsyn med legemiddelnæringen. Mattilsynet fører tilsyn med beredskapsplaner knyttet til mattrygghet og drikkevann. Statens strålevern har ansvar for tverrsektoriell koordinering av atomberedskapen og leder Kriseutvalget for atomberedskap. Den nasjonale atomberedskapen er fastsatt ved Kongelig resolusjon av 17. februar 2006. Beredskapen er bygget opp rundt Kriseutvalget for atomberedskap som består av representanter fra sentrale myndigheter som har et spesielt

ansvar i atomberedskapen. Fylkesmannen har regionalt koordineringsansvar for samfunnsikkerhet, beredskap og regional atomberedskap.

En rekke helseberedskapsutfordringer er av internasjonal karakter. Norge deltar derfor i WHO's, FAOs 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, bl.a. ved å delta i EUs nye senter for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC) og i EUs Health Security Committee. Norge deltar også i EUs meldesystemer på matområdet. I Norden er det inngått en helseberedskapsavtale som bl.a. omfatter assistanse og informasjonsutveksling ved kriser og katastrofer.

Lov om helsemessig og sosial beredskap har sammen med reformen av den sentrale helseforvaltningen og sykehusreformen i 2002 bidratt til å bedre sektorens krisehåndteringsevne. Tall fra Statens helsetilsyn viser at alle regionale helseforetak og helseforetak og de fleste kommuner har beredskapsplaner etter lov om helsemessig- og sosial beredskap. Videre har alle regionale helseforetak og kommuner, med et unntak, smittevernplaner. Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet ser likevel behov for å bedre kvaliteten på eksisterende planverk, bl.a. ved å utarbeide risiko- og sårbarhetsanalyser, prosedyrer for ressursdisponering, planer for forsyningssikkerhet av legemidler og materiell, og planer for kommunenes sosialtjenester.

#### Utfordringer og satsingsområder fram mot 2010

##### *Sikre robust beredskap og krisehåndteringsevne*

Utvikling av gode rutiner for samhandling og koordinert innsats internt i sektoren og overfor andre sektorer er permanente utfordringer. Ved ulykker må akuttjenestene på skadested, ambulanse og akuttmottak på sykehus operere koordinert. For de som rammes vil opplevelsen av en sammenhengende tjenestekjede ha stor betydning – både i akuttfasen og i oppfølgingen der de bor, etter behandlingen i spesialisthelsetjenesten.

Økt fokus på terrorvirksomhet og på faren for utbrudd av smittsomme sykdommer bidrar til at oppmerksomheten på beredskapsarbeidet forsterkes. Stor medieoppmerksomheten rundt kriser og katastrofer kan skape en sterkere generell opplevelse av utrygghet. At krisesituasjoner skjer i utlandet eller at Norge trues av hendelser i utlandet, utenfor myndighetenes kontroll, kan forsterke utrygghetsfølelsen. Dette forsterker betydningen av at riktig informasjon gis til riktig tidspunkt.

##### *Videre oppfølging*

- kompetansetiltak: øvelser, opplæring og tilsyn i tjenestene og i forvaltningen
- Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn følger opp kommunenes beredskapsarbeid gjennom rådgivning og tilsyn. Direktoratet følger særlig opp flyplass- og havnekommuner med internasjonal trafikk – planlegging av mottak.
- styrke informasjonsberedskapen overfor publikum, pårørende og media
- videreutvikle informasjonssystemer for ressursstyring og beslutningsstøtte

##### *Sikre robuste forsyningssystemer*

Helsetjenesten er en kompleks organisasjon som er avhengig av tilførsel av en lang rekke innsatsfaktorer. Utviklingen har gått i retning av stadig større krav til effektivitet og økt internasjonalisering i forsyningskjedene. Dette medfører at lagre av forsyninger bygges ned og at viktige innsatsfaktorer ikke uten videre finnes i landet.

Å styrke robustheten i forsyningene i normale så vel som ekstraordinære situasjoner vil stå sentralt i det videre arbeidet.

##### *Videre oppfølging*

- De regionale helseforetakene innarbeider beredskapshensyn i sine logistikksystemer og leveranseavtaler slik at helseforetakene sammen kan ivareta et samlet nasjonalt ansvar for forsyning av legemidler og materiell og andre viktige innsatsfaktorer i spesialisthelsetjenesten
- Sosial- og helsedirektoratet gjennomgår den nasjonale forsyningssikkerheten og vurderer om det er behov for nye tiltak for å sikre nødvendig robusthet

##### *Styrke ABC-beredskapen, herunder smittevernberedskapen*

Innenfor beredskapen mot atom-, biologiske og kjemiske hendelser (ABC-beredskapen) er det en utfordring å oppnå koordinerte tiltak på tvers av sektorer, fordi svært mange aktører er involvert. Kriseutvalget for atomberedskap, som koordinerer atomberedskapen, er kommet langt i å utarbeide koordinerte planer. Departementet vil foreta en gjennomgang av sektorens beredskap ved biologiske og kjemiske hendelser.

Utbrudd av smittsomme sykdommer har satt smittevernberedskapen høyt på dagsordenen. God

smittevernberedskap krever godt samarbeid om sykdomsovervåkning og -rapportering, tilstrekkelig analysekapasitet og krisehåndteringsevne, herunder legemidler til å behandle utbrudd av smittsomme sykdommer. Organisasjonen som skal følge opp tiltakene fra lokalt til sentralt nivå, må være øvet og sikre god samhandling innad i helse-tjenesten og mot andre sektorer som vil bli berørt.

#### *Videre oppfølging*

- videreutvikle planverk og tiltak for å håndtere en mulig pandemi
- vurdere samarbeid om nordisk produksjon av vaksine til bruk mot influensapandemi for hjemmemarkedet som også kan bidra positivt på verdensbasis, herunder også vurdere økt nasjonal satsing på forskning og utvikling av vaksiner
- vurdere tiltak mht sykehusinfeksjoner, laboratorie- og isolatkapasitet

#### *Styrke deltakelsen i internasjonal samarbeid på helseberedskapsområdet*

En rekke helseberedskapsutfordringer er av internasjonal karakter. Faren for terror, utbrudd av smittsomme sykdommer og radioaktive eller kjemiske utslipp stopper ikke ved grensene. Nordmenn reiser mer til utlandet (arbeids- og fritidsreiser) og har forventninger til helsemyndighetenes krisehåndtering og at helsehjelp og sosiale tjenester raskt skal være tilgjengelig, uavhengig hvor krisen inntreffer. Det er derfor viktig med internasjonal samarbeid og Norge samarbeider i økende grad med andre land og internasjonale organisasjoner for å styrke evnen til å håndtere større kriser.

#### *Videre oppfølging*

- utvikle det nordiske samarbeidet: tiltak mot pandemier og kriser i utlandet
- følge opp WHO's internasjonale helsereglementet (IHR 2005) i nasjonalt regelverk og planer
- delta i arbeidet med utvikling av krisehåndteringsevnen i EU

#### **6.4.7 Internasjonalt samarbeid innenfor helse- og sosialområdet**

En rekke helseutfordringer er av internasjonal karakter. Norges internasjonale helsesamarbeid har til formål å møte disse utfordringene ved å utvikle ordninger for effektiv forebygging og sykdomsbekjempelse og bidra til å bedre helsesituasjonen i Norges nærrområder og andre deler av verden. Norges internasjonale engasjement skjer først og

fremst gjennom EU, EØS, WHO, Nordisk Ministerråd, IAEA, EUs Nordlige dimensjon og Barents helse- og sosialprogram.

#### **Hovedtrekk i EU/EØS samarbeidet**

Helse- og omsorgsdepartementet, Mattilsynet, Statens legemiddelverk, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt har et omfattende engasjement i det løpende arbeidet med EU/EØS-saker i helse- og mattrygghetsforvaltningen.

Norge deltar i EUs indre marked (jf. EØS-avtalen), og det gjennomføres hvert år et omfattende EU-regelverk i norsk rett på følgende områder: næringsmidler, drikkevann, tobakk, legemidler, kosmetikk, medisinsk utstyr, blod/celler/vev. De fire friheter berører også rett til dekning av utgifter til helsehjelp samt gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner for helsepersonell. Norske eksperter fra helse- og mattrygghetsforvaltningen har gjennom EØS-avtalen rett til å delta i arbeidsgruppene som utarbeider forslag til nytt eller revidert regelverk.

EU-traktatens folkehelseartikkel (art 152) fastslår at helsepolitikk (bl.a. nivå på tjenestetilbud, organisering og finansiering) er hvert medlemslands ansvar. Artikkelen fastslår også at landene kan innlede frivillig samarbeid om felles utfordringer på det helsepolitiske området. I EU-kretsen er det en økende erkjennelse av sammenhengen mellom folkehelse og økonomisk utvikling og det er økt EU-samarbeid på området.

EU-landene legger vekt på samarbeid om forebyggende tiltak som skal bevisstgjøre borgerne om forbruk og livsstil og involvere næringsliv og interesseorganisasjoner.

Viktige områder for samarbeid der norske helsemyndigheter deltar, hovedsakelig gjennom EFTAs etablerte gruppe for folkehelse:

- Folkehelseprogrammet 2003–2008 (videreføres i 2007–2013 med forbehold om Stortingets samtykke). Norge deltar i prosjekter innenfor områdene helseinformasjon, helsetrusler og forebygging av risikofaktorer
- helseberedskap: EU-landene har etablert et omfattende samarbeid for å stå godt rustet mot utbrudd av smittsomme sykdommer over landegrensene og eventuelle terrorhandlinger med bruk av biologiske og kjemiske våpen.

Norge deltar også i et samarbeid vedrørende pasientmobilitet. Det er opprettet en høynivågruppe med flere arbeidsgrupper for blant annet å vurdere ulike sider ved samarbeid mellom landenes helse-tjenester og den praktiske betydningen av EF-domstolens avgjørelser om rett til dekning av utgifter til

helsetjenester i utlandet. Prinsippet om fri bevegelse av tjenester omfatter pasienter som tjenestemottakere.

Strålevern: EURATOM under EUs 6. rammeprogram for forskning (videreføres i 7. rammeprogram fra 1. januar 2007).

EU har fagorganer på flere sentrale samarbeidsområder. Innenfor departementets ansvarsområde deltar Norge i Byrået for godkjenning av legemidler (EMEA) i London, Senter for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC) i Stockholm, Europeisk overvåkningssenter for narkotika og narkotikamisbruk, (EMCDDA) i Lisboa og Byrået for mattrygghet (EFSA) i Parma (norsk deltakelse formaliseres fra 2007).

#### *Utviklingstrekk og utfordringer fram mot 2010*

Faktorer som er med å drive fram utviklingen av EU: Nye medlemsland med egne utfordringer, domsavsigelser i saker som angår de fire frihetene, framvekst av felles utfordringer der det enkelte land ser seg tjent med et samarbeid også på områder utenfor EUs indre marked, skaper utfordringer for Norge.

#### *Utfordringer i forholdet mellom norske helse- og mattrygghetsmyndigheter og EU*

EU-landene utvikler i økende grad sitt helsesamarbeid på områder som faller utenfor EØS-avtalen. Det er derfor viktig for Norge å supplere arbeidet inn mot EU med et aktivt nordisk samarbeid og bilateralt samarbeid. Norge har en helsesamarbeidsavtale med Frankrike og et samarbeid med Polen og andre nye EU-land gjennom EØS-finansieringsordningen. Norge bidrar gjennom EØS-finansieringsordningene med nærmere 10 mrd. kroner til de nye EU-landene i perioden 2004–2009. Formålet er å bidra til landenes økonomiske og sosiale integrasjon. Helse er én prioritert sektor (prosjekter: helsesystemutvikling og forebygging, e-helse, helseregistre, alkohol, narkotika, tobakk og helsefremmende tiltak). Ordningene bør bidra til å styrke bilaterale forbindelser og partnerskap i prosjekter.

#### *Utfordringer for norsk helse- og mattrygghetsforvaltning*

Det er en utfordring å medvirke aktivt i utformingen og oppfølgingen av nytt regelverk på mattrygghetsområdet og om pasientmobilitet mv. Etter at helsetjenester ble unntatt fra tjenestedirektivets virkeområde, er det varslet separat regulering på feltet. Det er også viktig å styrke involvering av

interesseorganisasjoner, næringsliv og andre berørte på norsk side – fra start til mål.

#### *Utfordringer for den norske helsetjenesten*

Utviklingen i EU når det gjelder pasientmobilitet kan føre til at et økende antall nordmenn i fremtiden vil krysse grensene for å få helsehjelp i utlandet. Over tid vil dette kunne innebære en utfordring for norsk helsetjeneste (kvalitet, kapasitet, pasientgrunnlag) fordi tjenesten får konkurranse fra tjenestene i andre europeiske land. Dette kan også føre til økt trykk på norske sykehus i form av etterspørsel fra pasienter fra andre land.

#### *Videre oppfølging*

Med henvisning til St.meld. nr. 23 (2005–2006) Om gjennomføring av europapolitikken, vil departementet utarbeide en strategi for EU-EØS-arbeidet. Sentrale tiltak vil være:

- utvikle interdepartementalt samarbeid og samarbeid innen sentral helse- og mattrygghetsforvaltningen
- vurdere tiltak for å ivareta nasjonale interesser
  - styrke kvaliteten og tilpasse norsk helsetjeneste til konkurranse med andre europeiske lands tjenester

#### *Samarbeidet i Verdens helseorganisasjon (WHO og andre FN-fora)*

Globalt er WHO-samarbeidet vår viktigste helsepolitiske arena. Samarbeidet er politisk viktig og av stor betydning i et utviklingsperspektiv. WHO er en sentral normskapende organisasjon og den viktigste globale helsepolitiske aktør. WHO og organisasjonens regionkontorer spiller en aktiv rolle som bidragsyter og pådriver i utviklingen i globale helsespørsmål. Utvikling av nasjonale helsesystemer, bekjempelse av smittsomme sykdommer og tobakksforebyggende arbeid har stått særlig sentralt i Europaregionens arbeid de senere årene. Verdens helseforsamling vedtok i 2005 en resolusjon om problemer forårsaket av skadelig bruk av alkohol.

I samarbeid med FNs organisasjon for mat og landbruk (FAO) er WHO ansvarlig for utvikling av internasjonale standarder for matkvalitet og mattrygghet gjennom Codex Alimentarius. Disse standardene legges også til grunn for internasjonal handel gjennom avtalen om sanitære og plantesanitære tiltak (SPS) under Verdens handelsorganisasjon.

På narkotikasiden er FNs narkotikakommisjon, hvor Norge for tiden er medlem, sentral.

### *Utfordringer fram mot 2010*

WHOs unike rolle som verdens arena for helsepolitisk samarbeid utfordres av spesifikke helseutfordringer særlig knyttet til den tredje verden. GAVI har fokus på vaksiner, UNAIDS kampen mot hiv/aids, det globale helsefondet GFATMs mandat er hiv/aids, tuberkulose og malaria. En rekke private/offentlige partnerskap arbeider bl.a. med forskning på sykdommer og helseproblemer som rammer utviklingslandene. Private stiftelser som Gates Stiftelsen disponerer mer enn tre ganger WHOs ressurser. Fragmenteringen stiller krav til effektiv samordning og rasjonell arbeidsdeling basert på aktørenes kompetanse. WHO har også en viktig rolle i å sette fokus på livsstil og på ikke-smittsomme sykdommer, som er et økende problem også i utviklingsland. Det er viktig at WHOs rolle som normsetter og helserådgiver for alle verdens land bevares. Etterspørselen etter WHOs nøytrale og kunnskapsbaserte rådgivning øker.

### *Helsesystemer*

Utvikling av fullgode nasjonale helsesystemer, herunder forebygging, er WHOs kanskje viktigste utfordring i et utviklingsperspektiv. I dag mangler de fleste utviklingsland både tilstrekkelig kapasitet og kompetent helsepersonell. WHOs rolle utfordres ved at Verdensbanken søker å gå vekk fra å finansiere sykdomsbaserte programmer til fordel for helsesektorutvikling. Det blir viktig å sikre at WHOs systemkunnskap kobles opp mot Verdensbankens finansielle ressurser.

### *Smittsomme sykdommer / beredskap*

WHOs rolle og betydning for landene kommer klart fram i forbindelse med utbrudd av globale helsetrusler som SARS og pandemisk influensa. Det internasjonale helsereglementet som trer i kraft juni 2007, formaliserer WHOs rett til å iverksette de tiltak som anses nødvendig i tilfelle utbrudd som kan true global helse. Det er viktig å verne om og videreutvikle denne rollen.

### *FN-reformer*

FN-organisasjonene er preget av relativt tunge administrative og finansielle systemer, beslutningsmekanismer og arbeidsformer. Disse sikrer ikke alltid optimal funksjonsevne. Resultatbasert budsjett- og programstyring er en viktig utfordring for

FN. WHOs resultatbaserte programbudsjett er en modell for hele FN-systemet. WHO skal i større grad vektlegge rådgivning og faglig støtte til landenes egne helseplaner og samordne sin innsats med andre internasjonale og bilaterale aktører.

### *Global mobilitet og helsearbeidere*

Globaliseringen medfører økt mobilitet av helsearbeidskraft. Det er i verden i dag et underskudd på fire mill. helsearbeidere. Situasjonen er særlig akutt i utviklingsland der kvalifisert helsepersonale rekrutteres til bedre betalte stillinger i industriland. Norge spiller en viktig rolle i en ny global allianse om menneskelige ressurser basert i WHO der migrasjonsproblematikken inngår som et sentralt tema. Et fundament for at utviklingsland skal lykkes bedre i å beholde egen kvalifisert arbeidskraft innenfor helsesektoren, er at rike land fører en politikk som ikke tømmer fattige land for deres få kvalifiserte helsearbeidere. Norge tar sikte på å føre en slik politikk. Helse- og omsorgsdepartementet vil be Sosial- og helsedirektoratet utrede hvilke elementer en slik politikk bør baseres på. Departementet vil også be Sosial- og helsedirektoratet, i samarbeid med NORAD, utrede hvordan Norge for øvrig kan bidra til å bedre helsearbeidersituasjonen i utviklingsland.

### *Matkvalitet og mattrygghet*

Markedet for mat utvikles etter hvert fra å være lokalt eller regionalt, til i økende grad å være globalt. Handelen med mat over landegrensene øker. Dette betyr at det blir stadig viktigere for norske forbrukere at matkvalitet og mattrygghet holder et høyt nivå i alle deler av verden.

### *Nordisk samarbeid*

Nordisk helse- og sosialsamarbeid er basert på et rullerende samarbeidsprogram. Samarbeidsprogrammet bygger på verdiene i den nordiske velferdsmodellen og dekker et vidt felt fra forskning og utdanning til informasjons- og erfaringsutveksling og samkvem mellom landene gjennom konvensjoner og overenskomster. De mest sentrale arenaene er Nordisk ministerrådsmøte og Nordisk sosialpolitisk embetsmannskomite. I tillegg er kosthold og mattrygghet en del av det nordiske samarbeidet innenfor fiskeri og havbruk, jordbruk, næringsmidler og skogbruk.

### *Utviklingstrekk og utfordringer fram mot 2010*

#### *Nedbygging av grensehindre mellom de nordiske landene*

De nordiske landene har besluttet å etablere pådriverordninger i de fagministerrådene der grensehinderproblemene er mest framtrepende. I første omgang skal ordningene gå fram til Nordisk Råds sesjon i 2008. Deretter skal man ta stilling til en eventuell endring eller videreføring.

#### *Regional samarbeidsarena for europeisk og globalt samarbeid*

Det nordiske nettverket er et godt utgangspunkt for formelle og uformelle diskusjoner og informasjonsutveksling om aktuelle spørsmål i EU-/EØS- og WHO sammenheng. Et eksempel er rusmiddel-politiske spørsmål, jf. de nordiske ministrenes initiativ fra 2004 om å styrke tiltakene for å redusere alkoholrelaterte problemer. WHO's Europaregion vedtok i 2005 et nytt rammeverk for en alkoholpolitikk. EU-kommisjonen har bebudet framleggelse av en alkoholpolitisk strategi høsten 2006. En årlig rapportering til helse og sosialministermøtet fram til 2009 vil danne grunnlag for de drøftelser helse- og sosialministrene har om den videre oppfølging av politikken.

#### *Helse- og sosialberedskap*

Nordisk helseberedskapsavtale ble undertegnet juni 2002 og trådte i kraft 30. november 2003. Avtalens formål er å øke de nordiske lands samlede evne til å håndtere kriser og katastrofer. Det legges vekt på samarbeid om tiltak mot pandemisk influensa. Videre kartlegges det nå å utvikle nordisk samarbeid ved større krisesituasjoner i utlandet.

EUs Senter for smittsomme sykdommer i Stockholm har styrket smittevernsamarbeidet mellom EUs medlemsland. Norge deltar i senterets aktiviteter.

#### *Barents helsesamarbeid og bilateralt samarbeid med Russland*

Helse er et område der myndighetssamarbeidet med Russland og de baltiske land har kommet langt. Det pågår prosjekter på regionalt og lokalt myndighetsnivå med vekt på tiltak mot smittsomme sykdommer, livsstilsykdommer og sosiale problemer. De viktigste overbygningene for arbeidet er Partnerskapet for helse og livskvalitet under EUs Nordlige Dimensjon, og Barentsrådets arbeidsgruppe for helse og sosiale saker.

### *Utviklingstrekk og utfordringer fram mot 2010*

Grensen mellom Norge og Russland er en markant skillelinje økonomisk, helsemessig og sosialt. Tall fra WHO viser at spedbarnsdødeligheten i Russland er 15,5 per 1000 levendefødte. I Norge er den 3,8. Forventet levealder for menn er i Russland 58 år og i Norge 77 år. For kvinner er tallene 77 og 82 år. Mange russiske menn rammes av sykdom og død i en alder de kunne vært yrkesaktive og familiefedre.

Alkoholmisbruk og feilernæring er årsak til mange sykdommer. Ulykker og vold tar flere liv enn i Norge. Forekomsten av smittsomme sykdommer er generelt høy. Situasjonen med hiv/aids, tuberkulose og multiresistent tuberkulose er bekymringsfull. Bedring av folkehelsen og levekår i Russland er viktig for å forebygge spredning av smittsomme sykdommer og for den økonomiske og sosiale utviklingen i Russland. I dag pågår det mange spredte engasjementer. Det er behov for oversikt og sammenheng i engasjementene.

#### *Videre oppfølging*

Satsingen mot tuberkulose i Barentsregionen videreføres med sikte på å nå målet om å få sykdommen under kontroll innen 2013. Det er utviklet et handlingsprogram mot hiv/aids som gjennomføres i Nordvest-Russland under norsk ledelse – i nært samarbeid med russiske eksperter. Det skal utvikles en handlingsplan for barn og unge, i tråd med Barentsrådets erklæring fra 2005. Å bedre helseforhold i fengslene er av stor betydning for å begrense smittsomme sykdommer. I Partnerskapet for helse og livskvalitet under EUs Nordlige Dimensjon, har Norge et særlig ansvar for dette feltet.

#### *Annet bilateralt samarbeid*

Norge og Frankrike inngikk i 2003 en bilateral helseavtale som bl.a. omfatter samarbeid på regionalnivå og sykehussamarbeid. Andre samarbeidsområder er alkohol og hjernehinnebetennelse. Avtalen med Frankrike fornyes høsten 2006.

Norge og Kina har hatt et helsesamarbeid siden 1999. Kina er, som et av verdens mest folkerike land med sterk økonomisk vekst, et viktig land i et helseperspektiv. Samarbeidet videreføres for perioden 2006–2009 med en ny handlingsplan med følgende hovedprioriteringer: Helse-system og -tjenester, folkehelse og forebygging, omsorg og organisering, lokale helsetjenester, forebygging og kontroll med smittsomme sykdommer, og mor-barn-helse.

#### 6.4.8 Prehospitale akuttjenester

Befolkningens trygghet for hjelp ved akutt somatisk og psykisk sykdom og skade er et viktig velferdsgode. Slik trygghet bygger på visshet og erfaring for rask og kvalifisert hjelp og transport ved akutt skade eller sykdom. De fleste akutte tilfeller ivaretas av den kommunale allmennlegetjenesten. Ved alvorlige ulykker eller alvorlige akutte sykdomstilstander starter behandlingen på skadestedet/stedet for den akutte sykdomssituasjonen, og videreføres under transport til sykehus. Tiltak og tjenester som er nødvendig medisinsk hjelp ved akutt, behandlingstrengende skade eller sykdom, omtales som den akuttmedisinske kjeden. Den delen av den akuttmedisinske kjeden som ligger utenfor sykehus kalles prehospitale tjenester. De prehospitale tjenester omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten.

Omlag 90 pst. av akutte tilstander blir behandlet av kommunehelsetjenesten, mens omlag 10 pst. henvises videre til eller sendes direkte til sykehus. For 1 av 100 pasienter vil behandling være tidskritiske, og det er da helt avgjørende at den akuttmedisinske kjeden fungerer tilfredsstillende for å redde liv og redusere seinskader.

#### Medisinsk nødmeldetjeneste

Systemet for medisinsk nødmeldetjeneste består av medisinsk nødnummer, akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK-sentraler) innen spesialisthelsetjenesten, legevaktssentraler (LV-sentraler) i kommunehelsetjenesten og et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsepersonell i vaktberedskap som både AMK- og LV-sentraler skal være tilkoblet.

Første ledd i den akuttmedisinske kjeden er oftest pasienten selv, pårørende eller publikum, og er avgjørende for varsling enten til LV-sentralen eller til nødnummer 113 ved alvorlig akutt sykdom og skade. Helseforetakenes AMK-sentral er mottaker av henvendelser på dette nødnummeret. Helsepersonellet på AMK-sentralen kartlegger tilstanden i samarbeid med innringer og sørger for at nødvendige ressurser eventuelt blir sendt stedet hvor skaden skjedde eller sykdomstilfellet oppsto. AMK-sentralen skal også vurdere behovet for bistand fra den kommunale legevakten, slik at lokal lege kan komme til pasienten(e) før ambulansen når fram, samt varsle og formidle anrop til andre nødetater og eventuelt hovedredningssentralene og eventuelt andre berørte AMK-sentraler.

Når det er nødvendig skal helsepersonellet på AMK-sentralen kunne gi medisinsk faglige råd og veiledning, herunder om livreddende førstehjelp.

Ved mindre alvorlige tilfeller vil som regel den kommunale legevakten bli kontaktet. Kommunen skal sørge for legevaktnummer, og eventuelt i samarbeid med andre kommuner drive en LV-sentral som skal motta og håndtere henvendelser om akuttmedisinsk bistand, herunder prioritere, iverksette og følge opp henvendelser til lege i vaktberedskap, hjemmesykepleier, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser.

Medisinsk nødmeldetjeneste har gjennomgått både organisatoriske og tekniske endringer de senere årene. Vi har fått en reduksjon i antall LV-sentraler ved at flere kommuner er tilknyttet en felles sentral, og antall AMK-sentraler er redusert. Hensikten har vært å få sentraler med bedre bemanning, økt kompetanse og bedre utstyr. AMK-sentralene har fått elektronisk kartverk og såkalt flåtestyring av ambulansene, slik at vakthavende på AMK-sentralen til enhver tid «ser» hvilke ressurser (eksempelvis ambulanser) som er nærmest pasienten. Nytt digitalt nødnett vil styrke AMK-sentralene ytterligere.

#### Nytt nødnett

Effektiv og livreddende innsats i alle situasjoner krever et forutsigbart og moderne kommunikasjonsystem med hensiktsmessig funksjonalitet, dekning og tilstrekkelig kapasitet. Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2005 at det kan innhentes tilbud på etablering av et felles digitalt radiosamband (nødnett) for nød- og beredskapssetatene (brann, politi og helse), og at det kan inngås kontrakt om første utbyggingsområde. Dette berører i første utbyggingstrinn store deler av Helseregion Øst (Follo, Romerike, Oslo, Østfold, Asker og Bærum) og deler av Helseregion Sør (Søndre Buskerud), 54 kommuner inngår i første utbyggingstrinn.

Samling av alle virksomheter med beredskapsmessige oppgaver i et felles nett vil bidra til å effektivisere nødetatenes arbeid både i daglig virksomhet og ved større ulykker, og dermed gi økt trygghetsfølelse uavhengig av hvor man bor. Det nye nødnettet vil bl.a. gi mulighet for dataoverføring av pasientopplysninger fra skadested/ambulansetjeneste til sykehus og mulighet til overvåking av pasienter under transport. En forutsetning for å oppnå full effekt av så omfattende samfunnsmessig investering er at aktuelt helsepersonell både i ambulansetjenesten og leger i vakt, er lett tilgjengelige i nettet.



## Kommunal legevaktordning

Omlag ni av ti tilfeller av all akutt sykdom diagnostiseres og behandles utenom sykehus i en kommunal legevaktordning. Den kommunale legevakten kan sammen med ambulansetjenesten også ha en sentral rolle i diagnostisering og stabilisering av akutt syke før transport til sykehus, særlig utenfor de største byene.

På dagtid vil den kommunale legevaktberedskapen i de fleste kommuner ivaretas av fastlegene i deres egen praksis. I større kommuner er øyeblikkelig hjelp tilbudet ofte organisert som daglegevakt, med egne legevaktlokaler. På kveld, natt og i helger/helligdager, har kommunene organisert legevakten på ulik måte. I større byer er legevakten plassert i egne lokaler. 30 pst. av kommunene har egen kommunal legevakt. Av disse har om lag 1/3 planer om interkommunalt samarbeid. 70 pst. av kommunene har et samarbeid med andre kommuner i en eller annen form for interkommunal ordning. Her er variasjonene store. På landsbasis er det etablert drøyt 30 former for interkommunal legevaktsamarbeid med felles legevaktsentral. Flertallet av disse er samlokalisert med et lokalsykehus i området. Fordelen med felles legevaktsentraler framfor legevakt basert på at legen «kjører» legevakt, er mange. Det ene er at legevaktsentralen som hovedregel er bemannet med både sykepleier og lege hele tiden. Mange henvendelser kan avklares på telefon, og de kan oppfordres til å kontakte vedkommendes fastlege neste dag. Alternativt kan pasient/pårørende ringe tilbake senere hvis situasjonen forverres. Hvis situasjonen krever undersøkelse og behandling vil sykepleier og lege ha tilgjengelig nødvendig utstyr av et annet omfang enn det som rommes i en doktorveske i forbindelse med sykebesøk. Ulempen kan være lenger reiseavstand for en del av befolkningen. Hvis det interkommunale legevaktdistriktet er stort, er det aktuelt med bakvakter i utkanten av distriktet. For kommunene medfører slik organisering ofte økte kostnader som følge av en betydelig kvalitetsheving av akuttberedskapen. På den annen side viser det seg at organisering av kommunal legevakt i interkommunale legevaktsentraler er vesentlig for å kunne rekruttere nyutdannede leger til kommuner i distriktene, særlig kvinnelige leger. Det innebærer også betydelig mindre vaktbelastning til de etablerte legene. Allmennleger over 55 år kan be seg fritatt fra legevakt. I områder med slikt interkommunalt legevaktsamarbeid deltar allikevel mange leger over 55 år ettersom vaktbelastningen på den enkelte blir lav.

God tilgjengelighet til fastlegen på dagtid og en velorganisert kommunal legevakt skaper trygghet

og sikrer rask behandling og eventuell rask innleggelse i sykehus for de som trenger det.

I hvert fylke skal minst én av de interkommunale legevaktsentralene fungere som mottak for vold- og voldtektsutsatte. Dette skal være et lavterskeltilbud for alle som har vært utsatt for vold og/eller overgrep, uavhengig av kjønn, alder, etnisitet etc.

Helse- og omsorgsdepartementet har etablert et Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ved Universitetet i Bergen. Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.

## Ambulansetjenesten

I NOU 1998: 9 Hvis det haster...., ble bilambulansetjenesten vurdert som det svakeste leddet i den akuttmedisinske kjeden. Bedre utdanning og bedre organisering har etter dette gitt tjenesten et betydelig faglig løft. Alle ambulanser er nå tomannsbetjente, har bedre utstyr og personalet har økt kompetanse i både diagnostikk og behandling før ankomst til sykehus. Nye kommunikasjonsløsninger gjør det mulig for spesialister i sykehus å stille presise diagnoser (for eksempel ved akutte hjertelidelser) og starte behandling lenge før pasienten er kommet fram til sykehus. Prehospitale tjenester forventes å være ledende i helsetjenesten når det gjelder anvendelse og nytte av IKT.

Båtambulansen er for mange øysamfunn like viktig som bilambulansen. Selv om bruken av ambulanshelikopter har økt tilgjengeligheten, er det ofte bare ambulansebåten som går når været er dårlig. Det vil derfor fortsatt være behov for båtambulanser flere steder langs kysten, og i de fleste helseforetakene er den faglige standarden nå på høyde med bilambulansetjenesten.

Luftambulansetjenesten er organisert som et nasjonalt selskap, Luftambulansetjenesten ANS, og opererer ut fra elleve helikopterbasert og sju ambulansflybaser. Bruken av luftambulansetjenester er blitt fordoblet siste ti år, og årsakene er flere:

- endringer i medisinsk behandling, med større krav til sentralisering av tjenester, for eksempel behandling av akutt hjerteinfarkt og kompliserte skader
- økt grad av funksjonsfordeling mellom sykehus har medført økt behov for overflytting mellom sykehus, også av alvorlig syke pasienter
- press på intensivavdelingene ved de store sykehusene medfører økt behov for tilbaketransport til lokalsykehusene etter avsluttet behandling

Luftambulansetjenesten bidrar på denne måten til at befolkningen sikres tilgang til likeverdige behandlingstilbud uavhengig av bosted.

Helsemyndighetene har stilt spesifikke krav til kompetanse hos personell som bemanner ambulanser. Dagens utdanning av ambulanspersonell er lagt til den videregående skole og fører fram til fagbrev som ambulansarbeider. Det er iverksatt et arbeid for å vurdere behovet for videreutdanning av ambulanspersonell.

### Sammenhengen mellom de prehospitaltjenestene og sykehusstruktur

Måten de prehospitaltjenestene er organisert og dimensjonert på vil påvirkes når sykehusstrukturen endres. Strukturendringer i og mellom sykehus innebærer endringer i pasientforløpene innad i spesialisthelsetjenesten, og det er vesentlig at sammenhengen i de faglige tilbudene kvalitetssikres ved for eksempel funksjonsfordelinger mellom sykehus. Kvaliteten på det akuttmedisinske tilbudet avhenger av kompetanse og kapasitet i den samlede akuttmedisinske kjeden. Endring av strukturen vil få følger for resten av behandlingkjeden, og det er derfor nødvendig å tydeliggjøre hvilke tiltak som skal sikre at akuttberedskapen opprettholdes.

De prehospitaltjenestene er av avgjørende betydning i en sammenhengende akuttberedskap, både mellom sykehus og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dimensjonering av de prehospitaltjenestene er derfor en konsekvens av den medisinske utviklingen og funksjonsfordeling mellom sykehus.

## 6.5 Sentrale utviklingstiltak i planperioden

I kap. 6.3 blir helsetjenestens hovedområder presentert sammen med en beskrivelse av den gjensidige avhengighet mellom områdene og behovene for systematisk samhandling.

Kapitel 6.4 omhandler sentrale strategiske områder for hele helsetjenesten hvor det ofte er behov for felles nasjonal innsats for å nå overordnede mål i helsepolitikken. De samlede tiltak på disse områder skal bidra til likeverdig fordeling av helsetjenester og god ressursutnyttelse gjennom å understøtte de seks bærebjelkene i helseplanen:

- helhet og samhandling
- demokrati og legitimitet
- nærhet og trygghet
- sterkere brukerrolle
- faglighet og kvalitet
- arbeid og helse

Her gis en oversikt over de sentrale utviklingstiltak i tilknytning til hver av bærebjelkene.

### Helhet og samhandling

Helsetjenesten framstår i for liten grad med helhetstenkning og samhandling for den enkelte pasient. Det er et paradoks at de enkelte virksomheter samtidig kan fremstå som vellykkede ut fra tildelte oppgaver og gjeldende ansvarsdeling. Departementet vil gjennom Nasjonal helseplan endre dette slik at samhandling blir en integrert del av oppdrag til og innhold for den enkelte virksomhet.

I helseplanperioden vil departementet arbeide med flere strategier og tiltak:

- hovedstrategiene i folkehelsepolitikken legger opp til at både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal legge mer vekt på forebyggende arbeid i sin virksomhet
- der det samlede behandlings- og oppfølgningstilbudet er viktig for pasienten, kan ikke helsehjelpen skje isolert innenfor henholdsvis den kommunalt forankrede helse- og sosialtjenesten og den foretaksorganiserte spesialisthelsetjenesten. Det etableres derfor et Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Rådet vil ha deltakelse fra alle ansvarsbærende aktører og skal bidra til helhetlige og koordinerte forflytninger av ansvar og kostnader mellom aktørene
- på IKT-området skal det arbeides for at kommunene får en sterkere rolle i arbeidet med et nasjonalt helsenett slik at det legges til rette for bruk av IKT mellom spesialisthelsetjenesten, de kommunale helse- og sosialtjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen
- utdanning skal fremdeles være forankret i de enkelte helsefagene, men det skal stilles sterkere krav til at utdanningene tar opp i seg samhandlingsutfordringer
- utviklingen på forskningsområdet skal ta opp i seg samhandlingsutfordringen, blant annet ved at det skal etableres formelle forskningsnettverk på tvers av institusjonene, tjenestenivåene og fagdisiplinene for de ulike fagområdene
- oppfølging av de pasientnære samhandlingstiltak slik som individuell plan og legenes praksiskonsulentordning skal styrkes
- arbeidet med å bedre samhandlingen mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene følges opp med sikte på større faglighet i sykehjemmene
- departementet og KS er enige om å starte et arbeid med sikte på å inngå en overordnet avtale som skal ha fokus på samhandlingen på helse- og omsorgsområdet

## Demokrati og legitimitet

En god helsetjeneste må ha legitimitet og tillit i befolkningen. Evalueringer viser at folk flest er fornøyd med og har tillit til tjenestene. Samtidig øker forventningene til helsetjenestene mer enn det man ressursmessig er i stand til å kunne innfri framover. Departementet vil bygge videre på at helsetjenesten skal være politisk styrt og profesjonelt drevet og være preget av åpenhet og medvirkning. Nasjonal helseplan er utarbeidet etter omfattende dialog med mange aktører i høringsprosessen. Det er viktig i oppfølgingen av planen å arbeide for felles forståelse av status, mål og relevante strategier og virkemidler.

I helseplanperioden vil departementet arbeide med flere strategier og tiltak:

- det skal i tilknytning til statsbudsjettet og som en oppfølging av Nasjonal helseplan, gis en presentasjon for Stortinget av helsetjenestens situasjon. Denne skal gi et godt grunnlag for den nasjonale politiske styringen av helsetjenesten
- pasientorganisasjonene og de ulike aktørene i helsetjenesten må i større grad drøfte og søke mot felles forståelse av de sentrale utfordringene og løsningsstrategiene for en bedre helsetjeneste. Det skal hver vår gjennomføres prosesser med dette som formål og der informasjon fra prosessene vil inngå i oppfølgingspresentasjonen overfor Stortinget av Nasjonal helseplan
- åpenhet er et nødvendig grunnlag for helsetjenestens og foretakenes legitimitet. Den nye enheten for pasientsikkerhet skal gi grunnlag for større åpenhet om feil i helsetjenesten. Også generelt skal større åpenhet ligge til grunn for videre utviklingsarbeid, blant annet ved at pasienter og samfunn gjøres kjent med forskjeller i resultater fra de ulike delene av helsetjenesten
- helsetjenester skal leveres med god kvalitet. Det er en utfordring for demokrati og legitimitet at helsetjenestens resultater presenteres lite systematisk og fragmentert. I helseplanperiode er det et mål å videreutvikle et nasjonalt indikatorsystem som knyttet til seks internasjonalt anerkjente indikatorer for kvalitet, gir et systematisk bilde av kvalitetssituasjonen
- mennesker med annen etnisk bakgrunn blir mer sentrale både som brukere og medarbeidere i helsetjenesten. For at alle skal oppleve helsetjenesten «som sin» skal det gjennomføres inkluderende prosesser
- det skal legges vekt på å systematisere arbeidet med samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene. Det legges vekt på at avtalene synliggjør likeverdighet mellom avtalepartene

- legge vekt på at ressursbruken i spesialisthelsetjenesten skal være i tråd med Stortingets bevilgninger og under økonomisk kontroll

## Nærhet og trygghet

Regjeringens målsetting er at hele befolkningen skal ha likeverdig tilgang på helsetjenester. Behandling og oppfølging skal fortsatt organiseres etter LEON-prinsippet (laveste, effektive omsorgsnivå). Organisering av tjenestene slik det framgår i kapitlet om kommunale helse- og sosialtjenester og i omtalen om lokalsykehus og prehospitale akuttjenester, vil være sentrale for å utvikle nærhet til brukerne. Det å ha en god tilgjengelighet til tjenester når man trenger det mest, er sentralt for å oppleve trygghet. Effektiv utveksling av informasjon er nødvendig for en trygg og effektiv helsetjeneste ved akutt sykdom og for god håndtering av kriser. På områdene prehospitale tjenester, beredskap, IKT og pasientsikkerhet er det behov for gjennomgående strategier og koordinerende nasjonal innsats for å ivareta befolkningens behov for nærhet og trygghet.

I helseplanperioden vil departementet arbeide med flere strategier og tiltak:

- evalueringen av fastlegereformen viste at tilgjengelighet til fastlegen var det område som pasientene var minst fornøyd med. Ni av ti pasienter med akutte tilstander blir behandlet i kommunehelsetjenesten og god tilgjengelighet hos fastlegen er dermed viktig for å oppnå trygghet til tjenestene. I planperioden vil departementet vurdere ulike tiltak for å øke tilgjengeligheten til fastlegene
- legevaktssystemet fungerer mange steder bra. I enkelte kommuner har det vært vanskelig å få på plass stabile løsninger som ivaretar befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp tjenester utenfor ordinær arbeidstid. Departementet vil i samarbeid med KS og Legeforeningen foreta en vurdering av hvordan det eventuelt kan utvikles virkemidler som bidrar til at flere kommuner kan etablere interkommunalt legevaktssamarbeid (IKL)
- lokalsykehusene skal videreutvikles for å ivareta behovet for generelle tjenester og være et bindeledd mellom de kommunale tjenester og sentraliserte/spesialiserte sykehusfunksjoner. Departementet vil følge opp Nasjonal helseplan med et arbeid for å tydeliggjøre lokalsykehuses oppgaver knyttet til akuttfunksjoner og den samlede behandlingsskjede
- distriktpsikiatriske sentra (DPS) skal gi lokalt og spesialisert tilbud for pasienter med psykiske lidelser
- stimulere til utvikling av de ambulante/mobile teamene i spesialisthelsetjenesten slik at disse

- kan bistå det kommunale apparatet og sikre kompetanseoverføring.
- videreutvikle det nye nødnettet som et forutsigbart og moderne kommunikasjonssystem.
  - utvikle robust krisehåndtering og beredskap. Sentralt i arbeidet vil være å gjennomføre øvelser og opplæring og styrke informasjonsberedskap overfor publikum
  - sikre robuste forsyningssystemer av legemidler, materiell og andre innsatsfaktorer som kan bli begrensninger i en krisesituasjon
  - styrke det internasjonale samarbeid på helseberedskapsområdet både i WHO og EU
  - effektiv elektronisk samhandling mellom kommunene og foretakene fordrer et utviklingsarbeid for å finne felles systemløsninger. I planperioden vil departementet i dialog med KS, finne gode prosesser for arbeidet
  - videreutvikle og utvide innholdet i Norsk Helsenett
  - vurdere å innføre en ordning med nasjonal godkjenning av standarder for meldingsutveksling og elektronisk pasientjournal
  - etablere en ny uavhengig enhet for pasientsikkerhet som skal ha som mål å forebygge uønskede hendelser i helsetjenesten

### Sterkere brukerrolle

Mange av dagens pasienter er aktive brukere som ønsker å få god informasjon slik at de selv kan ta gode beslutninger for å fremme egen helse. God informasjon, valgfrihet og medvirkning i egen behandling og i utforming av tjenestene er områder som vil bli vektlagt i planperioden.

I helseplanperioden vil departementet arbeide med flere strategier og tiltak:

- økt bruk av brukererfaringer som ledd i kvalitetsforbedring. Brukere av helsetjenesten har en unik kunnskap om hvordan tjenestene er organisert og oppleves. Dette er en lite utnyttet ressurs for å bedre kvaliteten i tjenestene. Brukerne vil være representert i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Brukerne vil trekkes systematisk med i arbeidet for å utvikle nasjonale retningslinjer
- pasienterfaringer vil bli systematisk brukt for å bedre samhandlingen i tjenestene. Det vil, i samarbeid med brukerorganisasjonene, utvikles tilbakemeldingssystem for samhandlingsproblematikk
- åpenhet og lettere tilgang på informasjon om tjenestene. For å sikre pasienter og brukere mulighet til å medvirke i utviklingen av egen behandling og tjenestetilbud, er det vesentlig at

det gis god informasjon om sykdom, hjelpetilbud og rettigheter. Det å ha god informasjon gir trygghet for befolkningen, man vet hvordan tjenestene er organisert og hva som ytes av tjenester

- videreutvikle valgmulighetene knyttet til fritt sykehusvalg og fastlegeordningen slik at pasientene får informasjon de synes er relevant for å kunne velge
- økt kunnskap om befolkningen og brukernes ønsker og preferanser. Som ledd i oppfølgingen av Nasjonal helseplan vil brukerorganisasjoner være sentrale når det foretas en årlig gjennomgang av status på området
- videreutvikling av pasientenes/brukerorganisasjonenes posisjon i forhold til foretak og kommuner

### Faglighet og kvalitet

Norge har i et internasjonalt perspektiv høy kvalitet på tjenestene. Det er en rask utvikling i kunnskap og det utvikles nye metoder for diagnostikk, behandling og rehabilitering. Utviklingen gir muligheter for å bedre behandling og livskvalitet for pasienter. Samtidig vil mange av nyvinningene være svært kostbare og det er nødvendig å vurdere iverksetting av nye tiltak i lys av alternativ bruk av ressursene. Personell er den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgssektoren, og er sammen med kapital de sentrale innsatsfaktorene. Den kunnskap, kompetanse, erfaring og ferdigheter utøvere har, står for verdiskapningen i tjenesten. Helsetjenestenes raske utvikling er også en utfordring for personellsammensetning og kompetansestrategier. På den ene siden er det en utvikling mot mer spesialisert medisin mens man samtidig vil ivareta en trygg, lokalbasert og helhetlig helsetjeneste. Forskning er viktig i et kvalitets- og kompetanseperspektiv. Forskning genererer ny kunnskap som kommer til nytte i direkte pasientbehandling og vil også være en del av kunnskapsgrunnlaget for helsepolitikken. Helsesektoren har en viktig rolle som faglig bidragsyter og pådriver i lokalt folkehelsearbeid.

I helseplanperioden vil departementet arbeide med flere strategier og tiltak:

- etablere Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering som skal bidra til en samordnet og helhetlig tilnærming til kvalitet og prioriteringer
- for å bidra til likeverdig tilbud tydeliggjøres Sosial- og helsedirektoratets rolle i det nasjonale retningslinje- og indikatorarbeid. Fagmiljøene vil ha en sentral rolle i utarbeiding av retningslinjer

- etablere en ny enhet for pasientsikkerhet som skal ha som mål å forebygge uønskede hendelser i helsetjenesten
- Sosial- og helsedirektoratets kvalitetsstrategi, Og bedre skal det bli!, og arbeidet med oppfølgingen av denne vil være sentral i planperioden
- lett tilgjengelig kunnskap er viktig for å yte tjenester av god kvalitet. Departementet vil videreutvikle Nasjonalt helsebibliotek som kunnskapsbase for helsetjenestens medarbeidere
- det skal etableres bedre rutiner for å vurdere effekter og kostnader for store og nye investeringer, teknologi og innføring av nye kostnadskrevende behandlingsmetoder
- gjennom eierstyringen av regionale helseforetak i sterkere grad vektlegge nasjonal styring og samordning på tvers av regionene, blant annet på investeringsområdet, IKT og innen stab-/støttefunksjoner
- gjennom avtale med KS videreutvikle kvaliteten i de kommunale helse- og sosialtjenester
- i Nasjonal helseplan legges til grunn at det må etableres en kultur for kvalitetsutvikling og forbedring, det må legges til rette for faglig utvikling gjennom arbeid med kvalitetsregistre og lett tilgjengelig oppdatert kunnskap
- vurdere behov for å videreutvikle data- og beslutningsgrunnlaget for å framskrive behov for helsepersonell. Departementet vil gjennomgå nåværende virkemiddelbruk for fordeling av helsepersonell mellom fagområder, geografiske områder og spesialisthelsetjeneste og kommune med sikte på å iverksette tiltak for å motvirke skjevfordeling
- gjennomgå dagens rutiner og prosesser for å sikre at innholdet i utdanningene samsvarer med behovene
- oppgaver og ansvar for legefordeling vil bli gjennomgått og nødvendige endringer iverksatt. I tillegg vil departementet i planperioden, i nær dialog med aktørene, gjennomgå spesialistutdanningen for leger
- Norge har flere konkurransedyktige forskningsmiljø. Norge har videre flere store helseregistre og befolkningsundersøkelser og det vil være viktig å bruke disse fortrinn i utviklingen av forskningspolitikk
- på noen områder er det behov for å styrke særskilte områder som har lav forskningsaktivitet slik som pleie- og omsorgssektoren, allmennmedisin, rehabilitering mv.
- kunnskapsproduksjonen i medisinsk og helsefaglig forskning er stor internasjonalt, og departementet vil bidra til å gjøre ny kunnskap tilgjengelig slik at den kan bli tatt i bruk av tjenesteutøvere

## Arbeid og helse

Helse- og sosialtjenesten skal bidra til at brukere av tjenestene i størst mulig grad mestrer eget liv, at de selv gjennom deltagelse i arbeid og aktiviteter i fritiden kan finne en meningsfull hverdag. For enkelte vil dette handle om å forebygge fravær ved å utvikle gode arbeidsmiljø og aktive helsefremmende strategier på arbeidsplassen, for andre vil det handle om rehabilitering og tilbakeføring til arbeid.

- arbeide for en folkehelsepolitikk der arbeidslivet er en viktig arena for å forebygge sykefravær og bedre folkehelsen
- initiere strategier for særlig utsatte grupper som for eksempel mennesker med psykiske lidelser for å redusere sykefravær og bidra til økt sysselsetting. Strategiene skal understøttes av arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen)
- utarbeide en nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering i helse- og sosialtjenesten. Gjennom rehabilitering med arbeid som mål kan en bidra til at flere kommer tilbake i arbeid. Helse- og sosialtjenesten skal samarbeide med den nye arbeids- og velferdsforvaltningen om å nå målet om å få flere i arbeid
- arbeid med helse, miljø og sikkerhet skal vektlegges og det skal rettes særskilt oppmerksomhet til årsakene til at arbeidsmiljøbelastningene oppstår.

## 6.6 Nasjonal koordinering på enkelte fagområder

I kap. 6.6 omtales utviklingsarbeid for at helsetjenestens behandling og oppfølging av den enkelte pasient skal bli bedre koordinert. Koordineringsutfordringene gjør seg også gjeldende på overordnet nivå, i forhold til de ulike fagområder, slik som psykisk helse, rus, rehabilitering mv. På overordnet nivå dreier det seg om at innsatsene på de mange delområdene i helsetjenesten er godt tilpasset hverandre. Det gjelder forebygging, helse- og sosialtjenestene som er forankret i kommunene, spesialisthelsetjenesten, utdanning, forskning mv. Det er et sentralt mål med Nasjonal helseplan å bidra til denne koordineringen. Som sektorpolitisk ansvarlig departement vil Helse- og omsorgsdepartementet ha et ansvar for at styringen av helsetjenestens ulike enheter best mulig tar opp i seg denne helhetstenkningen. Det legges også opp til samarbeidsformer med kommunene og kommunalt forankret helse- og omsorgstjenester som understøtter dette. Sosial- og helsedirektoratet vil også ha en sentral rolle i oppfølgingsarbeidet, gjennom å

iverksette koordineringstiltak og ved å etablere prosesser og arenaer som kan understøtte at helse-tjenesten på de ulike fagområdene fungerer mest mulig koordinert. Brukerorganisasjoner er sentrale samarbeidende aktører i dette arbeidet.

I en del tilfeller vil det være hensiktsmessig at det utarbeides særskilte strategier eller planer for enkelte fagområder, både for å understøtte riktig prioritering og god koordinering. Opptrappingsplanen for psykisk helse er et eksempel på et område der det ble erkjent behov for en ressursmessig og faglig styrking. Kreftplanen fra 1999 til 2003 er et eksempel på en gjennomført plan. Slike planer vil dels være forankret i særskilt behandling og vedtak fra Stortingets side og dels være forankret i departement og forvaltning innenfor rammen av den helsepolitikk som er trukket opp av Storting og regjering. Samlet sett kjennetegnes disse av stor bredde når det gjelder tema, omfang, varighet og bruk av virkemidler. For å lykkes i gjennomføringen er det viktig at de ulike strategiene ses i sammenheng og koordineres.

I dette kapitlet gis en overordnet omtale av planer og strategier på enkelte fagområder. Dette gjelder både planer som er vedtatt og er under gjennomføring, samt planer som er under utarbeidelse.

### 6.6.1 Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008)

Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse er det bygd opp et basistilbud som gjør at Norge langt på vei kan fremvise en moderne lokalbasert tjeneste i tråd med WHO's anbefalinger. Det er tilsatt om lag 6000 nye årsverk til psykisk helsearbeid i kommuner og helseforetak, det er etablert om lag 3400 omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser, om lag 70 distriktpsykiatriske sentre, og antall som får behandling har økt betydelig. Målet om 5 pst. dekningsgrad for barn og ungdom forventes nådd innen planens utløp. Det er iverksatt tiltak knyttet til arbeidslivet og tiltak for å sikre mennesker med alvorlige psykiske lidelser sosial kontakt og tilhørighet i eget lokalmiljø. Strategier for økt kunnskap om og endrede holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom, er etablert. De tradisjonelle sykehusavdelingene er under omstilling og skal ivareta spissfunksjoner.

Spesialisthelsetjenesten preges av «flaskehalser». Pasienttellingen fra Sintef (november 2003) viser at 40 pst. av samtlige pasienter innlagt på døgnavdeling, ville vært bedre tjent med oppfølging i kommunene etter behandlernes vurdering. Undersøkelser viser også at flere akuttavdelinger preges av overbelegg og for tidlige utskrivinger. En hovedårsak til dette synes å være manglende

samspill både innenfor spesialisthelsetjenesten og mellom første- og andrelinjetjenesten, men det handler også om manglende kapasitet og kompetanse i andre deler av tjenesten. Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte i løpet av 1. tertial 2006 et prosjekt i samarbeid med de regionale helseforetakene og Sintef Helse for å kartlegge og vurdere kapasitet, gjennomstrømning, samarbeid og bemanning ved sykehus og Distriktsmedisinske sentra (DPS) i forhold til akuttpsykiatriske tjenester for voksne. Resultatene av kartleggingen viser at det er store og uforklarlige variasjoner mellom helseforetakene når det gjelder beleggspersent, dekningsgrad og andel utskrivningsklare pasienter. Kartleggingen gir ingen systematiske sammenhenger mellom antall akutt plasser målt per 100 000 innbyggere, og de andre kvantitative målene. Dette betyr at de områdene som har det høyeste antallet akutt plasser i forhold til befolkningsstørrelse ikke nødvendigvis har lavere belegg og lengre oppholdstider enn områder med et lavt antall akutt plasser i forhold til befolkningsstørrelse. Dette tyder på at kapasitetsproblemer innenfor de akuttpsykiatriske tjenestene ikke nødvendigvis skyldes mangel på plasser ved akuttavdelingene.

Ved rusreformen i 2004 fikk spesialisthelsetjenesten også ansvar for behandling av rusmiddelavhengige. Et av hovedformålene ved denne reformen var å knytte tjenestene for rusmiddelavhengige nærmere sammen med de øvrige deler av spesialisthelsetjenesten. Samordnede og samtidige tiltak i tilknytning til personer som både har rusmiddelproblem og psykisk sykdom representerer en særskilt utfordring, jf. omtale av opptrappingsplanen for rusfeltet under kap 6.6.2.

Det knytter seg imidlertid til dels betydelige utfordringer til det kvalitative innholdet i tjenestene. Dette kommer bl.a. til uttrykk ved mangelfull kompetanse i deler av tjenesten, fortsatt for dårlig tilgjengelighet, for svak samordning av tilbudet mv. Det kommunale tilbudet er preget av store variasjoner fra kommune til kommune.

#### *Områder for særskilt oppfølging i helseplanperioden*

Selv om opptrappingsplanen har bidratt til både å bygge ut og restrukturere hjelpetilbudet, vil det etter at planen utfases i 2008 gjenstå flere problemstillinger som krever fortsatt fokus fra nasjonale myndigheter.

I helseplanperioden vil departementet sette fokus på kvalitet og innhold i alle deler av behandlingsapparatet. Det vil videre bli lagt vekt på strategier og tiltak som styrker forebyggende arbeid, bidrar til sosial inkludering i lokalsamfunn og

arbeidsliv og tiltak rettet mot kunnskap og holdninger i befolkningen. Utvikling av de kommunale tjenestene er et sentralt satsningsområde, jf. 6.3.2. Utover dette vil bl.a. følgende områder bli gjenstand for oppfølging:

#### *Sterkere satsing på forebyggende arbeid*

Forebygging av psykiske helseplager har hittil vært blant de svakest utviklede sidene av opptrappingsplanen, og er dårlig utviklet i kommunene. Det er derfor behov for å sikre en mer effektiv gjennomføring av forebyggende tiltak samtidig som det satses sterkere på dokumentasjon, kunnskapsutvikling og forskning, jf. omtalen i kap. 6.3.1 om forebygging.

#### *Holdninger i samfunnet – stigmatisering*

Kampen mot stigmatisering vurderes som sentralt for å lykkes i tilknytning til å etablere et verdig liv for mennesker med psykiske lidelser. Innenfor rammen av opptrappingsplanen for psykisk helse er det iverksatt en omfattende kommunikasjonsstrategi med siktemål å bedre kunnskapene om psykisk helse og psykisk sykdom i befolkningen.

#### *Brukerperspektivet*

Å integrere mestrings- og brukerperspektivet i den faglige tenkningen representerer en særskilt faglig utfordring for tjenesteapparatet. Brukerperspektivet forutsetter at det utvikles en samarbeidsrelasjon hvor bruker/pasient og behandler bidrar med hver sin kunnskap. Dette betyr ikke at fagkunnskapen er mindre viktig enn før, men at den må settes inn i en ny sammenheng. Pårørende er som regel en sentral samarbeidspart, samtidig er det nødvendig at de pårørende selv får vurdert sin egen situasjon og får tilstrekkelig støtte og avlastning. Bruker, pårørende- og mestringsperspektivet vil i samarbeid med tjenesteapparatet og brukerorganisasjonene bli fokusert gjennom helseplanperioden.

#### *Kvalitet i tjenesten*

Å heve kvaliteten i den samlede tjenesten vurderes som den største utfordringen for hvordan helsetjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser framstår. Som et ledd i arbeidet med Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten, ...og bedre skal det bli!, jf. omtale i kap. 6.4.1 har departementet startet et arbeid med å definere tydeligere mål som bedre definerer hva kvalitet i tjenesten innebærer, og å utvikle indikatorer som kan belyse utviklingen. Formålet med dette er

først og fremst å bidra til kvalitetsforbedring lokalt, men også å kunne følge med i hvordan tjenesten utvikler seg for alle nivåer i systemet. Dette vil eksempelvis handle om tilgjengelighet, åpningstider, ventetider, mål på god akuttjeneste, brukertilfredshet, mål vedrørende bruk av individuell plan, effektiv bruk av ressurser mv.

#### *Strategi for implementering og oppfølging*

Øremerking av driftsmidler med tilhørende vilkår, direkte styring av investeringsmidler, faglige veiledere, konferanser, etablering av kompetansesentre, direkte styringssignaler til de regionale helseforetakene og etablering av rådgivningsapparat hos fylkesmennene for oppfølging av kommunene, er sentrale virkemidler i opptrappingsplanen. Når erfaringen at man ved disse virkemidlene etter sju år ikke har oppnådd tilstrekkelig kvalitativ utvikling av tjenesten, er det behov for å vurdere en tettere oppfølging av kommuner og tjenestesteder som ikke foretar tilstrekkelig omstilling eller oppnår tilstrekkelig gode resultater. Departementet vil sammen med KS og de regionale helseforetakene drøfte hvordan en tettere oppfølging bør finne sted i slike tilfelle.

#### *Barn og unge*

Barn, unge og familiers behov for spesialisthelsetjenester må sees i sammenheng med etablering av en god og effektiv førstelinjetjeneste, fordi etterspørselen etter spesialisthelsetjenester i betydelig grad er avhengig av tilgjengelige tilbud for barn og unge i kommunehelsetjenesten, og i hvilken grad kommunehelsetjenesten velger å henvise videre til spesialisthelsetjenesten.

I 2006 ble det markert overfor de regionale helseforetakene at tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige er særskilt prioritert. Barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre skal sikres oppfølging. Videre skal det iverksettes tiltak som gir bedre tilgjengelighet gjennom ambulante team og økt åpningstid ved poliklinikker. Departementet vil styrke retten til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten for disse gruppene ved innføring av en særskilt ventetidsgaranti. Rapport fra en arbeidsgruppe som har vurdert hvordan en slik ventetidsgaranti kan utformes og etableres, er sendt på høring med frist 1. november 2006.

#### *Forebygging av farlige handlinger*

Det er sjelden at personer med psykiske lidelser utfører farlige handlinger overfor annen person, og det er ikke dokumenterte holdepunkter for at psy-

kisk sykdom i seg selv fører til farlige handlinger. Personer med psykiske lidelser er imidlertid sårbar og risikoutsatte med hensyn til å begå uhensiktsmessige handlinger i forhold til langvarig avvisning eller utstøtelse fra samfunnet, og i forhold til akutt pressede situasjoner som de ikke mestrer. Kombinasjonen av traumatiske opplevelser og langvarig avvisning fra samfunnet synes å være en særlig kritisk faktor. Mangel på bolig, arbeid, sosialt nettverk og trygge rammer, diskriminerende holdninger mv. er viktige utstøtningsmekanismer. I forhold til tjenesteapparatet vil mangel på tilbud, for sen hjelp, manglende oppfølging og kontinuitet være kritiske faktorer. Dette betyr at de generelle tiltakene i opptrappingsplanen er av stor betydning for å forebygge farlige handlinger. Det er i tillegg iverksatt eller planlagt en rekke tiltak i regi av berørte departementer i tilknytning til tjenester og tilbud til innvandrere og asylsøkere, og innenfor området vold og traumatisk stress generelt. Den faglige utviklingen innen sikkerhetspsykiatri, sikkerhetsperspektivet og behovet for oppfølging etter utskrivning blir vektlagt. Vurdering av selvmordsfare og farlige handlinger i forhold til andre vil bli tillagt økt betydning. En del personer med adferdsavvik har betydelige problemer med å leve et vanlig liv i sitt lokalsamfunn, både pga. adferd og gjentatt kriminalitet. Mange av disse vil være for syke til å sone i fengsel, samtidig som de ikke tilfredsstiller kravene for tvungent psykisk helsevern. Helse- og omsorgsdepartementet og Justisdepartementet foretar derfor en gjennomgang av regelverket og en vurdering av hvilken type tiltak som er best egnet for denne gruppen.

#### *Utdanning og rekruttering*

Det må være en sammenheng mellom faglig fokus i grunnutdanninger og spesialistutdanninger og samfunnsmessige utfordringer, herunder de politiske signalene i opptrappingsplanen. Blant annet er det viktig å avveie mellom fokusering på individuell sykdom og et helhets- og samfunnsperspektiv i utdanningene. Mestrings- og brukerperspektiv er en del av dette. Disse spørsmålene vil bli fulgt opp i dialog med utdanningsmyndighetene. Med hensyn til rekruttering og utdanningskapasitet vises forøvrig til omtale i kap. 6.4.2.

#### *Rus og psykisk helse*

Undersøkelser har vist at det er en betydelig andel av de inneliggende pasientene i akutenhetene innen psykisk helsevern som ved siden av sine psykiske lidelser også har til dels omfattende rusmid-

delproblemer. Også i andre deler av psykisk helsevern meldes det om at pasienter ved siden av sine psykiske lidelser, også har rusmiddelproblemer. De fleste av disse pasientene får ikke et tilfredsstillende behandlingstilbud for sine sammensatte lidelser. Forskning viser at for denne pasientgruppen oppnår man de beste behandlingsresultatene der det blir tilrettelagt samordnede og helhetlige behandlingstilbud der behandlingen av de sammensatte lidelsene skjer samtidig. Utvikling av kompetanse og arbeidsmetoder vil bli fokusert gjennom helseplanperioden.

#### *Arbeid og psykisk helse*

Som et ledd i opptrappingsplanen er en strategi for arbeid og psykisk helse under utarbeidelse. Formålet med strategien er at mennesker med psykiske lidelser skal få en bedre mulighet til å utnytte egen arbeidsevne. Strategien skal favne hele spekteret av mennesker med psykiske lidelser, og understøttes av arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen).

#### *Forskning*

Det er mangel på kunnskap om årsaker, omfang og utbredelse av psykiske lidelser i befolkningen. Gjennom Nasjonalt folkehelseinstitutt er det iverksatt en betydelig opptrapping av innsatsen på området. Videre skal Program for psykisk helse (2006–2010) under Norges forskningsråd bidra til utvikling av relevant kunnskap om psykisk helse med sikte på å fremme den psykiske helsen og bidra til å redusere rusmiddelproblemer i samfunnet. Det vil i helseplanperioden bli tatt standpunkt til eventuell videreføring av programmet.

### **6.6.2 Opptrappingsplan for rusfeltet**

De konkrete budsjettforslagene og opplegget for forsterket satsing på rusfeltet i 2007 omtales foran under budsjettkapitlene. Det er gitt en samlet presentasjon av satsingen for 2007 under kapittel 718.

Departementet vil høsten 2006 ferdigstille en opptrappingsplan for rusfeltet, jf. Soria Moria-erklæringen. Det er dette planarbeidet som omtales i det følgende.

Rusmiddelavhengige har høyest sykkelighet og dødelighet i vårt land. Statens institutt for rusmiddelforskning anslår at 30 000 mennesker kan ha et behandlingstrengende alkoholproblem, og at 11 000–15 000 er sprøytemisbrukere (nye estimater vil foreligge høsten 2006). Ventetiden til vurdering, avrusning og behandling er for lang. Det står



om lag 500 på venteliste til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) etter langvarig narkotikamisbruk, til tross for at kapasiteten for denne behandlingsformen er økt betydelig de senere årene. En stor gruppe mennesker, om lag 20 000, har både psykiske problemer og rusmiddelproblemer. Rusmiddelavhengige er den gruppen som er vanskeligst stilt på boligmarkedet. Det er gjort beregninger som viser at 5500 personer var bostedsløse i 2005, mange av disse har rusmiddelproblemer.

Utfordringene på rusmiddelområdet er store og økende. Alkoholforbruket i den norske befolkningen øker selv om nordmenns forbruk fremdeles er langt lavere enn hos våre europeiske naboer. Forskning viser at det er en sterk sammenheng mellom totalforbruket av alkohol og omfanget av sykdom, skader og ulykker. Verdens helseorganisasjon har rapportert at det er sammenheng mellom alkoholbruk og over 60 ulike diagnoser, herunder flere krefttyper.

I Norge har det over lang tid vært et politisk flertall for en restriktiv rusmiddelpolitikk. Dette har blant annet kommet til uttrykk gjennom bevisst bruk av virkemidlene pris og tilgjengelighet i alkoholpolitikken. Forskning viser sammenheng mellom pris og totalkonsum. Den norske strategien har vært avgjørende for lavere gjennomsnittlig konsum i vårt land og derav færre alkoholrelaterte skader og sykdommer. En rapport bestilt av EU-kommisjonen framhever den type tiltak som er iverksatt i Norge som blant de mest vellykkede. En god rusmiddelpolitikk vil være både å videreføre tiltak som vi vet virker og å fremme nye tiltak innen forebygging, behandling og oppfølging.

Departementet ser med bekymring på både dagens status og utviklingen på området og vil møte utfordringene gjennom opptrapping av aktivitet og virkemidler på flere områder gjennom helseplanperioden.

Fastlegereformen, sykehusreformen, rusreformen og ny arbeids- og velferdsforvaltning har lagt de organisatoriske rammene for tilbudet til rusmiddelavhengige. Departementet vil gjennom arbeidet i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten synliggjøre at rusmiddelspørsmål er en del av det integrerte arbeidet i helse- og sosialtjenesten. Et vesentlig formål med rusreformen var å legge til rette for at alle deler av helse- og sosialtjenesten bedre kunne ivareta sitt ansvar for personer med rusmiddelproblemer – både når det gjelder behandling knyttet til rusmiddelproblematikk og tiltak innenfor psykisk helsevern og somatikken. Utgangspunktet er at det ordinære tiltaksapparatet også skal være tilgjengelig for personer med rus-

middelproblemer. Det skal ikke etableres særomsorg for rusmiddelavhengige. Reformen skal følges opp. Tjenestetilbudet til denne gruppen skal inngå som en del av det ordinære tilbudet enten det gjelder helsetjenester, bolig eller arbeids- eller aktivitetsrettete tiltak. Rusmiddelavhengige vil også være en viktig målgruppe for departementets særskilte satsninger i fattigdomsarbeidet, arbeid gjennom strategien På vei mot egen bolig og arbeid gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Departementet mener likevel at det på enkelte områder vil være nødvendig å møte behovet på forebyggingssiden og rusmiddelavhengiges behov med særskilte tiltak, jf. Soria Moria-erklæringen. På denne bakgrunn vil departementet høsten 2006 ferdigstille en opptrappingsplan som skal legge faglig fundament for et arbeid med sikte på økt innsats.

Opptrappingsplanen skal ta utgangspunkt i at departementet vil basere sin rusmiddelpolitikk på likeverd for den enkelte rusmiddelavhengige og solidaritet med pårørende og barn som opplever de negative konsekvensene av rusmidler. Det skal satses på forebygging, behandling og oppfølging. Det skal tilrettelegges for omsorgstiltak for rusmiddelavhengige som har behov for dette. Alle skal gis mulighet for verdighet i et vanskelig liv. For departementet er det viktig at alkohol ikke er eller blir, en ordinær handelsvare selv om alkohol er en lovlig vare som det store flertallet av voksne i befolkningen bruker. For å redusere de negative konsekvensene av alkoholkonsum skal tiltak for å begrense totalforbruket fortsatt prioriteres. Dette er en utfordring fordi effektive virkemidler samtidig griper inn i den enkeltes handlefrihet.

All narkotika er, og skal fortsatt være ulovlig. Bekjempelse av produksjon, innførsel og omsetning av narkotika skal derfor være en sentral del av departementets rusmiddelpolitikk. Det skal også legges vekt på tiltak som reduserer etterspørselen etter narkotika. Her skal det rettes et særlig fokus mot barn og unge. Tjenestene til personer med rusmiddelproblemer skal være preget av respekt, verdighet og solidaritet. Moralisme hører ikke hjemme i rusmiddelpolitikken.

Det overordnede målet for opptrappingsplanen vil være å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner og for samfunnet. For best mulig å ivareta det overordnede målet, skal departementet i planperioden føre en politikk med vekt på fem mål. Disse vil danne grunnlaget for departementets opptrappingsplan på rusområdet.

### *Gi rusmiddelpolitikken et tydeligere folkehelseperspektiv*

Økt forbruk av rusmidler innebærer at de mest sårbare for rusmidlenes negative konsekvenser blir enda mer utsatte. Departementet ønsker et tosidig fokus. På den ene siden tiltak som er rettet mot hele befolkningen, og på den andre siden tiltak rettet mot spesielt utsatte grupper. Faktorer som bidrar til bedre helse skal styrkes, og det skal arbeides aktivt for å svekke faktorer som medfører helserisiko.

### *Heve kvaliteten og kompetansen på rusfeltet*

Det er behov for å styrke kvaliteten på tjenestene og øke kompetansen blant ansatte i rusfeltet. Tilbudet til personer med rusmiddelproblemer skal være kunnskapsbasert og av god kvalitet. Det er behov for å systematisere arbeidet med forebygging, utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging av rusmiddelavhengige. Behandlingen og oppfølgingen må i langt større grad sees i sammenheng med andre fagområder. Organiseringen av tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling må i større grad tilpasses organiseringen og strukturen i den øvrige spesialisthelsetjeneste. Psykisk helsearbeid i kommunene har mange likhetstrekk med arbeid med rusmiddelavhengige, og tilrettelegging og tett oppfølging i forhold til arbeidsliv, aktiviteter, bolig, boevne og sosial funksjon er like viktige elementer i arbeidet med rusmiddelavhengige som overfor mennesker med psykiske lidelser.

Tilgjengelig kunnskap skal benyttes bedre, og ny kunnskap skal vinnes gjennom kompetanseheving og forskning, blant annet gjennom etableringen av et nytt rusmiddelforskningsprogram i Norges forskningsråd.

### *Bidra til sosial inkludering og mer tilgjengelige tjenester*

Personer med rusmiddelproblemer må få raskere hjelp på alle nivå i behandlings- og rehabiliteringskjeden. Særlig viktig er det at kommuner og spesialisthelsetjenesten prioriterer tiltak rettet mot barn og unge og tiltak for tidlig intervensjon. Tiltak som sikrer bedre tilgjengelighet i tjenestene og som ivaretar behovet for sosial inkludering, skal prioriteres. Personer med rusmiddelproblemer må få de tjenestene de har behov for og krav på, et godt sted å bo og tilpassede hjelpe- og rehabiliteringstiltak. Det må utvikles gode og sikre rutiner for utskrivning fra spesialisthelsetjenesten og ved løslatelse fra fengsel. For de som har behov for dette bør det

alltid være tiltak på plass ved utskrivning eller løslatelse. Ventetiden til vurdering, avrusning og behandling, herunder legemiddelassistert rehabilitering, må reduseres.

### *Legge til rette for at de som yter tjenester samhandler og samordner seg*

Mange rusmiddelavhengige har behov for at ulike tjenesteytere samhandler om et helhetlig tilbud. Det skal derfor legges større vekt på tiltak som er rettet mot mer forpliktene samhandling, både på systemnivå og på individnivå. Det skal legges bedre til rette for en best mulig samhandling og samordning mellom de som yter tjenester til beste for den enkelte pasient, blant annet gjennom å stimulere til at individuell plan tas i bruk i henhold til lovgivningen, til at kommunale rusmiddelpolitiske handlingsplaner utarbeides, og gjennom å legge til rette for bruk av formaliserte avtaler mellom helseforetak og kommuner.

### *Sikre brukere innflytelse på tjenestene de mottar og pårørende bedre ivaretagelse*

Retten til medvirkning står sentralt i sosial- og helsetjenestene. Det er fortsatt et stykke igjen før bruker- og pårørendeperspektivet er fullt ut implementert. Pårørende til rusmiddelavhengige skal i større grad ivaretas og synliggjøres i den kommunale sosial- og helsetjenesten og innenfor spesialisthelsetjenesten. Det skal settes i gang tiltak for å øke brukerinnflytelsen i sektoren og for å sikre at tjenestetilbudet utformes på en måte som er tilpasset den enkeltes individuelle behov.

I henhold til dette vil departementet videreføre og følge opp arbeidet på rusfeltet gjennom de løpende budsjettprosesser, herunder gjennom helhetlige satsinger og prioriteringer i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

## **6.6.3 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering i helse- og sosialtjenesten**

Soria Moria-erklæringen sier at regjeringen vil sikre rehabilitering og opptrening til alle som trenger det. Gjennom en nasjonal strategi for styrking av helse- og sosialtjenestenes habiliterings- og rehabiliteringstjenester som ferdigstilles høsten 2006 vil Helse- og omsorgsdepartementet bidra til at dette målet skal nås.

Habilitering og rehabilitering er et lovpålagt virksomhetsområde i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Forskrift om rehabilitering og habilitering med hjemmel i kommunetjenesteloven og

spesialisthelsetjenesteloven har som mål å sikre at personer som har behov for habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltaelse. Et habiliterings- og rehabiliteringstilbud kan også inkludere andre sektors tjenester, som sosiale tjenester, arbeid, skole, fritid mv. Tjenestene skal utformes og gis i samarbeid med brukerne. Dette er blant annet fulgt opp med en lovfestet rett til overordnet individuell plan og en forskrift som tydeliggjør kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar på feltet.

Habilitering og rehabilitering synes ikke å ha hatt tilstrekkelig prioritet, verken i kommunene eller innenfor spesialisthelsetjenesten. Både brukerorganisasjoner og fagmiljøer har påpekt behovet for å styrke helsetjenestenes rehabiliteringstilbud. Dette gjelder spesielt habilitering av barn, styrking av voksenhabiliteringstilbudet, tilbudet til personer med alvorlig hodeskade og å bedre rehabiliteringstilbudet til voksne med synshemming.

Opptreningsinstitusjoner, helsesportssentre mv. og lungesykehus yter rehabiliteringsrettede tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten. Fra 2006 er bestilleransvar og finansieringsansvar overført til de regionale helseforetakene.

Et overordnet mål for sosialtjenesten og store deler av pleie- og omsorgstjenesten er å bidra til at den enkelte får et selvstendig liv og kan delta i fellesskap med andre. Både kommunale sosiale tjenester og pleie- og omsorgstjenestens rolle i re/habilitering vil bli omfattet av strategidokumentet.

Helse- og sosialtjenesten skal samarbeide med den nye arbeids- og velferdsforvaltningen om å nå målet om å få flere i arbeid. Helse- og sosialtjenestens tiltak innenfor rehabiliteringsfeltet må derfor sees i sammenheng med statlige arbeidsrettede tiltak. Dette vurderes særskilt sammen med Arbeids- og inkluderingsdepartementet, og omtales i stortingsmeldingen om arbeid, velferd og inkludering. Gjennom rehabilitering med arbeid som mål kan en bidra til at flere kommer tilbake i arbeid. Dette er et viktig mål for helse- og sosialtjenesten.

#### *Den nasjonale strategiens innhold*

Strategien vil gi en omtale av habiliterings og rehabiliteringsvirksomhet innenfor kommunene og spesialisthelsetjenesten. Mål, utfordringer og tiltak vil være sentrale temaer i dokumentet.

Strategien vil bl.a. sette fokus på:

- behovet for habiliterings- og rehabiliteringstjenester
- samhandling
- kvalitet i tjenestene

- forskning
- kunnskap og kompetanseheving

Noen av områdene som vil bli omtalt i strategien er:

- opptreningsinstitusjoner, helsesportssentre mv. og lungesykehus sin plass i spesialisthelsetjenesten framover
- voksenhabiliteringstjenesten. Med bakgrunn i en gjennomgang av voksenhabiliteringstjenesten i 2005 vil det i strategien skisseres hovedlinjer for framtidig utvikling og organisering av denne tjenesten
- barnehabiliteringstjenesten, herunder 30 ulike prosjekter som er satt i gang i de regionale helseforetakene for bl.a. å utvikle kompetanse og bedre tjenestetilbudet
- rehabiliteringstilbudet til personer med alvorlig hodeskade
- rehabiliteringstilbudet til voksne med synshemming

Med utgangspunkt i et brukerperspektiv vil det i strategien stilles forventning til tjenesten og til brukerens deltakelse, både på individ- og systemnivå. Strategien vil ha tjenestene som sin primære målgruppe.

#### **6.6.4 Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009)**

Kreftstrategien er en videreføring av satsningen gjennom nasjonal kreftplan (1999–2003) og en oppfølging av rapporten Nasjonal strategi for arbeid innen kreftomsorgen – kvalitet, kompetanse og kapasitet (juni 2004). Departementet har gjennom Nasjonal strategi for kreftområdet gitt en overordnet referanseramme for Sosial- og helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, kommunene og andre relevante myndighetsorganer og tjenester. Nasjonal strategi for kreftområdet 2006–2009 inneholder nasjonale målsettinger og tiltak innen forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og forskning.

For å sikre en helhetlig oppfølging av kreftstrategien er Sosial- og helsedirektoratet tildelt en nasjonal koordinerende rolle. En strategidirektør for kreftområdet er ansatt for å sørge for at fokuset på området blir opprettholdt og at målsettingene i strategien blir fulgt opp med konkrete tiltak i tjenestene. Selv om kreftstrategien primært omfatter helseområdet, vil koordineringsrollen i Sosial- og helsedirektoratet sikre en helhetlig oppfølging også mellom helse- og sosialfeltet. Direktoratet har også ansvar for å opprette fora for kontakt med relevante aktører inkludert frivillig sektor.

I forebygging av kreft inngår en rekke generelle folkehelseiltak som bedre kosthold, mer fysisk aktivitet og røykfrihet. Hovedfokuset vil være å gjøre de sunne valgene enklere, tilrettelegge for lavterskeltiltak i lokalsamfunn og nærmiljø, og å styrke det forebyggende arbeidet i helsetjenesten.

Som et ledd i forebygging av kreft er det foreslått en styrking av Statens strålevern til arbeidet med å bistå kommuner og byggebransjen med informasjon og kompetanseheving om radon, jf. omtale kap. 715, post 01. Det vil arbeides videre for å sette i verk kostnadseffektive radonforebyggende tiltak.

Det er etablert screeningprogrammer på livmorshalskreft (Masseundersøkelsen mot livmorshalskreft) og brystkreft (Mammografiprogrammet). Departementet ønsker å videreføre satsningen på disse screeningprogrammene, herunder å evaluere om de fungerer etter intensjonene.

Det er et mål at kreftbehandlingen skal være likeverdig uavhengig av kjønn, økonomi og bosted. Et av de viktigste tiltakene i kreftstrategien for å motvirke ulikheter og forskjeller i utredning og behandling ligger i dens satsning på nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling. Handlingsprogrammene skal bidra til at det offentlige tilbudet blir likeverdig over hele landet, og vil inneholde retningslinjer for hele behandlingsforløpet for de ulike kreftformene; fra mistanke om kreft til utredning, diagnostikk, behandling og medisinsk rehabilitering. Det skal også utarbeides et forslag til ordning for kontinuerlig oppdatering av handlingsprogrammene, herunder tidlig varsling av ny teknologi og metoder.

God samhandling mellom tjenester og forvaltningsnivåer vil bidra til å løfte kvaliteten på kreftområdet. Det understrekes i kreftstrategien at godt samarbeid, kommunikasjon og kontinuitet er viktig for å skape helhetlige behandlingsskjeder både i møte mellom behandler og pasient, men også mellom de ulike sektorene i helsetjenesten. Samhandling omfatter også samarbeid med frivillig sektor der foreningene fungerer som et supplement til det offentlige tilbudet. Departementet ønsker derfor at frivillig sektor fortsatt skal ha gode vilkår for å yte ikke-kommersielle tjenester.

To viktige tiltak for å få bedre kunnskap om eventuelle ulikheter i behandling og behandlingsresultater av kreftsykdom er satsingen på kreftforskning og på etableringen av nasjonale medisinske kvalitetsregistre innenfor kreftområdet. Nasjonale medisinske kvalitetsregistre vil, sammen med tilgjengelig data i Kreftregisteret, kunne si noe om variasjon i medisinsk praksis og ikke minst resultater og bivirkninger av behandling.

Det er et mål at det palliative tilbudet skal bedres. Rehabilitering og smertelindring skal desentraliseres slik at tilbudene kan ytes nærmere pasientene. Det arbeides med etablering/videreutvikling av palliative team.

Det skal utformes korrekt og nøytralt informasjonsmateriell om alternativ medisin for kreftpasienter.

En viktig målsetting i nasjonal kreftstrategi er å gi kreftpasientene bedre hjelp til å kartlegge sine ikke-medisinske behov, og informasjon om og hjelp til å ivareta sine rettigheter også på de ikke-medisinske områdene.

### **6.6.5 Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006–2010)**

For å møte utfordringene på diabetesområdet på en systematisk og offensiv måte, har departementet utarbeidet en nasjonal strategi for diabetesområdet (lagt fram juli 2006) som inneholder en statusbeskrivelse, samt nasjonale målsettinger og tiltak innenfor primærforebygging, diagnostisering, behandling og sekundærforebygging, rehabilitering, utdanning og forskning.

Sosial- og helsedirektoratet er tillagt en nasjonal koordinerende rolle i den videre oppfølgingen av diabetesstrategien. Det er ansatt en strategidirektør i direktoratet som skal ha ansvar for denne funksjonen. Denne rollen skal ikke endre ansvar som de ulike aktørene har, men skal sikre at det fortløpende er et systematisk og helhetlig blikk på gjennomføringen av diabetesstrategien.

Type 1-diabetes kan i dag ikke forebygges fordi vi ikke vet hvilke faktorer som er med på å utløse sykdommen. Endringer i livsstil kan redusere forekomsten av type 2-diabetes og forhindre og utsette senkomplikasjoner både for type 1- og type 2-diabetes.

Utfordringene for det primærforebyggende helsearbeidet på diabetesområdet er i stor grad sammenfallende med forebygging av andre livsstilrelaterte sykdommer. Forebygging av type 2-diabetes sees i sammenheng med St.meld. nr. 16 (2002–2003), Resept for sunnere Norge, og Handlingsplanen for fysisk aktivitet, Sammen for fysisk aktivitet.

Å identifisere personer med høy risiko for å utvikle type 2-diabetes er viktig. Kommunehelsetjenesten, herunder fastlegene er viktig for å identifisere personer med høy risiko for utvikling av diabetes type-2, siden de aktuelle personene ofte vil bli fanget opp her. Det faglige opplegget for Grønn resept vil ofte kunne brukes også overfor denne målgruppen. Vektreduksjon vil gjerne stå sentralt.

En av de viktigste oppgavene for den nye koordineringsfunksjonen i Sosial- og helsedirektoratet blir å utarbeide en høyrisikostrategi som både inkluderer generelle tiltak og tiltak rettet mot individer.

Tidlig diagnostisering, god behandling og sekundærforebygging gjør at personer med diabetes får bedre livskvalitet, et lengre liv og færre senkomplikasjoner. De viktigste elementene i behandlingen er pasientopplæring, egenkontroll og medikamenter. For å sikre at behandlingen som tilbys skal være likeverdig uavhengig av bosted og økonomi, skal Sosial- og helsedirektoratet utarbeide faglige retningslinjer for diagnostisering, behandling og oppfølging av denne pasientgruppen i spesialisthelsetjenesten. For kommunehelsetjenesten ønsker departementet å understøtte videre implementering av Norsk selskap for allmennmedisinsk handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis.

Departementet ønsker å øke kunnskapsgrunnlaget om utbredelse, forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes. Spesielt må forekomsten av diabetes kartlegges slik at antallet personer med diabetes kan anslås mer presist.

#### 6.6.6 Nasjonal KOLS-strategi

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en av de nye store folkesykdommene. På 1950- og 1960-tallet var KOLS eller et tilsvarende sykdomsbilde nesten ukjent i helsetjenesten. I dag har anslagsvis 200 000 personer i Norge KOLS. Dette er en kronisk sykdom med betydelig sykkelighet, uførhet og dødelighet, og årsaken til de fleste tilfellene av KOLS er tobakksrøyking. Eksponering for farlige stoffer i arbeidslivet og genetiske faktorer har også betydning for utvikling av sykdommen. En ny befolkningsundersøkelse fra vestlandet indikerer at om lag halvparten av dem som har KOLS, ikke er diagnostisert. Dette reduserer mulighetene for forbyggende og sykdomsbegrensende tiltak.

For å møte disse utfordringene ferdigstilles det en Nasjonal strategi for KOLS-området som omfatter forebygging, oppfølging/rehabilitering, utdanning og forskning. Sosial- og helsedirektoratet og brukerorganisasjonene har bidratt med faglige innspill i løpet av prosessen. Denne strategien er i tråd med signaler som ble gitt Stortinget i interpellasjon den 11. april 2005. Saken er også omtalt i St.prp. nr. 1 (2005–2006). Tre viktige fokusområder for KOLS-strategien er:

- forebygging av KOLS
- oppsporing og diagnostisering av KOLS-rammede
- oppfølging og rehabilitering av personer som lever med KOLS

Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for den nasjonale oppfølgingen og koordineringen av strategien. For å sikre god oppfølging av strategien skal det opprettes et nasjonalt KOLS-råd bestående av representanter for brukerne og fagmiljøene. Rådets viktigste oppgave vil være å gi råd i den videre konkretiseringen av strategien og sørge for et helhetlig blick på KOLS-området.

Det er en klar målsetting at nye tilfeller av KOLS skal forebygges gjennom tiltak rettet inn mot redusert tobakksbruk. Videre skal det forebyggende KOLS-arbeidet bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. Utfordringene innen det forebyggende arbeidet på KOLS-området er i stor grad sammenfallende med forebygging av andre livsstilsrelaterte sykdommer, og de samme virkemidlene bør tas i bruk. Det er derfor viktig å se ulike handlingsplaner og strategier på dette området i sammenheng.

Personer med KOLS har behov for å bli møtt av en helsetjeneste som tilbyr en sammenhengende behandlingsskjede innad i tjenesten og mellom tjenestenivåene, og behandlingen som gis må være individuelt tilpasset. Tidlig diagnostisering og riktig behandling bidrar til å redusere komplikasjoner og forverring av sykdommen.

Disse pasientene trenger god opplæring for å kunne leve best mulig med sin kroniske sykdom, og informasjon, opplæring og veiledning blir derfor sentrale elementer i behandlingen. Etableringen av Lærings- og mestringssentre (LMS) ved alle helseforetak er et viktig element i ivaretagelsen av dette ansvaret. Per i dag finnes det om lag 40 LMS og flere er under planlegging, men det er store variasjoner i hvilke tilbud det enkelte LMS har. Det blir derfor en utfordring å utvikle opplærings- og rehabiliteringstilbud som sikrer tilstrekkelig opplæring til denne gruppen.

Hovedformålet med medikamentell behandling av KOLS er å minske symptomene, redusere antall og alvorlighetsgrad av akutte forverringer, bedre den generelle helsetilstanden og gi større toleranse for anstrengelse. KOLS er en sykdom med et vidt spekter av symptomer og med store individuelle forskjeller. Det er derfor viktig at det medikamentelle behandlingstilbudet tilpasses den enkelte pasient.

Rehabilitering vil kunne ha gunstig effekt i forhold til livskvalitet, fysisk form og mestring av sykdommen, og må være individuelt tilpasset. Målet er å oppnå best mulig funksjonsevne og selvstendighet. Brukerorganisasjonene og likemannsarbeidet er en viktig del av rehabiliteringstilbudet.

Departementet ønsker å styrke forskningen på kroniske sykdommer, herunder KOLS. Dette gjøres i all hovedsak i regi av Norges forskningsråd

og de regionale helseforetakene. For ytterligere omtale av forskningssatsingen se kap. 6.4.3.

### 6.6.7 Kvinnehelsestrategi (2003–2013)

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 ikke tas i bruk eller får prege helsepolitiske beslutninger og praksis i helsevesenet.

To tendenser innen helse- og velferdsfeltet er godt dokumentert. En tendens 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 «likebehandlingen» 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 tjenesteytneres 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, vil man i noen tilfeller måtte ta i bruk ulike virkemidler overfor kvinner og menn for å oppnå lik effekt.

Mangel på kjønnstilpasset behandling innenfor helsefeltet har slått særlig uheldig ut for kvinner. 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 sykdommer som utelukkende kvinner lider av, eller

sykdommer hvor kvinner er i flertall eller har spesielle vansker.

Departementet har bedt de regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet om å legge vekt på at helsetjenestene skal utvikles i et kjønnsperspektiv og at spesielle utfordringer knyttet til kvinners og menns helse må møtes med tilstrekkelig kunnskaper og ressurser. Behov for ivaretagelse av kjønnsperspektivet og bevisstgjøringen om kjønnsforskjeller i all klinisk forskning er ivare tatt 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. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (NEM) er gitt et særskilt ansvar for å forvalte retningslinjer for inklusjon av kvinner i medisinsk forskning.

Norges Forskningsråd utarbeidet i 2005 en statusrapport for forskning på kvinners helse, hvor det pekes på behov for ytterligere forskning på en rekke områder. Forskning på kvinners helse er gjennom de siste årene styrket. Midlene har gått til osteoporoseforskning, alvorlige spiseforstyrrelser og sosial ulikhet i kvinners helse (HUNT) i Norges Forskningsråd, samt psykisk helse og gjennomføringen av Den norske mor og barn undersøkelsen i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Helse Sør RHF har i 2006 etablert et nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF. Senteret vil ha særskilte oppgaver innen forskning, kompetanseoppbygging, rådgivning og formidling av kunnskap om kvinnehelse.

Andre tiltak for å bedre kvinners helse er presentert gjennom strategier for henholdsvis kreft og diabetes, handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap (2004–2008), faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd og opptappingsplan for psykisk helse.

## 7 Nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse 2007–2017

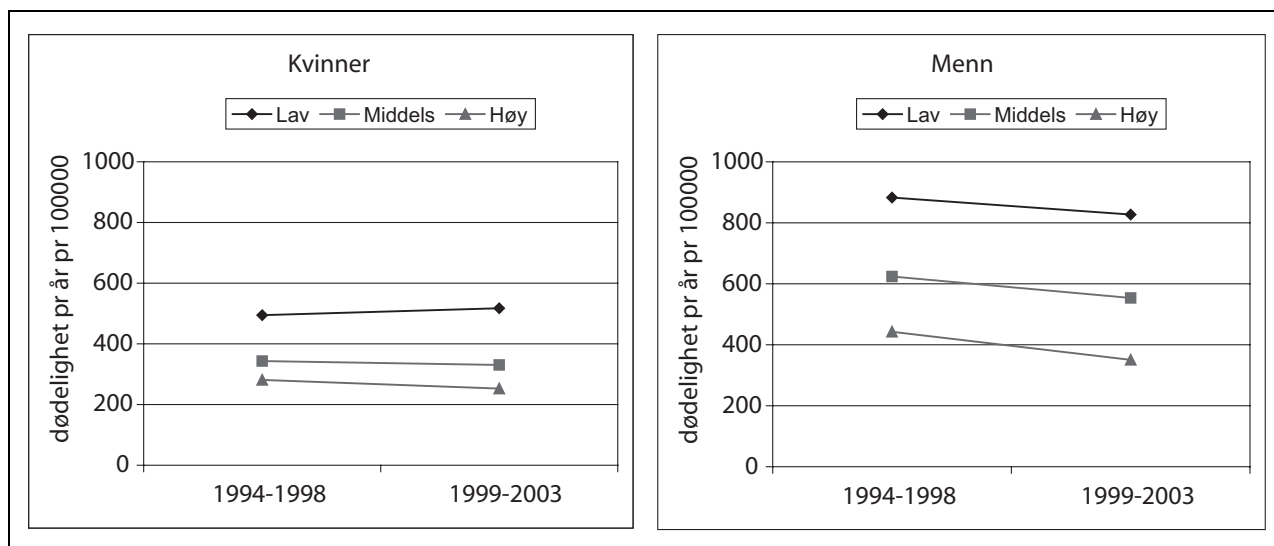
Regjeringen vil våren 2007 legge fram en stortingsmelding som presenterer en strategi mot sosial ulikhet i helse. Med sosiale ulikheter i helse menes systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier – spesielt utdanning, yrke og inntekt. I Norge, som i de fleste andre land, er slike forskjeller betydelige og veldokumenterte.

Regjeringen har i sin politiske plattform lagt vekt på å styrke det offentliges ansvar og rolle innen sentrale velferdsoppgaver som helse, omsorg og utdanning. Regjeringen vil føre en politikk for å redusere forskjellene i samfunnet. Alle skal ha tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted. Strategien mot sosial ulikhet i helse vil legge føringer på hvordan regjeringen og den sentrale forvaltningen skal ta hensyn til sosial utjamning av de vik-

tigste påvirkningsfaktorene for helse de kommende ti årene. Strategien skal følges opp med rapportering i tilknytning til klart definerte milepæler.

Virkemidlene i strategien vil dels være forankret i andre handlingsplaner og satsingsområder (bl.a. Handlingsplan mot fattigdom, Kostholdshandlingsplanen, Tobakksstrategien og Nasjonal helseplan), dels vil strategien inneholde egne tiltak.

Helseforskjeller etter sosiale, etniske eller geografiske skillelinjer er en helsepolitisk utfordring, både fordi forskjellene er urettferdige og fordi befolkningens helsepotensial ikke utnyttes fullt ut. En rettferdig og vel fungerende helsetjeneste kan gjøre mye for å redusere sosiale ulikheter i helse. Det er imidlertid slik at årsakene og dermed virkemidlene for å redusere sosiale ulikheter i helse i stor grad ligger utenfor helsesektoren. En nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse må derfor ha en



Figur 11.1 Dødelighet etter utdanning kvinner og menn 45–59 år aldersjustert

Lav utdanning: 7-9 år utdanning, middels utdanning: 10-12 år utdanning, høy utdanning: 13 år eller lenger utdanning.

Figuren viser utviklingen i dødelighet etter utdanningsnivå for kvinner og menn i aldersgruppen 45-59 år. Figuren viser to hovedtendenser: 1) dødeligheten i denne aldersgruppen går ned fra 1990-tallet til 2000-tallet og 2) forskjellene i dødelighet mellom utdanningsgruppene øker. De samme tendenser preget utviklingen i dødelighet fra 1970-tallet til 1990-tallet. De økte forskjellene i dødelighet mellom utdanningsgruppene i alderen 45-59 år er tydeligst for kvinner. I tillegg viser figuren at dødeligheten øker for kvinner i gruppen med kortest utdanning. Forskjellene i dødelighet mellom gruppene med kortest og lengst utdanning øker også for menn. De samme tendenser gjør seg gjeldende dersom inntekt brukes som indikator på sosioøkonomisk status.

bred tilnærming til problemet og regjeringen legger derfor opp til at strategien skal omhandle følgende områder: inntektsulikheter, oppvekst, arbeid, sosial inkludering, helseatferd og helsetjenester.

Sammenhengen mellom inntekt og helse er veldokumentert. Lav inntekt gir færre muligheter til å velge sunne levevaner og utnytte helsetilbudene. Store inntektsforskjeller i samfunnet er en faktor som i seg selv kan svekke folkehelsen, særlig for grupper med lav inntekt og kort utdanning. Økt inntekt gir gjerne størst helsegevinst for de som har minst fra før. I lys av dette vil inntektsfordeling og inntektssikring være viktige områder også for folkehelsepolitikken.

Norske barn og unge har gjennomgående god helse, men forskning viser at det er sosial ulikhet i helse også i barne- og ungdomsbefolkningen. Barndommen er en sårbar periode og sosiale ulikheter i helse starter tidlig i livet. Det er derfor nødvendig å forebygge tidlig utvikling av sosial ulikhet i helse. Materielle og psykososiale forhold i barndommen kan være av stor betydning for helse senere i livet. Ulikheter i helse og dødelighet i dag kan skyldes levekårsforskjeller som ligger langt tilbake i tid. Tilsvarende kan tiltak for å bedre og utjevne barnefamilienes levekår få stor betydning for ulikheter i helse i framtida. Sentrale temaer i strategien vil være velferdsordninger, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnehage, utdanning og særskilte tiltak for risikoutsatte barn og unge.

Arbeid er bra for helsen. Det er imidlertid store forskjeller i fysiske og psykososiale arbeidsmiljøbelastninger mellom yrkesgruppene. Det er særlig grupper med kort utdanning og rutinemessig, manuelt arbeid som utsettes for store helsebelastninger.

Strategien vil omhandle helseeffektene av det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet, helseeffektene av ikke å være inkludert i arbeidslivet og virkemidler for å utjevne sosiale ulikheter i arbeidsmiljøet. I strategien vil regjeringen vurdere virkemidler som kan bidra til en bredere inkludering av innvandrerbefolkningen i arbeidslivet.

Det er viktig å forhindre sosial utstøting av grupper som faller ut av utdanning og arbeid av helsemessige eller andre årsaker. Regjeringen vil vurdere virkemidler for å sikre utvikling av et hjelpeapparat som gir mennesker makt over eget liv, og videreutvikling av helsetilbud til de mest utsatte gruppene.

Regjeringen vil i årene framover legge større vekt på sosial utjamning i det forebyggende arbeidet på områdene mosjon, kosthold, tobakk og rus. Helseopplysningskampanjer har hatt stor betydning for endringer i befolkningens helseatferd, men kampanjene treffer ofte best i de delene av befolkningen som allerede lever sunt. Det er nød-

vendig å rette søkelyset mot atferdens sosiale og materielle årsaker. Regjeringen vil bl.a. utvikle lavterskeltilbud til grupper med særlig høy risiko og legge større vekt på virkemidler som påvirker tilgjengeligheten.

Internasjonalt trekkes Norge fram som et land som har unngått store sosiale forskjeller i tilgang til og bruk av helsetjenestene. Prinsippet om en likeverdig helsetjeneste hvor tilbudet skal ytes uavhengig av sosial status har bred oppslutning. Forskere har imidlertid funnet høyere forbruk av spesialisthelsetjenester i grupper med lang utdanning. Økte egenandeler slår sterkest ut i grupper med lav inntekt. For enkelte grupper i samfunnet kan terskelen inn til helsetjenesten være spesielt høy. For disse gruppene – for eksempel tungt belastede rusmiddelavhengige og innsatte i fengsler – kan det være behov for å utvikle spesielle lavterskeltilbud. For å sikre et likeverdig helsetilbud, vil regjeringen vurdere virkemidler for å øke kunnskapen om sosiale ulikheter i tilgjengelighet til helsetjenester og mekanismene bak slike ulikheter.

Det er behov for bevisstgjøring og større oppmerksomhet i alle sektorer og på alle forvaltningsnivåer om fordelings effekter av tiltak. Sosiale gradienter i levekår og velferdsordninger kan samlet sett ha en betydelig innvirkning på de sosiale ulikhetene i helse. Strategien vil varsle en sterkere forpliktelse til å vurdere fordelings effekter av offentlig politikk både sentralt, regionalt og lokalt. Det vil også bli lagt vekt på å utvikle enkle verktøy for å vurdere fordelings effekter, vurdere virkemidler for å styrke konsekvensutredninger som verktøy og virkemidler for å styrke kompetansen i stat, fylkeskommuner og kommuner på dette området.

Som en kunnskapsstrategi på området vil Regjeringen vurdere et nasjonalt opplegg for overvåking av sosiale ulikheter i helse, styrke forskningen på årsaker til ulikheter i helse og legge vekt på systematisk evaluering av effekten av tiltak som iverksettes for å redusere helseforskjellene.

Kjønn, etnisitet og geografi vil være gjennomgående perspektiver i strategien. Sammenhengen mellom kjønn og sosial ulikhet i helse er kompleks. Dersom vi tar utgangspunkt i levealder, er de sosiale ulikhetene mindre for kvinner enn for menn. For andre helse mål, som for eksempel psykisk helse, er de sosiale ulikhetene større for kvinner. Enkelte studier viser at tilgjengeligheten til helsetjenester er kjønnsmessig skjevt fordelt. Også når det gjelder etniske grupper, kan det være grunn til å ha et spesielt fokus på tilgjengelighet til helsetjenester. Videre er det noen helseproblemer som er mer utbredt i enkelte etniske grupper og slike forskjeller kan være sammenfallende med sosioøkonomisk posisjon.



## 8 Nasjonal plan for barns miljø og helse i Norge

Den fjerde ministerkonferansen om miljø og helse i Europa ble avholdt i Budapest juni 2004 med Våre barns framtid som hovedtema. Medlemslandene i Verdens Helseorganisasjon WHO-Europa samlet seg om en felles erklæring og en handlingsplan for barns miljø og helse i Europa (CHEAPE, Children's Environment and Health Action Plan for Europe).

Ministererklæringen fra Budapest 2004 forplikter Norge til å sette et skarpere søkelys på barns miljø- og helsespørsmål og å følge opp med en nasjonal plan for barns miljø og helse. Barn og unges medvirkning i planprosessen står sentralt. Dette var blant de momenter som ble sterkt vektlagt fra Norges side under ministerkonferansen.

CHEAPE framhever fire hovedområder for forbedring av barns og unges miljø som igjen vil resultere i mindre sykdomsbelastning for barn og unge. De fire hovedområdene er:

- Bedre vannkvalitet – gjelder særlig Øst-Europa
- Transportsystemer/-former som fremmer sikkerhet/forebygger ulykker og som bidrar til bedre framkommelighet, herunder tilrettelegging for sykling og gange.
- Bedre luftkvalitet (luftforurensing ute og inne – astma og allergi).
- Kjemikalier, støy og arbeidsmiljø.

Rapportering fra medlemslandene vil skje under den femte ministerkonferansen om miljø og helse i Roma 2009. En midtveisrapport til WHO skal legges fram i 2007. En norsk handlingsplan skal derfor foreligge innen utgangen av 2006

Norge kommer generelt godt ut i europeisk sammenheng, men også i vårt land blir barn og unge utsatt for miljøpåvirkninger som medfører helseplager. Det er nedfelt i Soria-Moria erklæringen at regjeringen vil styrke arbeidet med forebygging i vid forstand og at regjeringens politikk for forebygging også vil ha bedre miljø som mål. Dette viderefører det grunnlag som er lagt både i WHO og EU om miljøfaktors betydning for helse. I tillegg til de tradisjonelle miljøfaktorer som er vektlagt i den europeiske handlingsplanen, skal den norske planen sette søkelyset på sosiale miljøfaktors innvirkning på barns helse og oppvekst.

Arbeidet med en nasjonal plan for barns miljø og helse i Norge er organisert som et prosjekt under ledelse av Helse- og omsorgsdepartementet. Sju departementer deltar og har oppnevnt sine representanter til styringsgruppen og til en arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen skal bistå sekretariatet som ivaretas av Sosial- og helsedirektoratet. Sekretariatet har etablert en referansegruppe for å sikre medvirkning og involvering direkte og indirekte fra barn og unge selv med utforming av planen.

Siktemålet med en nasjonal strategi skal være et overordnet og kortfattet dokument som skal være et redskap for å løfte fram og synliggjøre de helse- og miljøutfordringer som betyr mest for barn og ungdom. Strategien skal bidra til å realisere vedtatt politikk og samtidig legge premisser for videre utforming av politikk for å møte utfordringene på feltet.

Strategiplanen vil være todelt med en faktadel som redegjør for nåsituasjonen og utfordringer gjennom en kunnskapsoppsummering, og en strategisk handlingsdel med et perspektiv på ti år fram i tid. Det legges opp til å involvere barn og unge selv både til å stille diagnosen og til å foreslå tiltak for å møte utfordringer.

Den nasjonale strategien for barns miljø og helse må ha som intensjon å legge premisser for en samordnet politikk for å redusere negative virkninger av miljøet på barns helse, og for å styrke de miljøkvaliteter som bidrar til helse og livskvalitet. Søkelyset vil være rettet mot miljøfaktorer som lokal luftkvalitet, inneklima, kjemikalier, fremmedstoffer i mat, ulykker, stråling, friluftsliv/arealbruk og stedskvalitet.

I tillegg til de tradisjonelle miljøfaktorer skal sosiale miljøfaktorer inkluderes som et viktig strategisk mål i planen. Det er grunn til å anta at sosiale miljøfaktorer er en viktig faktor blant barn og unge i Norge i et komparativt perspektiv. Barn og unges egenoppfatning er at sosiale miljøfaktorer må være toneangivende i en nasjonal strategi. St meld. nr. 16 (2002–2003), Resept for et sunnere Norge, framhever sosiale miljøfaktorer som et sentralt innsatsområde i det framtidige arbeidet med miljø og helse. Sosiale miljøfaktorer henseiler

mot psykiske problemer og lidelser, mobbing og miljøproblemer i skolen og svake sosiale nettverk.

Sosiale ulikhet i helse er en stor utfordring i mange europeiske land. Også i Norge hvor vi har generelt høy levestandard finner vi sosialt betin-

gede helseforskjeller. Utfordringen som ligger i å utjevne disse forskjellene gjelder også i forhold til barn og unge. Det legges opp til at reduksjon av sosiale ulikheter blant barn og unge skal være et gjennomgående tema i strategiplanen.

## 9 Handlingsplan for bedre kosthold 2007–2011

Regjeringen vil ved årsskiftet 2006–2007 legge fram en tverrdepartemental handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen. Elleve departementer samarbeider om handlingsplanen for bedre kosthold, da tiltak for å bedre kostholdet i befolkningen berører mange områder i samfunnet. Handlingsplanen skal gjelde i perioden 2007–2011. Hensikten med en handlingsplan for bedre kosthold er å sette fokus på strategisk viktige innsatsområder for å endre befolkningens samlede kosthold i helsemessig positiv retning.

Sentrale bakgrunnsdokumenter i arbeidet er blant annet Nasjonalt råd for ernærings strategiske plan, Et sunt kosthold for god helse, Verdens helseorganisasjons (WHO) globale strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse, 2004, og Nordisk Handlingsplan for bedre livskvalitet gjennom mat og mosjon, juli 2006. Planen ses også i sammenheng med St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening, de nasjonale strategiene for kreft og diabetes og Nasjonal helseplan.

Planen er en oppfølging av Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003), Resept for et sunnere Norge, som gir politiske retningslinjer for arbeidet med mat- og ernæringssspørsmål. Den er også en oppfølging av Soria Moria-erklæringen, der det signaliseres en sterkere satsing på sykdomsforebyggende arbeid, og at en i samarbeid med frivillige organisasjoner bl.a. vil bidra til at fokuset på fysisk aktivitet og kosthold økes. Soria Moria-erklæringen signaliserer også innføring av en ordning med frukt og grønt i skolen og forsøksordninger med skolemat. I denne sammenheng vil implementering av gode modeller fra prosjektet Fysisk aktivitet og måltider i skolen stå sentralt.

### Kosthold og helse

Ernæring er et område som er av sentral betydning for god helse og for forebygging og behandling av sykdom. Ernæring er knyttet til kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, overvekt og type 2-diabetes, samt mangelsykdommer. Riktig sammensatt kosthold og regelmessig fysisk aktivitet kan redusere forekomsten av disse sykdommene. Ugunstig kosthold kan i tillegg med-

virke til utvikling av osteoporose, fordøyelsesproblemer og tannhelseproblemer.

Kostholdsrelaterte sykdommer som hjerteinfarkt og overvekt rammer ulike deler av befolkningen i forskjellig grad. Forskjellene viser seg hos barn og unge så vel som hos voksne. Det er dokumentert et høyere inntak av frukt og grønnsaker og lavere andel av fett i kostholdet i grupper med høy utdanning. Det er også vist at barn av foreldre med høy utdanning spiser sunnere og mer regelmessig. Hos visse innvandrergupper er det registrert overhyppighet av overvekt, diabetes og andre kostholdsrelaterte lidelser

### Status og utfordringer for kostholdet

De nasjonale kostholdsundersøkelsene som er gjennomført i ulike aldersgrupper de siste ti årene, viser at svært mange i både den unge og den voksne del av befolkningen har et godt kosthold. Mange har imidlertid fortsatt et kosthold som inneholder for mye mettet fett og for lite av grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk. Blant ungdom er inntaket av sukker betydelig høyere enn ønskelig. For spedbarna er det særlig gunstig at andelen som ammes har økt. Gjennomføring av EUs barnematdirektiv i Norge har ført til økt behov for å følge utviklingen av kostholdet til spedbarn og barn.

### Mål og målgrupper

Hovedmål i kostholdsplanen å endre kostvaner i tråd med gjeldende anbefalinger og mål for kostholdet og bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse. Et sunt kosthold er i samsvar med norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet som bygger på felles nordiske anbefalinger og som det er bred internasjonal enighet om. Kostholdet skal være variert, smakfullt og i tråd med kulturelle verdier. At matvarene er trygge ligger også til grunn.

Handlingsplanen vil være med på å gi føringer i kostholdsarbeidet for beslutningstakere, profesjonsutøvere/fagpersoner og andre på alle nivå i offentlig, privat og frivillig sektor som har en rolle i påvirkning av folks kosthold.

Planen vil ha hele befolkningen som målgruppe, men det er bestemt å ha et spesielt fokus på barn og unge. Det er særlig en utfordring å nå grupper i befolkningen som har mest å hente på kostendringer.

### Virkemidler

I handlingsplanen vil departementet legge vekt på å kombinere ulike virkemidler for å nå målsettingen om et bedre kosthold og bidra til å utjevne sosiale ulikheter i helse. Det skal legges til rette for at de sunne valg skal være enkle valg. Samtidig med en vurdering av ulike strukturelle tiltak for å tilrettelegge for de sunne valg i hverdagen er det behov for å bedre kompetansen hos de som har en nøkkelrolle i forhold til mat og helse. På grunn av de til dels motstridende budskap ute i markedet både i form av medieoppslag, annonser, blader osv. er det også en utfordring å lage tilpasset informasjon/kommunikasjon fra myndighetenes side som kan nå de gruppene som har størst behov. Tiltak for å redusere sosiale forskjeller knyttet til kosthold vil derfor være viktig å identifisere.

### Innsatsområder

Handlingsplanen vil ta for seg ti innsatsområder som representerer ulike målgrupper og ulike arenaer der det skal iverksettes tiltak. Barn og unge er en prioritert målgruppe. De er i en fase av livet hvor grunnleggende kunnskaper, ferdigheter og holdninger legges, og potensialet for å fremme god helse og forebygge framtidig sykdom er stort.

Innsatsområdene tar for seg kommunikasjon, kunnskap og kompetanse, matvaremarkedet, gravide/spedbarn, barnehager og skoler, helse- og sosialtjeneste, arbeidsliv, lokalt folkehelsearbeid, forskning og overvåking og internasjonalt arbeid.

Tiltak for å sikre ernæringskompetansen hos viktige nøkkelgrupper innen helsestasjon, skolehelsetjeneste og øvrig helse, pleie- og omsorgstje-

neste, barnehage, skoleverket, skolefritidsordningen og kantiner i arbeidslivet vil bli vurdert.

Tiltak som når hele befolkningen er viktig i arbeidet for å utjevne sosiale forskjeller i helse. Myndighetene vil ha en dialog med aktører i matvaremarkedet som med sitt mangfoldige, til dels døgnåpne tilbud har en vesentlig rolle i å påvirke folks valg av mat. Produktutvikling, merking, markedsføring, pris og eksponering av produkter er stikkord i dette arbeidet.

Oppdatert kunnskap om sammenhengen mellom kosthold og helse, matvarenes sammensetning og utviklingen i kostholdet til befolkningen i sin helhet og i enkeltgrupper er grunnleggende for målretting, evaluering og fornyelse av helsefremmende arbeid. Slik kunnskap er helt nødvendig både for innsatsen i forhold til å forebygge ernæringsrelaterte helseproblemer og for arbeidet med å forhindre helseskadelige inntak av næringsstoffer og fremmedstoffer. Forskning og overvåking av kostholdet bidrar til å sikre slike data.

### Samarbeid

For å oppnå målsettingene i planen vil det være behov for samarbeid mellom en rekke ulike aktører lokalt, regionalt og sentralt. Myndighetene legger opp til å ha en god dialog med aktører innen matvarebransjen, (produsenter, industri, dagligvare, kiosk- og serveringsbransje), utdannings- og forskningssektoren, arbeidslivet, forbrukerorganisasjonene, fylkene, kommunene, frivillige organisasjoner og relevante private aktører.

Arbeidet med partnerskap for folkehelse, med fylkeskommunen som koordinator, er sentralt i kostholdsarbeidet, og det skal bygges videre på dette. Et ledd i arbeidet med partnerskap for folkehelse er å arbeide for forankring av kostholdstiltak i overordnede planer både i fylker og kommuner. I arbeidet med handlingsplanen skal det vurderes hvordan aktørene i det lokale folkehelsearbeid skal delta i gjennomføring av planen.

## 10 Egenandeler – utvikling, omfang og fordeling

I Soria Moria-erklæringen uttalte regjeringspartiene at regjeringen vil redusere egenandeler på helsetjenester og holde dem på et lavt nivå.

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (2005–2006) uttalte flertallet i helse- og omsorgskomiteen:

«Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er fornøyd med at flertallsregjeringen foreslår å senke egenandelstak 2 fra 3 500 kroner til 2 500 kroner og at Regjeringen viderefører forslaget fra regjeringen Bondevik II om å unnta barn under 12 år fra egenandeler. Flertallet viser til at sykdom rammer skjært, og at de minst bemidlede har mest sykdomsplager, og at det er derfor et viktig mål å holde egenandelene på et lavt nivå.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ber Regjeringen legge fram en helhetlig gjennomgang av egenandelsordningene.»

Formålet med denne omtalen er å gi en oversikt over utvikling, omfang og fordeling av egenbetaling innen de sentrale delene av helsetjenesten.

### 10.1 Egenbetaling i helse- og omsorgstjenesten

Kostnadene ved helse- og omsorgstjenester dekkes i hovedsak av det offentlige. Hovedbegrunnelsen for egenbetaling innen sektoren har vært å redusere veksten i de offentlige utgiftene og frigjøre ressurser til en videre utbygging på særlig prioriterte områder. En annen begrunnelse er at egenbetaling vil bidra til å dempe etterspørselen fra personer med mindre problemer, slik at personer med større behov lettere kan få sine behov dekket.

For noen tjenester og produkter må den enkelte i utgangspunktet dekke utgiftene fullt ut. Det gjelder blant annet vanlig tannbehandling for voksne og legemidler på hvit resept og reseptfrie legemidler. For en del tjenester dekker det offentlige kostnadene fullt ut, mens det for andre er fastsatt en viss egenbetaling. Hvordan den offentlige støtten er utformet, vil variere. I tillegg til direkte offentlig dekning av utgifter knyttet til de enkelte

tjenestene, er det innført ulike mer overordnede skjermingsordninger. Nedenfor er det gitt en inndeling av egenbetalingsordninger ved å beskrive de skjermingsreglene som gjelder.

1. *Gratis tjenester:* Innliggende behandling på sykehus, personrettede tjenester i hjemmebasert omsorg («hjemmesykepleie»), tekniske hjelpemidler.
2. *Gratis behandling på grunnlag av diagnose:* Allmennelegetjenester i forbindelse med allmennfarlige smittsomme sykdommer og graviditet/fødsel, fysioterapi for pasienter med visse diagnoser (kroniske sykdommer, opptrening etter større operasjoner).
3. *Skjerming av grupper (alder eller annet):* Generelt er barn under 12 år fra 2006 fritatt for egenbetaling for helsetjenester. Barn og ungdom opp til 18 år er fritatt for betaling hos psykolog og innen barne- og ungdomspsykiatrien. Minstepensjonister er fritatt for betaling for legemidler og sykepleieartikler på blå resept. Tannhelsetjenester er gratis for eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, psykisk utviklingshemmede og barn og ungdom opp til 18 år (redusert betaling for 19- og 20-åringer). Det er i tillegg unntak i forbindelse med yrkesskade/krigsskade.
4. *Skjerming etter inntekt:* For kommunale, hjemmebaserte tjenester («hjemmehjelp») skal personer med inntekt under 2 G (dvs. drøyt 120 000 kroner) ikke betale mer enn 150 kroner måneden, for øvrig er det vanlig med inntektsgradering for kommunale omsorgstjenester. For langtidsopphold i alders- og sykehjem settes betalingen lik en andel av inntekt. For inntekter under folketrygdens grunnbeløp (fratrasket et friebeløp på 6 000 kroner) kreves 75 prosent, og over dette 85 prosent.
5. *Full skjerming over et visst forbruksnivå:* Frikortordningen fra 1984 (egenandelstak 1) setter et årlig utgiftstak for egenandeler ved legehjelp (herunder ved offentlig poliklinikk), psykologhjelp, legemidler på blå resept og reiser til og fra behandling. Når taket er nådd, utstedes et frikort som gir full dekning for utgifter over dette. For 2006 er utgiftstaket 1615 kroner. I tak 2-ordningen, som ble innført i 2003, er utgiftstaket for 2006 satt til 2500 kroner. Ordningen omfatter

fysioterapi, refusjonsberettiget tannbehandling med visse unntak, opphold ved opptreningsinstitusjoner og behandlingsreiser til utlandet (klimareiser).

6. *En viss dekning av utgifter over et visst nivå:* Bidragsordningen, folketrygdlovens § 5-22, gir etter hovedregelen en dekning med 90 prosent av utgifter per år ut over 1600 kroner. En rekke formål kan dekkes, hvorav legemidler på hvit resept, tannbehandling for visse persongrupper og briller til barn veier tyngst.
7. *Flat sats:* For korttidsopphold på sykehjem/aldershjem (med unntak for avlastingsopphold) kreves 118 kroner per døgn.

I tillegg til disse skjermingsordningene kan også nevnes grunnstønadsordningen i folketrygden, som gir dekning for dokumenterte merutgifter på grunn av kronisk sykdom. Det er seks ulike satser, der den laveste er om lag 6 700 kroner og den høyeste om lag 33 800 kroner. Utgiftene må være minst like høye som satsen som gis. Blant annet dekkes ekstra transportutgifter, herunder til egen bil, fordyret kosthold, drift av hjelpemidler.

Det er også mulig å få innrømmet særfradrag i inntekten når skattyteren i inntektsåret har hatt usedvanlig store utlegg på grunn av sykdom eller annen varig svakhet som han, eller en person han forsørger, lider av.

## 10.2 Avgrensning

Egenbetaling innenfor helse- og sosialsektoren fra et brukerperspektiv ble omtalt i St.prp. nr. 1 (2000–2001). Resultatene fra en brukerundersøkelse som Statistisk sentralbyrå hadde gjennomført, ble presentert. Formålet med undersøkelsen var å få kartlagt opphopning av utgifter til alle former for helse- og sosialtjenester blant personer med kronisk sykdom. Resultatene viste at befolkningen generelt hadde utgifter ut over de tjenestene som omfattes av egenandelstak 1, på gjennomsnittlig rundt 3 000 kroner per år, mens mottakere av grunn- og hjelpestønad hadde utgifter på rundt 8 000 kroner. De største utgiftspostene gjaldt tannbehandling, legemidler på hvit resept og reseptfrie legemidler og pleie- og omsorgstjenester. Dette ble fulgt opp i årene 2001–2003 med reduksjoner i egenbetalingen for refusjonsberettiget tannbehandling (kirurgi, periodontitt) og opphold ved opptreningsinstitusjon, og i 2003 ble egenandelstak 2 innført. For øvrig må det antas at framstillingen i St.prp. nr. 1 (2000–2001) i hovedsak fortsatt gir et riktig bilde med hensyn til opphopning av utgifter for personer med kroniske lidelser.

Egenbetaling innenfor de kommunale pleie- og omsorgstjenestene omtales nærmere i St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. I meldingen foreslås det ingen endringer i vederlagsforskriften, som regulerer egenbetaling for en del kommunale tjenester, men det foreslås en presisering av gjeldende rett. Formålet er å innskjerpe dagens praktisering av regelverket slik at kommunene ikke krever mer egenbetaling enn de har adgang til. Undersøkelser kan tyde på enkelte tilfeller av dette.

Det vises til de nevnte dokumentene. Omtalen her begrenses i hovedsak til egenandeler og skjermingsordninger for de viktigste helsetjenestene utenfor institusjon, det vil i hovedsak si tjenester som omfattes av egenandelstak 1 og egenandelstak 2. Felles for disse er at nivået fastsettes av staten, enten direkte av Stortinget (som egenandelstak 1 og 2 og egenandeler på blå resept og syketransport) eller av departementet på grunnlag av Stortingets budsjettvedtak (egenandeler for legehjelp, psykologhjelp og fysioterapi).

## 10.3 Kort historikk

Innenfor de sentrale refusjonsordningene for helsetjenester var det fram til begynnelsen av 1980-tallet i hovedsak bare etablert egenandeler for legehjelp, herunder ved offentlig poliklinikk, psykologhjelp og fysioterapi. Legehjelp og psykologhjelp var gratis etter de første to konsultasjonene i en tremånedersperiode, og egenandelen for barn under 7 år var lavere enn for andre pasienter. De viktigste systemendringene som er gjennomført etter dette, er følgende:

- 1980: Det ble innført egenandel for syketransport. Egenandelen ble fastsatt til 3 kroner per enkeltreise, 6 kroner tur/retur.
- 1981: Det ble innført egenandel for legemidler på blå resept, med unntak for barn under 16 år, eldre over 67 år og uførepensjonister. Egenandelen ble fastsatt til 40 kroner per resept/ekspe-disisjon for tre måneder.
- 1984: Fra 1. april 1984, samtidig med reformene i kommune- og fylkeshelsetjenesten, ble ordningen med et utgiftstak for egenandeler (nå egenandelstak 1) innført. Taket ble fastsatt til 600 kroner, tilsvarende 800 kroner på årsbasis. Ordningen omfattet, og omfatter fortsatt, egenandeler for legehjelp, psykologhjelp, legemidler og sykepleieartikler på blå resept og syketransport. Egenandeler for barn under 16 år kan legges sammen med en av foreldrenes egenandeler. Når taket nås, utstedes frikort til hver enkelt.
- 1984: Egenandelsordningen for legehjelp ble forenklet, ved at det ble innført samme egenan-

- del for alle konsultasjoner og alle pasienter. Det ble innført egenandel på blå resept også for barn, eldre og uførepensjonister. Egenandelen ble fastsatt til 25 kroner, halvparten av nivået for andre pasienter.
- 1989: Egenandelen på blå resept ble omgjort til en prosentdel av reseptbeløpet. Egenandelen ble fastsatt til 20 prosent, maksimalt 150 kroner, men 10 prosent og maksimalt 75 kroner for barn under 16 år, eldre over 67 år og uførepensjonister.
  - 1991: Barn under 7 år ble fritatt for egenandeler for helsetjenester.
  - 1995: Også utgifter til syketransport lavere enn den fastsatte egenandelen, 45 kroner hver vei i 1995, ble inkludert i frikortordningen. Utgiftene kan føres på kvitteringskortet, og dekkes av trygden etter oppnådd frikort.
  - 1999: Det ble innført samme egenandel på blå resept for barn, eldre og uførepensjonister som for andre pasienter. Egenandelen for disse gruppene ble økt fra 12 til 36 prosent, maksimalt 330 kroner.
  - 2001: Det ble innført en felles egenandel for opphold i opptreningsinstitusjoner for alle pasienter og alle institusjoner på 190 kroner. Før 2001 var opptrening etter operasjon gratis, for øvrig var egenbetalingen uregulert, med et gjennomsnittsnivå på om lag 300 kroner per døgn i 2000.

- 2003: Det ble innført en ny frikortordning, egenandelstak 2, som omfatter utgifter til fysioterapi, opphold ved opptreningsinstitusjon, refusjonsberettiget tannbehandling med visse unntak og behandlingsreiser til utlandet (klimareiser). Taket ble satt til 4 500 kroner.
- 2003: Minstepensjonister ble fritatt for egenandel på blå resept.
- 2006: Aldersgrensen for fritak for egenandeler ble hevet fra 7 til 12 år.

Ut over disse endringene er nivået på egenandelene blitt betydelig høyere i løpet av perioden. Størst har økningen vært for legemidler på blå resept og syketransport. Egenandelstak 1 har derimot økt omtrent likt med konsumprisindeksen perioden sett under ett, og er dermed på samme reelle nivå som i 1984.

## 10.4 Nærmere om utviklingen 1985–2005

### 10.4.1 Utviklingen i egenandeler og egenandelstak

Tabellen gir en oversikt over utviklingen i utvalgte egenandeler for allmennelegehjelp, spesialisthjelp/poliklinikk og fysioterapi i perioden 1985–2005. Utviklingen oppgis i løpende kroner og i faste kroner basert på konsumprisindeksen.

#### Egenandeler for legehjelp og fysioterapi 1985–2005

År	Allmennlege, kons. (gj.sn.) <sup>1</sup> nom. kroner	Indeks, faste kr	Spesialist, kons. (gj.sn.) <sup>1</sup> nom. kroner	Indeks, faste kr	Fysioterapi, 30 min., nom. kroner	Indeks, faste kr
1985	48	100	60	100	29	100
1990	63	97	80	99	36	92
1995	87	119	119	130	44	100
2000	115	141	186	182	63	128
2005	160	179	273	245	100	185
Økning i pst.:						
1985–1995		19		30		0
1995–2005		50		87		86
1985–2005		79		145		85

<sup>1</sup> Mens egenandelen hos allmennlege var 48 kroner i 1985, må en pasient hos fastlegen i 2005 i tillegg til selve konsultasjonsegenandelen på 125 kroner betale 25 kroner hvis legen er spesialist i allmennelegetilleggsfag (60 pst. av fastlegene) og 47 kroner om det tas prøver (40 pst. av konsultasjonene). De oppgitte beløpene representerer gjennomsnittlig betaling for en allmennlegekonsultasjon inkludert disse tilleggene, og tilsvarende for konsultasjon hos spesialist.

Uttrykt i faste kroner økte egenandelene hos allmennlege, spesialist og fysioterapeut med henholdsvis 19, 30 og 0 pst. fra 1985 til 1995, og med 50, 87 og

86 pst. fra 1995 til 2005. For hele perioden under ett var økningen henholdsvis 79, 145 og 85 pst.

Tabellen gir en oversikt over utviklingen i maksimal egenandel for legemidler og sykepleieartik-

ler på blå resept og for syketransport mellom 1985 og 2005.

*Egenandeler for legemidler på blå resept og syketransport 1985–2005*

År	Blå resept, hovedregel, nom. kroner	Blå resept, pensj./barn, nom. kroner	Blå resept, maksimal ea., nom. kroner	Indeks, faste kr	Syketransport tur/retur, nom. kroner	Indeks, faste kr
1985	55	25	55	100	32	100
1990	20%, maks. 175	10%, maks. 75	175	236	60	139
1995	30%, maks. 300	10%, maks. 75	300	359	90	185
2000	36%, maks. 340	36%, maks. 340	340	364	160	294
2005	36%, maks. 490	minstepensj.: 0	490	479	230	386
Økning i pst.:						
1985–1995				259		85
1995–2005				33		109
1985–2005				379		286

Uttrykt i faste kroner økte den maksimale egenandelen på blå resept med 259 pst. fra 1985 til 1995 og med 33 pst. fra 1995 til 2005. I alt gir dette en økning på 379 pst. hele perioden under ett, eller nesten en femdobling. For barn, eldre og uføre, som står for om lag halvparten av omsetningen på blå resept, er den maksimale egenandelen reelt sett blitt tidoblet i løpet av perioden, som følge av at særordningen for disse falt bort fra 1999. Det gjelder imidlertid ikke minstepensjonister, som ble fritatt for egenandel fra 2003 etter å ha betalt full egenandel fra 1999.

I faste kroner økte egenandelen for syketransport med 85 pst. de første ti årene og 109 pst. de siste ti. I alt gir dette en økning på 286 pst. mellom 1985 og 2005, eller nesten en firedobling.

Utviklingen i egenandelstak 1 mellom 1985 og 2005 er gjengitt nedenfor.

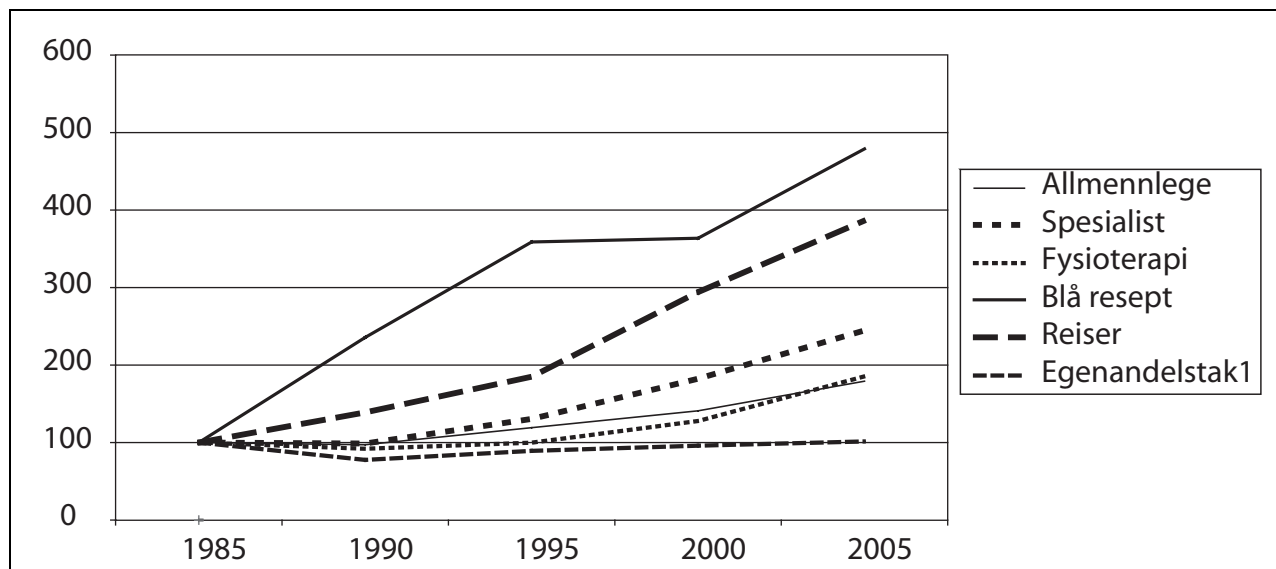
*Egenandelstak 1 1985–2005*

År	Egenandelstak 1, nom. kroner	Indeks, faste kroner
1985	840	100
1990	880	78
1995	1140	89
2000	1370	96
2005	1585	101
Økning i pst.:		
1985–1995		-11
1995–2005		14
1985–2005		1

Egenandelstak 1 var 840 kroner i 1985 og 1585 kroner i 2005, og er på samme nivå i 2005 som i 1985 i faste kroner. I 2005 tilsvarte utgiftstaket egenandeler for 11 konsultasjoner hos allmennlege, mot 18 i 1985, seks konsultasjoner hos spesialist, mot 14 i 1985, sju tur/retur-reiser i forbindelse med behandling, mot 27 i 1985, eller vel tre uttak av legemidler på blå resept med maksimal egenandel, mot 16 i 1985. Det innebærer at ordningen nå omfatter et betydelig antall personer med et relativt normalt forbruk av helsetjenester, mens den på innføringstidspunktet var innrettet mot reelle storbrukere av helsetjenester.

Utviklingen i egenandeler og egenandelstak i perioden illustreres i figur 10.1.





Figur 10.1 Utviklingen i egenandeler og egenandelstak 1 1985–2005 (indeks, faste kroner)

Etter folketrygdloven § 5-22 kan det ytes *bidrag* til en rekke ulike formål som ikke omfattes av plikt-messig refusjon gjennom trygdens ulike refusjons-ordninger. De mest omfattende formålene er legemidler på hvit resept, tannbehandling for visse pasientgrupper og briller til barn under 16 år. I 2005 var utgiftene til disse formålene om lag 480 mill. kroner av i alt om lag 550 mill. kroner under bidragsordningen. Over tid har bidragsordningen gjennomgått mange endringer. Formål er kommet til, og formål er flyttet over til kommunenes eller spesialisthelsetjenestens ansvarsområder eller til trygdens refusjonsordninger.

Det er et allment krav at utgiftene skal overstige 1600 kroner på årsbasis for å være berettiget til bidrag. I 1985 var denne grensen 400 kroner. Fra 2002 dekkes etter hovedregelen 90 prosent av

utgifter ut over grensebeløpet, mot 2/3 av utgiftene ut over grensebeløpet før 2002. For mange formål dekkes imidlertid utgiftene fullt ut fra første krone, eller etter faste satser.

#### 10.4.2 Utviklingen i egenbetalingsomfanget

I NOU 1988:7 Egenbetaling i helse- og sosialsektoren ble det gitt anslag for egenbetalingens omfang i 1986. 1986-anslagene for de tjenestene som omtales her, samt departementets anslag for 2005, er gjengitt i tabellen. Tallene omfatter egenandeler betalt både av pasienten og av trygden gjennom frikortordningen, men ikke egenandeler for pasientgrupper med rett til full refusjon i de ulike refusjonsordningene.

*Anslag for brutto egenbetaling 1986 og 2005 (mill. kroner)*

	Egenbetaling 1986	Egenbetaling 2005	Endring i faste kr, pst.
- Allmennlegehjelp	580	2 300	130
- Spesialisthjelp	160	600	115
- Poliklinikk	140	1 100	350
- Radiologi	50	400	360
Legehjelp i alt	930	4 400	170
Psykologhjelp	15	140	440
Fysioterapi <sup>1</sup>	190	400	20
Legemidler mv. på blå resept	165	2 400	740
Reiseutgifter <sup>2</sup>	300	2 500	380
I alt	1 600	9 840	255

<sup>1</sup> Egenbetalingsomfanget for fysioterapi er sterkt påvirket av fritaksordningen («diagnoselisten»). Inkluderes refunderte egenandeler (slik refunderte egenandeler gjennom frikortordningen er inkludert i de øvrige tallene), vil brutto egenbetaling beløpe seg til rundt 250 mill. kroner i 1986 og 1 100 mill. kroner i 2005, som gir en økning i faste kroner på 135 pst., altså om lag som for legehjelp.

<sup>2</sup> Det er ikke mulig å gi gode anslag for reiseutgifter til og fra behandling. I NOU 1988:7 ble det understreket at anslaget på 300 mill. kroner for 1986 (150 mill. kroner for reiser dyrere enn egenandelen på 16/32 kroner og 150 mill. kroner for billigere reiser) var svært usikkert. Fordi reiseutgifter er inkludert i frikortordningen, er det av hensyn til helheten også satt inn et relativt skjønsmessig beløp for 2005 i tabellen.

Veksttallene gjenspeiler dels økningen i nivået på egenandelene i løpet av perioden, dels utviklingen i omfanget av de ulike tjenestene. Både poliklinisk behandling, radiologi (røntgen), psykologhjelp og blåreseptordningen har hatt en betydelig volumøkning i tillegg til økningen i egenandelene.

Samlet anslås økningen i brutto egenbetaling til 255 pst. i faste kroner.

Tabellen gjengir trygdens utgifter til refusjon av egenandeler gjennom frikortordningene i 1986 og 2005, samt utgiftsdekningen i prosent av brutto egenbetaling, for hver av tjenestene og samlet.

*Refusjon av egenandeler gjennom frikortordningene 1986 og 2005 (mill. kroner)*

	Refusjon 1986	Andel av egenbet., pst	Refusjon 2005	Andel av egenbet., pst	Endring i faste kr, pst.
Legehjelp	37	4	1 495	34	2230
Psykologhjelp	5	34	88	63	915
Legemidler mv. blå resept	8	5	1 103	46	7840
Reiseutgifter	11	4	478	19	2400
Sum egenandelstak <sup>1</sup>	61	4	3 164	32	2890
Fysioterapi	-		28	6	
Tannbehandling	-		1	-	
Opptreningsinstitusjon	-		9	13	
Klimareiser	-		0	-	
Sum egenandelstak <sup>2</sup>	-		38	-	

Mens refusjon av egenandeler gjennom frikortordningen i 1986 beløp seg til 61 mill. kroner, eller 4 pst. av egenbetalingen for taktjenestene, var

utgiftene i 2005 3 164 mill. kroner, eller 32 pst. av egenbetalingen. Som vist tidligere, økte brutto egenbetaling i faste kroner med 255 pst. mellom

1986 og 2005, det vil si mellom tre- og firedobling. I samme periode ble frikortrefusjonene 30-doblet i faste kroner.

Fordi behandling hos psykolog skjer i form av lange behandlingsserier, er dekningen høyest for psykologhjelp, med 63 pst. i 2005. Men også for legemidler og sykepleieartikler på blå resept er dekningen høy, med 46 pst. Lavest er dekningen for syketransport. Det skyldes trolig at deler av utgiftene, særlig når reisene er billigere enn egenandelen, ikke blir fanget opp av frikortordningen. Oppgjør av reiseutgifter, både før og etter oppnådd frikort, må i stor grad skje gjennom direkte kontakt med trygdekontoret.

Netto egenbetaling, etter fradrag for refunderte egenandeler for frikortbrukerne, økte fra 1 540 mill. kroner i 1986 til 6 675 mill. kroner i 2005, det vil si med 150 pst. i faste kroner. Økningen i netto egenbetaling var dermed 40 pst. lavere enn økningen i brutto egenbetaling.

I perioden 2001–2003 ble egenandelene for opphold ved opptreningsinstitusjon og for refusjonsberettiget tannbehandling betydelig redusert. Egenandelen ved opptreningsinstitusjoner, som i 2000 i gjennomsnitt var om lag 300 kroner per oppholds-døgn, ble fra 2001 fastsatt av staten med en felles sats for alle institusjonene, og var i 2003 kommet ned i 120 kroner. Refusjonssatsene for perio-

dentittbehandling ble tidoblet. I 2003 ble egenandelstak 2 innført med et nivå på 4500 kroner. Taket ble senket til 3500 kroner i 2005 og til 2500 kroner i 2006.

Det ble utstedt 12 700 frikort i tak 2-ordningen i 2005, og frikortrefusjonene var 38 mill. kroner. Av dette gjaldt 28 mill. kroner refusjon av egenandeler for fysioterapi, tilsvarende om lag 6 pst. av utliknet egenbetaling. Den lave dekningsgraden må ses på bakgrunn av at de fleste storbrukerne av fysioterapi kommer inn under fritaksordningen (diagnoselisten), og at taket på 3500 kroner tilsvarte 25–30 behandlinger. Samlet var skjermingen gjennom diagnoselisten og tak 2-ordningen om lag 66 prosent innen fysioterapi, eller på nivå med skjermingen for psykologhjelp gjennom tak 1-ordningen. Det lave beløpet for tannbehandling, 780 000 kroner, skyldes trolig en kombinasjon av at refusjonsordningen for tannbehandling er komplisert og uoversiktlig og at takordningen er lite kjent blant de pasientene den kunne være aktuell for.

Tabellen gir en oversikt over utviklingstrekk i egenandelstak 1-ordningen. Fordi barn under 16 år kan legge sammen sine egenandeler med en av foreldrenes egenandeler i opptjeningen til frikort, men får sitt eget frikort, er antall «frikortenheter» brukt som enhet i beregningene.

#### *Egenandelstak 1-ordningen 1986–2005 (nominelle kroner)*

	1986	1992 <sup>1</sup>	1999	2005
Antall frikort	138 000	290 000	693 000	1 016 000
Herav barn 7–15 år (0–15 år i 1986)	51 000	(35 000)	87 000	162 000
Antall frikortenheter	87 000	(255 000)	606 000	854 000
Egenandelstak 1	880 kr	940 kr	1320 kr	1585 kr
Refusjoner	61 mill kr	257 mill kr	1 253 mill kr	3 164 mill kr
Refusjon per frikortenheter	701 kr	(1008 kr)	2068 kr	3705 kr
Brutto egenbetaling per frikortenheter	1581 kr	(1948 kr)	3388 kr	5290 kr
Refusjonsandel	44 pst.	(52 pst.)	61 pst.	70 pst.

<sup>1</sup> For 1992 er antall barn med frikort stipulert, og dette tallet samt anslag som følger av det, er satt i parentes.

I 1986 fikk vel 3 pst. av befolkningen frikort, og frikortbrukerne fikk dekket 44 pst. av sin samlede egenbetaling. I 2005 fikk 24 pst. av befolkningen over 6 år frikort, og disse fikk dekket 70 pst. av sin samlede egenbetaling. Forutsatt jevn fordeling av bruken av helsetjenester over året, betyr det at frikortbrukeren i 1986 i gjennomsnitt oppnådde frikort i juli og i 2005 i april.

#### **10.4.3 Egenbetalingens andel av utgiftene i helse- og omsorgstjenesten**

I følge Statistisk sentralbyrå (Helseregnskap 1997–2005) og OECD var den privatfinansierte andelen av de samlede helseutgiftene, i hovedsak i form av egenbetaling, 14,2 pst. i 1985 og 16,4 pst. i 2005. Høyest var andelen i 2000 med 17,5 pst. Egenbetalingens andel av helseutgiftene har altså vært relativt stabil i perioden.

## 10.5 Fordeling av egenbetaling mellom grupper av befolkningen

### 10.5.1 Fordeling etter alder mv.

Tabellen gir oversikt over fordelingen av frikort i tak 1-ordningen etter alder og pensjonsstatus i 2005.

*Frikort i tak 1-ordningen 2005 etter alder og pensjonsstatus*

Alder	Antall frikort	Andel, pst.	Antall frikort per 1000 innb.
7–15 år	162 114	16	290
16–29 år	56 655	6	72
30–39 år	83 851	8	120
40–49 år	117 933	12	182
50–59 år	160 109	16	267
60–69 år	165 560	16	420
70–79 år	157 915	16	538
80 år og eldre	111 852	11	525
<b>Frikort i alt</b>	<b>1 015 989</b>	<b>100</b>	<b>242</b>
Herav:			
- Alderspensionister	305 552	36	488
- Uførepensionister	144 345	17	477
Pensionister i alt	449 897	53	485
- Herav minstepensionister	82 777	10	320
Andre 16 år og eldre <sup>1</sup>	403 978	47	149
<b>Frikortenheter i alt</b>	<b>853 875</b>	<b>100</b>	<b>235</b>

<sup>1</sup> Inkludert i alt 22 122 etterlattepensionister og AFP-pensionister.

I alt ble det utstedt 1 016 000 frikort i 2005. Av befolkningen over 6 år fikk 24,2 pst. frikort. (I virkeligheten er tallet litt høyere, fordi personer som når utgiftstaket på slutten av året, men får dekket det overskytende etter årsskiftet, ikke kommer med i statistikken.) På grunn av særordningen for barnefamilier, som innebærer at barns egenandeler kan summeres sammen med egenandelene for en av foreldrene opp til taket, var frikortandelen høy i aldersgruppen 7–15 år, med 29 pst. For øvrig øker andelen med alderen, fra 7,2 pst. i gruppen 16–29 år til 53,8 pst. i gruppen 70–79 år. At andelen ikke er høyere enn 52,5 pst. blant personer 80 år og eldre, skyldes den høye andelen institusjonspasienter i aldersgruppen.

Når det tas hensyn til særordningen for barnefamilier, var det i alt 854 000 «frikortenheter» i

2005, tilsvarende antall personer over 15 år som oppnår frikort alene eller sammen med barn. Det utgjorde 23,5 pst. av befolkningen 16 år og eldre. Av disse var 53 pst. alders- og uførepensionister, hvorav knapt 1/5 var minstepensionister. Både for alderspensionistene og uførepensionistene var frikortandelen i underkant av 50 pst., mens den for minstepensionistene i begge grupper samlet var 32 pst. Det skyldes at minstepensionistene ble fritatt for egenandel på blå resept fra 2003, noe som førte til en reduksjon på 1/3 i antall frikort til denne gruppen. For ikke-pensionister 16 år og eldre var samlet frikortandel nesten 15 pst.

Tabellen gir oversikt over frikort i tak 2-ordningen etter alder og pensjonsstatus i 2005.

*Frikort i tak 2-ordningen 2005 etter alder og pensjonsstatus*

Alder	Antall frikort	Andel, pst.	Antall frikort per 1000 innbyggere
7–19 år	97	1	0
20–29 år	601	5	1
30–39 år	2 035	16	3
40–49 år	3 111	25	5
50–59 år	3 356	26	6
60–69 år	1 793	14	4
70–79 år	1 071	8	4
80 år og eldre	634	5	3
<b>Frikort i alt</b>	<b>12 698</b>	<b>100</b>	<b>3</b>
Herav:			
- Alderspensjonister	2 032	16	3
- Uførepensjonister	2 345	18	7
Pensjonister i alt	4 377	34	5
- Herav minstepensjonister	916	7	3
Andre	8 321	66	2

I alt ble det utstedt 12 700 frikort i 2005, det vil si til 0,3 pst. av befolkningen over 6 år. Andelen er høyest i aldersgruppene 40–59 år, og mer enn dobbelt så høy blant uførepensjonistene som blant alderspensjonistene.

Det foreligger ikke tall for hvordan gjennomsnittlig egenbetaling samlet sett varierer etter alder eller pensjonsstatus, men jo høyere frikortandelen er i en gruppe av befolkningen, jo høyere må også gjennomsnittlig egenbetaling være. En nesten fire ganger så høy frikortandel i tak 1-ordningen blant pensjonistene som blant andre voksne, gjenspeiler at pensjonistene har et langt høyere forbruk av helsetjenester. Også gjennomsnittlig netto egenbetaling vil dermed være langt høyere for pensjonistgruppene enn for andre grupper. Samtidig har pensjonister gjennomgående et lavere inntektsnivå enn de fleste andre grupper i befolkningen. For øvrig vises til omtale av Nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse i kap. 7.

### 10.5.2 Geografisk fordeling

På landsbasis mottok 20,9 pst. av hele befolkningen frikort i 2003 (tallet er lavere enn i forrige avsnitt fordi også barn under 7 år inngår i folketallet). Gjennomsnittlige frikortrefusjoner per innbygger og per frikort var henholdsvis 564 kroner og

2 707 kroner. Hedmark, Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Nordland hadde både høyest frikortandel, med mellom 24 og 25,5 pst., og de høyeste refusjonsutgiftene per innbygger, med mellom 650 og 700 kroner. Oslo, Rogaland og Sør-Trøndelag hadde lavest frikortandel, med 19 pst. eller lavere, mens Akershus, Vest-Agder, Rogaland og Finnmark hadde de laveste refusjonsutgiftene per innbygger, med mellom 470 og 500 kroner. Om lag to tredeler av fylkene hadde et avvik fra gjennomsnittlig frikortandel og gjennomsnittlig refusjon per innbygger for landet som helhet på mindre enn 10 pst. Variasjonen var mindre med hensyn til gjennomsnittlig refusjon per frikort, idet bare Oslo hadde mer enn 10 pst. høyere refusjon enn gjennomsnittet på landsbasis, mens Oppland, Vest-Agder og Finnmark hadde mer enn 10 pst. lavere refusjon per frikort enn gjennomsnittet.

Også når det gjelder fordelingen av frikortrefusjonene mellom de ulike taktjenestene, er det i hovedsak relativt små avvik mellom fylkene. Psykologhjelp og syketransport representerer unntak fra dette bildet. Per innbygger var frikortrefusjonene for syketransport 78 kroner for landet som helhet. I Oslo var utgiftene 9 kroner per innbygger, i Nord-Trøndelag 152 kroner og i Aust-Agder, Sogn og Fjordane og Nordland mellom 130 og 140 kroner per innbygger.

## 10.6 Oppsummering

Selv om det er etablert en rekke skjermingsordninger som hver for seg kan gi en rimelig skjerming mot høye utgifter til helse- og omsorgstjenester, kan personer med funksjonshemming eller kronisk sykdom likevel samlet sett ha en opphopning av slike utgifter. Statistisk sentralbyrå gjennomførte i 2000 en undersøkelse som konkluderte med at personer med grunn- og hjelpestønad i gjennomsnitt hadde utgifter til helse- og omsorgstjenester utenfor egenandelstak 1 på 8 000 kroner per år, mot 3 000 kroner for befolkningen generelt, jf. St.prp. nr. 1 (2000–2001) Folketrygden. Innføringen av egenandelstak 2 i 2003 bidro til en viss demping av utgiftene på enkelte områder, men i hovedsak må det antas at undersøkelsen er representativ også for situasjonen i dag. De største utgiftspostene gjaldt tannbehandling, legemidler utenfor blåreseptordningen og pleie og omsorg.

I den offentlige *tannhelsetjenesten* har eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie, psykisk utviklingshemmede og barn og ungdom opp til 18 år rett til gratis behandling (reduisert betaling for 19- og 20-åringer). Det har vært gjennomført forsøk med et utvidet tannhelse tilbud i enkelte kommuner i Hedmark, Vest-Agder og Nord-Trøndelag. Gruppene som ble omfattet av forsøket, var personer med et pleiebehov som ivaretas av pårørende, personer i kommunal rusomsorg og personer under kommunalt psykisk helsevern. Fra og med 2006 er det etablert tilbud om fri tannbehandling for personer under kommunal rusomsorg på landsbasis. For de øvrige gruppene er tilbudet videreført i de aktuelle kommunene i forsøksfylkene. Et utvalg har utredet det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet, og utredningen, NOU 2005:11, har vært på bred høring. Departementet vil legge fram en stortingsmelding om tannhelsetjenesten i 2007.

Reseptpliktige *legemidler* som forskrives på hvit resept, benyttes i hovedsak til kortvarig behandling og tilfredsstillende dermed ikke blåreseptordningens krav til langvarighet (minst tre måneders behandling). Utgiftene er derfor også i hovedsak beskjedne for brukerne. Hvis utgiftene likevel overstiger 1 600 kroner på årsbasis, kan det, med unntak for enkelte legemidler som ikke vurderes som stønadsverdige, gis bidrag til dekning av 90 pst. av de overskytende utgiftene.

Vanedannende legemidler (A- og B-preparater), som ofte benyttes til langvarig smertebehandling, omfattes i utgangspunktet verken av blåresept- eller bidragsordningen på grunn av avhengighetsfaren. Enkelte pasientgrupper, der avhengighetsfaren er vurdert som underordnet, omfattes likevel

av bidragsordningen. Det gis i så fall enten bidrag til full dekning av utgiftene (personer med langt-kommet kreft eller immunsvikt) eller til dekning av 90 prosent av utgiftene ut over 1 600 kroner. Disse utgiftene utgjør en dominerende andel av bidragsutgiftene til legemidler. Fra 2007 foreslås disse formålene overført til blåreseptordningen, og 255 mill. kroner foreslås overført fra bidrag til refusjon. Det vil gi pasientene minst like god dekning som i dag, og de administrative rutinene vil bli vesentlig enklere. Det tas sikte på etter hvert å overføre flere legemidler til blåreseptordningen.

Egenbetaling for kommunale *pleie- og omsorgstjenester* er vurdert i St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Det foreslås ingen endringer i vederlagsforskriften, men det foreslås en presisering av gjeldende rett.

Utviklingen innenfor *frikortordningen* som ble innført i 1984, er preget av at egenandelene har økt betydelig, mens utgiftstaket har vært holdt på samme reelle nivå som i 1984. Tanken har vært at så lenge storbrukerne ble skjermet, kunne egenandelene for «folk flest», som har et beskjedent forbruk av helsetjenester, øke en del. Dette har imidlertid ført til at ikke bare storbrukerne av helsetjenester har så høye utgifter at de oppnår frikort, også blant «folk flest» er frikortandelen betydelig. Som følge av den ulike utviklingen for egenandelene på den ene siden og utgiftstaket på den andre, ble det i 2005 utstedt 1 016 000 frikort, mot 137 000 i 1985, og utgiftene til refusjon av egenandeler for frikortbrukerne var 3 164 mill. kroner, mot 42 mill. kroner i 1985. Det betyr at en firedel av befolkningen, herunder halvparten av alle alders- og uførepensjonister, oppnår frikort, mot 3 prosent av befolkningen i 1985. For frikortbrukerne dekker trygden samlet sett 70 prosent av egenandelsutgiftene, og av det samlede egenandelsvolumet, for de tjenestene som inngår i ordningen, om lag en tredel. I 1985 dekket frikortordningen til sammenligning 4 prosent av egenandelsvolumet.

Selv om utgiftstaket er på samme nivå i faste kroner som i 1984, er ikke nivået på egenandelene som inngår i ordningen uten interesse. Den økningen i egenandelene som har funnet sted, reiser særlige problemstillinger, både for grupper av pasienter og for administrasjonen av ordningen. Det gjelder blant annet:

- Høye egenandeler kan representere et «kontantproblem» i forbindelse med den enkelte konsultasjonen, legemiddeluttaket mv., og dermed påvirke tilgjengeligheten til helsetjenester.
- Med samme nivå på taket, det vil si samme utgifter på årsbasis, kan høye egenandeler gi betydelige utlegg over noen få måneder på begynnelsen av året inntil taket nås, sammenlignet med

- om egenandelene er lavere og utgiftene blir fordelt over en lengre periode.
- En million innbyggere oppnår hvert år frikort, og må dermed samle kvitteringer i egenandelskortet, som enten påføres kortet av legen eller apoteket, men ofte også av arbeids- og velferds-etaten (reiseutgifter og løse kvitteringer). Når kortet skal byttes inn i frikort, må de på ny kontakte etaten, som skal kontrollere utgiftene og refundere utgifter ut over taket. Både etaten og brukerne pålegges en betydelig administrativ belastning.
  - Det høye antallet frikortbrukere representerer en betydelig innskrenkning av virkeområdet for egenandelene som et helsepolitisk virkemiddel for å påvirke etterspørselen etter lavt prioriterte helsetjenester. For den som vet at taket uansett vil nås i løpet av året, kan egenandelene ha begrenset effekt også i perioden før frikort oppnås.

Departementet vil vurdere disse problemstillingene nærmere i den videre oppfølgingen av Soria Moria-erklæringen.

## 11 Andre særlige tema

### 11.1 Sektorovergripende miljøvernpolitikk

Et sunt og helsefremmende miljø er en forutsetning for god helse. En viktig oppgave for helsemyndighetene er å forstå og analysere vekselvirkinger mellom menneskelige aktiviteter og det fysiske og biologiske miljøet. I St.meld. nr. 16 (2002–2003), Resept for et sunnere Norge, er det lagt vekt på en mer aktiv bruk av samfunns- og arealplanlegging som virkemiddel i folkehelsearbeidet.

Siden de faktorene som påvirker helsen i befolkningen befinner seg i flere samfunnssektorer, forutsettes det en tverrfaglig og sektorovergripende tilnærming. Dette er utgangspunktet for at det i stortingsmeldingen varsles tiltak som skal bidra til å sikre folkehelsearbeidet en sterkere forankring i sentrale plan- og beslutningsprosesser, og gjøre kommune- og fylkesplanene til en arena for prioriteringer og dialog om forhold som har betydning for helsen.

Det er etablert et kompetansemiljø i Sosial- og helsedirektoratet som skal bidra til at helsekonsekvensutredninger i større grad tas i bruk som verktøy i lokal planlegging. Videre samarbeider direktoratet med Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statistisk sentralbyrå om et prosjekt som har som formål å gjøre statistikk om helseforhold og påvirkningsfaktorer lettere tilgjengelig for kommunene til bruk i planleggingen. Som ledd i dette arbeidet ble nettportalen Kommunehelseprofiler lansert i august 2006.

Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet og Sosial- og helsedirektoratet har etablert et samarbeidsprosjekt med formål å utvikle plan- og bygningsloven som verktøy i det regionale og lokale folkehelsearbeidet. Prosjektet vil omfatte utprøving og utvikling av verktøy og metoder for planlegging, og vil bli gjennomført i samarbeid med utvalgte pilotkommuner.

Det skal utarbeides en ny strategiplan for barn og unges helse og miljø i Norge. Sju departementer samarbeider om den norske oppfølgingen. Arbeidet er prosjektorganisert under ledelse av Helse- og omsorgsdepartementet. Det tas sikte på

å utvikle en nasjonal strategisk plan med et perspektiv på ti år som skal løfte fram de helse- og miljøutfordringene som betyr mest for barn og unge i Norge og være redskap for å møte utfordringene. Barn og unge skal involveres direkte og indirekte i arbeidet. Planen skal bidra til å realisere vedtatt politikk og samtidig legge premisser for videre utforming av politikk for å møte utfordringene. For nærmere omtale vises til kapittel 9.

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 miljøforurensing. Både forskrift om miljørettet helsevern og kommunehelsetjenesteloven påpeker kommunenes ansvar for oversikt, rådgivning og medvirkning som ledd i arbeidet med å fremme folkehelse og bidra til gode miljømessige forhold. Kommunene skal også gjennom sin planlegging sikre befolkningen mot faktorer i miljøet, bl.a. biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale, som kan ha negativ innvirkning på helsen. Sosial- og helsedirektoratet har ferdigstilt en ny strategiplan for forebygging av ulykker og skader.

Radioaktive stoffer i miljøet kan gi stråledoser til mennesket. Det er derfor nødvendig å overvåke nivåene av naturlige og kunstige stoffer. Strålevernet gjennomfører overvåkingsprogrammer både i marint miljø og på landjorden. Dette gir dokumentasjon av utslipp blant annet fra oljeindustrien, sykehusene og forskningsinstitusjoner, og vil fange opp effekten av eventuelle uhell og ulykker. Ny strålevernlovgiving stiller krav til godkjenning av utslipp, og Strålevernet arbeider for tiden med slike saker fra en rekke virksomheter. Internasjonalt arbeides det også med å identifisere egnede indikatororganismer for å forstå strålefølsomheten hos dyr og planter og dermed miljøets sårbarhet. Strålevernet deltar aktivt i dette arbeidet. Strålevernet overvåker UV-strålingen fra sola. Dataene legges til grunn for varsler om risiko for å solskade hud, men gir i tillegg viktig informasjon i forhold til ozonuttynning i atmosfæren

Det er også utfordringer knyttet til astma, allergi og inneklimateykdommer. I 2006 vil Sosial- og helsedirektoratet ferdigstille ny strategi for opp-



følgning av den avsluttende handlingsplanen om astma, allergi og inneklimateykdommer.

Støy virker negativt på helse og trivsel både i form av mulig helseskade, søvnproblemer og stressrelaterede helseplager. Støyproblemet skal forebygges og reduseres slik at hensynet til menneskenes helse og trivsel ivaretas. Det er fortsatt behov for samordning av forskning og utredninger om effekter av støy, og at helsemyndighetene bidrar med helsefaglige innspill i støyarbeidet. Støy forebygges først og fremst gjennom planlegging. I dette arbeidet bør lokale helsemyndigheter involveres for å bidra til å sikre at helsehensyn blir ivaretatt. Nye planretningslinjer fra miljøvernmyndighetene vil bidra til å sikre dette.

Under kap. 551.60 Tilskudd til fylkeskommunene for regional utvikling kan det fortsatt gis støtte til kvalitetsforbedrende tiltak innen vannforsyning. Støtteordningen forvaltes i sin helhet av fylkeskommunene. I St.meld. nr. 16 (2002–2003) er et av tiltakene økt tilsyn med vannverkene. Arbeidet med gjennomføringen av EUs rammedirektiv for vann ledes av en tverrdepartemental arbeidsgruppe.

Helse- og omsorgsdepartementet leder embetsgruppen for koordinering av atomulykkeberedskap. Departementet deltar også som observatør i møter i Kriseutvalget ved atomulykker.

Helse- og omsorgsdepartementet iverksatte høsten 2005 prosjektet Landsverneplan for helsesektoren. Forsvarsbygg er engasjert til å utarbeide planen. Arbeidet er et ledd i prosjektet Statens kulturhistoriske eiendommer (SKE), der det er bestemt at alle departementer skal utarbeide landsverneplaner for statlige eiendommer innenfor den enkelte sektor. Formålet med landsverneplanen er å verne et utvalg kulturminner og kulturmiljøer som dokumenterer helsesektorens historie og utvikling. Landsverneplanen skal gi sektoren fullgod oversikt over kulturvernens historie og utvikling. Landsverneplanen skal gi sektoren fullgod oversikt over kulturvernens historie og utvikling. Landsverneplanen skal gi sektoren fullgod oversikt over kulturvernens historie og utvikling. Dette arbeidet er også forankret i den sektorvise miljøhandlingsplanen til Helse- og omsorgsdepartementet.

Høsten 2004 ble det arrangert en konferanse for evaluering og oppfølging av regjeringens handlingsplan mot antibiotikaresistens (2000–2004). På bakgrunn av konferansen er det gitt innspill om hvilke områder som krever oppfølging og eventuelt styrking. Med utgangspunkt i disse arbeidene det med å utarbeide en ny tverrdepartemental antibiotikaresistenstrategi i 2006.

## Grønn stat – innføring av miljøledelse i statlige virksomheter

Helse- og omsorgsdepartementets egen virksomhet er en ren kontorbedrift, og anses i liten grad å påvirke det ytre miljø. Administrasjonsavdelingen i departementet har ansvaret for miljøledelsen, blant annet knyttet opp mot drift av bygg og IKT. De viktigste tiltakene for departementets virksomhet på miljøsidene er ivaretatt av Statsbygg (energiparing), og gjennom fellestjenester og anskaffelser organisert av Departementenes servicesenter (DSS). DSS sørger blant annet for hente- og leveringsavtaler for mesteparten av departementets avfall, hvorav hoveddelen er sortert. I tillegg er det inngått en egen avtale for retur av brukt IT-utstyr. Alle leverandører som har leveranser av en viss størrelse, pålegges å ta med brukt emballasje i retur. Departementet har også lagt til rette for bruk av videokonferanser og telefonmøter, for å redusere reisevirksomheten. Tiltakene satt i regi av Statsbygg, DSS og departementet selv ansees å slå gunstig ut miljømessig og økonomisk.

Nasjonalt folkehelseinstitutt innførte miljøledelse ved utgangen av 2005. I løpet av de to siste årene er det utformet miljøkrav og/eller gjennomført konkrete tiltak på spesielt de fire satsingsområdene innkjøp, energibruk, avfallshåndtering og transport. Innkjøpspolitikken setter krav til dokumentert miljøprofil hos leverandørene. Ordinært avfall gjennomgår omfattende kildesortering med henblikk på gjenbruk. Spesielt papir og emballasje er systematisk behandlet. Spesialavfall som ulike elektroniske verktøy, kjemikalier og smittefarlig avfall spesialbehandles. Energibruk, -økonomisering og krav til miljø forbedres løpende i samarbeid med huseieren Statsbygg. Transport er begrenset, men det kan nevnes at instituttet bruker videomøter med sin avdeling Medisinsk fødselsregister i Bergen. Instituttet planlegger sammen med Statsbygg omfattende modernisering av instituttets bygninger, og miljømål og -krav inngår i prosjektutviklingen. Det vil formuleres eksplisitte miljømål og indikatorer for 2007.

Som et ledd i arbeidet med å innføre miljøledelse i Norsk pasientskadeerstatning er det foretatt en kartlegging av hvordan virksomheten påvirker det ytre miljøet. Sammen med mål for miljøarbeidet er det satt opp miljøforbedrende tiltak med frister. Så langt har arbeidet særlig hatt fokus på å redusere avfall og papirforbruk som er områder hvor kartleggingen viste at det raskt kunne oppnås en miljøgevinst. For å integrere arbeidet i de ordinære styringssystemene, blir status og fremtidige prioriteringer regelmessig gjennomgått i NPEs ledelse. Det rapporteres om framdrift i arbeidet til

Helse- og omsorgsdepartementet i de ordinære rapporteringene til departementet.

Sosial- og helsedirektoratet flyttet i 2003 inn et totalrenovert bygg. Det ble stilt krav til eieren om bruk av miljøvennlige materialer og systemer i bygget. Miljøkrav ble også stilt ved anskaffelse av inventar og utstyr. To avdelinger er lokalisert utenfor dette bygget, men det er inngått tilleggsavtaler for drift av deres lokaler med samme kriterier som for avtalene for hovedbygget. Begge avdelinger er inkludert i direktoratets avtale om kjøp av kontorrekvisita, kopipapir og IT-utstyr, og avtaler om returordninger. Det er nedsatt arbeidsgrupper med deltakere fra ulike avdelinger og enkelte leverandører av tjenester, innenfor innkjøp, avfallshåndtering, transport og energi. Det vil bli stilt krav til kvalitet og dokumentasjon vedrørende miljøarbeid ved nyanskaffelser og ved inngåelse av rammeavtaler.

Statens helsetilsyn har gjennomført følgende tiltak i en miljøvennlig retning: Redusert energiforbruk ved bedre styring av ventilasjonsanlegget (slås av i helger og netter), returordninger på papir, lysstoffør og fargetonere, alt elektrisk utstyr som fases ut samles og leveres som spesialavfall, hovedleverandør av rekvisita leverer produkter som tilfredsstillende miljøkravene samt oppfordring om økt bruk av videokonferanseutstyr i Helsetilsynet, Helsetilsynet i fylkene og fylkesmenene.

Statens institutt for rusmiddelforskning utarbeidet i 2004/2005 et Grønn stat-dokument, der områdene innkjøp, energi, avfall og transport er omtalt og oppfølgingsansvaret klarlagt. Opplegget er presenter for alle ansatte. I forhold til energibruk og avfallshåndtering samarbeider instituttet nært med ansvarlig gårdeier, og fokuserer for øvrig internt på å redusere avfall og papirforbruk. Videre tilstreber instituttet å gjøre innkjøp fra miljøsertifiserte eller -bevisste leverandører.

Statens legemiddelverk har valgt avfallssortering som første mål i sin miljøpolitikk. Det pågår et arbeid for å få gjennomført avfallssortering i hele organisasjonen og nødvendig utstyr er bestilt. Deler av avfall leveres til forbrenning og spesialbehandling. Ved innkjøp vektlegges miljøprofil som et vesentlig område. Ved kassasjon av utstyr er det inngått avtale på IKT-området ved at maskinvare som er utgått leveres til gjenbruk. Det arbeides kontinuerlig med energisparende tiltak.

Miljøledelse er i praksis innført ved Statens strålevern. Det arbeides jevnlig med forbedringer. I forbindelse med renoveringen, som pågår i 2006, blir det planlagt for energiøkonomisering, et godt opplegg for avfallshåndtering, gjenvinning og en et miljøvennlig renhold.

Regionale helseforetak fikk oppdraget i styringsdokumentet for 2004, jf. krav i protokoll fra foretaksmøter i januar 2005 og 2006 der det går fram at alle statlige virksomheter, herunder regionale helseforetak, skal innføre miljøledelse som integrert del av sitt styringssystem innen 2005. Helse Øst RHF melder i sin årlige melding for 2005 at miljøledelse skal være en integrert del av det helhetlige kvalitetssystemet i helseforetakene. Sykehuset Innlandet HF, Kongsvinger, oppnådde i 2005 ISO-sertifisering etter miljøstandard ISO 14001 (om forurensning av luft, jord og vann), som del av det helhetlige kvalitetssystemet basert på ISO 9001. Helse Sør RHF melder i sin årlige melding for 2005 at de har gjennomført flere enkelttiltak i tråd med Grønn stat. Tiltaket er i ferd med å bli forankret i helseforetakene og de fleste har utarbeidet en miljøpolicy i tråd med retningslinjene. Videre kan nevnes at miljøpolicy ved anskaffelsesprosedyrer er delvis innført. Disse bygger på Miljø og innkjøp fra Telemark fylkeskommune. Policyen er i tråd med veiledninger fra GRIP og Agenda 21, og er delvis i bruk i Helse Sør RHF. Flere enkelttiltak innen energiområdet, som deltakelse i energinettverk, Enova-prosjekter og noe overgang fra olje til naturgass. Som første helseregion har Helse Sør RHF utarbeidet en rapport om arbeidsmiljø og ytre miljø – blant annet virksomhetenes vann- og energibruk, avfall og utslippstillatelser. Helse Sør RHF mangler foreløpig en samlet miljøpolicy, med mål, rapporterings- og revisjonskrav. Dette blir lagt frem for RHF-styret våren 2006, slik at man i 2007 kan rapportere i henhold til felles mal. Helse Vest RHF melder i sin årlige melding for 2005 at innkjøpsområdet er ett av fire fokusområder innen Grønn stat. Helse Vest RHF har integrert miljøaspektet i innkjøpsarbeidet i sin strategiplan for innkjøp. I det operative innkjøpsarbeidet tas miljøkrav inn i konkurransegrunnlaget. Miljøkrav rettes både mot leverandør og mot produkt. Helse Midt-Norge RHF skriver i sin årlige melding for 2005, at styret har behandlet som sak innføring av miljøledelse og her gitt sin tilslutning til policy og hovedmål innenfor de prioriterte områdene transport, innkjøp, avfall og energi. Handlingsplaner innenfor de samme områdene er under utarbeidelse og vil bli forelagt styret for behandling i 2006. Helse Nord RHF melder i sin årlige melding for 2005 at de følger opp Grønn stat-prosjektet med indikatorer og rapportering på energibruk og avfallshåndtering i helseforetakene.

AS Vinmonopolet har integrert miljøledelse i det interne styringssystemet innenfor kravene i Grønn stat. Arbeidet innenfor fokusområdene Innkjøp, Energi, Avfall og Transport ga positive resultater for 2005. Energiforbruket i butikkene er redu-

sert, avfallshåndteringen er effektivisert, og papirforbruket ved hovedkontoret er redusert. I alle anbudsforespørsler stilles det krav om at bedriften redegjør for sin miljøpolitikk, og det stilles krav om miljøtiltak, etisk handel og returordninger. Avfall fra ikke fornybare ressurser blir kildesortert i butikkene. Antall engangspaller er i stor grad byttet ut med plast. I samarbeid med grossistene søkes det å redusere belastningen på det ytre miljøet gjennom effektiv transport og reduksjon av tomgangskjøring. Alle trykksaker Vinmonopolet utgir er miljømerket. Det er bevisst fokus på gjenbruk framfor nyanskaffelser ved etablering og ombygging av butikker. Vinmonopolet har utarbeidet handlingsplan for 2006 hvor målet er en resultatutvikling innenfor fokusområdene som gir et nivå som er minst like godt som ved utgangen av 2005.

## 11.2 Fornyning, organisasjons- og strukturendring i statsforvaltningen

---

### Helserefusjoner

Forvaltningsansvaret for helserefusjoner skal flyttes ut av Arbeids- og velferdsetaten senest innen 2010, og organiseres som en del av sosial- og helseforvaltningen i direkte styringslinje under Helse- og omsorgsdepartementet. Det vises til St.prp. nr. 66 (2005–2006) og Innst. S. nr. 205 (2005–2006) om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2006. Oppgaver og ansvar skal være fordelt ut fra hensyn til brukervennlighet, effektiv ressursutnyttelse og faglig forsvarlig oppgaveløsning, forenklet og i større grad IT-basert saksbehandling, og god forvaltning og gode økonomiske styringsdata. Forslag til detaljert organisasjonsmodell vil sendes på bred høring. Iverksettningstidspunkt for ny modell skal vurderes nærmere. Det er under etablering et partssammensatt prosjektorgan som skal utrede detaljert modell og iverksetting. Prosjektansvaret legges til Arbeids- og velferdsdirektoratet. Det vises til nærmere omtale under Programområde 30 Stønad til helsetjenester og til St.prp. nr. 1 (2006–2007) for Arbeids- og inkluderingsdepartementet, kap. 605 Arbeids- og velferdsdirektoratet.

### Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt tilbud til Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten (Gruk) om innlemming i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fra 1. januar 2007.

Gruk har takket ja til tilbudet, og arbeidet med innlemmingen har startet. Departementet antar at en slik organisatorisk løsning vil gi en god synergieffekt mellom Kunnskapssenterets kompetanse på å frembringe forskningsbasert kunnskap og Gruks kompetanse på implementering av slik kunnskap i praksis – slik den er beskrevet av Sosial- og helsedirektoratet. Organiseringen vil være et godt redskap blant annet for implementering av Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Det er også lagt vekt på at en slik ordning vil være enkel å administrere. Ved overføring av personalet vil arbeidsmiljølovens bestemmelser om virksomhetsoverdragelse bli lagt til grunn. Gruk skal fortsatt ha base i Grenlandsområdet.

### Norsk pasientregister og Avdeling for pasientklassifisering og finansiering

Sosial- og helsedirektoratet er fra 2006 tillagt et helhetlig ansvar for både kode- og klassifiseringsarbeid samt forvaltning og utvikling av aktivitetsbasert finansiering, jf. omtale i St.prp. nr. 1 (2006–2007). Oppgaver knyttet til drift og utvikling av Norsk pasientregister (NPR) og Avdeling for pasientklassifisering og finansiering (PaFi) har siden 1997 vært utført av Sintef Helse på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er besluttet at disse oppgavene fra og med 2007 skal utføres innenfor den statlige helseforvaltningen og innlemmes i Sosial- og helsedirektoratet. Bakgrunnen for endringen er at det i de siste årene er skjedd betydelige endringer i spesialisthelsetjenestens organisatoriske, juridiske og økonomiske rammebetingelser. Blant annet har departementet foreslått å utvide formålene og endre registerform for Norsk pasientregister, jf. Ot.prp. nr. 49 (2005–2006) Om lov om endringer i helseregisterloven. Ved overføring av personalet vil arbeidsmiljølovens bestemmelser om virksomhetsoverdragelse bli lagt til grunn. Enhetene skal fortsatt lokaliseres i Trondheim.

## 11.3 Oppfølging av §1a i likestillingsloven

---

Likestillingsloven § 1 a inneholder krav til offentlige myndigheter og offentlige virksomheter til å gjøre greie for den faktiske tilstanden når det gjelder likestilling mellom kjønnene og for tiltak for å fremme likestilling internt i virksomheten (redegjørelsesplikten). Videre følger det av § 1 a i likestillingsloven at offentlige myndigheter skal arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling på alle samfunnsområder (aktivitetsplikten). Kjønn- og likestillingsperspektivet

er innarbeidet i nasjonal helseplan, jf. kapittel 6, og en samlet framstilling av oppfølging av aktivitetsplikten er plassert i avsnitt 6.6.7, Kvinnehelsestrategi 2003–2013.

Her følger omtale i henhold til redegjørelsesplikten.

Helse- og omsorgsdepartementet har i alt 216 ansatte, hvorav 35 pst. er menn og 65 pst. er kvinner. Inkludert her er fem ansatte i fødselspermisjon, hvorav tre kvinner og to menn. Departementet har 46 embetsstillinger, hvorav 54 pst. innehas av kvinner og 46 pst. av menn. Heltidsansatte utgjør 88 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 ti ansatte i ulønnet permisjon. Av disse er to menn og åtte kvinner. Departementet har likestilling som integrert del av sin overordnede og daglige lønns- og personalpolitikk.

Ved Nasjonalt folkehelseinstitutt er det om lag 750 ansatte, hvorav to tredeler er kvinner. Det er 37 pst. kvinner i lederstillinger fra og med avdelingsnivå. Sett i forhold til andelen kvinner i den gruppen som utgjør rekrutteringsgrunnlaget til disse stillingene, er dette tilfredsstillende. Instituttet har en utfordring i å få en høyere andel kvinner i senior fagstillinger. Da det er en meget høy kvinneandel i stillinger for yngre faglige og vitenskapelige stillinger, arbeides det aktivt for at kvinner gis mulighet for å kvalifisere seg for faglig utvikling. Instituttet arbeider bevisst for å få en balansert rekruttering, også kjønnsmessig.

Norsk pasientskadeerstatning har følgende kvinneandel blant de ansatte: 68 pst. i arbeidsstokken totalt og 54 pst. blant virksomhetens ledere. Det ble i 2005 etablert et nytt stillingssjikt med seniorrådgivere på saksbehandlingsområdet. Andelen kvinner som ble tilsatt i disse stillingene var 75 pst. Kvinneandelen hadde en svak øking fra 2004 til 2005. 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. Det er for tidlig å trekke bastante konklusjoner fra dette, men det ser ut som om tiltaket kan ha hatt en effekt, da det etter dette er tilsatt like mange menn som kvinner. NPEs styre har en kvinnerepresentasjon på 40 pst.

Sosial- og helsedirektoratet hadde i 2005 70 pst. kvinnelig ansatte. Andel kvinner har økt fra 2004, mens lønnsforskjellene øker mellom kvinner og menn fra gruppen seniorrådgivere og oppover. Likestillingsrapporten har vært behandlet i ledermøtet og i møte med organisasjonene. Det er besluttet å følge opp økningen i lønnsforskjeller og

andel kvinner/menn i lederstillinger enda mer bevisst i tilsettingsrådet, ved lønnsfastsettelse ved nytilsetting (ved samarbeid personalavdeling/innstillende myndighet), og i lønnsforhandlinger, bl.a. skal partssammensatt gruppe for lønnspolitikk se på nødvendige tiltak.

Statens helsetilsyn hadde i 2005 en kvinneandel på 66 pst. Det er likevel flere menn enn kvinner på direktørnivå. I mellomledergruppen er det lik fordeling mellom kvinner og menn. På de andre stillingsnivåene er det flest kvinner. I 2005 var andelen kvinnelige søkere til ledige stillinger større enn andelen menn. Det var en klar overvekt av kvinner som ble tilsatt i denne perioden. Samtidig var det en jevn fordeling av kvinner og menn som sluttet i Helsetilsynet i 2005. Forskjellen mellom gjennomsnittslønnen for hhv. kvinner og menn er redusert med om lag 10 000 kroner fra 2004. Det er et uttalt mål i Statens helsetilsyns lønnspolitikk å utjevne kjønnsbetingede lønnsforskjeller under lokale lønnsforhandlinger. Den store overvekten av kvinner i Helsetilsynet har medført at det vil bli foretatt en nærmere vurdering av behovet for å justere rekrutteringspolitikken med tanke på å få en mer balansert kjønns sammensetning.

Statens institutt for rusmiddelforskning har 36 ansatte, hvorav 25 kvinner og 11 menn – altså en kvinneandel på 69 pst. Instituttet har i sin tilpasningsavtale inndelt stillingene i (1) lederstillinger, (2) forsker- og stipendiatstillinger, forskningsmedarbeidere ol. og dokumentasjonsstillinger, og (3) teknisk-administrative stillinger. Lederstillingene var ved årsskiftet besatt av to menn og to kvinner. I stillingsgruppe (2) var det tjue kvinner og åtte menn, mens det i de teknisk-administrative stillingene var tre kvinner og en mann. Etter en intern omorganisering i mars 2005 er det fire kvinner og to menn som innehar lederstillinger. I stillingsgruppe (2) under ett er det gjennomsnittlige lønnsnivået for menn og kvinner det samme. For forskerne er det en gjennomsnittlig forskjell på ett lønnsstrinn i mennenes favør, noe som i hovedsak har sammenheng med hvordan instituttets forskere fordeler seg på de (formelle) vitenskapelige kompetansenivåene som er definert for forskerstillinger. I instituttets tilpasningsavtale er det nevnt ulike likestillingstiltak, bl.a. kjønnsnøytrale 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 utover dette.

Statens legemiddelverk har en kvinneandel på 70 pst. og kjønnsfordelingen i ledergruppen er tilsvarende. Noe av årsaken til så høy kvinneandel ligger i type utdanning som har overvekt ved Legemiddelverket. Farmasøyter og leger utgjør en relativt stor andel av våre ansatte. I etatens tilpavningsavtale står det at hvis det til ledige stillinger i staten melder seg flere søkere som har tilnærmet like kvalifikasjoner for stillingen, skal søkere fra det kjønn som har mindre enn 40 pst. av de tilsatte i den aktuelle stillingsgruppe ha fortrinnsrett til stillingen. Det bør normalt ikke avtales kjønnskvoeringsregler til fordel for menn. Legemiddelverket arbeider aktivt for å velge de medarbeidere som til enhver tid er de mest kompetente, samtidig som både kjønnsfordeling og andre egenskaper utgjør en del av vurderingen. Teamene som intervjuer søkere består av begge kjønn.

I Statens strålevern er det 98 ansatte, med en liten overvekt av kvinner. Om lag 12 pst. av kvinnene og 7 pst. av mennene er i deltidsstilling. Når det gjelder lederstillinger utgjør kvinneandelen 83 pst. på seksjonssjefnivå. I ledergruppen er det kvinnelig informasjonssjef, de øvrige fire er menn. Innen kategoriene tekniske og administrative stillinger, saksbehandlerstillinger og forskerstillinger er det om lag like stor andel kvinner som menn. Det arbeides med å få en jevn fordeling mellom kvinner og menn på alle nivå i organisasjonen. I de stillingskategorier hvor det er lavere lønn for kvinner enn menn, vil det arbeides for at kvinnene får en større andel av potten ved lokale forhandlinger enn en pro rata fordeling skulle tilsi. Kvinnelige forskere vil bli stimulert til også å gjøre meritterende forskning.

Andel kvinner	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF
Hele styret	40 pst.	44 pst.	50 pst.	56 pst.	56 pst.
Eieroppnevnte medlemmer	43 pst.	50 pst.	43 pst.	50 pst.	50 pst.
Ansattes representanter	33 pst.	33 pst.	67 pst.	67 pst.	67 pst.
Styreleder	Kvinne	Mann	Mann	Mann	Mann

Regionale helseforetak hadde i 2005 en relativt jevn kjønns sammensetning i styrene, jf. tabell ovenfor som viser hvordan styrene var sammensatt i 2005. I 2005 ble det oppnevnt nye styre for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Eier var opptatt av å sikre likestillingsperspektivet i styresammensetningen også i de nye styrene. Det ble derfor satt som et eierkrav i foretaksmøtene i januar 2005 at de regionale helseforetakene skal sikre styresammensetning i underliggende helseforetak som ivaretar kjønnsmessig balanse i samsvar med krav om at hvert kjønn skal være representert med minst 40 prosent. Det gjøres oppmerksom på at det senere er utnevnt nye styre for helseforetakene i 2006. For regionale helseforetak ble nye styre utnevnt gjennom foretaksmøter i januar 2006. Styrene innfrir gjeldende krav til kjønns sammensetning, og det er nå ytterligere en kvinnelig styreleder. Styrene i helseforetakene ble skiftet ut våren 2006. Her følger en kort omtale av noen relevante forhold fra hver region for driftsåret 2005.

Helse Øst RHF melder i sin årlige melding for 2005 at foretaksgruppen besto av 75 styrerepresentanter, 51 av disse var eieroppnevnt og 24 valgt av arbeidstakerorganisasjonene. Det var kvinnelige styreledere i tre av foretakene (37,5 pst.). Av de

eieroppnevnte styrerepresentantene var det 23 kvinner (45,1 pst.) og 28 menn (54,9 pst.). Av de 24 arbeidstakervalgte styrerepresentantene var det 11 kvinner (45,8 pst.) og 13 menn (54,2 pst.).

Helse Sør RHF melder i sin årsberetning for 2005 at alle helseforetaksstyrene var ledet av menn, men at det var god likevekt mellom kjønnene. Mens alle administrerende direktører for helseforetakene i 2005 var menn, ble det i februar 2006 ansatt en kvinne som administrerende direktør for Ringerike sykehus HF. Blant de ansatte i Helse Sør RHF er det en tilnærmet lik fordeling mellom kvinner og menn. Ledergruppen består av to kvinner og tre menn. Helse Sør RHF er opptatt av å styrke kvinneandelen blant helseforetakslederne, både ved ekstern rekruttering og ved utvikling av interne kandidater. Våren 2005 arrangerte Helse Sør RHF og Helse Øst RHF sammen med Den norske lægeforening et lederutviklingsprogram for kvinnelige medisinerer. Helseforetaksgruppen har ikke utarbeidet felles retningslinjer for likestillingsarbeidet. Alle foretakene utarbeider egne årsberetninger hvor de redegjør nærmere for likestilling mellom kjønnene og arbeidet med likestilling.

Helse Vest RHF melder i sin årlige melding for 2005 at helseforetakene og sykehusene er kvin-

nedominerte arbeidsplasser. Om lag tre fjerdedeler av de tilsatte ved sykehusene og institusjonene i helseregionen er kvinner. Innen enkelte yrkesgrupper er kvinneandelen spesielt stor, blant annet sykepleiere, hjelpepleiere og renholdspersonell. Blant leger er situasjonen den motsatte. I de fleste helseforetakene gjør ikke denne overrepresentasjonen av kvinner seg gjeldene i styret og ledelsen. Bare Apoteka Vest HF og Helse Fonna HF har et flertall av kvinner i styret og ledergruppa. Helseforetakene skal arbeide aktivt med likestilling i forbindelse med lønnsforhandlinger, rekruttering og i planlegging av arbeidsturnus. Det er store lønnsforskjeller mellom de ulike yrkesgruppene i helseforetakene. Men dersom man sammenligner lønnsnivå for menn og kvinner i samme yrkesgruppe, er det vanskelig å se store ulikheter. Det er et mål å redusere omfanget av ufrivillig deltid og flere av helseforetakene har satt fokus på dette. I 2005 har blant annet Helse Bergen HF og Helse Førde HF hatt en økning i hele stillinger både blant kvinner og menn. Styret i Helse Vest RHF understreker at alle ansatte i helseforetakene har og skal ha like muligheter uavhengig av kjønn. Helse Vest RHF ønsker å legge til rette for individuelle løsninger, slik at arbeidssituasjonen for medarbeiderne skal være størst mulig tilpasset den enkelte. Noen av helseforetakene har definert mål for kjønnsfordelingen i lederstillingene, og tilsetningsreglementet er endret for å få større fokus på likestilling.

Helse Midt-Norge RHF melder i sin årlige melding for 2005 at fordelingen av administrerende direktører i de underliggende foretak og enheter (HEMIT og Helsebygg) er på to kvinner og syv menn. Ledelsen i Helse Midt-Norge RHF består av to kvinner og seks menn. Antall medlemmer i foretaksgruppen besto av 64 medlemmer, 44 pst. kvinner og 56 pst. menn. Helse Midt-Norge RHF ønsker i sterkere grad å sette likestilling på dagsorden. I forbindelse med dette arbeidet skal det legges vekt på å gjøre gode analyser av likestillingssituasjonen knyttet til forhold som lønn, arbeidstid, lederposisjoner, avansemuligheter osv. På bakgrunn av analysen skal det vurderes å revidere det personalpolitiske strategidokumentet.

Helse Nord RHF melder i sin årsberetning for 2005 at kvinneandelen blant ansatte i Helse Nord RHF i 2005 var i underkant av 50 pst. Ledergruppen i Helse Nord RHF besto i 2005 av seks menn og to kvinner. Av alle ansatte i helseforetaksgruppen er 25,57 pst. menn, noe som er en svak økning fra 2004. I forhold til andel ansatte er kvinner 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 deltagere. På overordnet nivå har ikke Helse Nord RHF gjennomført særskilte kartlegginger og tiltak knyttet til likeverd og likestilling. Ved rekruttering til utviklingstiltak har det imidlertid vært vektlagt å få balanse i sammensetningen. Fremover vil det å øke andelen kvinnelige ledere i mellom- og topplederstillinger være sentralt å følge opp.

AS Vinmonopolet hadde i 2005 70,8 pst. kvinnelige ansatte. Andelen kvinnelige ledere i selskapet var 43 pst. Andel var noe ulik mellom de ulike ledernivåene: Ledergruppen hadde 33 pst. kvinneandel, mens av mellomledere i administrasjonen var andelen 31 pst. kvinner. 40 pst. av butikksjefene er kvinner. Fordelingen på heltidsstillinger i butikkene var lik mellom kjønnene, mens deltidsstillinger i butikk har en kvinneandel på 83 pst. Likestilling er en del av personalpolitikken i Vinmonopolet og reflekteres i arbeidet med blant annet rekruttering, lønnspolitikk og arbeidsvilkår. Det var i 2005 tilnærmet lik rekruttering fordelt på kvinner og menn i de ulike stillingskategoriene. Ansatte i Vinmonopolet lønnes i forhold til stilling og kompetanse. Selskapet praktiserer likelønnsprinsippet. For å motvirke at kvinner dominerer i gruppen deltidsstillinger i butikk, presiserer Vinmonopolet i stillingsannonse at det arbeides for en jevnere kjønnsbalanse.

#### **11.4 Omtale av tilsetningsvilkårene til ledere i heleide statlige virksomheter**

##### Regionale helseforetak

Oversikten omfatter opplysninger om leders lønn, pensjonsforpliktelser og andre ytelser slik selskapene er pålagt å rapportere etter regnskapsloven. Tallene er hentet fra årsrapportene til de regionale helseforetakene for 2005. Det er styrene i selskapene som etter loven fastsetter lønn til administrerende direktør og øvrige vilkår.

Administrerende direktør i Helse Øst RHF har i regnskapsperioden 2005 mottatt lønn på 1 361 140 kroner, mens andre godtgjørelser beløp seg til 3086 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 194 081 kroner. Administrerende direktør har avtale om sluttvederlag tilsvarende inntil tolv måneders lønn ut over oppsigelsestiden dersom styret velger å avslutte arbeidsavtalen før han fyller 65 år. Administrerende direktør har avtale om tilleggspensjon på 58 088 kroner per år i ti år utover offentlig tjenestepensjon. Under gitte forutsetninger har ledergruppen rett på lønn i tolv måneder fra fratredelsesdato. Etterlønn vil bli redusert med lønn fra ny arbeidsgiver.

Administrerende direktør i Helse Sør RHF har i regnskapsperioden 2005 mottatt lønn på 1 342 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 135 000 kroner. Administrerende direktør er med i den kollektive pensjonsordningen (KLP) etter ordinære betingelser. Beregnet pensjonskostnad for 2005 var 150 000 kroner. Pensjonsforpliktelse knyttet til administrerende direktør er 138 000 kroner. 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 og fratre uten nærmere varsel.

Administrerende direktør i Helse Vest RHF har i regnskapsperioden 2005 mottatt lønn på 1 564 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 12 000 kroner. Pensjonsutgiftene til administrerende direktør utgjorde 205 000 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 fratre 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 har i regnskapsperioden 2005 mottatt lønn på 1 332 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 120 000 kroner. I totale pensjonskostnader på 464 000 kroner er 403 000 kroner knyttet til pensjonsavtale ut over kollektiv pensjonsordning. Ved fratredelse etter anmodning fra styret har administrerende direktør krav på lønn i ett år inklusive lønn i avtalt oppsigelsestid. Til fradrag i sluttvederlaget kommer andre inntekter administrerende direktør har oppebåret som ansatt, konsulent og/eller selvstendig næringsdrivende. Pensjonsalderen i stillingen som administrerende direktør er 65 år. Pen-

sjonsnivået 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-Norge RHF's pensjonsforpliktelse knyttet til denne avtalen er beregnet til 1 638 000 kroner inkl. arbeidsgiveravgift pr. 31. desember 2005.

Administrerende direktør i Helse Nord RHF har i regnskapsperioden 2005 mottatt lønn på 1 335 000 kroner, mens andre ytelser beløp seg til 8000 kroner. Ytelser til pensjonsforpliktelser til administrerende direktør utgjorde 160 000 kroner. Rettigheter til ordinær alderspensjon 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 fratre, eller selv velger å slutte i sin stilling, plikter Helse Nord RHF å betale lønn i seks måneder ut over vanlig oppsigelsestid.

#### A/S Vinmonopolet

Administrerende direktør har i regnskapsperioden 2005 mottatt lønn på 1 201 000 kroner. Andre godtgjørelser beløp seg til 148 000 kroner. Vinmonopolets ansatte er tilknyttet Statens pensjonskasse. Ansatte med lønn over 12 G har i tillegg avtale om toppensjon. De totale pensjonskostnader for administrerende direktør utgjorde 276 000 kroner. Pensjonsalder i stillingen som administrerende direktør er 67 år. Administrerende direktør fratradte sin stilling 31. desember 2005. Etter avtale med Vinmonopolets styre og Helse- og omsorgsdepartementet, vil han beholde sine godtgjørelser fra Vinmonopolet fram til han går av med pensjon i juni 2009.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

1. I St.prp. nr. 1 om statsbudsjettet for år 2007 føres opp de summene som er nevnt i et fremlagt forslag:

a. Sum utgifter under kap. 700–761 og 2711–2790	kr	110 491 550 000
b. Sum inntekter under kap. 3700–3751, 5572 og 5631	kr	1 104 124 000

---



## Forslag til vedtak om bevilgning for budsjettåret 2007, kapitlene 700–761 og 2711–2790, 3700–3751, 5572 og 5631

### I Utgifter:

Kap.	Post	kr	kr	kr
Helse- og omsorgsdepartementet m.m.				
700	Helse- og omsorgsdepartementet			
	01 Driftsutgifter	134 294 000		
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 325 000	138 619 000	
701	Forskning			
	50 Norges forskningsråd mv.	174 215 000	174 215 000	
702	Helse- og sosialberedskap			
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	36 130 000		
	70 Tilskudd, <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	3 425 000	39 555 000	
703	Internasjonalt samarbeid			
	21 Spesielle driftsutgifter	28 817 000	28 817 000	
	Sum Helse- og omsorgsdepartementet m.m.		381 206 000	
Folkehelse				
710	Nasjonalt folkehelseinstitutt			
	01 Driftsutgifter	413 738 000		
	21 Spesielle driftsutgifter	284 000 000		
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	15 713 000	713 451 000	
712	Bioteknologinemnda			
	01 Driftsutgifter	6 995 000	6 995 000	
715	Statens strålevern			
	01 Driftsutgifter	66 468 000		
	21 Oppdragsutgifter	37 891 000		
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 300 000	108 659 000	
716	Statens institutt for rusmiddelforskning			
	01 Driftsutgifter	33 057 000	33 057 000	
718	Alkohol og narkotika			
	21 Spesielle driftsutgifter	35 677 000		
	63 Rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	11 707 000		

Kap.	Post	kr	kr	kr
	70	Frivillig arbeid mv., <i>kan overføres</i>	86 936 000	134 320 000
719		Folkehelse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	60 982 000	
	60	Kommunetilskudd, <i>kan overføres</i>	35 589 000	
	70	Hivforebygging, smittervern mv., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	29 495 000	
	71	Forebygging av uønskede svangerskap og abort, <i>kan overføres</i>	24 994 000	
	72	Stiftelsen Amathea	16 058 000	
	73	Fysisk aktivitet, <i>kan overføres</i>	13 219 000	
	74	Skolefrukt, <i>kan overføres</i>	28 521 000	
	79	Andre tilskudd, <i>kan overføres</i>	15 770 000	224 628 000
		Sum Folkehelse		1 221 110 000
		Helsetjeneste		
720		Sosial- og helsedirektoratet		
	01	Driftsutgifter	351 698 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	44 795 000	
	22	Elektroniske resepter, <i>kan overføres</i>	42 849 000	439 342 000
721		Statens helsetilsyn		
	01	Driftsutgifter	70 750 000	70 750 000
722		Norsk pasientskadeerstatning		
	01	Driftsutgifter	74 038 000	
	70	Dekning av advokatutgifter	25 748 000	99 786 000
723		Pasientskadenemnda		
	01	Driftsutgifter	22 572 000	22 572 000
724		Helsepersonell og tilskudd til personelltiltak		
	01	Driftsutgifter	25 307 000	
	21	Forsøk og utvikling i primærhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>	21 158 000	
	61	Tilskudd til turnustjenesten	149 335 000	
	70	Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>	38 868 000	
	71	Tilskudd til Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap mv.	14 190 000	248 858 000
725		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten		
	01	Driftsutgifter	64 993 000	64 993 000

Kap.	Post	kr	kr	kr
726	Habilitering, rehabilitering og tiltak for rusmiddelavhengige			
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>		19 250 000	
	70 Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>		50 650 000	
	71 Kjøp av opptrening og helsetjenester, <i>kan overføres</i>		71 138 000	141 038 000
727	Tannhelsetjenesten			
	21 Forsøk og utvikling i tannhelsetjenesten, <i>kan nyttes under post 70</i>		9 204 000	
	70 Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>		46 502 000	55 706 000
728	Forsøk og utvikling mv.			
	21 Spesielle driftsutgifter		39 005 000	
	70 Tilskudd		17 656 000	56 661 000
729	Annen helsetjeneste			
	01 Driftsutgifter		31 521 000	
	60 Helsetjeneste til innsatte i fengsel		99 977 000	
	70 Behandlingsreiser til utlandet		94 808 000	
	71 Tilskudd til Norsk Pasientforening m.m.		5 590 000	231 896 000
	Sum Helsetjeneste			1 431 602 000
Regionale helseforetak				
732	Regionale helseforetak			
	21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan overføres</i>		7 858 000	
	70 Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres, kan nyttes under postene 71, 72, 73, 74, 75</i>		3 188 021 000	
	71 Tilskudd til Helse Øst RHF, <i>kan overføres</i>		18 610 280 000	
	72 Tilskudd til Helse Sør RHF, <i>kan overføres</i>		10 372 101 000	
	73 Tilskudd til Helse Vest RHF, <i>kan overføres</i>		9 691 889 000	
	74 Tilskudd til Helse Midt-Norge RHF, <i>kan overføres</i>		7 012 605 000	
	75 Tilskudd til Helse Nord RHF, <i>kan overføres</i>		6 119 485 000	
	76 Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>		14 708 954 000	
	77 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>		3 099 606 000	

Kap.	Post	kr	kr	kr
	78	Tilskudd til forskning og nasjonale medisinske kompetansesentre, <i>kan overføres</i>	747 511 000	
	81	Tilskudd til store byggeprosjekter, <i>kan overføres</i>	1 417 429 000	
	90	Lån til investeringsformål i helseforetak	3 500 000 000	
	91	Opptreksrenter, <i>overslagsbevilgning</i>	200 000 000	78 675 739 000
737		Kreftregisteret		
	70	Tilskudd	80 353 000	80 353 000
		Sum Regionale helseforetak		78 756 092 000
Psykisk helse				
742		Kontrollkommisjonene og andre utgifter under psykisk helsevern		
	01	Driftsutgifter	32 823 000	
	70	Tilskudd	1 887 000	34 710 000
743		Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	26 389 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	2 954 694 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	363 754 000	
	73	Tilskudd til arbeid med vold og traumatisk stress, <i>kan overføres</i>	105 605 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	1 869 206 000	5 319 648 000
744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg	44 560 000	44 560 000
		Sum Psykisk helse		5 398 918 000
Legemidler				
750		Statens legemiddelverk		
	01	Driftsutgifter	148 026 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 764 000	151 790 000
751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak		
	21	Spesielle driftsutgifter	9 867 000	
	70	Tilskudd	61 610 000	71 477 000
		Sum Legemidler		223 267 000

Kap.	Post	kr	kr	kr
Omsorgstjenester				
760	Utredningsvirksomhet m.m.			
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 70</i>		10 249 000	
	70 Tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>		3 737 000	13 986 000
761	Tilskudd forvaltet av Sosial- og helsedirektoratet			
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan nyttes under post 79</i>		78 849 000	
	60 Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>		118 079 000	
	61 Tilskudd til vertskommuner		484 773 000	
	63 Tilskudd til rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>		144 695 000	
	64 Ressurskrevende brukere, <i>overslagsbevilgning</i>		1 832 663 000	
	66 Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse		74 704 000	
	67 Tilskudd til særskilte utviklingstiltak		21 942 000	
	70 Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid mv., <i>kan overføres</i>		98 671 000	
	71 Tilskudd til frivillig arbeid		15 619 000	
	72 Tilskudd til Landsbystiftelsen		57 063 000	
	73 Tilskudd til døvblinde og døve		10 854 000	
	75 Kompetansetiltak		3 887 000	
	76 Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov		6 867 000	
	77 Kompetansesentra m.m.		87 493 000	
	79 Andre tilskudd, <i>kan nyttes under post 21</i>		11 210 000	3 047 369 000
	Sum Omsorgstjenester			3 061 355 000
Stønad ved helsetjenester				
2711	Spesialisthelsetjenester mv.			
	70 Refusjon spesialisthjelp		1 090 000 000	
	71 Refusjon psykologhjelp		180 000 000	
	72 Refusjon tannlegehjelp		820 000 000	
	76 Private laboratorier og røntgeninstitut		450 000 000	2 540 000 000
2751	Legemidler mv.			
	70 Legemidler		7 830 000 000	
	72 Sykepleieartikler		1 145 000 000	8 975 000 000

Kap.	Post	kr	kr	kr
2752	Refusjon av egenbetaling			
	70 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1	3 496 000 000		
	71 Refusjon av egenbetaling, egenandelstak 2	125 000 000	3 621 000 000	
2755	Helsetjeneste i kommunene mv.			
	62 Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	224 000 000		
	70 Refusjon allmennlegehjelp	2 561 000 000		
	71 Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	1 515 000 000		
	72 Refusjon jordmorhjelp	37 000 000		
	73 Kiropraktorbehandling	97 000 000		
	75 Logopedisk og ortoptisk behandling	67 000 000	4 501 000 000	
2790	Andre helsetiltak			
	70 Bidrag, lokalt	381 000 000	381 000 000	
Sum Stønad ved helsetjenester			20 018 000 000	
Sum departementets utgifter			110 491 550 000	

## Inntekter:

Kap.	Post	kr	kr	kr
Diverse inntekter				
3710	Nasjonalt folkehelseinstitutt			
	02 Diverse inntekter	38 742 000		
	03 Vaksinesalg	85 300 000	124 042 000	
3715	Statens strålevern			
	02 Salgs- og leieinntekter	1 669 000		
	05 Oppdragsinntekter	36 842 000	38 511 000	
3716	Statens institutt for rusmiddelforskning			
	02 Oppdragsinntekter	540 000	540 000	
3720	Sosial- og helsedirektoratet			
	02 Salgs- og leieinntekter	2 142 000		
	04 Gebyrinntekter	1 338 000	3 480 000	
3722	Norsk Pasientskadeerstatning			
	02 Diverse inntekter	1 038 000	1 038 000	
3724	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell			
	02 Gebyrinntekter	13 584 000	13 584 000	
3725	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten			

## Helse- og omsorgsdepartementet

Kap.	Post	kr	kr	kr
	03	Oppdragsinntekter	110 000	110 000
3732		Regionale helseforetak		
	80	Renter på investeringslån	240 000 000	
	90	Avdrag på investeringslån	325 000 000	565 000 000
3750		Statens legemiddelverk		
	02	Diverse inntekter	1 759 000	
	03	Avgift utsalgssteder utenom apotek	4 200 000	
	04	Registreringsavgift	78 626 000	
	05	Kontrollavgift	57 835 000	
	06	Refusjonsavgift	2 215 000	144 635 000
3751		Apotekvesenet og legemiddelfaglige tiltak		
	03	Tilbakebetaling av lån	157 000	157 000
		Sum Diverse inntekter		891 097 000
Skatter og avgifter				
5572		Sektoravgifter under Helse- og omsorgsdepartementet		
	70	Legemiddelomsetningsavgift	156 025 000	
	71	Vinmonopolavgift	28 200 000	184 225 000
		Sum Skatter og avgifter		184 225 000
Renter og utbytte				
5631		Aksjer i AS Vinmonopolet		
	85	Statens overskuddsandel	28 800 000	
	86	Utbytte	2 000	28 802 000
				28 802 000
Sum Renter og utbytte				28 802 000
Sum departementets inntekter				1 104 124 000

*Fullmakter til å overskride gitte bevilgninger*

## II

## Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2007 kan:

Overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
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 post 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 utover gitte bevilgninger*

## III

## Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2007 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 2007 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
	73	Tilskudd til døvblinde og døve	7 mill. kroner



Helse- og omsorgsdepartementet

*Andre fullmakter*

## V

## Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. Helse- og omsorgsdepartementet i 2007 kan gi de 5 regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en totalramme på 6 500 mill. kroner.
2. det av avgiftspliktig omsetning for legemiddelgrossister i 2007 skal betales avgift tilsvarende 1,3 pst.
3. statens andel i 2007 av driftsoverskuddet til AS Vinmonopolet fastsettes til 40 pst. av resultatet i 2006, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgiften.

---

---

