



DET KONGELIGE
SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENT

St.prp. nr. 1

(1999–2000)

FOR BUDSJETTERMINEN 2000

Utgiftskapitler: 600-797, 2480, 2481

Inntektskapitler: 3600-3751, 5577, 5578, 5631, 5632

Sosial- og helsedepartementet

St.prp. nr. 1

(1999-2000)

FOR BUDSJETTERMINEN 2000

Utgiftskapitler: 600-797, 2480, 2481

Inntektskapitler: 3600-3751, 5577, 5578, 5631, 5632

INNHold

Del I	9
Innledning	9
1 Regjeringens verdigrunnlag og mål for en helhetlig helse- og sosialpolitikk	9
2 Nærmere om Sosial- og helsedepartementets budsjettforslag for 2000	10
3 Noen utviklingstrekk innenfor helse og sosialsektoren.....	23
4 Personell og kvalifiseringstiltak innenfor Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde.....	26
5 Organisasjons- og strukturendringer	30
6 År 2000-arbeidet, IT og statistikkarbeid	32
7 Forskning og annen kunnskapsutvikling	34
8 Sektorovergripende miljøvernpolitikk	37
9 Oversiktstabeller	40
10 Stillings- og årsverkoversikt	45
11 Garantiordninger	46
12 Bruk av stikkordet "kan overføres"	47
Del. II	49
Budsjettforslaget	49
Programområde 09 sosiale formål	49
Programkategori 09.00 Administrasjon m.v.	49
Kap 0600 Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 3600)	49
Kap 3600 Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 600)	52
Kap 0603 Forskning, utredning og IT m.v.	52
Kap 0604 Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 3604).....	52
Kap 3604 Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 604).....	60
Programkategori 09.10 Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.	60
Kap 0610 Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 3610).....	65
Kap 3610 Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 610).....	71
Kap 0612 Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (jf. kap. 3612).....	71
Kap 3612 Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (jf. kap. 612).....	73
Kap 3613 Statens fond for alkoholfrie overnattings- og serveringssteder	73
Kap 0614 Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v.	74
Kap 0616 Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 3616)	83
Kap 3616 Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 616)	84
Kap 5527 Vinmonopolavgiften m.m.....	84
Kap 5631 Aksjer i A/S Vinmonopolet	85
Programkategori 09.50 Sosialtjenesten	88
Kap 0651 Forsøksvirksomhet, opplysningsvirksomhet m.v. i sosialsektoren.....	88

Programkategori 09.60 Kontantytelser.....	89
Kap 0660 Krigspensjon.....	90
Kap 0664 Pensjonstrygden for sjømenn.....	93
Kap 0666 Avtalefestet pensjon (AFP).....	95
Kap 3661 Sykepenger	99
Programkategori 09.70 Eldre og funksjonshemmede.....	99
Kap 0670 Tiltak for eldre	116
Kap 0673 Tiltak for funksjonshemmede	119
Kap 0674 Handlingsplan for funksjonshemmede	127
Kap 0675 Tiltak for eldre og funksjonshemmede	130
Kap 0676 Kompetansesentra for funksjonshemmede	135
Programområde 10 Helsevern.....	139
Programkategori 10.00 Helsetilsyn m.m.	139
Kap 0700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3700).....	139
Kap 3700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 700).....	146
Kap 0701 Forskning og forsøksvirksomhet	147
Kap 0702 Nemnd for bioteknologi.....	159
Kap 0703 Helsetjenesten for innsatte i fengsel	160
Kap 0704 Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 3704).....	161
Kap 3704 Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 704).....	163
Kap 0705 Kursvirksomhet og stipendier	163
Programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering	168
Kap 0710 Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 3710).....	180
Kap 3710 Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 710).....	184
Kap 0711 Statens retts toksikologiske institutt (jf. kap. 3711).....	185
Kap 3711 Statens retts toksikologiske institutt (jf. 711)	189
Kap 0712 Statens helseundersøkelser (jf. kap. 3712).....	189
Kap 3712 Statens helseundersøkelser (jf. kap. 712).....	192
Kap 0713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 3713).....	192
Kap 3713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 713).....	195
Kap 0714 Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 3714)	195
Kap 3714 Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 714)	198
Kap 0715 Statens strålevern (jf. kap. 3715)	198
Kap 3715 Statens strålevern (jf. kap. 715)	201
Kap 0716 Kreftregisteret (jf. kap. 3716)	202
Kap 3716 Kreftregisteret (jf. kap. 716)	204
Kap 0717 Til gjennomføring av lov om svangerskapsavbrudd.....	204
Kap 0718 Rehabilitering	205
Kap 0719 Helsefremmende og forebyggende arbeid	210

Programkategori 10.20 Rehabilitering	221
Programkategori 10.30 Somatiske spesialisttjenester	222
Kap 0730 Fylkeskommunenes helsetjeneste	235
Kap 0731 Rikshospitalet	253
Kap 3731 Rikshospitalet (jf. kap. 731)	253
Kap 0733 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger	260
Kap 0734 Det norske Radiumhospitalet	261
Kap 3734 Det norske Radiumhospitalet (jf. kap. 734)	261
Kap 0735 Statens senter for epilepsi (jf. kap. 3735)	266
Kap 3735 Statens senter for epilepsi (jf. kap. 735)	268
Kap 0737 Barnesykehus (jf. kap. 3737)	268
Kap 3737 Barnesykehus (jf. kap. 737)	273
Kap 0738 Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 3738)	274
Kap 3738 Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 738)	275
Kap 0739 Andre utgifter (jf. kap. 3739)	275
Kap 3739 Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739)	292
Programkategori 10.40 Psykisk helsevern	292
Kap 0740 Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jf. kap. 3740)	303
Kap 3740 Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jf. kap. 740)	304
Kap 0742 Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatiske pasienter	304
Kap 0743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helsevern	306
Programkategori 10.50 Legemidler	324
Kap 0750 Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 3750 og 5578)	326
Kap 3750 Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 750)	329
Kap 5578 Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750)	329
Kap 5632 Aksjer i A/S Norsk medisinaldepot	329
Kap 0751 Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)	329
Kap 3751 Apotekvesenet (jf. kap. 751)	332
Kap 2480 Rikshospitalets apotek	332
Kap 2481 Radiumhospitalets apotek	334
Kap 5577 Avgift til staten av apotekenes omsetning (jf. kap. 1507 og 751)	336
Programområde 05 Sivilt beredskap	336
Kap 0797 Helse- og sosial beredskap	336
Irådning	341
Ørslag til vedtak	342

St.prp. nr. 1

(1999-2000)

FOR BUDSJETTERMINEN 2000

Utgiftskapitler: 600-797, 2480, 2481

Inntektskapitler: 3600-3751, 5577, 5578, 5631, 5632

*Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 17. september 1999,
godkjent i statsråd samme dag.*

Del I

Innledning

1 Regjeringens verdigrunnlag og mål for en helhetlig helse- og sosialpolitikk

Regjeringen vil i alt sitt politiske arbeid sette mennesket i sentrum og ta utgangspunkt i respekten for den enkeltes menneskeverd, omsorg for alle og en ansvarlig ressursforvaltning. Helse- og sosialpolitikken skal ha som siktemål å trygge et menneskeverdig liv uavhengig av livsfase og den enkeltes forutsetninger. Regjeringen vil motvirke forhold som gir ulikhet i levekår og vil legge forholdene til rette for at den enkelte skal ha mulighet til å ta ansvar for seg selv og andre. Regjeringens mål er at det norske velferdssamfunnet skal gi likeverdige helse- og sosialtjenester for alle uansett bosted og økonomiske forutsetninger. Helse- og sosialpolitikken skal være basert på grunnleggende verdier som økonomisk og sosial trygghet, felles finansiering og en rettferdig fordeling av rettigheter og plikter.

De siste årene har vært preget av sterk økonomisk vekst og velstandsutvikling. Regjeringen la i juni 1999 fram en stortingsmelding som gir en bred gjennomgang av forskjeller i levekår (Utjamningsmeldinga). Analysen viser bl.a. at en mindre gruppe ikke har fått del i velstandsutviklingen på samme måte som det store flertallet. Svak økonomi faller ofte sammen med dårlige levekår på andre områder. Regjeringen vil møte denne utviklingen med målrettede tiltak for de svakest stilte gruppene i samfunnet.

Velferd og gode levekår skal komme både nåværende og framtidige generasjoner til gode. En stabil og god økonomi er viktige forutsetninger for kvaliteten og omfanget av velferdsordningene i framtiden. Den økonomiske utviklingen er avgjørende for mulighetene til å gjennomføre nye reformer samt å videreføre, eventuelt forbedre eksisterende ordninger.

1.1 Prioritet til den som trenger det mest

Innenfor den nøytrale budsjettpolitikken som det legges opp til for 2000, prioriterer Regjeringen midler til helse og omsorg. Opptrappingen av helsetilbudet på de mest forsømte områder; psykiatri, kreft og utstyr til sykehus og gjennomføring av eldreplanen utgjør hoveddelen av satsingene.

Regjeringens mål er at alle skal sikres et godt og likeverdig tilbud om behandling og pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av bosted, alder, inntekt og sosial bakgrunn.

Et godt utbygd helsetilbud er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å oppnå en god allmennhelse i befolkningen. Det må legges vekt på helsefremmende og forebyggende tiltak i alle sektorer av samfunnet. Utjamning av levekår bidrar også til en bedring av folkehelsen.

Behovet for helsetjenester vil øke i årene framover etter hvert som det blir stadig flere i de eldste aldersgruppene. Samtidig forventes en videre utvikling av medisinsk teknologi og, som en konsekvens av det, økt etterspørsel etter helsetjenester. Regjeringen vil gjennom oppfølging av nasjonal kreftplan og utstyrsinvesteringer ved norske sykehus, og opptrappingsplan for psykisk helse sikre økt ressurstilgang til helsetjenesten fremover samtidig som eksisterende ressurser brukes på en effektiv måte. Regjeringen vil styrke den lindrende behandlingen og gi aktiv livshjelp til uhelbredelig syke og

døende. Som ledd i forberedelsene til gjennomføring av Fastlegeordningen fra 1. januar 2001 forsterkes innsatsen for en bedre legedekning i distriktskommunene.

Eldreomsorgen må styrkes i kvalitet og kvantitet. Handlingsplan for eldreomsorgen, hvor staten bidrar med investeringstilskudd til utbygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser og øremerkede midler til pleie- og omsorgstjenester, legger grunnlaget for en utbygging som vil sikre et godt og fleksibelt tjenestetilbud for eldre. Kommunene skal med disse virkemidlene være i stand til å bygge ut tilbudet i takt med aldersutviklingen og til å heve kvaliteten på det tilbudet som gis.

1.2 Økonomisk og sosial trygghet gjennom folketrygden

Ved utgangen av 1998 mottok vel 1,4 millioner mennesker stønader fra folketrygden. Vel 600 000 av disse var alderspensjonister. Regjeringen holder fast ved folketrygden som det bærende element i vårt samlede sosiale sikringssystem. Folketrygden skal sikre inntekt og kompensasjon for utgifter ved alderdom, uførhet, sykdom, fødsel, arbeidsledighet og tap av forsørger. Det gir økonomisk trygghet og bidrar til både sosial omfordeling og omfordeling innenfor den enkeltes livsløp. Folketrygden skal også bidra til hjelp til selvhjelp med sikte på at den enkelte skal kunne forsørge seg selv og klare seg best mulig til daglig.

Trygdeordningene må vurderes i forhold til formålene, behovene og samfunnsutviklingen. Regjeringen legger stor vekt på at folketrygden skal være forutsigbar for den enkelte, men dette innebærer også at eksisterende ordninger må kunne vurderes på nytt for å tilpasses endringer i befolkningens behov og samlede prioriteringer. Regjeringen vil bevare og utvikle folketrygdens stønadsordninger som et godt sosialt sikkerhetsnett for personer som av helsemessige eller sosiale årsaker ikke kan delta i arbeidslivet. Utjevningsmeldingen viser at enkelte grupper kan ha dårlig økonomi over lengre tid som følge av at de faller utenfor både arbeidsliv og trygdeordninger. Regjeringen er opptatt av å gjøre det sosiale sikkerhetsnettet mer finmasket, og dermed bedre forholdene for dem som er vanskeligst stilt.

2 Nærmere om Sosial- og helsedepartementets budsjettforslag for 2000

2.1 Samlet budsjettforslag fordelt på programområder

Sosial- og helsedepartementets samlede budsjettforslag for 2000 er på 179,6 mrd. kroner (jfr. tabell 2.1). Dette svarer til om lag 14,6 pst. av forventet brutto nasjonalprodukt for 2000. Folketrygdens utgifter utgjør en dominerende andel med ca. 85 pst. av de samlede utgiftene på Sosial- og helsedepartementets budsjett.

Budsjettforslaget innebærer en vekst på 6,7 pst. sammenliknet med vedtatt budsjett for 1999 målt i løpende priser, eller ca. 11,3 mrd. kroner. Utgiftene til folketrygden øker med om lag 9,0 mrd. kroner fordelt med 7,55 mrd. kroner eller 5,9 pst. under område 29 Sosial omsorg og 1,47 mrd. kroner eller 10,6 pst. under område 30 Helsevern.

Om lag 3,5 mrd. kroner av denne veksten skyldes økt grunnbeløp i folketrygden fra 1. mai 1999. Når en i tillegg korrigerer for virkningen av forventet pris- og lønnsvekst fra 1999 til 2000 og enkelte tekniske forhold, innebærer budsjettforslaget en reell underliggende utgiftsvekst på om lag 3,7 pst., eller ca. 6,4 mrd. kroner.

Av denne reelle underliggende veksten på 6,4 mrd. kroner utgjør veksten i sykepenges knapt 1,0 mrd. kroner. Utgiftene til uførepensjon er anslått å øke med vel 1,7 mrd. kroner. Blant de største postene i trygdebudsjettet ellers, viser utgiftene til alderspensjoner en økning på om lag 300 mill. kroner, rehabiliteringspenges om lag 220 mill. kroner, tekniske hjelpemidler om lag 350 mill. kroner, legemidler om lag 390 mill. kroner og sykepleieartikler om lag 90 mill. kroner. Satsingen på eldre viser en reell

Sosial- og helsedepartementet

styrking med om lag 740 mill. kroner. Dette tilsvarer en nominell vekst på om lag 800 mill. kroner. Bevilgningene samlet til psykisk helse, driftstilskudd til somatiske sykehus, fastlegereformen, kreftomsorg og sykehusutstyr økes reelt med om lag 1,45 mrd. kroner.

Den underliggende veksten i budsjettet for 2000 vil i forhold til anslag på regnskap for 1999 være noe mindre på grunn av tilleggsbevilgninger og endrede anslag for 1999 bl.a. økte utgifter til innsatsstyrt finansiering. Under de regelstyrte ordningene i Folketrygden, ligger det for 1999 nå an til et mindrebehov i forhold bevilgningen for 1999 på anslagsvis 150-200 mill. kroner.

Tabell 2.1 Sosial- og helsedepartementets samlede budsjett (utgifter) fordelt på programområder. Mill. kroner

Programområde		Regnskap 1998	Bevilgning 1999	Forslag 2000	Endring 1999-2000	Endring 1999-2000 i pst.
<i>Statsbudsjettet :</i>						
09	Sosiale formål	4 879	5 905	6 506	601	10,2
10	Helsevern	19 760	20 429	22 149	1 720	8,4
05.3	Helse- og sosialberedskap	12	12	12	0	0
Sum statsbudsjettet		24 651	26 346	28 667	2 321	8,8
<i>Folketrygden :</i>						
29	Sosiale formål	120 499	128 080	135 633	7 553	5,9
30	Helsevern	13 795	13 852	15 327	1 475	10,6
Sum folketrygden		134 294	141 932	150 960	9 028	6,4
Sum Sosial- og helsedepartementet		158 945	168 278	179 627	11 349	6,7

2.2 Nærmere om profilen i budsjettet

Sosial- og helsedepartementet har i budsjettet følgende prioriteringer:

- Handlingsplan for økt tilgang på helse- og sosialpersonell følges opp.
- Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå følges opp.
- Den femårige plan for utstyrsinvesteringer på sykehus følges opp.
- Nasjonal kreftplan gjennomføres.
- Forebyggende helsearbeid, med satsing på tobakksforebyggende arbeid og sunnere kosthold
- Handlingsplan mot antibiotikaresistens følges opp
- Utbyggingen av behandlingsskapasitet i somatiske sykehus fortsetter.
- Fastlegereformen forberedes iverksatt fra januar 2001.
- Det gjennomføres en omfattende utbygging av eldreomsorgen.
- Tiltak for å bedre levekårene for de dårligst stilte herunder styrking av Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje.
- Tiltak for rusmiddelmissbrukere, herunder metadonassistert rehabilitering.
- Handlingsplan for funksjonshemmede gjennomføres.

2.2.1 Satsingsområder

Tabell 2.2 Økte midler i forhold til vedtatt budsjett 1999 (SIII) til viktige satsinger på Sosial- og helsedepartementets budsjett i mill. kroner

Opptrappingsplan psykisk helse	408
<i>Herav</i>	
– Kommunale tiltak	172
– Fylkeskommunale tiltak	168
– Tiltak stat	68
Nasjonal kreftplan, livshjelp og forebyggende helsearbeid	150
– Stråleterapi	
– Mammografiscreening	
– Satsing på forebyggende helsearbeid	
– Livshjelp	
Utstyrsinvesteringer i sykehus	500
Øvrig styrking innen helsesektoren	
– Innsatsstyrt finansiering	745
– Telemedisin og telemedisinsk nett	29
– Handlingsplan antibiotikaresistens	5
– Medisinerutdanning SIA	11,25 ¹⁾
– Fastlegereformen	82 ²⁾
– Lege og tannlegerekuttering til distriktene	5
Handlingsplanen for eldreomsorg	1 419
<i>Herav</i>	
– Tilskudd til omsorgstjenester, inkludert 5,5 mill. kroner til evaluering og oppfølging	800
– Investeringsstilskudd	619 ³⁾
Tiltak for utjamning av inntekt og levekår	
– Opplæringstiltak i kommuner	10
– Forsøk aktive tilbud langtids sosialhjelpmottakere	5
– Spesielle tiltak for bostedsløse	5
– Forsøk lønns subsidiering av lengre varighet for personer med kroniske og variabelt helseproblem	20 ⁴⁾
– Boligtilskudd til utleieboliger	20 ³⁾
Endringer i trygdeordninger mv.:	
– Nedjustering av minste inntektsgrunnlag for sykepenger tilbake til ½ grunnbeløp (fra 1¼ grunnbeløp)	55
– Tolkehjelp for døve	4
– Endret avkorting av pensjon mot inntekt fra politiske verv og tillitsverv i frivillige organisasjoner	1
– Ordningen med trygdeetatens kjøp av helsetjenester.	10
Øvrige tiltak innen sosialsektoren	
– Tiltak for rusmiddelmisbrukere, herunder metadonassistert rehabilitering	33,4
– Personlig assistenter for funksjonshemmede	10

Sosial- og helsedepartementet

- 1) Under Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets budsjett.
- 2) Herav 10 mill. kroner under Kommunal- og regionaldepartementets budsjett kap. 571 Rammetilskudd til kommuner.
- 3) Under Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.
- 4) Under Arbeids- og administrasjonsdepartementets budsjett

Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001

I budsjettforslaget for 2000 er det avsatt ca. 402 mill. kroner til personell- og kompetansetiltak. Dette representerer en økning på om lag 40 mill. kroner sammenliknet med 1999. Økningen skjer hovedsakelig som ledd i opptrappingsplanen for psykisk helse, nasjonal kreftplan og til å bedre lege- og tannlegerekutteringen i distriktene, og inngår dermed i tabellen ovenfor. I 2000 foreslås også en styrking av den desentraliserte sykepleieutdanningen. Det vises til omtalen under kap. 705 post 61. Planen er nærmere omtalt under pkt. 4 Personell og kvalifiseringstiltak innenfor Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde.

Forsøk med rammefinansiering

I forbindelse med forsøk med rammefinansiering i kommunene blir det overført beløp under flere av tilskuddene under Sosial- og helsedepartementet til Kommunal- og regionaldepartementet, herunder eldreplanen og planen for psykisk helse. Det vises for øvrig til punkt 2.3 for en nærmere gjennomgang av det samlede økonomiske opplegget for kommunesektoren.

Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006

Psykisk helsevern var gjennom mange år et forsømt område. Derfor var det viktig for Regjeringen å ta et krafttak for psykisk helsevern. Stortinget sluttet seg våren 1998 til en forpliktende opptrappingsplan over 8 år. Planen innebærer at det skal investeres for om lag 6,3 mrd. kroner i løpet av planperioden, og at driftsutgiftene gradvis økes til et nivå som ligger reelt ca 4,6 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998. Det legges til rette for statlig styring gjennom bruken av øremerkede tilskudd og særskilte engasjementer ved fylkeslegekontorene. Planleggingen av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser står sentralt i gjennomføringen av tiltak og for at de statlige øremerkede tilskuddene skal nyttes på en god måte i tråd med forutsetningene. Det stilles krav om kommunal og fylkeskommunal planlegging før øremerkede midler kommer til utbetaling.

Regjeringen følger opp psykiatrisatsingen i budsjettforslaget for 2000 ved at det settes av 408 mill. kroner mer til opptrappingsplan for psykisk helse sammenliknet med vedtatt budsjett for 1999. Dette innebærer at de samlede øremerkede bevilgningene til psykisk helse kommer opp i 1342 mill. kroner i 2000 medregnet nivået på bevilgningene før opptrappingsplanen. I tråd med St.prp. nr. 63 (1997-98) er det lagt opp til en moderat innfasing av opptrappingsplanen i begynnelsen av planperioden. Satsingsmidlene foreslås fordelt med 172 mill. kroner til kommunene, 168 mill. kroner til fylkeskommunene og 68 mill. kroner til ulike statlige tiltak, herunder arbeidsmarkedstiltak og utdannings- og forskningstiltak.

Nasjonal kreftplan, livshjelp og forebyggende helsearbeid

Nasjonal kreftplan har tre sentrale hovedmål: å redusere antall nye krefttilfeller, øke mulighetene for bedre helbredelse ved tidlig diagnose og øke behandlingsskapasiteten, herunder lindrende behandling. I handlingsplanperioden skal innsatsen mot tobakk og tiltak for et riktigere kosthold og mosjon økes for på sikt å redusere økningen i antall krefttilfeller. Mammografiscreening er planlagt utvidet til et landsdekkende tilbud til kvinner i alderen 50-69 år. Innen 2003 skal tidlig diagnose ved masseundersøkelser og utbygging av tiltak for påvisning av arvelig kreft gi et bedre system for tidlig diagnose og redusert dødelighet av kreft. Den nasjonale strålebehandlingsskapasiteten skal bygges opp til en tilstrekkelig kapasitet på landsbasis. Det skal utvikles stråleterapi som satellittavdelinger ved noen sentralsykehus. Det skal videre etableres kompetansesentra innen lindrende behandling ved alle landets regionsykehus. Innen 2003 skal utdannings-

/videreutdanningskapasiteten være øket slik at Norge utdanner tilstrekkelig helsepersonell til å utvikle landsdekkende mammografiscreening og driften av 36 strålemaskiner. I budsjettet for 2000 foreslås bevilgningene til oppfølging av kreftplan økt med 150 mill. kroner. Dette innebærer at de samlede bevilgninger for 2000 til Nasjonal kreftplan kommer opp i 346 mill. kroner.

I 2000 foreslås bevilgningen til Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF) og Statens tobakksskaderåd (STR) knyttet til Nasjonal kreftplan styrket med 15 mill. kroner som bl.a. skal benyttes til å utvide det lokalt orienterte forebyggingsarbeidet om kost, mosjon og røykfrihet til å gjelde alle landets fylker. Konkrete tiltak i forhold til lokalt engasjement omkring kost og mosjon er knyttet til områdene frukt og grønnsaker, velorganiserte skolemåltider, fysisk aktivitet og overvekt. Innenfor tobakksskadeforebygging arbeides det for å etablere og skolere ressursgrupper som skal bistå i det tobakksskadeforebyggende arbeidet. Ressursgruppene vil være sentrale i den lokale kompetanseoppbyggingen og kursvirksomheten i samarbeid med fylkeslegene.

Utstyrsinvesteringer ved norske sykehus

Ved behandlingen av St.prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus, jf. Innst. S. nr. 226 (1997-98) vedtok Stortinget en 5-årig plan for å bedre utstyrssituasjonen i norske sykehus. Planen skal gjennomføres i perioden 1998-2002 med en samlet statlig bevilgningsramme på nær 3,0 mrd. kroner. Medregnet fylkeskommunal medfinansiering legges det opp til ca. 5,3 mrd. kroner til investeringer i medisinsk teknisk utstyr i løpet av planperioden. I budsjettet for 2000 foreslås bevilgningen til fornyelse og nyanskaffelse av medisinsk teknisk utstyr økt med 500 mill. kroner i forhold til vedtatt budsjett for 1999, slik at det for 2000 foreslås en statlig bevilgning på til sammen 795 mill. kroner til dette formålet.

Øvrig styrking innen helsesektoren.

Sykehusbehandling - innsatsstyrt finansiering

Hovedmålet med finansieringsordningen er å øke behandlingsaktiviteten ved landets somatiske sykehus. Det er lagt til grunn en vekst på vel 3 pst. i 1999 som videreføres i 2000. En forventet aktivitetsvekst på om lag 2 pst i 2000 sammenlignet med 1999, gir et finansieringsbehov på kap. 730, post 60 på 11 045 mill. kroner. Vedtatt budsjett for 1999 var 10 300 mill. kroner.

Bevilgningen til innsatsstyrt finansiering av somatiske sykehus er foreslått omgjort til en overslagsbevilgning.

Det foreslås å opprette en enhet utenfor Sosial- og helsedepartementet som skal bistå departementet og fylkeskommunene med relevant informasjon slik at forutsigbarheten i finansieringsordningen øker. En slik oppbygging av kompetanse på denne finansieringsordningen utenfor departementet, vil legge et grunnlag for bedre økonomistyring i fylkeskommunene og en bedre oppfølging av ordningen fra departementet.

Telemedisin og telemedisinsk nett.

Regionsykehuset i Tromsø har gjennom flere år drevet et nasjonalt kompetansesenter innen telemedisin. Nytteverdien av telemedisin er vurdert som relativt stor på flere medisinske fagfelt. Det gir også store muligheter for å spre kunnskap og kompetanse inne helsetjenesten og gir innsparinger i form av reduserte reiseutgifter. De næringsmessige sider av telemedisin må videreutvikles i samarbeid med forskningsmiljøer og næringslivet. Det foreslås 29 mill. kroner til videreutvikling av telemedisin, hvorav 24 mill. kroner til nasjonalt kompetansesenter innen telemedisin i Tromsø, samt 5 mill. kroner til oppbygging av nettverk hvor primærhelsetjenesten trekkes inn.

Handlingsplan antibiotikaresistens.

Antibiotikaresistens er et alvorlig og økende problem. En prosjektgruppe har utarbeidet et forslag til plan for å motvirke antibiotikaresistens som har vært på bred høring. Landbruksdepartementet, Fiskeridepartementet, Miljøverndepartementet og Sosial- og helsedepartementet vil på bakgrunn av forslag til plan og høringsuttalelsene utarbeide Regjeringens handlingsplan for å motvirke antibiotikaresistens. Bevilgningen knyttet til oppfølging av handlingsplanen foreslås styrket med 5 mill. kroner i 2000 på Sosial- og helsedepartementets budsjett, slik at bevilgningen til Handlingsplanen i 2000 blir 10 mill. kroner, hvorav 2 mill. kroner avsettes til forskning.

Medisinerutdanning SiA

Helseministeren har varslet overfor Stortinget at Regjeringen vil utrede om Sentralsykehuset i Akershus (SiA) igjen skal få oppgaver innen klinisk utdanning av medisinerstudenter. I 1998 forelå det en arbeidsgrupperapport med forslag om at undervisningen ved SiA inngår som en del av Universitetet i Oslo. I St. prp. nr. 1 (1998-99) ble det uttalt at Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet vil komme tilbake til saken.

Undervisning av medisinerstudenter ved SiA sees som et viktig bidrag for å øke tilgangen på leger i Norge. I 1999 er det bevilget 1 mill. kroner fra Sosial- og helsedepartementet til Akershus fylkeskommune til start på planarbeid. Videre er Universitetet i Oslo tildelt 1 mill. kroner over Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets budsjett i 1999. For 2000 foreslås det 11,25 mill. kroner over Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets kap. 260 til etablering av medisinerutdanning ved SiA fra høsten 2000, som en del av undervisningen ved Universitetet i Oslo. Det legges opp til et årlig opptak med 30 studenter, der de første 15 studentene tas opp høsten 2000. Midler over Sosial- og helsedepartementets budsjett vil først bli aktuelt fra tredje år av studiet, da den kliniske undervisningen i sykehuset begynner.

Nasjonalt medisinsk museum

En arbeidsgruppe har i en rapport utarbeidet konkrete planer for etablering av et Nasjonalt medisinsk museum. I tråd med arbeidsgruppens anbefaling foreslår departementet at det opprettes et nasjonalt medisinsk museum i Den gamle Administrasjonsbygning på Rikshospitalet. For 2000 foreslås en prosjekteringsbevilgning på 3 mill. kroner.

Primærlegetjenesten og innføring av fastlegeordningen

Fastlegeordningen skal være i full drift fra 1.1.2001. Fastlegereformen berører hele befolkningen, alle kommuner og allmennleger. I tråd med Stortingets forutsetninger er det etablert et samarbeidsorgan mellom Sosial- og helsedepartementet, Den norske lægeforening (Dnlf), Kommunenes Sentralforbund (KS) og Oslo kommune som har drøftet forarbeidet til reformen.

Høsten 1998 sendte departementet ut et høringsnotat med forslag til regulering og utforming av fastlegeordningen. Odelstingsproposisjon ble lagt frem for Stortinget i september 1999.

Stabilitet i primærlegetjenesten er en forutsetning for å kunne gi fastlegeordningen et reelt innhold. Det er derfor problematisk at flere kommuner har vanskeligheter med å rekruttere leger til faste stillinger. Dette gjelder særlig kommuner i Nord-Norge, men også for kommuner i andre deler av landet. Regjeringens langsiktige strategi for å sikre stabilitet i legetjenesten er å øke tilgangen på leger og en stram politikk for fordeling av legestillinger. Det understrekes at det i fastlegeordningen legges opp til finansieringsmodeller som sikrer legene rimelige inntektsmuligheter også i kommuner med få innbyggere. I tillegg foreslås rammebetingelser som gjør det attraktivt for legene å søke til allmennlegetjenesten. Departementet vil initiere tiltak for å styrke offentlig legearbeid, herunder legetjenesten i sykehjemmene.

Sosial- og helsedepartementet

Høsten 2000 vil hele befolkningen få tilsendt tilbud om å velge fastlege. Rikstrygdeverkets arbeid vil kreve betydelige ressurser. Til Rikstrygdeverkets og departementets forberedelse av fastlegereformen foreslås en økning i bevilgningen for 2000 på 82 mill. kroner, herunder 10 mill. kroner til kommunene som frie inntekter for å kunne planlegge reformen, til totalt 96 mill. kroner i 2000.

Lege og tannlegerekuttering til distriktene.

For å bedre stabiliteten i allmennlegetjenesten i utkantkommunene, satses det på rekruttering av turnusleger og nyutdannede leger. Departementet ønsker å gjøre det mer attraktivt for unge leger å etablere seg i distriktskommuner. I 2000 foreslås avsatt 24 mill. kroner hovedsakelig til tidsavgrensede stimulerings tiltak for å bedre stabiliteten i primærlegetjenesten. Dette innebærer en økning på 4 mill. kroner i forhold til 1999.

Videre foreslås en styrking på 1. mill. kroner til stimulerings tiltak som tar sikte på bedring av tannlegedekningen i distriktene. Det betyr at det samlet bevilges 2,6 mill. kroner til formålet i 2000.

Handlingsplan for eldreomsorg

Gjennomføring av Stortingets vedtatte handlingsplan for eldreomsorgen er et viktig satsingsområde for Regjeringen. I løpet av perioden 1998-2001 legger handlingsplanen opp til en utbygging av 24.400 sykehjemsplasser/omsorgsboliger og en styrking av kommunenes pleie- og omsorgstjenester med over 12 000 nye årsverk. For å styrke tjenestetilbudet foreslås det at de øremerkede midlene til drift økes med ytterligere 800 mill. kroner (under kap. 670, post 61), slik det ble varslet i kommuneøkonomiproposisjonen for 2000. Rammene for tilsagn om tilskudd til investeringer i sykehjem og omsorgsboliger på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett foreslås samtidig opprettholdt på et nivå tilsvarende 5800 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Kommunene er gitt anledning til å fullføre utbyggingen innen 2003, men oppfordres til å utarbeide planer for investeringer, og søke Husbanken før planperioden utløper i 2001. Regjeringen vil følge opp dette innenfor de utbyggingsbehov som ligger til grunn for den vedtatte handlingsplanen. For øvrig vises det til omtale under kat. 09.70. Investerings tilskuddene på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett foreslås økt med til sammen 619 mill. kroner sammenliknet med vedtatt budsjett for 1999.

Tiltak for utjamning av inntekt og levekår

Regjeringen la i vårsesjonen fram Utjammingsmeldinga (St.meld. nr. 50 (1998-99)) Om fordeling av inntekt og levekår i Noreg, med hovedvekt på perioden 1986-97. Analysene i meldinga viser at det er blitt større inntektsforskjeller i Norge i denne perioden, selv om flertallet har gode levekår og de fleste har hatt en positiv utvikling på de viktigste levekårsområder. Det er samtidig tendenser til at enkelte grupper i befolkningen med svak økonomi også har dårlige levekår på andre områder. Regjeringen vil møte denne utviklingen med målrettede tiltak for de svakest stilte gruppene i samfunnet. Regjeringen vil også arbeide for skatteregler som gir en bedre omfordeling mellom de som har høye og de som har lave inntekter. Forbedringer for vanskeligstilte skal skje ved tiltak og tjenester som kan gi den enkelte bedre tilknytning til arbeidslivet og økt selvfølelse, ved en mer sosial boligpolitikk og et mer finmasket sosialt sikkerhetsnett for personer som ikke kan delta i arbeidslivet. I 2000-budsjettet foreslås det avsatt 60 mill. kroner til oppfølging av meldingen. Etter Stortingets behandling av meldingen vil Regjeringen komme tilbake til ytterligere tiltak i de kommende budsjettproposisjoner. Budsjettforslaget fordeler seg på følgende tiltak:

Sosial- og helsedepartementet

Som ledd i oppfølgingen av Utjammingsmeldinga, videreføres og styrkes Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje, med vekt på å heve kvalitet og kompetanse. For 2000 foreslås en økning på 20 mill. kroner, herunder økt satsing på opplærings tiltak i kommunene med 10 mill. kroner. Det foreslås videre å iverksette et forsøk med

kommunalt ansvar for aktive tilbud til langtids sosialhjelpmottakere, med sikte på at de kommer i arbeid. Forsøket vil koste omlag 5 mill. kroner. Det foreslås dessuten avsatt 5 mill. kroner til spesielle tiltak overfor bostedsløse. Blant tiltakene er mindre bruk av hospits, bedre samordning av hjelpetilbudet og styrking av individuell hjelp og botrening.

Tiltak på andre departementers budsjett

Over Arbeids- og administrasjonsdepartementets budsjett foreslås det avsatt 20 mill. kroner til forsøk med lønns subsidiering av lengre varighet for personer med kronisk og variabelt helseproblem. Over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett foreslås avsatt 20 mill. kroner til boligtilskudd til etablering og utbedring av utleieboliger og økning i bostøtten.

Tiltak innen folketrygdens stønadsområde m.v.

Regjeringen legger stor vekt på at pensjonistene får del i den alminnelige velstandsutviklingen. I tråd med dette ble grunnbeløpet i folketrygden 1. mai oppjustert med sikte på å gi trygdede om lag samme inntektsvekst som lønnstakere fra 1998 til 1999.

Retningslinjer for regulering av grunnbeløpet i Folketrygden

Ved behandlingen av trygdeoppgjøret i 1999 vedtok Stortinget følgende forslag framsatt av sosialkomiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Høyre:

« Stortinget ber Regjeringen fremme forslag til nye retningslinjer for regulering av grunnbeløpet slik at de trygdede får en inntektsutvikling om lag på linje med de lønnstakere det er naturlig å sammenlikne med. Regjeringen bes i den sammenheng vurdere mulighetene for å indeksregulere grunnbeløpet. Stortinget forutsetter at forslaget blir lagt fram for Stortinget i god tid før neste trygdeoppgjør starter.»

I det reguleringssystemet som har utviklet seg ved de nåværende retningslinjene, er det lagt vekt på så vel ventet som historisk inntektsutvikling for yrkesaktive. I samsvar med retningslinjene legges det fram under trygdeoppgjøret oversikt over inntektsutviklingen for yrkesaktive (lønnstakere) og pensjonister i tidligere år. Systemet og de gjeldende retningslinjene gir grunnlag for å foreta reguleringer på grunnlag av en særskilt vurdering ved den enkelte regulering.

I nåværende retningslinjer heter det at siktemålet er at inntektsutviklingen for pensjonister skal være om lag på linje med «*venta*» utvikling for yrkesaktive, og i tråd med de prinsipper og mål som er lagt til grunn for gjennomføring av det inntektspolitiske opplegget ellers. Regjeringen foreslår på denne bakgrunn at retningslinjene for regulering av grunnbeløpet endres slik at det i retningslinjene skal stå at «Siktemålet for reguleringa skal vera å gi pensjonistar med folketrygdpensjon ei inntektsutvikling om lag på linje med utviklinga for yrkesaktive og i tråd med dei prinsipp og mål som er lagt til grunn for gjennomføringa av det inntektspolitiske opplegg elles.»

Ved de såkalte prosedyredrøftingene vinteren 1999 ble staten og organisasjonene enige om at vurderingen av lønnsutviklingen foregående år blant annet skulle baseres på «gjennomsnittlig årslønnsvekst for alle grupper under ett».

Regjeringen foreslår en endring av retningslinjene i samsvar med dette.

Det vises til forslag i St.prp.nr. 1 for Arbeids- og administrasjonsdepartementet, og til omtale i Nasjonalbudsjettet.

Situasjonen for enslige forsørgere.

Situasjonen for enslige forsørgere er belyst i Utjamningsmeldinga. Den store omleggingen av stønadsordningen for denne gruppen, som ble gjennomført 1. januar 1998, vil bli evaluert. Ettersom omleggingen blir gjennomført med en overgangstid på tre år, vil en ikke se full effekt av den før i 2001.

Nye beregningsregler for rehabiliteringspenger og attføringspenger

I Ot.prp. nr. 48 (1998-99) foreslås innført nye beregningsregler for rehabiliteringspenger og attføringspenger fra 1. januar 2000. Stortinget har ikke behandlet lovforslaget i vårsesjonen 1999. Regjeringen legger til grunn at de nye beregningsreglene blir innført fra 1. januar 2001.

Minstegrunnlag sykepenger

Minste inntektsgrunnlag for rett til sykepenger fra folketrygden ble hevet fra 1. januar 1999 som et ledd i en budsjettmessig innstramming for 1999. Som varslet i St.prp. nr. 67 (1998-99) foreslås nedre inntektsgrense nedjustert. Ny nedre inntektsgrense foreslås til ½ grunnbeløp med virkning fra 1. juli 2000. Nye beregninger viser at merutgiften på helårsbasis utgjør 140 mill. kroner, og at merutgiften for år 2000 utgjør 55 mill. kroner.

Uføre og frivillig arbeid.

Det foreslås at en ved vurdering av uføregraden skal se bort fra inntekt opp til ett grunnbeløp for politiske verv og tillitsverv i frivillige organisasjoner. Merutgiftene er anslått til 1 mill. kroner i 2000.

Ordningen med trygdeetatens kjøp av helsetjenester.

Ordningen med trygdeetatens kjøp av helsetjenester trappes videre opp i løpet av 2000. Ordningen styrkes med 10 mill. kroner (til 35 mill. kroner) i 2000. Aktiviteten har vært stor i 1999 og alle fylker er nå i gang.

Øvrige tiltak innen sosialsektoren*Tiltak for rusmiddelmisbrukere, herunder metadonassistert rehabilitering*

Regjeringen foreslår styrking av budsjettet for 2000 med 33,4 mill. kroner i forhold til vedtatt budsjett for 1999. Det legges vekt på bl.a. å utvikle ettervernstiltak, helsetjenestetilbud for de mest utsatte misbrukerne og metadonassistert rehabilitering. Tilbudet om metadonassistert rehabilitering er nå landsdekkende. Ved utgangen av 1999 vil om lag 600 klienter være mottakere av metadonassistert rehabilitering. Fortsatt står mange heroinmisbrukere på venteliste til metadonassistert rehabilitering, og kostnadene vil derfor øke ytterligere i 2000.

Brukerstyrt personlig assistent - Handlingsplan for funksjonshemmede

Bevilgningen til brukerstyrte personlige assistenter for funksjonshemmede foreslås økt med 10 mill. kroner til 45 mill. kroner. Tilskudd som allerede er gitt til godkjente brukere blir videreført samtidig som bevilgningen gir rom for ca. 200 nye brukere i 2000. Departementet tar sikte på å fremme en lovproposisjon høsten 1999 om endring i sosialtjenesteloven som innebærer at kommunene får en plikt til å etablere ordningen med brukerstyrt personlig assistent på linje med andre sosiale tjenester. De administrative og økonomiske konsekvensene vil bli nærmere omtalt i proposisjonen.

Tolkehjelp for døve – Handlingsplan for funksjonshemmede.

Trygdeetatens driftsbudsjett er økt med 4 mill. kroner til å ansette tolker i faste stillinger i hjelpemiddelsentralene.

For en nærmere statusgjennomgang av Handlingsplan for funksjonshemmede vises det til kategoriomtalen under 09.70.

2.2.2 Tiltak for mer effektiv ressursbruk og andre budsjetttiltak

Økt overskuddsandel Vinmonopolet

Det foreslås at statens andel av Vinmonopolets overskudd økes til 40 pst. av resultatet i 1999, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgift. Isolert sett vil statens inntekter i 2000 øke med knapt 5 mill. kroner som følge av dette

Krav til produktivitetsforbedringer mv. Innsatsstyrt finansiering (ISF)

I budsjettforslaget for 2000 er det avsatt 11 045 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Anslaget bygger på 2 pst. vekst fra det nye prognostiserte aktivitetsnivået i 1999. Opplegget bygger på en videreføring av 50 pst. DRG-refusjon. Ved inngangen til 2000 har den nye finansieringsordningen virket i 2 ½ år. Ordningen stimulerer sykehusene i større grad enn den tidligere rammefinansieringsordningen til å fokusere på kostnadsforhold og identifisere flaskehalser for effektiv pasientbehandling. Samtidig er det vedtatt en plan for utstyrsinvesteringer i sykehus på 5,3 mrd. kroner fra 1998 til 2002. I de tilfeller der dårlig og mangelfullt utstyr i dag hindrer effektiv pasientbehandling, vil utstyrsplanen avhjelpe dette. Det foreligger tall som indikerer store variasjoner i produktivitet mellom sykehusene. Selv om noen av disse variasjonene bl.a. kan tilskrives ulik bygningsmessig funksjonalitet, tyder tallene likevel på at det er et potensiale knyttet til å "lære av" de mest effektive sykehusene. Forum for organisasjonsutvikling i sykehus, som er opprettet og drives i samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes sentralforbund, har en viktig funksjon i denne sammenheng. Medregnet budsjettforslaget for 2000, vil staten over en tre-årsperiode ha bevilget knapt 20 mill. kroner til dette formålet (jf. nærmere omtale i kap. 739, post 21). Prosjekter i regi av forumet har vist potensiale for organisasjonsforbedringer som vil kunne gi økt produktivitet. Videre viser tall fra SAMDATA at det i 1998 ble behandlet 2 nye pasienter per uke for hver ny lege. På bakgrunn av de forhold som det her er redegjort for, er det i budsjettforslaget for 2000 lagt inn et effektiviseringskrav på 180 mill. kroner. Enhetsprisen reduseres tilsvarende 150 mill. kroner. I tillegg reduseres kompensasjon gitt for endringer i DRG-systemet i 1999 fra 60 til 30 mill. kroner. Kompensasjon for endringene i 1999 ble omtalt i St. prp. nr. 60 (1997-1998). Det er gitt full kompensasjon i 1999 for endringer i DRG-systemet ved en engangsutbetaling.

Egenbetaling for visse helsetjenester

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 1999 ba sosialkomiteen om en gjennomgang av de samlede utgifter til egenandeler for brukere som pga. sin helsesituasjon har stort behov for varer og tjenester som er belagt med egenandeler.

Regjeringen har igangsatt et arbeid for å se nærmere på egenandelsspørsmål. I den forbindelse har Statistisk sentralbyrå (SSB) på oppdrag av departementet startet forberedelsene til en kartlegging av brukernes samlede egenbetaling gjennom en intervjuundersøkelse. En vurdering av behovet for ytterligere skjerming må baseres på hva storbrukere av helsetjenester har i samlet egenbetaling. Bare en egen undersøkelse slik SSB har fått i oppdrag å utføre, kan gi et godt nok grunnlag for en slik samlet vurdering. Kartleggingen bør også kunne gi kunnskap om hvilke ordninger det er mest behov for å se nærmere på, hvis en ytterligere skal skjerme de mest utsatte gruppene. I tillegg må en også drøfte hvordan en eventuell ny skjermingsordning som omfatter både kommunale og statlige tjenester kan utformes. Departementet vil komme tilbake med en samlet vurdering av egenandelsspørsmålet i statsbudsjettet for 2001.

I budsjettforslaget for 2000 legges det på denne bakgrunn opp til å øke enkelte egenbetalingssatser om lag tilsvarende forventet lønnsutvikling. Dvs. at brukernes utgifter til egenandeler som andel av inntekt er om lag uendret fra 1999 til 2000.

Egenandelene for legehjelp, psykologhjelp og fysioterapi foreslås økt med 3,5 pst. Maksimal egenandel for legemidler på blåresept foreslås økt fra 330 til 340 kroner.

Egenandelstaket foreslås økt fra 1320 kroner for 1999 til 1370 kroner for 2000. Maksimalsatsene for egenbetaling ved korttidsopphold på sykehjem foreslås økt fra 100 til 108 kroner og fra 50 til 54 kroner for henholdsvis døgn- og dag-/nattopphold. Justeringene foreslås gjennomført fra januar 2000. Samlet budsjettvirkning er anslått til om lag 170 mill. kroner.

Redusert apotekavanse

Resultatutviklingen i apoteknæringen har vært bedre enn forutsatt. Apotekenes maksimale avansesatser vil derfor bli satt ned i 2000. Dette vil medføre en innsparing for Folketrygden på anslagsvis 45 mill. kroner.

Avvikling av grunnstønad til telefon for nye tilfeller

Endringen foreslås fra 1. januar 2000 og gjelder bare nye tilfeller. Tiltaket er beregnet til å gi en mindretgift på 4 mill. kroner i 2000.

Syketransport

Departementet foreslår tiltak på syketransportfeltet som vil gi en netto innsparing i 2000 anslått til 8 mill. kroner.

Innsparingen knytter seg for det første til tiltak i forbindelse med områdegjennomgangen av hele syketransportfeltet, som overgang til ny kjørekontormodell og innføring av nytt landsomfattende edb-opplegg for samordning av syketransport. Videre foreslås "prosjekt ambulant helsetjeneste i Finnmark" gjort permanent. Dette er et prøveprosjekt der fysioterapeuter og kiropraktorer kan reise og behandle pasienter i nærheten av deres hjemsted i stedet for at hver enkelt pasient skal reise til nærmeste behandler.

I tillegg vil den økte satsingen på telemedisin med videreutvikling av nasjonalt kompetansesenter for telemedisin og telemedisinsk nett føre til reduserte reiseutgifter på anslagsvis 7 mill. kroner i 2000.

Fritt sykehusvalg skal innføres i løpet av 2000. Det er lagt til grunn at ordningen samlet sett ikke gir merutgifter til syketransport. Det foreslås derfor at egenandelen ved bruk av fritt sykehusvalg settes til 400 kroner ved reise tur/retur (200 kroner pr. reise). Merutgiftene foreslås dekket inn ved en økning av den alminnelige egenandelen ved syketransport med 5 kroner pr. reise til 60 kroner (120 kroner tur/retur) fra 1. januar 2000. Det foreslås for øvrig at egenandelen for dem som benytter fritt sykehusvalg ikke skal kunne tas under utgiftstak- og frikortordningen, jf. omtale under kategori 10.30.

Samordning av luftambulansetransport

Luftambulanseutvalget (NOU 1998:8) har pekt på at dagens regelverk for dekning av utgifter til luftambulansetransport ikke blir fulgt opp i praksis. Det foreslås derfor en innskjerpning av bestemmelsen om fylkeskommunal betaling for tilbakeføringsoppdrag, slik at fylkeskommuner som ønsker å benytte ambulansedyene til tilbakeføringer, selv dekker kostnadene. Tiltaket er anslått til å gi en innsparing på 5 mill. kroner i 2000.

Justering av ordningen med lokale bidrag fra Folketrygden

Det kan under kap. 2790 post 70 ytes bidrag til dekning av utgifter til helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. For 2000 foreslås å heve minste utgiftsbeløp for å få bidrag fra 900 kroner til 1000 kroner. Tiltaket er beregnet å gi en innsparing på 7 mill. kroner i 2000.

Pris og kontraktsforhandlinger ortopediske hjelpemidler

Det foreslås iverksatt anbud på produksjonsdelen av ortopedisk skotøy og faste priser på proteser og ortoser. I tillegg vil en vurdere endringer idet nåværende

søknadssystemet for ortopediske hjelpemidler. Tiltakene er anslått å gi innsparinger på om lag 5 mill. kroner i 2000.

Justering av trafikkskadeavgiften

1. januar 1991 ble det innført en ordning med premietillegg til den obligatoriske trafikkskadeavgiften. Premietillegget var ment å dekke en del av folketrygdens utgifter ved trafikkskade, og ved innføringen av ordningen ble satsene fastsatt til 200 kroner pr. år for vanlige motorkjøretøyer og 100 kroner pr. år for mopeder, traktorer og veterankjøretøyer.

Satsene har vært uendret siden 1991, og har således ikke økt i samsvar med veksten i folketrygdens utgifter til bl.a. uførepensjon som følge av trafikkskade. Etter gjeldende bestemmelser skal eventuelle endringer i satsene fastsettes innen 1. oktober før premieåret. Ved kgl. res. 24. september 1999 ble satsene med virkning fra 1. januar 2000 endret fra 200 til 320 kroner pr. år for vanlige motorkjøretøyer og fra 100 til 160 kroner pr. år for mopeder, traktorer og veteranbiler. Hensikten var å bringe inntektene fra trafikkskadeavgiften mer i samsvar med folketrygdens utgifter som følge av trafikkskade. Merinntekten er beregnet til 288 mill. kroner.

Tilskuddsforvaltning

Statskonsult har på oppdrag fra Finansdepartementet foretatt en gjennomgang av fylkesmennenes forvaltning av statlige tilskudd. Det legges her vekt på behovet for økt samordning av ulike statlige signaler til kommunesektoren. Departementet har sendt ut et eget rundskriv til kommunene om at en i større grad vil samordne og forenkle arbeidet med ulike handlingsplaner og satsingsområder i helse- og sosialsektoren når det gjelder planlegging og rapportering. Som et ledd i regjeringens prosjekt "Et enklere Norge" skal det, etter at budsjettet er framlagt, sendes ut et rundskriv til kommunene som både gir en samlet framstilling av de nasjonale mål og hovedprioriteringer for helse- og sosialtjenesten og en orientering om alle tilskuddsordningene som går til kommunene.

Samordning av departementets kommunesatsinger

Sosial- og helsedepartementet har vektlagt en styrket samordning av departementets ulike satsinger overfor kommunene gjennom en intern arbeidsgruppe. Høsten 1998 ble det avholdt konferanser for samtlige kommuner under overskriften "Fem planer på ei hand" der departementets handlingsplaner for eldreomsorgen, helse- og sosialpersonell, opptrappingsplanen for psykisk helse, fastlegereformen, og handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje ("Kunnskap og brubygging") inngikk.

Videre har departementet sendt ut rundskriv som kopler delplanlegging innen helse- og sosialtjenesten sterkere til kommunenes ordinære planarbeid (økonomiplan, kommuneplan), og rundskriv om sterkere samordning av rapportering når det gjelder handlingsplanene for eldreomsorgen og for helse- og sosialpersonell, og opptrappingsplanen for psykisk helse. Arbeidet med retningslinjer for individuelle planer på ulike områder innen helse- og sosialtjenesten er påbegynt. Samordningsarbeidet vil bli videreført og trappet opp i tida som kommer.

2.3 Det økonomiske opplegget for kommunesektoren i 2000

Tabell 2.3 Finansiering av driftsutgifter i helse- og omsorgstjenester i kommuner og fylkeskommuner etter finansieringsform. 1997-1998. Prosentvis fordeling.

	Finansiering ved frie inntekter	Øremerkede tilskudd (Statlig finansiering)	Annen inntekt	Sum
Pleie og omsorgstjenester. 1997. (1)	78 %	7 %	15 %	100 %
Sykehus. 1998. (2)	43 %	52 %	5 %	100 %
Psykisk helsevern. 1998. (2)	82 %	15 %	3 %	100 %

Tabellen viser at finansieringen av helse- og omsorgstjenester i stor grad skjer gjennom såkalte frie inntekter, dvs. skatteinntekter og rammetilskudd.

Kommunesektorens inntekter i 1999

I Kommuneøkonomiproposisjonen for 2000 (St.prp. nr. 69 (1998-99)) og i Revidert nasjonalbudsjett for 1999 ble den reelle inntektsveksten for kommunesektoren fra 1998 til 1999 anslått til om lag 1 pst., eller ca. 2 mrd. kroner. Stortinget vedtok ved behandlingen av St.prp. nr. 67 (1998-99) Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 1999 å øke de statlige overføringene med 170 mill. kroner utover regjeringens forslag.

Inntektsanslagene for kommunesektoren er gjennomgått på nytt, og det legges nå til grunn en økning i det reelle inntektsnivået i kommunesektoren på i underkant av 2 mrd. kroner i 1999 i forhold til anslaget i Revidert nasjonalbudsjett. Samlede inntekter i kommunesektoren forventes etter dette å øke reelt med om lag 2 pst. fra 1998 til 1999, eller vel 3,8 mrd. kroner. Oppjusteringen av inntektsanslagene skyldes i all hovedsak økte anslag for skatteinntekter på 1,8 mrd. kroner. I tillegg er anslaget for utgifter til innsatsstyrt finansiering økt med 370 mill. kroner. I motsatt retning trekker økte lønnskostnader som følge av at det nå legges til grunn noe sterkere lønnsvekst fra 1998 til 1999.

Kommunesektorens inntekter i 2000

Regjeringen varslet i Kommuneøkonomiproposisjonen for 2000 en reell vekst i kommunesektorens samlede inntekter på om lag 1¼ pst. fra 1999 til 2000, eller om lag 2,5 mrd. kroner. Innenfor denne rammen ble det lagt opp til en reell vekst i de frie inntektene på om lag ¼ pst. Det ble også varslet at vekstmålsettingen for 2000 kunne bli endret ved framleggelsen av statsbudsjettet i oktober, dersom anslaget for kommunesektorens skatteinntekter i 1999 ble endret i forhold til det anslaget som lå til grunn for Revidert nasjonalbudsjett.

Det legges nå opp til en reell vekst i samlede inntekter til kommunesektoren på om lag ½ pst., eller om lag 1,1 mrd. kroner regnet fra inntektsnivået i 1999 inklusive merinntekter på om lag 2 mrd. kroner. Den betydelige oppjusteringen av kommunesektorens inntekter i 1999 i forhold til anslaget i Kommuneøkonomiproposisjonen, medfører også at nivået for kommunesektorens inntekter i 2000 blir noe høyere enn lagt til grunn i Kommuneøkonomiproposisjonen. Når en ser bort fra merinntektene i 1999 på om lag 2 mrd. kroner, innebærer

budsjettframlegget en reell vekst i samlede inntekter på om lag 3,4 mrd. Kroner fra 1999 til 2000.

Innenfor denne vekstrammen er det særlig lagt opp til styrking av eldreomsorgen, oppfølging av handlingsplaner innenfor helsesektoren (kreft, utstyr og psykisk helse) og en bedring av barnehagetilbudet. De frie inntektene reduseres reelt med 1 700 mill. kroner i 2000 i forhold til faktisk inntektsnivå i 1999. Dette skyldes i hovedsak oppjusteringen av skatteanslaget med 1,8 mrd. kroner etter Revidert nasjonalbudsjett. Som hovedregel foreslås det at øremerkede tilskudd til kommuner og fylkeskommuner ikke prisomregnes i 2000.

3 Noen utviklingstrekk innenfor helse og sosialsektoren

Mottakere av ytelser fra folketrygden

Ved utgangen av 1998 var det vel 1,4 millioner mottakere av stønad fra folketrygden. Av disse mottok nær 1,3 millioner stønad over Sosial- og helsedepartementets del av folketrygdens budsjett.

Antallet alderspensjonister har økt svakt de siste fem årene.

Antallet nye uførepensjonister har økt etter 1993, med unntak av 1996 da det var en liten nedgang. Nytilgangen i 1998 var ca. 17 pst. høyere enn nytilgangen i 1997. Det er regnet med 35 000 nye uførepensjonister i 1999. Det er beregnet at det vil være ca. 271 000 uførepensjonister ved utgangen av 1999.

Antall enslige forsørgere har gått litt ned den senere tid, etter en forholdsvis sterk vekst tidligere på 1990-tallet. Andelen enslige foreldre i arbeid eller utdanning har økt fra 69 til 75 pst. fra juni 1998 til juni 1999. Tallet på enslige forsørgere med overgangsstonad ventes å gå ytterligere ned etterhvert som tidsbegrensningen for overgangsstonad (3 år pluss inntil 2 år ved utdanning) gjeldende fra 1. januar 1998 får virkning. Det har vært en markert nedgang i antall etterlatte ektefeller og familiepleiere på hele nittitallet.

Sykefraværet har økt siden 1994, samtidig som veksten i sysselsetting har vært sterk. Økningen har imidlertid avtatt noe i første halvår 1999. Det har vært en sterk økning i langtidsfraværet. Dette har også medvirket til en viss økning i antall personer på medisinsk rehabilitering siden 1996, og kan i tiden framover også bidra til en sterkere økning i tilgangen på nye uførepensjonister. Også den demografiske utviklingen, med stadig flere personer i 50- og 60-årene, tilsier isolert sett en viss økning i tilgangen til uførepensjon.

Alkohol og narkotika

Det registrerte alkoholforbruket i Norge har siden 1993 vært økende etter en nedgang fra begynnelsen av 1980-tallet. Fra 1996 til 1997 var det en økning på 6,2 pst. målt i ren alkohol pr. innbygger over 15 år. Forbruket i 1998 var noe høyere enn i 1997, men hadde ikke den samme økningstakten. Øl er den dominerende alkoholtype i Norge med 55,1 pst. av den registrerte omsetningen regnet i ren alkohol i 1997. Siden 1980 har den registrerte brennevinsomsetningen vist betydelig nedgang, mens vinomsetningen har steget.

Økt internasjonal, ulovlig produksjon og handel med narkotika har ført til økt tilgang på narkotiske stoffer også i Norge. På 1980-tallet så det ut til at narkotikamisbruket var stabilt, men i siste halvdel av 1990-årene har narkotikamisbruket på nytt vist en økning. Misbruket av stoffer som amfetamin og heroin har fått betydelig geografisk spredning, og antallet hardt problembelastede misbrukere har økt. Flere av disse er blitt mer nedslitte og forkomne, og dødeligheten i gruppen er høy. Det var 270 registrerte narkotikadødsfall i 1998, mot 177 i 1997, 124 i 1994 og 96 i 1991. For første gang var det omtrent like mange dødsfall utenfor Oslo som i Oslo (136 mot Oslos 134).

Sosialhjelp

Utgiftene til økonomisk sosialhjelp og antallet stønadstilfeller økte kraftig i siste halvdel av 1980-årene. Denne tendensen har snudd, og etter 1994 har det vært en nedgang i utgifter og antall stønadstilfeller. I 1997 var antallet stønadstilfeller 157 100, og de årlige utgiftene var for første gang siden 1993 under 4 mrd. kroner (1997-kroner). Foreløpige tall for 1998 viser en ytterligere nedgang, med ca. 3,7 mrd. kroner (1998-kroner) utbetalt i sosialhjelp og 143 000 stønadstilfeller.

Omsorg for eldre og funksjonshemmede

Det er positive utviklingstrekk for pleie- og omsorgstjenesten. I følge Statistisk sentralbyrås foreløpige statistikk er det i løpet av 1998 blitt nesten 2200 flere personer som bor i boliger tilrettelagt for pleie- og omsorgsformål (omsorgsboliger og andre) og ca. 6000 flere personer mottar hjemmetjenester fra kommunene. Videre er det blitt 473 nye plasser i somatiske sykehjem og andelen av rommene i aldersinstitusjonene som er enerom er økt fra 83 til 83,9 pst. i løpet av 1998. Husbankens statistikk viser i tillegg at det i løpet av året har skjedd en betydelig utbedring av eksisterende sykehjem.

Det er blitt om lag 3.100 flere årsverk i pleie- og omsorgssektoren i løpet av 1998. Antall årsverk har økt jevnt de senere årene. Årsverksinnsatsen i forhold til antall brukere av pleie- og omsorgstjenester og i forhold til befolkningen over 80 år og eldre viser en bedring i personelldekningen.

Til tross for positive utviklingstrekk for pleie- og omsorgstjenesten har flere studier vist at det finnes betydelige variasjoner i tjenestetilbudet og at mye kan gjøres for å bedre kvaliteten på tilbudet både i hjemmetjenestene og i sykehjem. Det er blant annet behov for å legge større vekt på praktisering av etiske retningslinjer, vise respekt for den enkelte brukers integritet, praktisere brukermedvirkning og utvikle gode holdninger.

Økningen i de eldste befolkningsgruppene innebærer blant annet flere mennesker med aldersdemens og flere eldre med behov for helsetjenester.

Det er rimelig å se utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene de siste årene i sammenheng med Handlingsplanen for eldreomsorgen, hvor 1998 er planens første år. Kommunene planlegger til sammen 28.700 nye institusjonsplasser/ omsorgsboliger ferdigstilt i perioden 1998-2001. I tråd med regjeringens signaler om å kunne nytte ytterligere to år, har kommunene i tillegg beregnet å ferdigstille ytterligere 5.400 enheter i år 2002. I tillegg til dette planlegger kommunene å utbedre om lag 5.000 plasser i eksisterende bygningsmasse. Planene innebærer at sykehjemsdekningen for landet vil øke fra 18,4 pst. i 1998 til 18,9 pst. i 2003 i forhold til antall eldre over 80 år.

For å klargjøre pleietrengendes rett til å flytte til annen kommune, vil departementet i høst sende ut et rundskriv til kommunene.

Den foreløpige oppsummeringen av statusrapporteringen for psykisk utviklingshemmede viser at kommunene har et ansvar for 18 876 psykisk utviklingshemmede pr. 1.1.99, mens tilsvarende tall pr. 1.1.98 var 19 699. Rapporteringen viser at 54 pst av alle utviklingshemmede bor for seg selv, en økning fra 52 pst. i fjor. 9860 utviklingshemmede eller 76 pst av alle psykisk utviklingshemmede over 20 år har et organisert tilbud på dagtid, enten i form av et dagsentertilbud eller et arbeid/arbeidsmarkedstilbud.

Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering

Det har i de senere årene vært en stor aktivitetsøkning i kommunehelsetjenesten målt i antall utførte årsverk. I allmennlegetjenesten har antall utførte årsverk økt fra 3 345 i 1997 til 3 444 i 1998. Det har skjedd en overgang til flere driftsavtalehjemler mens antall utførte årsverk av fastlønte leger er redusert. Antall utførte årsverk av fysioterapeuter er økt fra 3 247 i 1997 til 3 367 i 1998. Veksten i fysioterapiårsverk har skjedd i fastlønnede stillinger. I 1998 var 2 283 årsverk knyttet til helsestasjon- og skolehelsetjenesten (ekskl. leger og fysioterapeuter). I perioden 1990-98 har

helsestasjons- og skolehelsetjenesten hatt en vekst på om lag 61 pst. målt i antall årsverk.

Muskel- og skjelettsykdommer eller belastningslidelser er fortsatt de helseproblemer som angår flest mennesker. Omlag 20 pst. av befolkningen i yrkesaktiv alder rapporterer slike plager. Hvert år har noe i overkant av 50 pst. av sykmeldingene vært begrunnet i diagnosegruppen muskel- og skjelettlidelser.

Mellom 7 og 9 pst. av skolebarna i Norge har astma, mens forekomsten av høysnue er 15-18 pst. Ut fra tilgjengelig datagrunnlag er det ikke mulig å avgjøre med sikkerhet om befolkningens sykkelighet av astma og allergi har økt på 1980- og 1990-tallet, selv om flere i dag får slike diagnoser.

I 1998 røykte 33 prosent av den norske befolkningen mellom 16 og 74 år daglig. I tillegg kommer 11 prosent av og til røykere. I de siste årene har andelen dagligrøykere, både menn og kvinner, vært stabil. Det er nå omtrent samme andel dagligrøykere blant menn (34 pst) som blant kvinner (32 pst). Dette innebærer at det de nærmeste åra må forventes en betydelig økning i andelen kvinner som får lungekreft og hjerte-/karsykdommer.

I 1996 fikk henholdsvis 10 230 kvinner og 10 541 menn kreft. Forekomsten av kreft har økt fra 7500 tilfeller totalt sett i 1955, og utgjør en økning på 1,2 prosent for kvinner og 1,7 prosent for menn frem til i dag. Andelen som lever fem år etter diagnose har i samme periode økt fra 37 prosent til 55 prosent. Økningen er betydelig for de fleste kreftformer, med ondartet føflekkreft på topp.

Ved utgangen av 1997 var det innmeldt 1 771 HIV positive. Antallet AIDS tilfeller var 606, hvorav 484 av disse var døde. Situasjonen i Norge synes stabil, og det forventes ikke raske endringer de nærmeste årene.

I 1998 ble det utført 14 028 svangerskapsavbrudd i Norge. Dette er en økning på 0,3 prosent i forhold til 1997.

Rehabilitering og habilitering i kommunene er hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunene, men uten presise krav til kommunenes innsats. Undersøkelser viser at bare i et mindre antall kommuner (ca. 35 pst.) er det tverrfaglige arbeidet satt i system eller formelt planlagt. Fylkeskommunenes ansvar for å yte rehabilitering/habilitering følger av ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester. Voksenhabiliteringstjenester er opprettet i alle fylker. Det samme er tilfellet med barnehabilitering og tilbudet til slagpasienter. Egne rehabiliteringsavdelinger i sykehus er opprettet i 15 fylker.

Somatiske spesialisthelsetjenester

Antall sykehusopphold i norske sykehus var 789 941 i 1998. Dette er en økning på ca. 3 pst. i forhold til 1997 (opphold m/liggetid et døgn eller mer). Antall polikliniske konsultasjoner økte med 5 pst. Etter innføringen av Innsatsstyrt finansiering i 1997 og økt satsing på dagkirurgi, har aktiviteten ved landets somatiske sykehus økt.

Samtidig med innføring av finansieringsreformen ble ny garantiordning med 3 måneders behandlingsgaranti tatt i bruk basert på nye prioriteringskriterier (Lønning II utvalgets innstilling, NOU 1997:18). Etter innføring av ny garantiordning har antall brudd på ventetidsgarantien falt fra 25 000 før ordningen ble innført til ca. 5 000 pr. 30. april 1999. Garantien gjelder også psykiatriske pasienter.

Ressursinnsatsen i norske somatiske sykehus har i faste priser økt med nesten 5 pst. fra 1997 til 1998. I 1998 utgjorde brutto driftsutgifter for somatiske sykehus vel 27 milliarder kroner.

Mennesker med psykiske lidelser

Psykiske lidelser varierer i varighet, alvorlighet og intensitet. Kartlegginger tyder på at omfanget av de alvorligste lidelsene (psykosene) er stabile. Men det er påvist at visse typer lidelser har økt de siste ti årene, f.eks. spiseforstyrrelser.

Flere undersøkelser tyder på at personer med alvorlige psykiske lidelser er blant de som har svakest tilbud i kommunene og dårligst levekår. Tall for bruken av øremerkede midler indikerer at det har vært en betydelig økning i tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser etter at ordningen med øremerkede tilskudd til kommunene ble innført i 1995, jf. nærmere omtale under programkategori 10.40.

Det spesialiserte psykiske helsevern er en del av fylkeskommunenes ansvar, som for øvrige spesialiserte helsetjenester.

Tilgangen på kvalifisert personell til psykisk helsearbeid viser en positiv utvikling. Fra 1996 til 1998 har det vært en markant økning i antall godkjente spesialister i psykiatri, og også for barne- og ungdomspsykiatere er det en positiv utvikling. Tilgangen på psykologer og høyskoleutdannet personell er god, og det anses som realistisk å nå målsettingene om tilgang på disse personellkategoriene i opptrappingsplanen.

Legemidler

Legemidler er en viktig innsatsfaktor i helsevesenet. I 1998 ble det solgt legemidler for ca. 9,6 mrd. kroner, som innebar en nominell vekst fra året før på ca. 10,3 pst. Blant de tyngste enkeltkomponentene i denne veksten er refusjon av legemidler for behandling av hjerte-/karlidelser og for behandling av magesår. Det offentlige dekker ca 2/3 av utgiftene. Hovedtyngden av kostnadene er knyttet til folketrygdens refusjonsordning (blåreseptordningen), men det medgår også betydelige beløp til behandling på helseinstitusjoner (særlig sykehus). Også i 1998 var utgiftsveksten for trygdens ansvarsområde sterkere enn veksten i legemiddelutgiftene totalt. Utgiftsveksten for trygden var 11,5 pst. Det ligger for tiden flere søknader om pliktmessig refusjon over blåreseptordningen til behandling i forvaltningen, og det er aktuelt å fremme disse for Stortinget på et senere tidspunkt.

4 Personell og kvalifiseringstiltak innenfor Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde

De viktigste ressurser i helse- og sosialtjenesten er personellens kunnskaper, ferdigheter, holdninger og personlige egenskaper. Tjenestefeltet er meget sårbart for svingninger i personelldekning, personellens kvalifikasjoner og sviktende ledelse og samarbeidsforhold. Derfor er personell og kvalifiseringstiltak sentrale elementer i Sosial- og helsedepartementet satsinger på alle felt.

I arbeidet med oppfølging av stortingsmeldingene om allmennlegetjenesten, sykehusene, psykisk helse, rehabilitering og eldreomsorgen, Nasjonal kreftplan og Opptrappingsplanen for psykisk helse, samt ny felles helsepersonellov har departementet som utgangspunkt at helse- og sosialmyndighetene på alle nivåer må arbeide systematisk med organisasjons- og personellspørsmål over en lengre periode for å møte de utfordringer sektoren står ovenfor.

De store helse- og sosialpolitiske satsingene vil kreve flere fag- og spesialutdannede helse- og sosialarbeidere. Kapasiteten i høyere utdanning er økt, men vil først gi fullt utslag om 2-4 år. Det kan likevel bli knapphet på fagpersonell, bl.a. fordi søkningen til helse- og sosialfag i videregående opplæring gikk ned i 1999.

For å nå målene i *Handlingsplan for styrking av eldreomsorgen*, vil det til sammen kreves minst ca. 12 000 ekstra årsverk i pleie- og omsorgssektoren fram til 2003.

Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 legger opp til et samlet personellbehov på ca 9300 nye årsverk i løpet av planperioden, herav ca. 400 leger, ca. 940 psykologer, ca 4400 høyskoleutdannet helse-/sosialpersonell og ca. 3600 årsverk av personell uten høyere helse-/sosialfaglig utdanning.

Nasjonal kreftplan krever spesiell innsats for å møte behovet for onkologer, radiografer og stråleterapeuter.

Sosial- og helsedepartementet

Departementet antar nå, på bakgrunn av data fra kommunene, at det vil være behov for inntil 400 nye legehjemler i allmannlegetjenesten i forbindelse med innføringen av *fastlegereformen*

Balanse i personellmarkedet er i hovedsak avhengig av 4 forhold:

- Tilgang på kvalifisert personell
- Etterspørsel etter personell.
- Frafall i yrkesaktiv alder.
- Effektiv bruk av personellets kvalifikasjoner.

Gjennom budsjettbevilgninger og statlig regelverk vil tilgangen og etterspørselen bli forsøkt regulert. Den store usikkerheten er knyttet til frafall i yrkesaktiv alder, virksomhetenes interne organisering og bruk av personellets kvalifikasjoner. Her har arbeidsgiverne et hovedansvar. Departementet er i dialog med arbeidsgiversiden for å bidra til at aktuelle problemer gripes tak i.

Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001

Behovet for kvalifisert personell er bakgrunnen for at handlingsplanen for helse- og sosialpersonell ble utarbeidet i 1997. Departementet vurderer handlingsplanen som et sentralt redskap i iverksettingen av de store helse- og sosialpolitiske satsingene. Det foreslås bevilget til sammen 402 mill. kroner i 2000. Handlingsplanen foreligger nå i 3. utgave og omfatter både de tiltak fra 1998 som videreføres i 1999, tiltak som er kommet til som følge av Stortingets behandling av meldingen om rehabilitering samt andre initiativ på personellfeltet, herunder handlingsplanen for sosialtjenestens førstelinje. Personellplanen vil fortsatt bli rullert gjennom planperioden fram til og med 2001.

I budsjettet for 2000 foreslås tiltakene og bevilgningene i handlingsplanen videreført. Tiltakene er innarbeidet i tabell 4.2 som viser samlede bevilgningsforslag til personell og kvalifiseringstiltak innen Sosial- og helsedepartementets ansvarsområder.

De viktigste tiltaksområdene i personellplanen er:

- *Bedre geografisk fordeling* ved å videreføre og styrke ordningen med å rekruttere helsepersonell til områder med dårlig dekning, og bidra til stabilitet i distriktene.
- *Rekruttering av leger, tannleger, sykepleiere og annet helsepersonell* fra utlandet
- *Bedre ledelse, organisasjon og personalpolitikk* ved
 - At prinsippet om enhetlig ledelse på alle nivåer lovfestes i lov om spesialisthelsetjeneste.
 - Ny felles lov for alt helsepersonell som åpner for mer fleksibel og rasjonell bruk av personellet.
 - Utvikling av bedre ledelses- og organisasjonsmodeller i sykehus.
 - Opprettelse av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling
 - Overordnet plan for utdanningen innen ulike medisinske spesialiteter.
- *Større arbeidsinnsats og mindre uførepensjonering* gjennom bedre arbeidsmiljø.
 - Arbeidsgiver har ansvar for å sikre et godt arbeidsmiljø og for å legge forholdene til rette for at heltidsarbeid kan kombineres med omsorgsansvar og for at alle som ønsker det, kan få mulighet til å arbeide i full stilling og stå i stillingen frem til pensjonsalder.
 - Departementet har satt i gang et prosjektprogram rettet mot arbeidsmiljø og helse i pleie- og omsorgssektoren i perioden 1998-2001.
 - Etter- og videreutdanningstiltak for personell i pleie- og omsorgstjenestene og innen psykisk helsearbeid.

Tabell 4.1 Økt kapasitet i helse- og sosialfag i høgre utdanning

	1990	1998 ^{*)}	Prosentvis økning
Bioingeniører	185	269	45
Ortopediingeniører	10	12	20
Ergoterapeuter	80	189	136
Fysioterapeuter	185	302	63
Radiografer	85	144	69
Sykepleiere	2520	4144	64
Jordmor	90 ***)	120	33
Helsesøstre	140	158	13
Vernepleiere	300	925	208
Barnevernsped	220	732	233
Sosionomer	350	876	150
Tannpleiere	45	56	24
Reseptarer	33	62	88
Audiograf	20	21	5
Optiker		45	
Tannteknikere		0 **)	-
Sum høgskoleutd	4263	8055	89
Leger	310	594	92
Psykologer	110	211	92
Farmasøyter	55	93	69
Tannleger	105	113	8
Ernæringsfysiolog	22	20	-
Sum profesjonsutd	602	1031	71
Helsefag/sykepl.vit/med.grf:			
- lavere grad	67 ***)	145	116
- høyere grad	19 ***)	203	968
Sum	86	348	305
Sum univ. utd:	688	1379	100
Sum total	4591	9434	91

*) Opptak i 98. Kilde: KUF/NSD

**) Blir høgskoleutdanning i 1999-tidl. utd. på Sogn videregående skole

***) 1991/92, Kilde: SSB

Opptaket i 1998 er i hovedsak videreført i 1999 og foreslås videreført på samme nivå i 2000 over Kirke- utdannings- og forskningsdepartementets budsjett. I tillegg er radiografutdanningen økt med 20 plasser i 1999.

Kvalifisering av ufaglærte, - etter- og videreutdanningstiltak

Behovet for universitets- og høgskoleutdannet helse- og sosialpersonell kan også møtes eller avlastes ved å ansette og kvalifisere støttepersonell. Disse kan avlaste personell med høyere utdanning for oppgaver og dermed frigjøre ressurser. Her er følgende tiltak sentrale i handlingsplanen:

- Program for kvalifisering av ufaglærte i pleie- og omsorgssektoren og innen psykisk helsearbeid.
- Tilskudd til etterutdanningstilbud for hjelpepleiere og andre med helse- og sosialfag fra videregående opplæring.
- Etter- og videreutdanning for personell med helse- og sosialfag fra videregående opplæring.

Tilskuddene vil i resten av planperioden bli tildelt samlet til fylkesmann/fylkeslege som fordeler tilskuddene videre til kommuner/fylkeskommuner etter en vurdering av deres

Sosial- og helsedepartementet

opplæringsplaner og på grunnlag av departementets prioriteringer. Kvalifisering av ufaglærte og etter-/videreutdanning av personell med videregående opplæring vil bli prioritert.

Støtte til kompetanseutvikling innen pleie- og omsorgstjenestene prioriteres også innenfor skjønnstilskuddet i handlingsplanen for eldreomsorgen. Skjønnstilskuddet skal bl.a. sees i sammenheng med tiltak innen Handlingsplan for helse- og omsorgspersonell, og bidra til at kommuner med svak økonomi gis mulighet til styrking av kvalitet og kompetanse innen pleie- og omsorgstjenestene. For 1999 er det stilt 30 mill. kroner til rådighet til dette tiltaket.

Bevilgninger til personell- og kvalifiseringsformål i forslaget til statsbudsjettet for 2000

Til sammen ble det bevilget 361,3 mill. kroner til personell- og kompetansetiltak i 1999. Dette foreslås økt med 11,3 pst., ca. 40,9 mill. kroner, til ca. 402,2 mill. kroner i 2000.

Tabell 4.2 Handlingsplan for helse- og sosialpersonell

	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
<i>Handlingsplan for eldreomsorgen</i>		
Tilskudd til kvalifisering av ufaglærte (670.61), andel av skjønnstilskudd til kompetansehevede tiltak (670.61) og arbeidsmiljø i pleie- og omsorgstjenestene (675.21)	47	47
<i>Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje</i>		
Kompetansetiltak (614.21) og opplæringsprogram for sosialtjenesten (614.63)	11,8	23
<i>Opptrappingsplan for psykisk helse</i>		
Tilskudd til utviklingsarbeid (743.60), psykisk helsearbeid i kommuner (743.62) og tilskudd til videre- og etterutdanning (743.70) samt videreutdanning i psykisk helsearbeid (274.01)	149,5	172,5
<i>Nasjonal kreftplan</i>		
Tilskudd til radiografer (274.01), stråleterapiutdanning (705.62) og stråleterapiassistenter (739.65) og legespesialister (739.65)	11,7	17,3
<i>Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning</i>		
Personelltiltak i samisk helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste (701.21)	5,8	5,8
<i>Primærhelsetjenesten</i>		
Stimuleringstiltak (705.60) og studier av primærhelsetjenesten (701.21)	22,5	26,5
<i>Videreutdanninger m.v.</i>		
Tilskudd til turnustjeneste, videreutdanning m.v. (705.61) og bedriftsinterne videreutdanninger (705.62)	71,4	71,6

<i>Andre tiltak</i>		
Tilskudd knyttet til statistikkutvikling og utvikling av tannhelsetjenesten (701.21), rekrutteringstiltak.(705.60), stipend og kurs (705.71), samt tilskudd til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger (733.21) og reiseutgifter for turnuskandidater (739.74). Etterutdanning i rehabilitering (718,21)	41,6	38,5
Sum	361,3	402,2

*) Andel av skjønnstilskudd til kompetansehevede tiltak anslått til 35 mill. kroner basert på fylkesmennenes tildeling i 1999 (kap. 670.61)

For nærmere omtale av de enkelte tiltakene, se respektive kapitler/poster. Kap. 274 er på Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets budsjett.

5 Organisasjons- og strukturendringer

5.1 Organisasjons- og strukturendring innenfor det enkelte forvaltningsorgan

5.1.1 Endring i forvaltningsstruktur

Endring i sektortilknytning

Trenings- og rådgivningssenteret (TRS) ved Sunnaas sykehus ble fra 01.07.99 overført fra Oslo kommune til staten v/ Etat for Rådssekretariatet m.v. og inngår i etatens virksomhet som er rettet mot små og mindre kjente grupper funksjonshemmede. Senteret gir tilbud til 7 diagnosegrupper.

Endring av tilknytningsform

Departementet vil følge opp utredningen fra et utvalg som har utredet tilknytningsformer for offentlige sykehus (Sørensenutvalget). Det vil ved årsskiftet bli fremmet en odelstingsproposisjon med forslag om en sykehusspesifikk selskapslov. Sosial- og helsedepartementet ønsker ikke å pålegge offentlige sykehuseiere å benytte en bestemt tilknytningsform for sykehus. *Rikshospitalet* og *Radiumhospitalet* har fått utvidete fullmakter gjennom ordningen med nettobudsjettering. Departementet vil vurdere om disse statssykehusene bør organiseres som statsforetak.

Som et ledd i *ny alkoholordning for Svalbard* fra 01.01.99, jf. forskrift fastsatt av Sosial- og helsedepartementet desember 1998, har A/S Vinmonopolet etablert datterselskapet Nordpolet AS.

Endring i ansvars- og oppgavefordeling mellom statlige forvaltningsorgan

Salg av aksjer i *Norsk Medisinaldepot AS (NMD)* ble godkjent av Stortinget i mai 1999. Forslaget som Stortinget vedtok gjaldt salg av 17 % av aksjene i Norsk Medisinaldepot fra staten til den hollandske legemiddelgrossisten OPG, samt en forpliktelse til videre nedsalg på Oslo Børs slik at staten innen 2003 står igjen med 34 % av aksjene.

Fra det tidspunkt avtalen med OPG ble gjennomført har Nærings- og handelsdepartementet overtatt forvaltningen av statens eierinteresser i NMD. NMD har hatt en beredskapsfunksjon på legemiddelfeltet, bl.a. i form av et statlig

beredskapslager. I den nye situasjonen etter en delprivatisering, vil SHD legge ansvaret for etablering og drift av et eget beredskapslager ut på anbud blant grossistene, og NMD vil her bli stilt på lik linje med de øvrige. Den som får kontrakten forplikter seg til å holde et fysisk lager av nødvendige legemidler etter nærmere krav spesifisert av Statens helsetilsyn. Avtalen vil kreve årlige bevilgninger over statsbudsjettet og det er satt av midler til dette for år 2000 under kap. 701.

Sosial- og helsedepartementet foreslår å flytte *SOHO – Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver* fra kap 604 post 01 Etat for rådssekretariater m.v. til kap 713 post 01 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF). Det vises for øvrig til ytterligere omtale under det enkelte kapittel.

5.1.2 Endring av organisering internt i en etat

På bakgrunn av Stortingets behandling av Riksrevisjonens merknader til Tress-saken og Rikstrygdeverkets styring av IT-virksomheten er det gjennomført en organisasjonsgjennomgang av Rikstrygdeverket (RTV).

For å få en ryddig styringsmessig løsning er det foreslått å tydeliggjøre og styrke etatsfunksjonen i forhold til spesifikke RTV-funksjoner ved å

- Skille tydeligere mellom strategi og policypreget virksomhet på den ene siden og implementering og gjennomføring av strategiene på den andre, herunder skille tydeligere mellom etatsfunksjonene og mer interne RTV-funksjoner
- Styrke den strategiske ledelsen gjennom endret organisering, kunnskapsbygging og nye arbeids- og kommunikasjonsmåter

En styrket strategisk ledelse forutsetter at riktige arbeidsmåter og endret jobbperspektiv blir innarbeidet blant Rikstrygdeverkets ansatte. Å legge grunnlaget for mestring vil stå sentralt. Høsten 1999 skal det lages planer som bl.a. skal beskrive hvordan disse prosessene skal gjennomføres og forankres.

Statens helseundersøkelser (SHUS) foretok i 1998 en evaluering av virksomheten, og det ble i den forbindelse reist flere problemstillinger som kan få konsekvenser for den fremtidige virksomheten ved SHUS. De årlige 40-årigsundersøkelsene foreslås avvirket i år 2000, og spørsmålet om permanente statlige landsdekkende helseundersøkelser for flere aldersgrupper, samt eventuelle organisasjonsmessige konsekvenser av dette, utredes nå av Sosial- og helsedepartementet.

Det har vært gjennomført et prosjekt vedrørende Rusmiddeldirektoratets virksomhet. Prosjektet, som har vært ledet av Statskonsult og hatt bred deltagelse fra departementet og etaten selv, har sett nærmere på direktoratets organisering og ressursdisponering ut fra direktoratets rolle og oppgaver i det rusmiddelforebyggende arbeidet. Prosjektet ble avsluttet i august 1999 ved overlevering av sluttrapport til departementet. Rapporten vil danne grunnlag for en videreutvikling av og ev. endringer i direktoratets organisasjonsstruktur, oppgaver, bemanning, kompetanseutvikling mv.

Som et ledd i handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje (1998-2001) Kunnskap og Brubygging, skal Sosial- og helsedepartementet i løpet av handlingsplanperioden utrede behovet for etablering av et nasjonalt utviklingssenter for sosialtjenesten.

5.2 Økonomiske og personalmessige konsekvenser av omstillingen innenfor statsforvaltningen

Omstillingene som er beskrevet foran innebærer i hovedsak ingen personalmessige konsekvenser i form av nedbemanning, forandringer i personalsammensetning m.v. Flere av endringene vil imidlertid ha som konsekvens at det skal arbeides på andre måter enn tidligere (jf. bl.a. organisasjonsendringer for Trygdeetaten). Dette vil stille krav til ny kompetanse både når det gjelder kunnskap, holdninger og ferdigheter. Når det gjelder økonomiske konsekvenser av de ulike organisasjons- og strukturendringene

viser vi til ytterligere omtale under det enkelte kapittel. For etablering og drift av beredskapslager vil størrelsen på de årlige bevilgningene over statsbudsjettet først bli avklart etter anbuds-/tilbudsrunder.

6 År 2000-arbeidet, IT og statistikkarbeid

År 2000-arbeidet

Med unntak av de statlige sykehusene ligger ansvaret for oppfølging av år 2000-arbeidet i helse- og pleie- og omsorgssektoren på kommunene og fylkeskommunene. Departementet har overordnet ansvar for flere samfunnsmessige områder uten å ha direktivrett eller linjeansvar. Departementets rolle har først og fremst vært å være pådriver for at oppfølgingsarbeidet skjer, samt bidra med økonomisk støtte til sykehussektoren gjennom bruk av utstyrsmidlene for nødvendige investeringer.

Det er sendt ut flere rundskriv om år 2000-problematikken til helse- og sosialsektoren. I rundskrivet av 15.3.99 fastsatte Sosial- og helsedepartementet tidsfrister for sektorens utarbeidelse av beredskapsplaner til 1. oktober 1999 på kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Helsetilsynet og fylkeslegene er pålagt oppfølging av dette arbeidet med rapportering til departementet.

Helsetilsynet har gjennomført flere oppfølgingsundersøkelser om helsevesenets år 2000-arbeid. Det ble lagt vekt på at Statens helsetilsyn og fylkeslegene, skulle intensivere sitt tilsyn på området i samsvar med de retningslinjer og signaler som ble gitt av regjeringen; herunder gi varsel om pålegg eller pålegg når det er nødvendig. Det er lagt opp til månedlig rapportering resten av året fra tilsynsapparatet.

Når det gjelder vannforsyning, ble det i april og juni i år gjennomført undersøkelser av vannverkens forberedelser til tusenårsskiftet. Resultatene fra disse førte til at det ble sendt ut ny informasjon til vannverkene og lokale tilsynsmyndigheter om hva som bør forbedres. Særlig ble det framhevet at det bør utarbeides 2000-relaterte beredskapsplaner. En ny kartlegging gjennomføres i oktober. I Norge har vi ingen kjernekraftverk, men to forskningsreaktorer som ikke antas å medføre 2000-relaterte problemer. Statens strålevern har døgkontinuerlig beredskap som gjelder alle typer uhell og ulykker med stråling, og varsling i forbindelse med atomulykker skjer etter fastsatte prosedyrer nasjonalt og internasjonalt. Det arbeides fra vestlig side med å gjennomføre analyser av eventuelle 2000-problemer i østeuropeiske kjernekraftverk.

År-2000 arbeidet i trykkesektoren har i hovedsak fulgt fastlagte fremdriftsplaner. Det forventes ikke alvorlige problemer for noen av etatene i forbindelse med overgangen til år 2000. *Rikstrykdeverket* har i løpet av 1999 sluttført systemtekniske tilpasninger til år-2000 overgangen, og har i løpet av høsten iverksatt tiltak i henhold til særskilt krise/beredskapsplan for år-2000 overgangen.

Det er departementets mål at underliggende etater skal møte årsovergangen uten at det vil oppstå driftsproblemer som kan svekke etatenes evne til å ivareta de samfunnsmessige oppgaver de er pålagt. Samtidig skal nødvendig beredskap for uforutsette situasjoner, bl.a. som følge av eksterne hendelser være på plass.

Informasjonsteknologi (IT)

I mars 1999 vedtok departementet en statlig tiltaksplan for oppfølging av "Mer helse for hver bIT". Planen er gitt benevnelsen **"Informasjonsteknologi i helse- og sosialsektoren : Utfordringer og statlige tiltak"**.

Formålet med IT-tiltaksplanen er å feste et organisatorisk grep i forhold til de viktigste utfordringene i videreføringen av "Mer helse for hver bIT":

- Klargjøre statens ansvar, roller og oppgaver for videreføringen.
- Styrke samordningen på det statlige nivået og i forhold til sektoren for øvrig.
- Bedre fokusering og prioritering av de tiltak som videre skal gjennomføres.

Sosial- og helsedepartementet

- Legge til rette for finansiering- og støtteordninger som stimulerer til IT-investeringer lokalt.
- Kanalisere midler dit de har størst effekt i forhold til tiltaksplanens innsatsområder.

De tiltak som her foreslås iverksatt av departementet i samarbeid med sektoren for øvrig, er fokusert på tre innsatsområder:

1. *Elektronisk behandling av pasientopplysninger.* Sikre samspillende kliniske og pasientadministrative IT-systemer lokalt – spesielt elektronisk pasientjournal.
2. *Elektroniske informasjonssystemer for beslutningsstøtte.* Standardisert metode- og datagrunnlag for innrapportering og tilbakerapportering av informasjon som skal gi et best mulig grunnlag for politisk/administrativ beslutningsstøtte og klinisk/faglig behandling.
3. *Elektroniske pasient- og publikumstjenester.* En mer åpen helsetjeneste forutsetter at pasienter og publikum har tilstrekkelig tilgang til relevant informasjon om egen livs- og behandlingssituasjon og om helsetjenestene.

Det er laget prioriterte tiltak for oppfølging av de tre ovennevnte innsatsområder og oppfølgingsarbeidet er igangsatt.

Det er utarbeidet en særskilt handlingsplan for IT i trygdeetaten, jfr kap. 2600 i St.prp. nr. 1 for folketrygden. Gjeldende handlingsplan dekker perioden 1998-2000. Av sentrale tiltak i 2000 bør nevnes satsingen på elektronisk samhandling (inkl. oppfølging av SHDs handlingsplan "Mer helse for hver bIT"), tilpasninger til nytt økonomireglement, oppgradering av utstyr samt et IT-arkitekturprosjekt. RTV vil i løpet av 1999-2000 utarbeide handlingsplan for perioden 2001-2003.

Et enklere Norge - Forenkling av skjemaer og administrative rutiner

Departementet har iverksatt en rekke tiltak med sikte på en forenkling og effektivisering av helsepersonellens arbeid med skjema, attester og innrapporteringer. Både innenfor Handlingsplanen for IT i helsesektoren og Handlingsplanen for helsepersonell og sosialpersonell er det igangsatt prosjekter på dette området. Arbeidet sees i sammenheng med programmet Et enklere Norge. Målet er å forenkle arbeidssituasjonen for leger i allmennpraksis og i sykehus, bl.a. gjennom revisjon av journalforskriften som grunnlag for elektroniske pasientjournaler, delegering, sanering og standardisering av skjema/attester, elektronisk utfylling og utsending mm. Departementet vil i samarbeid med fagmiljøer og andre etater følge opp de ulike delprosjektene.

Statistikkarbeid - informasjons- og styringssystemer

Statlig styring i helse- og sosialsektoren med desentralisert ansvar for tjenester er avhengig av utvikling og bruk av gode informasjonssystemer som gir en relevant og systematisk oversikt over behov for tjenester i befolkningen, tjenestetilbud og faktisk ressursbruk. Departementet bidrar til utviklingen og til aktiv bruk av nasjonale systemer for statistikk og resultatrapportering.

SAMDATA-sykehus er et viktig styringsverktøy for nasjonale og fylkeskommunale helsetjenester. Rapportene inneholder i hovedsak informasjon om ressursbruk, aktivitet og produktivitet i sykehussektoren. Departementet vurderer å etablere et nasjonalt system for *medisinske kvalitetsregistre* innen de viktigste fagområder. Målet er å sikre kvalitet gjennom evaluering av behandlingsresultater og behandlingsmetoder.

SAMDATA-psykiatri består av sammenlignbare styringsindikatorer og analyser av utviklingstendenser for den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Det er også under utvikling et nytt pasientdatasystem kalt *Minste Basis Datasett for psykiatrien*.

Ventelisteregisteret VENTSYS er overført til Norsk pasientregister (NPR). NPR har i løpet av 1998 arbeidet systematisk med å heve kvaliteten på ventelistedataene.

Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene er et oppfølgingssystem for statlig styring av og informasjonsutveksling med helse- og sosialtjenesten i kommunene med rundskriv og kommunevis sammenligningstall som utgis hvert år.

Departementet deltar aktivt i *KOSTRA*-prosjektet (Kommune Stat Rapportering) for å gjøre regnskaps- og tjenestedata fra kommunesektoren mer sammenlignbare og raskere tilgjengelige enn i dag. *KOSTRA* har som mål å frembringe relevant, pålitelig og sammenlignbar styringsinformasjon om kommunenes prioriteringer, produktivitet og dekningsgrader (se Kommunal- og regionaldepartementets proposisjon).

Det arbeides med å utvikle et informasjonssystem for *individbasert pleie- og omsorgsstatistikk* (IPLOS) i *KOSTRA*.

Gjennom handlingsplanen for helse- og sosialpersonell 1998 – 2001 er det startet et samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Kommunenes Sentralforbund for å få en bedre *personellstatistikk og legerregistrering*.

Arbeidet med ny sentral *sykefraværstatistikk* har pågått siden 1994. I påvente av konsesjon for systemet arbeider Rikstrygdeverket videre med forberedende tiltak, som testing av registre og andre former for kvalitetssikring.

Det arbeides med å legge grunnlaget for ny *legemiddelstatistikk*.

Sosial- og helsedepartementet støtter Statistisk sentralbyrås arbeid med å utvikle og drive en *forløpsdatabase* for befolkningens sysselsetting, bruk av trygdeordninger og sosiale stønader. Utviklingen av et nasjonalt *helseindikatorsystem* (jf. redegjørelsen til Stortinget om folkehelsen) har fortsatt i 1999. Det er et mål at indikatorsystemet skal være operativt i år 2000. Fra 1998 har Norge deltatt i EUs Folkehelseprogram.

Departementet vil iverksette/videreføre forskningsprosjekter som har til hensikt å bedre kunnskaps- og beslutningsgrunnlaget bl.a. i forbindelse med arbeidet med *fastlegeordningen*.

Ny Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) legger viktige premisser for effektiv utnyttelse av registeropplysninger og ivaretagelse av personvernet.

7 Forskning og annen kunnskapsutvikling

FoU er et av flere virkemidler innenfor departementets ansvarsområder. Forskningsbasert kunnskap og kompetanse innhentes gjennom langsiktig satsing i regi av Norges forskningsråd, gjennom oppdragsforskning, grunnfinansiering av forskningsinstitutter, driftsstøtte til forskningsmiljøer, regionsykehustilskudd og som en integrert del av virksomheten til underliggende etater. Sosial- og helsedepartementet utfører og gir støtte også til forsøksvirksomhet, utrednings- og utviklingsarbeid som ikke er forskningsbasert.

Et viktig mål for departementet er å sikre befolkningen et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tilbud av helse- og sosialtjenester. Målet søkes nådd gjennom ulike velferds- og trygdeytelser, behandling og pleie- og omsorgstjenester. For å kunne møte økende etterspørsel etter og forventninger til de tjenester som tilbys stilles det store krav til utformingen av og innholdet i helse- og sosialtjenestene. Gjennom innhenting av kunnskap om forhold som kan videreutvikle helse- og sosialtjenestene gis departementet mulighet til å møte disse utfordringene på en god måte.

7.1 Forskning i regi av Norges forskningsråd

Forskning i regi av Norges forskningsråd har i hovedsak et anvendt siktemål i realiseringen av overordnede mål for helse-, sosial- og trygdesektoren. Departementets sektoransvar innebærer bla å utvikle langsiktige strategier for kunnskapsoppbygging på disse områdene. I 2000 vil Sosial- og helsedepartementet bidra til i alt 19

Sosial- og helsedepartementet

forskningsprogrammer på til sammen ca 94 mill kroner. Sammenholdt med budsjett for 1999 er dette en økning på ca. 9,5 mill. kroner.

Det foreslås nye og økte satsinger på forskning innen mat og helse, antibiotikaresistens, og helseøkonomi.

I forhold til St prp nr 1 1998-99 er antall poster hvorfra departementet gir bevilgning til Forskningsrådet redusert fra 13 til 6. Forskningsprogrammene omtales under de respektive 50-poster.

Tabell 7.1 Oversikt over forskning i regi av Norges forskningsråd på Sosial- og helsedepartementets budsjett. (Beløp i 1000 kroner)

Kap/post	Betegnelse	Forslag 2000
614.50	Norges forskningsråd	6 700
675.50	Norges forskningsråd	15 250
2600.50	Norges forskningsråd	4 500
701.50	Norges forskningsråd	25 000
719.50	Norges forskningsråd	24 200
739.50	Norges forskningsråd	18 300
I alt		93 950

7.2 Direktefinansiert forskning og driftstilskudd

I tillegg til forskning i regi av Norges Forskningsråd finansieres noe forskning også direkte fra Sosial- og helsedepartementet. Denne forskningen initieres hovedsakelig fra departementet selv og bidrar til evaluering og kunnskap til utvikling av innsatsområder. I tillegg gis tilskudd til forskningsmiljøer for at forskningskompetanse på departementets ansvarsområder kan opprettholdes. De viktigste tiltak spesifisert på utgiftskapitler- og poster er som følger:

- Kap. 2600 Trygdeetaten, post 21 Spesielle driftsutgifter:
Forskning og utredninger basert på resultatene av "Kunnskapsstatus for trygdeforskning" som ble lagt fram våren 1999. Oppfølging av utjamningsmeldinga. Utredninger om spørsmål som gjelder utviklingen i sykefravær og nytilgangen til uførepensjon. Videreføring av finansieringen av trygdeforskerstillinger ved NOVA, UiO og UiB samt opprettholdelse av referansegruppe for trygdeforskning.
- Kap. 701 Forskning og forsøksvirksomhet, post 21 Spesielle driftsutgifter:
Evalueringsprosjekt om fastlegereformen. Studier av primærlegetjenesten. Tilskudd til Senter for helseadministrasjon. Driftsstøtte til Institutt for Genøkologi (GENØK).
- Kap. 718. Rehabilitering, post 21 Spesielle driftsutgifter:
Evalueringsprosjekt om Sosial- og helsedepartementets satsing på helse og kultur. Tverrfaglig fengselsprosjekt ved Oslo kretsfengsel.
- Kap. 719. Helsefremmende og forebyggende arbeid, post 21 Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren:
Nasjonalt helseindikatorsystem. Programmet "Bedre helse for mor og barn".
- Kap. 739 Andre utgifter post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren:
Utvikling av kvalitetsindikatorer for sykehus ved HELTEF. Driftstilskudd til SINTEF- Unimed Norsk institutt for sykehusforskning og Evaluering av innsatsstyrt finansiering som ledd i kompetanseoppbygging på fagområder som kvalitetsutvikling, sykehusadministrasjon og effektiv sykehusdrift ved sykehusene.
- Kap. 739 Andre utgifter post 65 Kreftbehandling m.m.:
Kreftforskning i regi av Senter for medisinsk metodevurdering, bl.a. innenfor områdene overial cancer og lindrende behandling.

7.3 Forskningsdelen av regionsykehustilskuddet

Regionsykehustilskuddet har vært gitt som et økonomisk bidrag til det spesielle ansvar og de særlige funksjoner som regionsykehusene har. Gjennom regionsykehustilskuddet yter staten et generelt kostnadsbidrag til regionsykehusenes forskning. For en stor del er dette klinisk forskning som er en del av pasientbehandlingen. Regionsykehusene har bl.a. ansvar for å ivareta landsfunksjoner og høyt spesialisert pasientbehandling, samt drift av kompetansesentra på spesielle fagfelt. Kompetansesenter brukes om en tverrfaglig organisasjon som har et særlig ansvar for å drive forskning, videreutvikling av feltet, veiledning og undervisning av fagfolk og ev. pasienter og deres pårørende. Innenfor regionsykehustilskuddet gis et særskilt tilskudd til forskning. Dette er rettet mot konkrete forskningsprosjekter. Det vises til nærmere omtale under kap. 730 post 62.

7.4 Forskning i regi av underliggende etater

I etater som Statens institutt for Folkehelse, Kreftregisteret, Statens strålevern og Statens helseundersøkelser inngår FoU som en integrert del av virksomheten. Dette skjer dels via midler over etatenes egne budsjetter og dels via eksternt finansiert forskning, som for eksempel midler over Norges forskningsråd. Forskningsvirksomheten er viktig som basis for å kunne gi forvaltningen kunnskapsbaserte råd, både når det gjelder ny viten om helseproblemers årsaker, utbredelse, forebygging og behandling og kunne gi råd om dimensjonering av ulike tjenester.

Tabell 7.2 Oversikt over bevilgning til underliggende etater som har FoU som integrert oppgave. FoU-andelen er ikke beregnet. (Beløp i 1000 kr)

Kap/post	Betegnelse	Forslag 2000
710.01	Statens institutt for folkehelse. Driftsutgifter	192 500
712.01	Statens helseundersøkelser. Driftsutgifter	39 086
715.01	Statens strålevern. Driftsutgifter	45 104
716.01	Kreftregisteret. Driftsutgifter	26 997

Tabell 7.3 Kap 612 Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning. (Beløp i 1000 kr)

Kap/post	Betegnelse	Forslag 2000
612.01	Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning Driftsutgifter	8 160

Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning har som mål å utføre vitenskapelige undersøkelser av spørsmål i forbindelse med bruk og misbruk av rusmidler. Forskningen deles i fire hovedområder: rusmidler og rusmiddelkultur, studier av forebyggende arbeid, konsekvenser av rusmiddelbruk samt forskning om ulike behandlings- og omsorgstiltak.

7.4.1 Forsøk og utvikling

Sosial- og helsedepartementet utfører og gir støtte også til forsøksvirksomhet, utrednings- og utviklingsarbeid som ikke er forskningsbasert. Resultatene fra denne virksomheten bidrar bl.a. til faktagrunnlag og forslag til tiltak i utredninger og meldinger, stimulering til nytenkning og samarbeid, evaluering av reformer og som kunnskapsgrunnlag for utvikling av den utøvende helsetjenesten i Norge. De viktigste tiltak spesifisert på utgiftskapitler- og poster er som følger:

- Kap. 614 Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmissbrukere m.v: Tiltak i Handlingsplanen for sosialtjenestens førstelinje "Kunnskap og brubygging"
- Kap. 675 Tiltak for eldre og funksjonshemmede, post 21 Spesielle driftsutgifter: Forsøksprogrammet med eldreombud og omsorgsombud. Arbeidsmiljø i pleie- og omsorgssektoren. Forsøk og utvikling knyttet til funksjonshemmede og aldring. Utviklingsprogram vedrørende undervisningssykehjem.
- Kap. 674 Handlingsplan for funksjonshemmede, post 21 Spesielle driftsutgifter: Forsøks- og utviklingsarbeid knyttet til handlingsplan for funksjonshemmede med bredt samarbeid med andre departementer.
- Kap. 701 Forskning og forsøksvirksomhet, post 21 Spesielle driftsutgifter: Utvikling av tannhelsetjenesten. Utredning av omfang av egenbetaling blant storbrukere av helsetjenester. Evaluering av referanseprissystemet for legemidler. Støtte til komiteen for farmasøytisk etterutdanning
- Kap. 718 Rehabilitering, post 21 Spesielle driftsutgifter: Støtte forsøksvirksomhet, utrednings- og utviklingsarbeid innen feltet rehabilitering. Finansierte tidsbegrensede prosjekt og utredninger med et anvendt siktemål med spesiell vekt på kvinnehelse, helse og kultur samt oppfølging av St. meld. nr 21 (1998-99) Ansvar og mestring.
- Kap. 739 Andre utgifter post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren: Utvikling av system for Internettpublisering av styringsindikatorer og rapportgenerator for fritt sykehusvalg. Utvikling av styringsindikatorer i forbindelse med styrkingen av planarbeidet i helseregionene ved SINTEF-Unimed NIS
- Kap. 2600 Trygdeetaten, post 21 Spesielle driftsutgifter: Samarbeidsprosjekter mellom arbeidslivet og trygdeetaten for å redusere sykefraværet med fokus på kontakt med arbeidsgiver og økt bruk av aktiv sykemelding. Idebank for sykefravær – opprettet av regjeringen som et samarbeidsprosjekt mellom partene i arbeidslivet og sentrale myndigheter.

8 Sektorovergrepene miljøvernpolitikk

8.1 Problemer og utfordringer knyttet til miljø og helse

En forutsetning for god helse er et sunt og helsefremmende miljø. Miljø- og helseproblemer faller klart innenfor miljø- og helsemyndighetenes ansvarsområder, samtidig som de fleste aktuelle tiltak hører inn under andre sektors ansvarsområder, som utforming av arbeidsmiljøet, trafikkregulering, utforming av barnehager og skoler, bo- og nærmiljø, osv.. Dette krever god koordinering mot andre sektorer.

Mennesker eksponeres til stadighet for fysiske, kjemiske og biologiske faktorer fra omgivelsene gjennom maten vi spiser, vannet vi drikker og luften vi puster inn. Videre kan vi eksponeres direkte gjennom huden ved at vi omgås en rekke forskjellige kjemikalier. Spesielle sanseorganer kan påvirkes (støy) og kroppen kan skades ved fysisk påvirkning (ulykker). Mange av disse eksponeringene forekommer i så beskjeden grad, så kortvarig og/eller så sjelden at helseeffekter ikke opptrer. I noen tilfeller er eksponeringen tilstrekkelig til at de biologiske forsvarsmekanismene i kroppen overskrides slik at helseskade og sykdom utløses. Det er ytterst sjelden at miljøforurensning fører til spesifikke sykdomstilstander som er forskjellige fra de som vanligvis forekommer. Slik påvirkning vil i stedet øke hyppigheten av vanlige sykdommer og virke som en delårsak sammen med andre faktorer.

Miljøfaktorer i omgivelsene kan være viktige medvirkende årsaksfaktorer til f.eks. kreft og arvelige sykdommer, luftveissykdommer, allergier, skader på immunsystemet, reproduksjonsskader, skader i organsystemer, infeksjonssykdommer, forgiftninger og ulykker. Noen mennesker kan være mer følsomme overfor miljøeksponeringer enn andre av genetiske årsaker, helse eller ernæring. Mye taler også for at det er den samlede miljøpåvirkning som er helseskadelig og ikke bare enkeltstoffer.

Det arbeides mye med å begrense de miljørelaterte risikofaktorer, som f.eks. forurensning, støy, m.m., for å hindre at sykdom oppstår. Overfører man "føre-var"-prinsippet på helse, er det viktig også å fokusere på miljørelaterte helsegoder, dvs. de deler som har lite støy og forurensning, *ikke* er trafikkfarlige og som bidrar til god helse og trivsel. Stikkord for dette er steds kvalitet, identitet og tilhørighet, estetikk, friluftsliv, natur- og kulturopplevelse, rekreasjon osv.

Negative miljøforhold som miljøgifter, luftforurensning og støy, representerer en trussel for helsen på kort og lang sikt. Videre vil positive miljøforhold bidra til overskudd til å mestre hverdagens krav. På lang sikt er opprettholdelsen av stabile økosystemer og bærekraftig utnyttelse av naturens ressurser en forutsetning for "Helse for alle" for de kommende generasjoner.

8.2 Mål

Sammen med Miljøverndepartementet har Sosial- og helsedepartementet utarbeidet Handlingsplan for miljø og helse som regjeringen la fram sommeren 1999. Et hovedmål i planen er at Norge skal utvikle og iverksette en samordnet strategi for miljø og helse som bidrar til en økologisk bærekraftig utvikling, verner mot miljøfarer og sikrer miljøkvaliteter slik at hele befolkningen kan leve i sunne og helsefremmende miljøer.

8.3 Rapport om aktiviteten i 1998

Om aktivitetsrapport og måloppnåelse fra 1998 vises til de årlige resultatrapporteringer fra Statens institutt for folkehelse, Statens strålevern, Statens tobakkskaderåd, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet og Kreftregisteret under programkategori 10.10. Statens helsetilsyn og fylkeslegene utgir rapporter om tilsyn med miljørettet helsevern i kommunene.

8.4 Tiltak

Regjeringen har gått inn for at et miljøpolitisk føre-var-prinsipp skal ligge til grunn for all miljø og ressursforvaltning og at det miljøpolitiske perspektivet må være sektorovergripende. Handlingsplanen for miljø og helse vil kunne fungere som et rammeverktøy for forvaltningsnivåene når de skal utvikle sine planer både på areal- og samfunnsplansiden. Handlingsplanen omhandler, i tillegg til hovedretningslinjer og prinsipper for arbeidet, uteluft og inneklima, støy, drikkevann, fremmedstoffer i mat, helsefarlige kjemikalier, ulykker, stråling, friluftsliv og kultur og miljø. Planen er delvis en videreføring av eksisterende handlingsplaner, men omhandler også nye områder. Alle områdene har definerte arbeidsmål og tiltak.

Handlingsplanen for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid skal bidra til forebygging av ulykker gjennom samordnet innsats. Foruten å stimulere til lokalt engasjement, legges det vekt på informasjon, kompetanseheving, samarbeidstiltak og på å oppnå en bedre registrering av ulykker.

Handlingsplan for astma, allergi og inneklimasykdommer fokuserer særlig på barns og unges oppvekstvilkår og retter seg mot hjem, barnehager og skoler, helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Handlingsplanen har konkrete forslag til tiltak og sektorvise resultatmål som forplikter de forskjellige samfunnssektorene og forvaltningsorganene. 7

Regionsykehuset i Tromsø er gitt i oppdrag å etablere et nasjonalt overvåkingssystem for resistens hos mikrober (NORM). Arbeidet med pilotfasen blir ferdig høsten 1999 og hovedprosjektet bør kunne igangsettes tidlig neste år. Helsetilsynet har utviklet en veileder til landets leger og sykehusene om riktig bruk og forskrivning av antibiotika. Landbruksdepartementet ved veterinærmyndighetene driver intens veiledning for å redusere antibiotikabruken i landbruk og fiske. Sosial- og helsedepartementet startet i begynnelsen av 1998 et arbeid for å utvikle en overordnet plan for å motvirke antibiotikaresistens som skal samordne og styre de forskjellige tiltakene. En egen

Sosial- og helsedepartementet

prosjektgruppe ved Folkehelsa har laget et forslag til plan som etter høringsrunden vil danne grunnlaget for en overordnet handlingsplan på området. En utvikling av resistens mot antibiotika kan få svært alvorlige konsekvenser for enkeltindivid og samfunn.

Sosial- og helsedepartementet har sammen med andre berørte departement i perioden 1995-1999 gjennomført et nasjonalt program for vannforsyning. Programmet er foreslått videreført for en ny femårsperiode for å bistå vannverkene i å levere vann som tilfredsstiller kravene. Fortsatt er det ca 500 000 personer som mottar drikkevann som ikke blir desinfisert. Programmet løper parallelt med et eget forskningsprogram som skal understøtte vannforsyningsprogrammet med sikte på å oppgradere norske vannverk, slik at forsyningen av vann i tilfredsstillende mengde og kvalitet til drikke, andre næringsformål og hygienisk bruk sikres.

Sosial- og helsedepartementet leder en embedsgruppe for atomulykkeberedskapen, som er et kontakt organ for departementene i det løpende beredskapsarbeidet på dette området. Departementet deltar også i gjennomføringen av handlingsplanen for oppfølging av St.meld. nr. 34 (1993-94) om atomvirksomhet og kjemiske våpen i våre nordlige nærområder. Dette arbeidet ledes av UD og er basert i en rammeavtale mellom Norge og Russland.

Alle de statlige underliggende spisskompetanseorganer innenfor helse har sektorovergripende funksjoner. Statens institutt for folkehelse, Statens tobakksskaderåd, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Statens helsetilsyn og fylkeslegene gir sentrale og lokale helsemyndigheter råd om, samt utreder og deltar i overvåking av miljøforurensning og miljøgifter. Folkehelsa driver forskning bl.a. for å fremskaffe grunnlag for helsemessig risikovurdering. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet ønsker å fremme folks muligheter til øket fysisk aktivitet gjennom bl.a. å påvirke planleggingen av gang- og sykkelstier. Statens tobakksskaderåd og Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet vil fortsette samarbeidet med fylkeslegekontorene for å styrke innsatsen innenfor kost, mosjon og røykfrihet.

Av hensyn til helseskader ved passiv røyking skal det satses på røykfrie innearealer. Røykfrie arbeidsplasser og røykfrie hjemmemiljøer er viktige satsingsområder.

Statens strålevern har arbeidet med å kartlegge og overvåke ioniserende stråling i lokalmiljøet og mulige helseeffekter av disse. I samarbeid med Landbruksdepartementet og Statens næringsmiddeltilsyn blir norske matvarer kontrollert for mulig radioaktiv forurensning, og tiltak iverksettes når måleresultatene tilsier det.

Kreftregisterets analyser av utviklingen av det epidemiologiske bildet av kreft står sentralt i arbeidet med kreftsykdommer i landet. I egenskap av en forskningsinstitusjon, tar Kreftregisteret i samarbeid med andre forsknings- og universitetsmiljøer sikte på å belyse årsaker, risikofaktorer og forhold av betydning for forebygging og behandling av utvalgte kreftformer. Yrkes- og miljøbetingete kreftsykdommer vil fortsatt ha høy prioritet.

8.5 Tabeller over samlede budsjettmessige miljøvernpolitiske satsing

Tabell 8.1 (Mill. kr)

Institusjon	1999	Forslag 2000
Statens institutt for Folkehelse	41,1	42,5
Statens strålevern	16,6	19,3
Statens helsetilsyn	12,5	8,6
Statens tobakksskaderåd	17,0	20,5
Kreftregisteret	16,2	16,8
Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet	0,7	2,0
Sum	104,1	109,7

9 Oversiktstabeller

Forslag til statsbudsjett for 2000 under programområde 09 Sosiale formål, 10 Helsevern og 05.30 Helse- og sosialberedskap.

Utgifter over statsbudsjettet, eksklusive folketrygdens utgifter, fordelt på programområder, programkategorier og kapitler:

Utgifter fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)				
Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999 Forslag 2000	Pst endr 99/00
	Helse- og sosial beredskap			
0797	Helse- og sosial beredskap	12 098	12 041	11 690
	<i>Sum kategori 05.30</i>	<i>12 098</i>	<i>12 041</i>	<i>11 690</i>
	Sum programområde 05	12 098	12 041	11 690
	Administrasjon			
0600	Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 3600)	154 945	153 653	160 700
0603	Forskning, utredning og IT m.v.	49 903		
0604	Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 3604)	18 357	71 218	94 230
	<i>Sum kategori 09.00</i>	<i>223 205</i>	<i>224 871</i>	<i>254 930</i>
	Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmissbruk m.v.			
0610	Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 3610)	129 568	137 465	138 720
0612	Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (jf. kap. 3612)	9 762	8 027	8 160
0614	Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmissbrukere m.v.	143 923	184 400	239 150
0616	Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 3616)	22 760	23 041	23 130
	<i>Sum kategori 09.10</i>	<i>306 013</i>	<i>352 933</i>	<i>409 160</i>

Sosial- og helsedepartementet

(i 1 000 kr)					
Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999 Forslag 2000	Pst endr 99/00	
	Sosialtjenesten				
0651	Forsøksvirksomhet, opplysningsvirksomhet m.v. i sosialsektoren	13 160			
	<i>Sum kategori 09.50</i>	<i>13 160</i>			
	Kontantytelser				
0660	Krigspensjon	1 006 917	980 000	1 022 000	4,3
0664	Pensjonstrygden for sjømenn	202 448	193 000	189 000	-2,1
0666	Avtalefestet pensjon (AFP)	303 760	378 000	437 000	15,6
	<i>Sum kategori 09.60</i>	<i>1 513 125</i>	<i>1 551 000</i>	<i>1 648 000</i>	<i>6,3</i>
	Eldre og funksjonshemmede				
0670	Tiltak for eldre	1 337 797	2 132 300	2 762 200	29,5
0673	Tiltak for funksjonshemmede	1 307 554	1 423 349	1 210 300	-15,0
0674	Handlingsplan for funksjonshemmede	99 497	86 900	91 100	4,8
0675	Tiltak for eldre og funksjonshemmede	78 088	46 010	60 950	32,5
0676	Kompetansesentra for funksjonshemmede		87 603	69 840	-20,3
	<i>Sum kategori 09.70</i>	<i>2 822 936</i>	<i>3 776 162</i>	<i>4 194 390</i>	<i>11,1</i>
	Sum programområde 09	4 878 439	5 904 966	6 506 480	10,2
	Helsetilsyn m.m.				
0700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3700)	229 239	203 357	220 050	8,2
0701	Forskning og forsøksvirksomhet	59 132	97 700	139 400	42,7
0702	Nemnd for bioteknologi	5 000	5 401	5 670	5,0
0703	Helsetjenesten for innsatte i fengsel	62 168	66 550	66 650	0,2
0704	Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 3704)	6 971	9 414	9 570	1,7
0705	Kursvirksomhet og stipendier	88 413	123 100	127 400	3,5
	<i>Sum kategori 10.00</i>	<i>450 923</i>	<i>505 522</i>	<i>568 740</i>	<i>12,5</i>
	Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering				
0710	Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 3710)	308 232	290 664	305 300	5,0
0711	Statens rettsstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711)	63 975	56 284	57 260	1,7
0712	Statens helseundersøkelser (jf. kap. 3712)	45 245	40 839	40 459	-0,9
0713	Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 3713)	18 365	23 288	36 770	57,9
0714	Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 3714)	30 881	34 092	41 690	22,3
0715	Statens strålevern (jf. kap. 3715)	67 355	43 307	45 400	4,8
0716	Kreftregisteret (jf. kap. 3716)	33 649	26 711	27 983	4,8
0717	Til gjennomføring av lov om svangerskapsavbrudd	29 429			
0718	Rehabilitering		136 300	115 527	-15,2
0719	Helsefremmende og forebyggende arbeid	126 315	174 213	121 600	-30,2
	<i>Sum kategori 10.10</i>	<i>723 446</i>	<i>825 698</i>	<i>791 989</i>	<i>-4,1</i>
	Rehabilitering				
0720	Rehabilitering	124 183			
	<i>Sum kategori 10.20</i>	<i>124 183</i>			

Sosial- og helsedepartementet

					(i 1 000 kr)
Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
	Somatiske spesialisttjenester				
0730	Fylkeskommunenes helsetjeneste	13 299 101	15 148 300	16 495 100	8,9
0731	Rikshospitalet	2 251 295	1 201 900	998 000	-17,0
0733	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger		4 459	4 530	1,6
0734	Det norske Radiumhospital	753 494	272 800	297 900	9,2
0735	Statens senter for epilepsi (jf. kap. 3735)	118 896	120 392	123 470	2,6
0737	Barnesykehus (jf. kap. 3737)	48 014	43 013	42 700	-0,7
0738	Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 3738)	11 878	11 099	11 280	1,6
0739	Andre utgifter (jf. kap. 3739)	499 437	607 980	848 800	39,6
	<i>Sum kategori 10.30</i>	<i>16 982 115</i>	<i>17 409 943</i>	<i>18 821 780</i>	<i>8,1</i>
	Psykisk helsevern				
0740	Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jf. kap. 3740)	99 405	24 150		-100,0
0742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter	21 506	20 647	20 930	1,4
0743	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helsevern	1 230 795	1 499 160	1 780 200	18,7
	<i>Sum kategori 10.40</i>	<i>1 351 706</i>	<i>1 543 957</i>	<i>1 801 130</i>	<i>16,7</i>
	Legemidler				
0750	Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 3750 og 5578)	62 088	64 626	83 650	29,4
0751	Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)	65 704	79 640	81 870	2,8
	<i>Sum kategori 10.50</i>	<i>127 792</i>	<i>144 266</i>	<i>165 520</i>	<i>14,7</i>
	Sum programområde 10	19 760 165	20 429 386	22 149 159	8,4
	Sum utgifter	24 650 702	26 346 393	28 667 329	8,8

Veksten i utgiftene fra 1999 til 2000 er som nevnt i tabellen på 2 321 mill. kroner eller på 8,8 pst. Veksten i utgiftene er 444 mill. kroner større når en korrigerer for midler overført til Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. Tatt hensyn til dette blir utgiftsveksten på 2 765 mill. kroner eller 10,5 pst. Utgiftsveksten under programområde 09. Sosiale formål blir på 1 007 mill. kroner eller 17,1 pst. (ikke 10,2 pst) og veksten under programområde 10. Helsevern 1 758 mill. kroner eller på 8,6 pst. (ikke 8,4 pst.). Av utgiftsveksten på Sosial- og helsedepartementets del av statsbudsjettet, ekskl. folketrygden på 2 321 mill. kroner er ca. 2 235 mill. kroner styrking av kommuneposter (60-poster). Herunder 479 mill. kroner under programområde 09 til styrking av eldreomsorgen m.m. og 1 756 mill. kroner under programområde 10 Helsevern til styrking av sykehussektoren, psykiatri m.m. Korrigerer en for utgifter som er overført til Kommunal- og regionaldepartementets budsjett blir styrkingen av kommunepostene på 2 679 mill. kroner.

Vel 137 mill. kroner er økning i overføringene til private (70-poster). Herunder 59 mill. kroner i økte utgifter til Avtalefestet pensjon (AFP).

150 mill. kroner er nettoøkning under øvrige poster til drift av institusjoner, forskning m.m. Herunder økte utgifter i forbindelse med lønnsoppgjøret i 1999 på 14 mill. kroner.

Bevilgningsforslaget vedrørende Rikshospitalet er netto redusert med 204 mill. kroner på grunn av at utgifter til flytting var innarbeidet i 1999.

Inntekter fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)					
Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999 Forslag 2000	Pst endr 99/00	
Administrasjon					
3600	Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 600)	2 850	4	5	25,0
3604	Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 604)	381			
	<i>Sum kategori 09.00</i>	<i>3 231</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>25,0</i>
Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.					
3610	Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 610)	22 470	13 450	13 200	-1,9
3612	Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (jf. kap. 612)	1 408	310	320	3,2
3613	Statens fond for alkoholfrie overnattings- og serveringssteder	41 840	6 000		-100,0
3616	Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 616)	17 285	16 290	16 730	2,7
5527	Vinmonopolavgiften m.m.	22 032	27 700	40 900	47,7
5631	Aksjer i A/S Vinmonopolet	27 776	40 002	38 302	-4,2
	<i>Sum kategori 09.10</i>	<i>132 811</i>	<i>103 752</i>	<i>109 452</i>	<i>5,5</i>
Kontantytelser					
3661	Sykepenger	671 824	712 200	800 000	12,3
	<i>Sum kategori 09.60</i>	<i>671 824</i>	<i>712 200</i>	<i>800 000</i>	<i>12,3</i>
	<i>Sum programområde 09</i>	<i>807 866</i>	<i>815 956</i>	<i>909 457</i>	<i>11,5</i>
Helsetilsyn m.m.					
3700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 700)	22 517	750	770	2,7
3704	Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 704)	104			
	<i>Sum kategori 10.00</i>	<i>22 621</i>	<i>750</i>	<i>770</i>	<i>2,7</i>
Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering					
3710	Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 710)	84 702	63 850	65 640	2,8
3711	Statens rettskoksikologiske institutt (jf. 711)	9 238	710	730	2,8
3712	Statens helseundersøkelser (jf. kap. 712)	7 514	3 270	2 360	-27,8
3713	Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 713)	377	62	65	4,8
3714	Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 714)	773	41	45	9,8
3715	Statens strålevern (jf. kap. 715)	30 932	615	630	2,4
3716	Kreftregisteret (jf. kap. 716)	8 811	1 100	1 130	2,7
	<i>Sum kategori 10.10</i>	<i>142 347</i>	<i>69 648</i>	<i>70 600</i>	<i>1,4</i>
Somatiske spesialisttjenester					
3731	Rikshospitalet (jf. kap. 731)	1 171 008			
3734	Det norske Radiumhospital (jf. kap. 734)	498 969			
3735	Statens senter for epilepsi (jf. kap. 735)	78 780	76 400	78 470	2,7
3737	Barnesykehus (jf. kap. 737)	5 735	4 770	4 910	2,9
3738	Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 738)	1 653	1 350	1 390	3,0
3739	Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739)	10 021	9 500	9 750	2,6
	<i>Sum kategori 10.30</i>	<i>1 766 166</i>	<i>92 020</i>	<i>94 520</i>	<i>2,7</i>

Sosial- og helsedepartementet

(i 1 000 kr)				
Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999 Forslag 2000	Pst endr 99/00
	Psykisk helsevern			
3740	Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jf. kap. 740)	59 182	12 300	-100,0
	<i>Sum kategori 10.40</i>	<i>59 182</i>	<i>12 300</i>	<i>-100,0</i>
	Legemidler			
3750	Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 750)	1 423	150	2,7
3751	Apotekvesenet (jf. kap. 751)	223	200	3,0
5577	Avgift til staten av apotekenes omsetning (jf. kap. 1507 og 751)	77 612	87 500	2,1
5578	Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750)	63 222	61 550	34,8
5632	Aksjer i A/S Norsk medisinaldepot	175 000	25 000	-100,0
	<i>Sum kategori 10.50</i>	<i>317 480</i>	<i>174 400</i>	<i>-1,0</i>
	Sum programområde 10	2 307 796	349 118	-3,0
	Sum inntekter	3 115 662	1 165 074	7,1

10 Stillings- og årsverkoversikt

Tabell 10.1 Årsverk pr. 1. mars 1998 og pr 1. mars 1999 i henhold til Statens sentrale tjenestemannsregister.¹⁾

	Årsverk pr. 1/3-98	Årsverk pr. 1/3-99
600 Sosial- og helsedepartementet	324,0	299
604 Etat for rådssekretariat og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. ¹⁾	6,4	28
610 Rusmiddeldirektoratet	48,5	53
612 Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning	18,0	17
616 Statens klinikk for narkomane	47,0	46
673 Tiltak for funksjonshemmede	3,7	
Sum område 09 Sosiale formål	447,6	443
700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene	466,0	479
702 Nemnd for bioteknologi	4,0	5
704 Giftinformasjonssentralen	13,0	12
710 Statens institutt for folkehelse	410,8	426
711 Statens retts toksikologiske institutt	84,6	91
712 Statens helseundersøkelser	69,7	75
713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet	12,0	14
714 Statens tobakksskaderåd	9,6	13
715 Statens strålevern	82,6	81
716 Kreftregisteret	49,1	53
731 Rikshospitalet	3 541,0	3 514
733 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger		5
734 Det norske Radiumhospital	1 249,0	1 312
735 Statens senter for epilepsi	217,0	222
737 Barnesykehus	108,0	85
738 Helsetjenesten på Svalbard	17,5	19
740 Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri	221,2	
750 Statens legemiddelkontroll	96,5	98
Sum område 10 Helsevern	6 651,6	6 504
Sum områdene 09 og 10	7 099,2	6 947
Folketrygden:		
2600 Trygdeetaten	6 574,7	7 042
2603 Trygderetten	61,5	57
Sum område 29 Sosiale formål	6 636,2	7 099
Sum Sosial- og helsedepartementet	13 735,4	14 046

¹⁾ Statens sentrale tjenestemannsregister inneholdt for 1998 ikke fullstendig oversikt over alle årsverk under kap 604 Etat for rådssekretariat og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v

11 Garantiordninger

Tabell 11.1 Oversikt over garantifullmakter (i mill. kroner)

	Utbetalt i 1998 pr. 31.12.98	Garanti-ansvar pr. 31.12.98	Fullmakt nye garanti-tilsagn 1999	Forslag nye garanti-tilsagn 2000	Ramme garanti-ansvar 2000
Garanti for lån til opprettelse og overtakelse av apotek	0	356,0	50,0	50,0	400,0

Statsgaranti for lån til opprettelse og overtakelse av apotek

Statsgaranti for lån kan søkes av apotekere i forbindelse med overtagelse av eksisterende private apotek. Garantirammen dekker nå 100 pst av kostnadene ved overtakelse av apotek, men dekker i motsetning til tidligere verken nyopprettelse av apotek eller kostnader ved modernisering/ombygging/flytting av apotek. Det var i 1998 355 private apotek (inkl. filialer) og 249 apotekere. Det forutsettes at lånet skal benyttes til anskaffelse av varelager og investering i aktiverbare anleggsmidler (inventar, utstyr og i ganske mange tilfelle også bygningsmessige innredningsarbeider). Det kreves kontragaranti eller annen sikkerhet for halvparten av det til enhver tid gjenværende lånebeløp.

I 1998 mottok departementet ett krav om innfrielse av statens garantiansvar. Kravet er på ca 37 000 kroner. Dette er første gang siden ordningen ble innført at staten må innfri sin garantiforpliktelse. Saken vil bli avsluttet i løpet av kommende budsjettperiode.

Pensjonsordningen for apoteketaten, som medlem av Statens pensjonskasse, er långiver og har for tiden midler til å dekke lånebehovet 100 pst. Renten er for tiden. 7,0 pst. p.a. Lånene blir nedbetalt 5 pst. pr. år over 20 år. Garantirammen har økt fra 150 mill. kroner i 1984 til 400 mill. kroner fra 1. januar 1989.

Helsetilsynet gis fullmakt til å gi nye garantier for lån til opprettelse og overtakelse av apotek med 50 mill. kroner, dog slik at det samlede garantiansvar ikke overstiger 400 mill. kroner.

12 Bruk av stikkordet "kan overføres"

Utenom 30 - 49 poster (bygge-, anleggs- og materiellbevilgninger) foreslås under Sosial- og helsedepartementet at stikkordet "kan overføres" knyttes til følgende poster:

Tabell 12.1 Bruk av stikkordet "kan overføres"

(tall i 1 000 kroner)					
Kap.	Post	Benevnelse	Overført fra 1998	Forslag 2000	Begrunnelse for stikkordet
610	70	Tilskudd til avholdsorganisasjoner m.m.	2 146	56 600	Bl.a. investeringsprosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
614	63	Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak	1 234	165 100	Forskjell i utbetalingen i de enkelte år
670	62	Styrking av geriatri	4 691	7 000	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
673	65	Psykisk utviklingshemmede med sikringsdom	651	29 000	Forskjell i utbetalingen de enkelte år
674	21	Spesielle driftsutgifter	3 194	46 100	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
719	21	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren	853	34 250	Forskjell i utbetalingen i de enkelte år
719	66	Handlingsplan mot selvmord	0	7 700	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
719	70	Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien og smittevern	0	25 200	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
730	64	Tilskudd til utstyr på sykehus	243 654	764 000	Investeringsprosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
730	66	Helseregionale og andre samarbeidstiltak	4 694	39 000	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
739	64	Tilskudd til RIT 2000	2 515	100 300	Byggeprosjekt
739	65	Kreftbehandling m.m.	0	226 700	
743	60	Utredninger og utviklingsarbeid	7 703	78 700	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
743	61	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger	324	16 500	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
743	64	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne	0	49 000	
743	65	Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom	0	126 000	
743	70	Tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning	0	106 150	Prosjekter, vanskelig å tidfeste utbetaling
Sum			271 659	1 877 300	

Del II**Budsjettforslaget****Programområde 09 Sosiale formål****Programkategori 09.00 Administrasjon m.v.***Utgifter under programkategori 09.00 fordelt på kapitler:*

(i 1 000 kr)					
Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
0600	Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 3600)	154 945	153 653	160 700	4,6
0603	Forskning, utredning og IT m.v.	49 903			
0604	Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 3604)	18 357	71 218	94 230	32,3
	Sum kategori 09.00	223 205	224 871	254 930	13,4

Utgifter under programkategori 09.00 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)					
Post-gr	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
01-23	Statens egne driftsutgifter	216 873	168 321	192 600	14,4
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	6 332	5 350	8 700	62,6
70-89	Andre overføringer		51 200	53 630	4,7
	Sum kategori 09.00	223 205	224 871	254 930	13,4

Kap 0600 Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 3600)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	148 613	148 303	152 000
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, kan overføres	6 332	5 350	8 700
	Sum kap 0600	154 945	153 653	160 700

Overført fra 1998 til 1999:

Post 01: 1 915 000 kroner

Kapitlet dekker driftsutgifter til Sosial- og helsedepartementet.

I innledningen til denne proposisjon er det redegjort for de viktigste sakene som departementet arbeider med.

Departementets organisering m.m.

Det vil i oktober bli gjennomført en omorganisering av Administrasjons- og budsjettavdelingen. Avdelingen blir delt i en Administrasjonsavdeling og en Budsjett- og økonomiavdeling. Den nye avdelingen ledes av en ekspedisjonssjef som har vært knyttet til departementsrådets stab.

Nedenfor gis det en kort presentasjon av departementets avdelinger:

Administrasjonsavdelingen har ansvaret for arbeidsrettslige spørsmål, personalsaker, lønns- og regnskapsføring, tarifforhandlinger for departementet og underliggende virksomheter, arkiv, informasjonsteknologi og -systemer samt organisasjonsutvikling. Avdelingen samordner departementets arbeid med internasjonale saker, beredskap, FOU, statistikk, høringssaker og riksrevisjonssaker samt budsjett- og økonomistyring for kap. 600.

Budsjett- og økonomiavdelingen har ansvaret for koordinering av departementets budsjettarbeid og økonomistyring.

Helseavdelingen er fagavdeling for fylkeskommunale og kommunale tjenester overfor personer med psykiske lidelser, allmenn legetjeneste, jordmortjeneste, fysioterapitjeneste, tannhelsetjeneste legemiddelfeltet og genteknologi. Regulering, utdanning og godkjenning av helsepersonell, alternativ medisin, helsetjeneste for samisk befolkning og saker knyttet til erstatning, personvern og pasientrettigheter er også tillagt avdelingen.

Sykehusavdelingen er fagavdeling for somatiske spesialisthelsetjenester. Dette omfatter bl.a. arbeidet med regionale helseplaner, finansieringsordning til somatiske sykehus og poliklinikker. Avdelingen har ansvar for tildeling og resultatoppfølging av øremerkede tilskudd til fylkeskommunenes spesialisthelsetjenester og fagutvikling innen somatisk spesialisthelsetjeneste bl.a oppfølging av planer for utstyrsinvesteringer i sykehus og kreftplanen samt etatstyring av bl.a. statens sykehus. Avdelingen har ansvaret for godkjenning og oppfølging av sykehusutbygging, herunder Nytt Rikshospital på Gaustad og bygging av ny universitets klinikk i Trondheim – RiT 2000.

Forebyggings- og rehabiliteringsavdelingen er fagavdeling for forebyggende og helsefremmende arbeid, herunder forebyggingslovgivningen (strålevern, smittevern, miljørettet helsevern, næringsmidler, vern mot tobakkskader m.v.), samordning av departementets tiltak og utviklingsarbeid på rehabiliteringsområdet, og har ellers et generelt ansvar for epidemiologiske registre og for arbeid med helse og levekår.

Trygdeavdelingen er fagavdeling for Folketrygden og andre sosiale trygdeordninger samt samordning av offentlige pensjonsordninger m.v. Avdelingen har etatstyringsansvar for trygdeetaten, inkl. hjelpemiddelsentralene, Trygderetten, Pensjonstrygden for sjømenn. Avdelingen behandler også saker vedrørende private pensjonsordninger, samt størstedelen av folketrygdens budsjett og FoU-virksomhet på trygdeområdet.

Sosialavdelingen er fagavdeling for sosialtjenesten og rusmiddelpolitikken, herunder forebygging av rusmiddelmisbruk og tiltak for rusmiddelmisbrukere.

Pleie- og omsorgsavdelingen er fagavdeling for pleie- og omsorgstjenestene, sykehjem, kommunehelsetjenesten og de kommunale hjemmetjenestene, statlig politikk overfor eldre og funksjonshemmede, herunder oppfølging av Handlingsplan for funksjonshemmede og Handlingsplan for eldreomsorg.

Tilpasning til nytt økonomireglement

Nytt lønssystem er innført fra 1. mai 1999.

Spesifikasjon av eksisterende råd, nemnder og utvalg pr. 1. september 1999:**A. Finansiert over kap. 600.****Råd:**

- Det faglige utvalg for førerhundspørsmål m.v.
- Rusmiddelpolitisk råd
- Statens sykehusråd

Utvalg:

- Altabataljonutvalget
- Alternativ medisin utvalget
- Behandlingsreiser til utlandet
- Belastningslidelser, yrkesskade
- Forsikringsselskapers rett til helseopplysninger
- Klageorgan - Vinmonopolet
- Pleie- og omsorgstilbud til uhelbredelige syke
- Sjømannspensjonsutvalget
- Sykefravær og uførepensjon
- Tilknytningsformer for offentlige sykehus
- Utjamning av levekår
- Utredning om kvinners helse
- Utredningsarbeid tannhelsetjenesten

B. Finansiert over andre kapitler enn kap. 600

- Statens råd for funksjonshemmede – kap. 604
- Fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner – kap. 604
- Statens eldreråd – kap. 604
- Frivillighetens samarbeidsorgan (FRISAM) – kap. 604
- Rådgivende gruppe som skal følge praktiseringen av sosialtjenesteloven kap. 6A – kap. 604
- Offentlig utvalg som skal vurdere ulike strategier og virkemidler som fremmer målet om full deltakelse og likestilling for funksjonshemmede – kap. 674
- Rådgivende utvalg for sjeldne funksjonshemninger (kap. 604)
- Nemnd for bioteknologi – kap. 702
- Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver (SOHO) slås sammen med Statens råd for ernæring fra 1. januar år 2000 – kap. 713
- Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet – kap. 713
- Statens tobakksskaderåd – kap. 714
- Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger – kap. 733

Budsjettforslag for 2000

Arbeidet med utvikling av et tilskuddsforvaltningssystem fortsetter i år 2000. Utviklingen finansieres i hovedsak ved omdisponering fra ulike tilskuddsposter med 3,3 mill. kroner til kap. 600, post 45 for år 2000.

Økningen av budsjettforslaget under post 01 skyldes delvis økning av portoutgifter, finansiering av tre nye stillinger og at reiseutgifter på det internasjonale området er overført fra et fagkapittel.

Antall årsverk var 324 pr. 1. mars 1998 og 299 pr. 1. mars 1999 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret. Forberedelse og gjennomføring av tunge reformer på Sosial- og helsedepartementets område i 2000 vil medføre en betydelig administrativ belastning.

Kap 3600 Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 600)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Salg av publikasjoner m.v.	37	4	5
16	Refusjon fødselspenger	2 796		
17	Refusjon lærlinger	17		
	Sum kap 3600	2 850	4	5

Post 16 Refusjon fødselspenger

Det er fra 1994 innført en ordning med direkte refusjon av fødselspenger til statsetater. Inntektene føres under post 16. Post 01 Driftsutgifter kan overskrides med tilsvarende beløp som inntektene under post 16 utgjør.

Kap 0603 Forskning, utredning og IT m.v.

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
21	Spesielle driftsutgifter	49 903		
	Sum kap 0603	49 903		

Overført fra 1998 til 1999:

Post 21: 2 537 000 kroner (til kap. 701, post 21)

Bevilgningen ble i 1999 flyttet til kapitlene 675, 701, 718, 719, 739 og 743.

Kap 0604 Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 3604)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	18 357	20 018	40 600
70	Tilskudd til frivillighetssentraler		51 200	53 630
	Sum kap 0604	18 357	71 218	94 230

Overført fra 1998 til 1999:

Post 01: 675 000 kroner

Post 01 Driftsutgifter**1. Formål og hovedprioriteringer**

Etat for rådssekretariater m.v. ble opprettet fra 1. januar 1998. Sekretariatene for Frivillighetens samarbeidsorgan (FRISAM), Statens elderråd, Statens råd for funksjonshemmede, Fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner og Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver (SOHO) har vært tilknyttet etaten fra starten. Videre er oppgaven med koordinering og forvaltning av tilskudd til landsdekkende kompetansetiltak for personer med sjeldne og lite kjente funksjonshemninger og enkelte andre oppgaver lagt til en egen enhet under etaten.

Sekretariat for rådgivende gruppe som skal følge praktiseringen av sosialtjenestelovens kap. 6A (Rettigheter for og begrensninger og kontroll med bruk av makt og tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning), er fra 1. januar 1999 lagt til etaten. Fra 1. juli 1999 er Trenings- og rådgivningscenteret (TRS) ved Sunnaas sykehus overført fra Oslo kommune til Staten ved etaten, og inntil videre organisert som en egen avdeling. Sekretariatet for et offentlig utvalg som skal vurdere funksjonshemmedes rettigheter er også lagt til etaten.

SOHO vil bli overført til Rådet for ernæring og fysisk aktivitet fra 1. januar 2000.

FRISAM foreslås opprettet på permanent basis fra 1. januar 2000, etter at FRISAM har blitt drevet som et prøveprosjekt i fem år.

Rådssekretariatene og FRISAM senter er egne enheter innen etaten, men de felles administrative oppgaver er samlet i en felles enhet. Omorganiseringen har ikke berørt deres respektive mandater eller deres mulighet til direkte kontakt med departementene i faglige og politiske spørsmål.

Formålet med etablering av etaten har vært å etablere et styrket administrativt apparat og tilpasse sekretariatene til nye krav som bl.a. følger av nytt økonomireglement. Det har vært en forutsetning at omorganiseringen skulle føre til effektivisering både i sekretariatene og i departementet. Samtidig har det vært et viktig mål å etablere et sentralt forvaltningsapparat for å styrke innsatsen for koordinering og videreutvikling av landsdekkende tiltak for mennesker med sjeldne funksjonshemninger, og gi mulighet for overføring av andre oppgaver fra departementet, særlig knyttet til tiltak for eldre og funksjonshemmede og pleie- og omsorgstjenestene.

2. Resultatrapport 1998

Resultatrapporter for de enkelte enheter er omtalt under pkt. 5.

3. Tilstandsvurdering

1998 var et oppstarts- og utviklingsår for etaten. Det har også vært situasjonen i 1999. Hovedarbeidet i den nye forvaltningsenheten har vært oppbygging av administrative rutiner og systemer, og å rekruttere medarbeidere. En del av effektiviseringsgevinsten er tatt ut i departementet bl.a. ved at rapporteringen til departementet er samordnet, etatsstyringen er forenklet og departementet har blitt avlastet for omfattende arbeid med anvisninger og intern regnskap.

Overføring av det administrative ansvaret for Trenings- og rådgivningssenteret (TRS) har medført at etaten har fått mer enn dobbelt så mange ansatte. Dette representerer en stor utfordring merkantilt og innen økonomi og personalforvaltning.

Etaten har et godt utgangspunkt for effektiv drift og styrking av den faglige innsatsen. Det arbeides videre med å få etaten til å fungere som en enhet og med å få hentet ut det effektiviseringspotensialet som ligger i samarbeid om administrative og andre oppgaver. Dette vil derfor være en prioritert fellesoppgave for etaten de kommende år.

4. Satsingsområder og resultatmål for 2000

Administrative resultatmål for 2000:

- styrke innsatsen på området sjeldne funksjonshemninger, herunder administrasjon av diverse institusjoner og tiltak, se omtale under kap. 676, post 01 og 70,
- synliggjøre effektiviseringsgevinster av den nye etaten, i form av frigjort kapasitet til faglige oppgaver i de enkelte enhetene i etaten og utnytte muligheter for samarbeid mellom de ulike enhetene i etaten.
- arbeidet videre med å utvikle informasjonsvirksomheten, spesielt informasjon ved hjelp av Internett.

5. Nærmere om de forskjellige områdene

5.1 FRISAM

5.1.1 Formål og hovedprioriteringer for FRISAM

FRISAM har vært drevet som et prøveprosjekt i 5 år. Evalueringen viser at de mål som en hadde i det vesentlige er oppnådd. De frivillige organisasjonene som har deltatt i FRISAM ønsker å gjøre tiltaket permanent. På denne bakgrunn foreslår departementet å videreføre Frivillighetens samarbeidsorgan, FRISAM, på permanent basis fra og med 2000.

FRISAM ble opprettet for å stimulere frivillighetsfeltet og forvalte tilskuddsordningen til frivillighetssentralene. Den organisering som ble valgt, herunder tilknytningen til Etat for rådssekretariater m.v., har vist seg å være hensiktsmessig. Den foreslås videreført. Nåværende organisasjon omfatter:

- FRISAM kontaktforum som er en drøftings- og møteplass for medlemsorganisasjonene. Interesserte departementer har møte-, tale- og forslagsrett. FRISAM kontaktforum er autonomt i forhold til staten.
- Styret har ansvar for Senterets virksomhet, forvaltningen av statstilskuddet til frivillighetssentralene og behandling av søknader til enkeltprosjekter.
- FRISAM senter er sekretariat for FRISAM Kontaktforum og styre.

FRISAM driver:

- informasjonsvirksomhet og kompetanseutvikling
- initierer forsøk, utredning og forskning
- forvalter tilskuddsordningen til frivillighetssentraler
- gir veiledning og støtte ved oppstart av frivillighetssentraler.

5.1.2 Resultatrapport for 1998 for FRISAM

FRISAM kontaktforum har i løpet av 1998 befestet sin stilling som debattarena for ulike typer frivillige organisasjoner og offentlige myndigheter.

Når det gjelder arbeidet med oppretting av frivillighetssentraler i 1998, vises det til omtale under kap. 604, post 70. FRISAM senter har i tillegg til faste oppgaver gitt opplæring for nettverksledere for frivillighetssentraler og utviklet 38 gruppenettverk for daglige ledere over hele landet.

5.1.3 Satsingsområder og mål for 2000 for FRISAM

FRISAM kontaktforum skal i 2000 videreutvikle og forankre rollen som samarbeidsorgan for frivillige organisasjoner, og arena for dialog mellom frivilligheten og det offentlige. Det er nødvendig at FRISAM viderefører forsøks- og utviklingsarbeid og informasjonsvirksomheten og administrasjon av tilskudd til frivillighetssentralene.

5.2 Statens eldreråd

5.2.1 Formål og hovedprioriteringer for Statens eldreråd

Statens eldreråd skal gi råd til offentlige myndigheter og institusjoner på nasjonalt nivå om forhold som angår eldres levkår og livsvilkår, med fokus på eldres behov og krav på medbestemmelse og deltakelse, uavhengighet, selvutfoldelse, omsorg og verdighet.

Rådets virksomhet bygger på FNs prinsipper for eldre i verden.

Rådet har 15 medlemmer og oppnevnes av Sosial- og helsedepartementet.

5.2.2 Resultatrapport for 1998 for Statens eldreråd

Nytt Statens eldreråd for perioden 1998-2001 ble oppnevnt i januar 1998. Rådet vedtok langtidsprogram for perioden med konkrete satsingsområder og mål. Overordnet mål er å bedre levekårene for eldre generelt og eldre med særskilte behov for tiltak spesielt. Områdene er ivaretatt gjennom henvendelser, høringsuttalelser, foredrag, informasjonsvirksomhet og møter internasjonalt.

I 1998 har rådet bl.a.:

- deltatt i den nasjonale komiteen for FNs internasjonale eldreår bl.a. gjennom oversettelse og distribusjon av FNs prinsipper for eldre i verden
- rettet henvendelse til Stortinget om statsbudsjettforslagets konsekvenser for pensjonisters levekår og livsvilkår
- tatt opp spørsmålet om bedre saksbehandleropplæring for personell som tildeler pleie- og omsorgstjenester
- gitt høringsuttalelser i 9 saker.
- i forbindelse med eldres deltakelse bl.a. tilskrevet politiske partier med oppfordring om å nominere eldre på sine valglistene, arrangert konferanse for fylkeskommunale eldreråd og holdt foredrag på 9 fylkes-/regionkonferanser for eldreråd
- gitt innspill til Statens vegvesens "Nasjonale transportplan 2002-2011"
- Distribuert 238 000 av rådets brosjyrer, herunder nye utgaven av "Å være pensjonist".
- "Aldersnytt" utkom med 2 nummer
- deltok på 5 møter i EURAG (europeisk organisasjon som representerer bl.a. organisasjoner for eldre, selvhjelpsgrupper, utdannelseinstitusjoner og enkeltmedlemmer).

5.2.3 Satsingsområder og mål for 2000

For å nå den overordnede målsettingen vil Rådets innsats være rettet mot:

- Handlingsplanen for eldreomsorgen
- FNs prinsipper for eldre i verden
- informasjon om og for eldre
- å utarbeide høringsuttalelser i saker som vedrører eldre

Aktuelle satsingsområder og delmål:

- Innlemming av FNs prinsipper for eldre i verden i departementenes, Regjeringens og Stortingets mål- og handlingsplaner
- Følge nøye utviklingen i eldres levekår og livsvilkår
- Helse- og sosialtjenester:
 - oppfølging av handlingsplan for eldreomsorgen
 - arbeide for bedring av bo- og behandlingstilbudet og rettssikkerheten for psykisk syke/demente eldre
 - følge utviklingen for eldre ifm. livets avslutning
 - følge utviklingen mht kvaliteten på saksbehandling/vedtak ifm. tildeling av kommunale pleie- og omsorgstjenester
- Tilrettelagte aktiviteter og informasjon om forebyggende arbeid
- Opprettholde kontakten med de kommunale/fylkeskommunale eldrerådene
- Arbeide for å få fram kursopplegg for eldre bilførere
- Videreføre og utvikle informasjonsvirksomheten
- Videreføre arbeidet i EURAG

5.3 Statens råd for funksjonshemmede

5.3.1 Formål og hovedprioriteringer for Statens råd for funksjonshemmede

Statens råd for funksjonshemmede gir offentlige myndigheter råd om utformingen og gjennomføringen av politikken for funksjonshemmede og driver utadrettet informasjon.

6. august 1999 ble nytt råd for perioden 1999-2003 oppnevnt. Rådet ble utvidet fra 12 til 13 medlemmer og skiftet navn til Statens råd for funksjonshemmede.

5.3.2 Resultatrapport for 1998 for Rådet for funksjonshemmede

Rådet hadde 6 rådsmøter, 20 utvalgsmøter og 9 arbeidsutvalgsmøter. Rådet har arrangert 6 konferanser og større møter og vært representert i en rekke andre fora. Rådet har gitt ut 2 publikasjoner og 4 rapporter. Tidsskriftet Notabene kom ut med 4 nummer som planlagt.

- Rådet har deltatt i arbeidet med St meld nr 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998 – 2001 og har arrangerte en høring om FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming.
- Rådet har en bred samarbeidsflate mot myndighetene og blir trukket inn i arbeidet med større saker på et tidlig tidspunkt.
- Kunnskap fra prosjekter er brukt i rådets drøftinger og rådgiving. En artikkelsamling samler erfaringer fra rådets fire prosjekter om brukermedvirkning i handlingsplanperioden 1994-97.
- Rådet har hatt møter og samtaler med departementene om støttekontakt og avlastning.
- Med finansiering fra NORAD er det etablert et samarbeid på myndighetsnivå med Uganda for å utveksle erfaringer om gjennomslaget for FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemming, bl.a. gjennom etableringen av et nasjonalt råd for funksjonshemmede.
- Rådet har videreført arbeidet med sentral rådgiving, gitt 16 høringsuttalelser og informert gjennom seminar, møter og andre former for direkte kontakt.

5.3.3 Satsingsområder og mål for 2000

Med utgangspunkt i de satsingsområder og tiltak som blir prioritert i arbeidsprogrammet for rådsperioden 1999-2003 vil rådet bla.:

- delta i gjennomføringen av handlingsplanen for funksjonshemma 1998-2001
- arbeide for å øke gjennomslaget for FNs standardregler i praktisk politikk
- følge opp arbeidet i utvalget som utreder funksjonshemmedes rettigheter
- forberede WHO-konferansen "Rethinking care" i 2001 i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet og funksjonshemmedes organisasjoner. Se nærmere omtale under kap. 675, post 70.
- videreføre samarbeidsprosjekt med myndighetene i Uganda om FNs standardregler
- videreføre arbeidet med sentral rådgivning

5.4 SOHO - Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver

SOHO – Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver - er fra 1. januar 2000 besluttet overført til Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Midlene knyttet til SOHO's virksomhet foreslås overført til kap. 713, post 01. Det vises til omtale under denne bevilgningen.

5.5 Fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner.

Nemnda består av 5 medlemmer som er oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet etter forslag fra funksjonshemmedes organisasjoner. Nemndas oppgave er å fordele tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner (kap. 673, post 75) og tilskudd til likemannsarbeid (kap. 673, post 73). En nærmere omtale av tilskuddsordningene er gitt under de nevnte bevilgninger.

5.6 Koordinering av landsdekkende tiltak for personer med sjeldne og lite kjente funksjonshemninger

5.6.1 Formål og hovedprioriteringer

Staten skal koordinere og videreutvikle de landsdekkende tiltakene for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede slik at flest mulige grupper får et tilbud innenfor de eksisterende sentrene, gi departementet råd om tiltak innen dette feltet, og fordele tilskudd til denne virksomheten.

5.6.2 Bakgrunn og tilstandsvurdering

I forbindelse med handlingsplanene for funksjonshemmede (1990-1997) ble det utprøvd ulike modeller for nasjonale kompetansesentra for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede. Fra 1999 er tiltakene permanente. Smågruppesenteret på Rikshospitalet (SSSS), Trenings- og rådgivningssenteret ved Sunnaas (TRS), Tannhelsekompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander ved Universitetet i Oslo (TAKO). Kompetanseoppbygging omkring syndromdiagnostikk for de som ikke har fått en diagnose, kom i tillegg til de tilbud som tidligere er blitt gitt ved Frambu, Institutt for blødere, og regionsentrene for døvblinde. Opprettelsen av tilbudene til små grupper funksjonshemmede er begrunnet i at medfødte og sammensatte sykdommer og tilstander med inntil 100 kjente individer pr. mill. innbyggere, gir spesielle utfordringer for det lokale hjelpeapparat. For disse gruppene er det nødvendig med nasjonale tilbud som kan gi supplement og rådgivning til det ordinære hjelpeapparatet.

Behovet for styring av tilbudene har sammenheng med at:

- Det er blitt relativt mange institusjoner som gir tilbud og det er behov for felles informasjon om disse til fagpersoner, funksjonshemmede og deres pårørende.
- Det vil være behov for endringer i tilbudet til den enkelte gruppe over tid, bl.a. på grunn av at utvikling i den medisinske behandling gir endringer i gruppenes behov og at antallet kjente tilfeller øker.
- Det er relativt mange smågrupper, slik en ikke har kunnet bygge opp et landsdekkende tilbud til alle samtidig.

Departementet har oppnevnt et rådgivende utvalg for sjeldne funksjonshemninger med representanter fra brukerorganisasjonene, Statens helsetilsyn, Rikstrygdeverket, Arbeidsdirektoratet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Kommunenes sentralforbund. Utvalget skal gi etaten råd om koordinering av tilbudene for mennesker med sjeldne funksjonshemninger, herunder om prioritering av statlige midler til kompetanseutvikling, kunnskapsformidling og utvikling av landsdekkende tilbud.

5.6.3 Satsingsområder og mål for 2000

Det foreslås følgende mål for denne funksjonen:

- Utvikle og gjennomføre et systematisk arbeid med å samle og utvikle kunnskap om sjeldne funksjonshemninger, både om medisinske forhold og om betingelsene for et selvstendig liv og deltakelse i samfunnet.
- Formidle slik kunnskap til funksjonshemmede og deres pårørende og organisasjoner, aktuelle instanser innen kommunalt, fylkeskommunalt og statlig hjelpeapparat samt utdanningsinstitusjonene. Bygge opp en felles informasjonstjeneste for brukere, pårørende og fagpersoner og drive en informasjonstelefon ("grønn telefon").
- Løpende vurdere behov for særskilte nasjonale tiltak for bistand til det ordinære hjelpeapparatets arbeid med diagnostisering, behandling, utredning, rehabilitering, herunder tilrettelegging av praktisk bistand i dagliglivet og på skole og arbeidsplass.
- Forvalte bevilgninger på Sosial- og helsedepartementets budsjett til etablering og drift av særskilte tiltak for mennesker med sjeldne funksjonshemninger.

- Videreføre et forum for samarbeid og erfaringsutveksling mellom de ulike kompetansesentrene.
- Utvikle felles innsats for å overføre informasjon og erfaring til hjelpeapparatet.
- Rådgivende utvalg for sjeldne funksjonshemninger vurderer forslag til fordeling av diagnosegrupper mellom de landsdekkende virksomhetene, og vurderer hvordan den samlede kapasiteten kan utnyttes slik at flere grupper kan få et landsdekkende tilbud allerede i 2000.
- Medvirke til etablering av landsdekkende tilbud til mennesker med medfødte progredierende tilstander.

En omtale av tiltak og institusjoner for funksjonshemmede som etaten vil ha ansvaret for i 2000 er gitt under kap. 676, post 01 og 70.

5.7 Trenings- og rådgivnings-senteret (TRS)

Trenings- og rådgivnings senteret (TRS), Sunnaas sykehus gir tilbud til 7 diagnosegrupper. I alt var det registrert 837 brukere ved utgangen av 1998. I 1998 var det 105 individuelle opphold med 453 liggedøgn og 94 gruppeopphold med 500 liggedøgn. I tillegg kommer pårørende og fagfolk med 101 opphold og 469 liggedøgn. Totalt mottok TRS 678 henvendelser i 1998 hvorav 64 pst. kom fra brukere og pårørende og 23 pst. fra fagpersoner i helse-, skole- og andre fagmiljøer. Senteret gir gruppeopphold både for hver enkelt diagnose og opphold som går på tvers av diagnosegruppene, f.eks. ungdomssamlinger. De gir i tillegg individuelle opphold som ledd i rehabilitering. Antall gruppeopphold og liggedøgn er redusert fra 1997. Dette skyldes hovedsakelig redusert bemanning deler av året. Ved ledighet har internatet vært leid ut til andre statlige prosjekter ved Sunnaas sykehus. Brukerne og deres familier og det lokale hjelpeapparat følges opp med hjemmebesøk og møter i lokalmiljøet for informasjon, rådgivning og koordinering av tiltakene m.m. I 1998 foretok TRS 88 slike reiser. Det har vært en økning i produksjon av informasjonsmateriell i 1998, bl.a. er oppfølgingsveiledere for 3 av diagnosegruppene fullført i tillegg til brosjyre med informasjon om gruppeoppholdene. Virksomheten ved TRS vil fortsette som i 1999, men med de mulige endringene som følger av Rådgivende utvalgs fordelingsvurdering mellom de landsdekkende virksomhetene.

5.8 Rådgivende gruppe som skal følge praktiseringen av sosialtjenestelovens kap. 6A.

Den rådgivende gruppen er plassert i etaten.

5.8.1 Formål og hovedprioriteringer

Gruppen skal holde oversikt over utviklingen i praktiseringen av kap. 6A som gjelder vilkår for, og begrensninger i bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning og gi myndighetene innspill om praksis, råd og behov for regelendringer. Gruppen består av 10 medlemmer oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet med en sekretariatsleder. Gruppen baserer sin virksomhet på innhenting av skriftlig informasjon, rapporter og besøk i kommuner og tiltak.

5.8.2 Funksjonsperiode

Gruppen ble oppnevnt med virkning fra 1. januar 1999. Funksjonstiden er 3 år. Gruppen skal bl. a. utarbeide en rapport til departementet første kvartal 2001 som et ledd i Stortingets behandling av spørsmålet om en forlengelse av lovbestemmelsen og eventuell endring av kap. 6A.

5.8.3 Satsingsområder og mål for 2000

Gruppen vil innhente informasjon og gjennomføre besøk i kommuner og tiltak. Gruppen vil gjennomgå et omfattende materiale knyttet til lovens praktisering og til alternative tiltak. En nordisk konferanse vurderes arrangert.

5.9 Andre forvaltningsoppgaver

Det er et mål å utvikle et fagmiljø i etaten som vil være en ressurs for departementet for oppgaver som gjelder:

- administrasjon av tiltak og forsøk vedrørende tiltak for funksjonshemmede og eldre.
- kompetanseutvikling, erfarings- og kunnskapsspredning fra prosjekter.
- veilednings- og informasjonsoppgaver vedrørende organisering av tjenester i forhold til etatens målgrupper (eldre, funksjonshemmede, frivillige organisasjoner).
- Publikumsrettet informasjon.

6. Budsjettforslag for 2000

Det fremmes forslag om følgende endringer i etatens budsjett:

- Som følge av at SOHO (Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver) skal overføres til Rådet for ernæring og fysisk fostring, foreslås det at 4 mill. kroner overføres fra kap. 604, post 01 til kap. 713 post 01.
- Rådgivende gruppe for kap. 6A i sosialtjenesteloven er nå lagt inn under etaten. Til dekning av utgifter knyttet til gruppens virksomhet foreslås 991 000 kroner overført fra kap. 673, post 01 til kap. 604, post 01.
- Den statlige virksomhetsovertakelsen av Trenings- og rådgivningssenteret (TRS) ble gjennomført fra 1. juli 1999. 22 mill. kroner foreslås overført fra kap. 676 post 01 til kap. 604, post 01. Videre foreslås 1 mill. kr overført fra kap. 674, post 21 til kap. 604, post 01 til nødvendig styrking av TRS sin virksomhet for å kunne opprettholde virksomheten på nåværende nivå. Samlet forslag til overføringer til kap. 604, post 01 knyttet til TRS er 23 mill. kroner.

Antall årsverk i etaten pr. 1. mars 1998 var 11 og 28 pr. 1. mars 1999. Tjenestemannsregisteret inneholdt ikke fullstendig oversikt over alle årsverk pr. 1. mars 1998.

Antall årsverk ved TRS pr. 1. juli 1999 var 41,5. Se for øvrig omtale under pkt. 1 og 5.7 ovenfor.

Post 70 Tilskudd til frivillighetssentraler

1. Formål og oppgaver

Formålet er å stimulere til etablering og drift av frivillighetssentraler. Sentralene skal være et bindeledd mellom folk som ønsker å yte en frivillig innsats, lokale frivillige organisasjoner, menigheter, kommuner, og mennesker som kan nyttiggjøre seg slik innsats. Det er en målsetting at sentralene også skal mobilisere, formidle og samordne lokalt, frivillig arbeid. Personer i alle aldre og med ulike behov får hjelp fra frivillige som er knyttet til sentralene. Det er likevel særlig eldre og funksjonshemmede som får hjelp og kontakt. Sentralene legger til rette for ulike aktiviteter og tiltak, bl.a. selvhjelpsgrupper. I selvhjelpsgruppene kan en få hjelp og støtte til å bearbeide problemer f.eks. angst og rusproblemer. Flere frivillighetssentraler arbeider for å få til en bred mobilisering av lokale krefter for forebygging av rusproblemer.

2. Resultatrapportering og tilstandsvurdering

I 1998 ble det gitt midler til oppstart av 45 nye frivillighetssentraler. Målet for oppretting av frivillighetssentraler var 220 ved utgangen av 1998. Ved utgangen av 1998 var 215 sentraler i drift. To sentraler ble lagt ned i løpet av 1998. Alle kvalifiserte søkere fikk tilskudd i 1998, og som resultat ble 43 nye sentraler startet opp.

Det foretas en løpende registrering av ulike tiltak, antall frivillige timer, antall brukere m.v. i alle sentraler som mottar statstilskudd.

Tabell II. 1: Oversikt over antall frivillighetssentraler og antall frivillige omregnet i årsverk

År	Antall sentraler med statsstøtte	Frivillig innsats omregnet i hele årsverk
1994	86	219
1995	115	243
1996	149	255
1997	175	357
1998	215	350
1999	235*	385 *

* anslag

3. Satsingsområder og mål

Det foreslås at bevilgningen videreføres på om lag samme nivå som i 1999, og at tilskuddet for 2000 økes fra 205 000 kroner til 210 000 kroner pr. hele driftsår. Fra 1999 må alle sentraler finansiere minst 40 pst. av budsjettet fra lokale kilder. Den del av tilskuddsbevilgningen som ikke går til driftstilskudd til sentralene, kan benyttes til informasjon, kompetanseutvikling, rådgivning, evaluering m.v.

Kap 3604 Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 604)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Salgs- og leieinntekter m.m.	381		
	Sum kap 3604	381		

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Det foreslås at utgiftene under kap. 604, post 01 kan økes mot en tilsvarende merinntekt under kap. 3604. Merinntektene inkluderer bl.a. utleie av lokaler og inntekter fra overnattingsgjester ved TRS, inntekter fra foredragsvirksomhet, salg av publikasjoner og refusjon fra andre offentlige instanser i forbindelse med oppdrag.

Programkategori 09.10 Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.

Utgifter under programkategori 09.10 fordelt på kapitler:

		(i 1 000 kr)			
Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
0610	Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 3610)	129 568	137 465	138 720	0,9
0612	Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (jf. kap. 3612)	9 762	8 027	8 160	1,7
0614	Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v.	143 923	184 400	239 150	29,7
0616	Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 3616)	22 760	23 041	23 130	0,4
	Sum kategori 09.10	306 013	352 933	409 160	15,9

Utgifter under programkategori 09.10 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)

Post- gr	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
01-23	Statens egne driftsutgifter	113 639	113 583	114 210	0,6
50-59	Overføringer til andre statsregnskap			6 700	
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	108 809	148 150	198 100	33,7
70-89	Andre overføringer	83 565	91 200	90 150	-1,2
	Sum kategori 09.10	306 013	352 933	409 160	15,9

Programkategori 09.50 Sosialtjenesten er innarbeidet i programkategori 09.10. Programkategori 09.10 omfatter:

- forsøks- og opplysningsvirksomhet knyttet til sosialtjenesten
- tiltak for redusert bruk av rusmidler og forebygging av rusmiddelmisbruk
- behandling og rehabilitering av rusmiddelmisbrukere og prostituerte
- forskning
- internasjonalt samarbeid
- forvaltning av regelverk og oppfølging av tiltak som påvirker forbruk av alkohol og narkotika

1. Overordnet formål med programkategorien

Sosialtjenesten skal fremme økonomisk og sosial trygghet, forebygge sosiale problemer og bedre levevilkårene for vanskeligstilte. I samarbeid med andre instanser skal den arbeide for at mennesker med behov for hjelp blir i stand til å fungere selvstendig i samfunns- og arbeidslivet. Det overordnede målet for rusmiddelpolitikken er å begrense de samfunnsmessige og individuelle skadene som bruk og misbruk av rusmidler kan føre med seg.

Formålet med programkategorien er å støtte forsøksvirksomhet, utviklingsarbeid og forskning innen sosialtjenesten, bidra til å begrense skadevirkningene av alkohol, samt hindre misbruk av narkotika.

2. Tilstandsbeskrivelse/resultatrapport

Sosialtjenesten

Forutsetningen for å motta sosialhjelp er at personer ikke selv kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid, eller på annen måte gjøre økonomiske rettigheter gjeldende. Utviklingen i antall sosialhjelpsmottakere, kjennetegn ved denne gruppen, og de samlede utgiftene til sosialhjelp vil være et barometer for endringer på arbeidsmarkedet, i familiemønster og omfanget og innretningen av de generelle velferdsordningene.

Antall sosialhjelpsmottakere økte sterkt på 1980- og første del av 1990-tallet, men har i de senere årene gått noe ned. I 1997 mottok om lag 147 000 personer økonomisk sosialhjelp¹, og foreløpige tall for 1998 tyder på at de seneste års nedgang i klienttallet fortsetter. Foreløpige tall for 1998 viser en fortsatt nedgang i de samlede sosialhjelpsutbetalingene, til ca 3,7 mrd. kroner i 1998.

¹ Antallet stønadstillfeller var 157 000 i 1997.

Det store flertallet av sosialhjelpsmottakerne er relativt unge (20-49 år). Veksten i sosialhjelpsbruken i perioden 1986-94 skjedde i alle aldersgrupper, med unntak av personer over 67 år. Reduksjonen etter 1994 har imidlertid vært sterkest i de yngre aldersgruppene. I 1997 var om lag 30 pst. av mottakerne av økonomisk sosialhjelp registrert i en eller annen form for sysselsetting (arbeid, utdanning, arbeidsmarkedstiltak). En like stor del var registrert arbeidsløse.

Omtrent en tredjedel av sosialhjelpsmottakerne var verken i arbeid, under utdanning, deltok i arbeidsmarkedstiltak eller var registrert som arbeidssøkere. Andelen enslige blant sosialhjelpsmottakerne er høy.

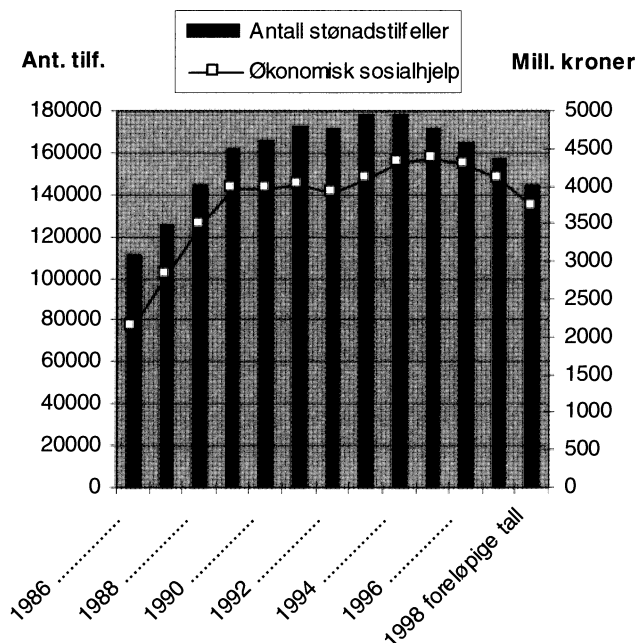
Selv om utviklingen har gått i retning av færre sosialhjelpsmottakere totalt

sett, er det blitt relativt flere som mottar sosial stønad over lang tid. Undersøkelser utført av Statistisk sentralbyrå i forbindelse med St. meld. nr. 50 (1998-99) Utjamningsmeldinga, Om fordeling av inntekt og levekår i Noreg, som Regjeringen la fram i juni 1999, viser at en ikke ubetydelig andel av sosialhjelpsmottakerne er økonomisk marginalisert, og har vært det over lang tid. Langvarig bruk av sosialhjelp har også sammenheng med problemer på andre levekårsområder: lav utdanning, marginal eller liten tilknytning til arbeidslivet, og påfølgende inntektssvikt. Mange har i tillegg helse- og/eller sosiale problemer og dårlige boforhold.

Utfordringene til sosialtjenesten framover er knyttet til denne utviklingen, hvor en større andel personer har mer langvarige og sammensatte hjelpebehov. Enkelte vil ha behov for behandling/rehabilitering og forbedring av den faglige og/eller sosiale kompetanse før de eventuelt kan forsørge seg selv gjennom arbeid. Sosialtjenesten rår ikke selv over alle nødvendige virkemidler, og må samarbeide med andre etater, frivillige organisasjoner og pårørende. I mange kommuner er ikke den helhetlige innsatsen overfor den enkelte bruker tilfredsstillende, og samordning av tjenester er ikke tilstrekkelig utviklet. På den bakgrunn, og bl.a. som en oppfølging av Velferdsmeldingen, jf. St. meld. nr. 35 (1994-95), er det tatt initiativ til etablering av tverretatlige samarbeidsfora for å styrke samarbeidet mellom sosialtjenesten, trygdeetaten, arbeidsmarkedsetaten og eventuelt andre etater og tjenester i kommunene.

Klientgruppen som sosialtjenesten står overfor, stiller stadig større krav til kompetanse og kvalitet i tjenesteytingen. Gjennom utviklingsprogram for styrking av sosialtjenesten i de senere år er det oppnådd en betydelig kompetanseheving. Gjennom en markant økning i studiekapasiteten for sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere på 1990-tallet, har tilgangen på sosialfaglig personell generelt blitt bedret. Handlingsplanen for sosialtjenestens førstelinje, "Kunnskap og brubygging" (1998-2001), ble iverksatt av Sosial- og helsedepartementet våren 1998. Planen bygger på erkjennelsen av at fortsatt utvikling av sosialtjenesten er nødvendig for å øke kvaliteten i tjenesteytingen.

Utgifter til økonomisk sosialhjelp (1998-kroner) og antall stønadstilfeller 1986-1998



Rusmiddelpolitikken

Nordmenn drikker mer svakvin enn tidligere. I tillegg kjøpes det mer lovlig brennevin, samtidig som enkelte regionale undersøkelser viser at befolkningen er blitt mer kritiske til hjemmebrent. Nordmenns drikkevaner har endret seg kraftig de siste førti årene. I 1960 sto salget av brennevin for hele 70 pst. av Vinmonopolets salg. Samtidig sto sterkvinen for 16 pst. og svakvin for 14 pst. Forbruket er snudd helt om i løpet av denne tiden, i det det- målt i liter ren alkohol - selges mer svakvin enn brennevin. Øl er fortsatt den dominerende alkoholtypen med godt over halvparten av omsetningen regnet i ren alkohol. Samtidig med en betydelig økning i alkoholkonsumet i det samme tidsrommet, har antallet alkoholavholdne gått ned.

Fra 1996 til 1997 var økningen på 6,2 pst. målt i ren alkohol pr. innbygger over 15 år. Foreløpige tall for 1998 viser at forbruket var noe høyere enn i 1997, men hadde ikke samme økningstakten. Selv om Norge ligger lavt i omsetning av alkohol sammenlignet med de øvrige landene i Europa, har også vi et høyt antall alkoholrelaterte problemer. Anslag tilsier at det inntreffer om lag 500 dødsfall pr. år pga. alkoholrelaterte sykdommer, og et tilsvarende antall alkoholrelaterte dødsulykker i Norge. Antallet alkoholrelaterte selvmord antas å være av størrelsesorden 2-300, mens antallet alkoholrelaterte drap er beregnet til omkring halvparten av alle drap, dvs. ca 30 pr. år. (O. J. Skog et al 1993). Ved siden av den legale omsetningen av alkohol, er det for smuglersprit og hjemmebrent utviklet omsetningsmetoder som også har økt tilgjengeligheten av ulovlig sprit til barn og unge. Kreative markedsføringstiltak for alkoholprodukter med sikte på å omgå reklameforbudet, synes å øke med større konkurranse på alkoholmarkedet.

Økt internasjonal, ulovlig produksjon og handel med narkotika har ført til økt tilgang på narkotiske stoffer også i Norge. På 80-tallet så det ut til at narkotikamisbruket var stabilt, men i siste halvdel av 1990-årene har blant annet bruken av cannabis økt vesentlig. Misbruket av stoffer som amfetamin og heroin har fått betydelig geografisk spredning, og antallet hardt problembelastede misbrukere har økt. Flere av disse er blitt mer nedslitte og forkomne, og dødeligheten i gruppen er høy. Det var 270 registrerte narkotikadødsfall i 1998. For første gang var det omtrent like mange dødsfall utenfor som i Oslo (136 mot Oslos 134).

I 1998 oppga 16 pst. av ungdom mellom 15 og 20 år i Oslo, og 12 pst. på landsbasis, at de er for fritt salg av cannabis. Andelen som sier at cannabis bør bli legalt tilgjengelig, har økt på 90-tallet. Motstanden mot å bruke stoffet synes derfor å ha minsket, selv om det fremdeles er et stort flertall som ikke ønsker å legalisere eller avkriminalisere narkotiske stoffer. De indikatorene forskningsmiljøene har for utviklingen tyder på at vi både har et økt antall brukere, og en økning i bruken blant allerede etablerte misbrukere av illegale stoffer.

Større tilgjengelighet og mer liberale holdninger til rusmidler, understreker viktigheten av økt satsing på forebyggende og holdningsskapende innsats. Det er nødvendig å videreføre og styrke de tradisjonelt virksomme tiltakene på området, herunder samarbeid med foreldre, undervisningen i skolene, oppsøkende ungdomsarbeid og innsatsen til frivillige organisasjoner, samtidig som nye tiltak må utprøves. For å nå fram med informasjon til de mest risikoutsatte unge, er det nødvendig å videreutvikle tiltak som støtter unges egne initiativ til å danne "motkultur" til "ruskulturen". Den forebyggende innsatsen må baseres på oppdatert kunnskap om situasjonen og om effektive virkemidler.

Sosialtjenesten har et helhetlig ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere, herunder ettervern. Arbeidet med rusmiddelmisbrukere synes i mange kommuner å ha blitt oppprioritert etter at sosialtjenesteloven trådte i kraft 1. januar 1993. Graden av helhetlige tilnærminger og ivaretagelse av ettervernet later imidlertid til å variere betydelig kommunene imellom.

Fylkeskommunene har ansvaret for etablering og drift av institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for omsorg og behandling av rusmiddelmisbrukere. Norge har et mangfoldig institusjonstilbud. En gjennomgående erfaring både fra

behandlingsforskning og praksis er betydningen av langvarig oppfølging (ettervern). Departementet satte i desember 1998 ned en arbeidsgruppe for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere. I mandatet inngikk å vurdere kapasiteten og de ulike tilnærmingsmåter en finner i døgnbehandlingstilbudet, vurdere hvorledes kvaliteten kan sikres, herunder spørsmålet om det bør etableres en offentlig godkjenningsordning av døgninstitusjoner, og endelig vurdere behovet for evt. endringer i gjeldende ansvars- og finansieringssystem. Gruppen skulle også se på samarbeidsforholdene mellom den kommunale sosialtjenesten og døgninstitusjonene. Rapportene ble ferdigstilt i juni 1999 og er sendt på bred høring.

Bestemmelsene i sosialtjenesteloven om tilbakehold av rusmiddelmisbrukere i institusjon med og uten eget samtykke, trådte i kraft 1. januar 1993. Fra 1. januar 1996 kom en egen bestemmelse om tilbakehold av gravide rusmiddelmisbrukere. I 1997 fattet fylkesnemndene 22 vedtak om tilbakehold uten eget samtykke. I tillegg ble det truffet 10 vedtak og 18 hastevedtak (godkjenning av midlertidige vedtak) i forhold til gravide misbrukere. Tallene for 1998 viser at det ble truffet 31 vedtak om tilbakehold av misbrukere, og i tillegg 17 vedtak og 30 hastevedtak overfor gravide. For første halvår i 1999 viser tallene en betydelig økning i antall vedtak. Det er truffet 30 vedtak om tilbakehold av rusmiddelmisbrukere mot 10 i første halvår 1998. I tillegg er det truffet 9 vedtak om tilbakehold av gravide rusmiddelmisbrukere, mot 4 på samme tid året før.

3. Virkemidler og forventete resultater for 2000

Sosialtjenesten

Sosial- og helsedepartementet vil videreføre arbeidet med å utvikle og styrke sosialtjenesten i kommunene. Målet er å redusere tilfeldig forskjellsbehandling, gjøre tjenesten mer brukervennlig, og i større grad tilpasse den til de vanskeligst stilte. Hovedsatsingen på området følger av Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje "Kunnskap og brubygging" (1998-2001). I St. meld. nr. 16 (1996-97) Narkotikapolitikken ble det lansert et eget program for styrking av førstelinjens arbeid med rusmiddelproblemer. Programmet er integrert i handlingsplanen. Planen inneholder en rekke tiltak som skal styrke og videreutvikle kvalitet og kompetanse, herunder sosialtjenestens evne til samarbeid med andre instanser. I løpet av handlingsplanperioden skal alle klientarbeidere ha fått tilbud om deltakelse i opplæringsprogram og faste veiledningstilbud. Målet er å opprette varige strukturer i kommunene, som sikrer høy kvalitet og kompetanse innen sosialtjenestens førstelinje. Som ledd i arbeidet med å redusere tilfeldig forskjellsbehandling ved fordeling av økonomisk sosialhjelp, og som oppfølging av St. meld. nr. 50 (1998-99) Utjamningsmeldinga, foreslår Regjeringen at det innføres statlige, veiledende normer for utmåling av økonomisk sosialhjelp. For å øke aktiviseringen av den enkelte sosialhjelpsmottaker, vil departementet stimulere til økt bruk av vilkår, samt sette i gang forsøk med kommunalt ansvar for aktivisering av langtids sosialhjelpsmottakere. Revisjon av hovedrundskrivet til sosialtjenesteloven er også et sentralt virkemiddel for departementets satsing på dette området.

Rusmiddelpolitikken

De siste års økning i bruken av legale og illegale rusmidler stiller rusmiddelpolitikken overfor nye utfordringer. Regjeringen går inn for en mer offensiv rusmiddelpolitikk, og la i 1998 fram St.prp. nr. 58 (1997-98) Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998-2000). Regjeringens alkoholpolitiske mål er å redusere skadevirkningene av alkohol både for den enkelte og samfunnet gjennom forebygging og annen innsats for å begrense alkoholbruken. Regionalkontoret for WHO i Europa har høsten 1999 vedtatt å videreføre den europeiske alkoholhandlingsplanen i perioden 2000-2005. Regjeringens pågående rusmiddelpolitiske innsats vil også være et ledd i gjennomføringen av denne handlingsplanen, og tiltak vil særlig bli rettet inn mot å begrense totalkonsumet og heve debutalderen for eventuell bruk av alkohol. WHO hadde i sin forrige alkoholhandlingsplan satt som mål en 25 pst. reduksjon i alkoholforbruket i perioden 1980 til 2000. Svært få land har oppnådd en slik reduksjon, og i den videreførte planen

er det ikke satt noe tilsvarende tallfestet mål. Regjeringen ønsker likevel å videreføre dette målet, og vil fortsette arbeidet med å nå 25 pst. reduksjon i alkoholforbruket i perioden 2000-2005. Rusmiddeldirektoratet har fått en sentral rolle i gjennomføringen av Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel, herunder videreutvikling av holdningsskapende tiltak og støtte til rusfrie miljøtiltak og de frivillige organisasjonene. A/S Vinmonopolet har fått økt informasjonsansvar om helsefarene ved et høyt alkoholforbruk. Rusmiddelpolitikken må bygge på dokumenterte kunnskaper om virkningene av de ulike tiltakene. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning har derfor viktige oppgaver på dette området. Sosial- og helsedepartementet oppnevnte i 1998 Rusmiddelpolitisk råd. Rådet skal stimulere til bred rusmiddelpolitisk debatt, og være bindeledd mellom myndighetene, partene i arbeidslivet, næringslivsorganisasjonene, forsikringsbransjen og de rusmiddelpolitiske organisasjonene på det forebyggende området.

Regjeringen vil intensivere det forebyggende arbeidet, og utvikle strategier som kan være virksomme i forhold til både ungdom og voksne i dag. Norges forskningsråd vil våren 2000 arrangere en ekspertkonferanse for å få fram en kunnskapsstatus på området, og synliggjøre strategier og "veivalg" framover. Sosial- og helsedepartementet vil støtte konferansen. Departementet tar også sikte på å gjennomgå organiseringen av statens innsats på forebyggingsområdet. Metadonassistert rehabilitering er etablert som et permanent, landsomfattende tilbud til misbrukere med et langvarig, opiattdominert misbruk og der andre hjelpe- og rehabiliteringstiltak ikke har bedret fungeringsevnen og livssituasjonen. Målet med bruk av metadon, som ett av flere virkemidler i helhetlige rehabiliteringsopplegg, er å bistå de aktuelle misbrukerne med å komme seg ut av de hardt belastete sprøytemisbruksmiljøene, nyttiggjøre seg annen hjelp og behandling, redusere skadene av sprøytemisbruket og faren for overdosedødsfall, bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen og oppnå rusfrihet og yrkesmessig og sosial rehabilitering. Sosial- og helsedepartementet vil vurdere hvorvidt dagens organisering av metadonassistert rehabilitering er den mest hensiktsmessige, og vil legge til rette for kontrollert utprøving av også annen legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere.

Både på alkohol- og narkotikaområdet skjer det en global utjevning av forskjellene i forbruksmønstrene. Internasjonalt tas det til orde for mer liberale holdninger til narkotika. Også den norske alkoholpolitikken vil bli sterkere utfordret i årene som kommer som følge av økt internasjonalisering. Regjeringen vil fortsatt føre en restriktiv rusmiddelpolitikk. Med det presset vi utsettes for internasjonalt, blir det fortsatt viktig at Norge deltar i internasjonale fora der holdninger til rusmidler blir drøftet og påvirket.

Kap 0610 Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 3610)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	61 994	47 865	49 120
60	Forebyggende og kompetansegivende tiltak	14 669	33 000	33 000
70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid, <i>kan overføres</i>	52 905	56 600	56 600
	Sum kap 0610	129 568	137 465	138 720

Overført fra 1998 til 1999:

Post 01: 588 000 kroner

Post 70: 2 146 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Hovedformålet med Rusmiddeldirektoratets virksomhet er å bidra til å forebygge rusmiddelproblemer ved å fremme rusfri livsstil og miljøer, og ved forvaltning av og tilsyn med lovregulerende og kontrollerende tiltak. Direktoratet skal:

- Følge med i utviklingen av forbruket av legale og illegale rusmidler og forbrukets konsekvenser
- Ha oppmerksomhet rettet mot endringer i forbruksmønstre og, etter behov, ta initiativ til nye forebyggingsstrategier
- Bidra til og støtte tiltak som kan redusere rusmiddelbruk i befolkningen, herunder bruk i risikosituasjoner
- Forestå egen, og støtte andres, informasjonsvirksomhet om rusmidler og de konsekvenser rusmiddelbruken kan forårsake for individ og samfunn
- Støtte kompetanseutvikling på rusmiddelområdet for berørte sektorer og yrkesgrupper og for frivillige organisasjoner
- Gi kommuner, offentlige institusjoner og frivillige organisasjoner veiledning i forebygging av rusmiddelproblemer
- Utøve bevillingsmyndighet, tilsyn og kontroll med bevillingsordningen for tilvirkning og engrossalg av alkoholholdig drikk
- Føre tilsyn og veiledning med reklameforbudet

Departementet vil foreta en gjennomgang av Rusmiddeldirektoratets rolle og funksjon, som en oppfølging av Statskonsults rapport. Målet er bl.a. å sikre et nasjonalt ekspertorgan på rusmiddelområdet.

2. Resultatrapport 1998

Følge med i utviklingen av forbruket av legale og illegale rusmidler og forbrukets konsekvenser

Direktoratet har produsert en rekke nye publikasjoner i 1998, herunder den årlige *Rusmidler i Norge*, som ble utgitt som et spesialhefte med statistiske opplysninger om narkotika og narkotikabruk.

Den løpende kartleggingen av kommunenes rusmiddelarbeid og narkotikasituasjonen i kommunene er gjennomført også i 1998. I tillegg er spørreundersøkelser om uregistrert alkoholforbruk og ungdoms bruk av rusmidler gjennomført i samarbeid med Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.

Arbeidet med dokumentasjonssystemet for tiltakene for rusmiddelmisbrukere er videreført. Institusjonsdatabasen Nidar oppdateres årlig, og klientstrømregisteret oppdateres i samarbeid med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Standardisert klientregistrering er fra 1998 innført i de fleste tiltakene med bistand fra stiftelsen Bergensklinikkene. En katalog med oversikt over ytterligere kartleggingsverktøy og tester for kliniske formål, er stilt til disposisjon for institusjonene. Det ble utgitt tre nye rapporter fra systemet i 1998.

Bidra til og støtte tiltak som kan redusere rusmiddelbruk i befolkningen, herunder bruk i risikosituasjoner

Det ble i 1998 gjennomført to kampanjer – en innovativ narkotikakampanje under tittelen "Noen eventyr skriver seg selv" og en regional kampanje for videreføring av aksjonen mot ulovlig spritomsetning. Dessuten har et pilotprosjekt "Ansvarlig vertskap" med fokusering på overskjenking, beruselse og vold blitt gjennomført i Kristiansand.

Det er på nytt gitt tilskudd til organisasjonenes aksjonsuke om rusmiddelforebygging – som i 1998 var en del av EU's "Drug Prevention Week", til "rusistprosjektet" i landsforeningen "Ungdom og fritid" og til prosjekter i regi av Ungdommens Røde Kors, Stiftelsen Kom og dans og Stiftelsen MOT.

Direktoratet forvalter tilskuddsordninger som har til formål å fremme en rusfri livsstil og rusfrie miljøer, og redusere rusmiddelbruk i risikosituasjoner. Dels er dette stimuleringsstilskudd til kommuner, og dels er det drifts- og prosjektilskudd til frivillige organisasjoner og private virksomheter. Samlet ble det i 1998 fordelt tilskudd til slike formål med 67,6 mill. kroner.

Det ble fordelt 25,8 mill. kroner i drifts- og prosjekttilskudd til 19 ulike rusmiddelpolitiske organisasjoner. Blant disse var Avholdsfolkets Landsråd, som er en paraplyorganisasjon for 15 landsomfattende avholdsorganisasjoner. Avholdsfolkets Landsråd mottok i 1998 samlet over kap. 610 2,9 mill. kroner i driftstilskudd, 5,1 mill. kroner i prosjekttilskudd foruten 4,5 mill. kroner som tilskudd til internasjonalt arbeid. Statstilskuddet utgjorde dermed 12,5 mill. kroner – 89 pst. av de 14,1 mill. kroner som organisasjonen hadde i inntekter dette året. Organisasjonen hadde 14,5 mill. kroner i utgifter slik at det samlede underskuddet ble i alt 389 000 kroner i 1998.

Dessuten ble det gitt tilskudd til virksomheten i Alko-Kutt aksjonene og til Arbeidslivets komite mot alkoholisme og narkomani (AKAN) og til prosjekter i andre organisasjoner som arbeidet innen rusmiddelfeltet. AKANs samlede inntekter utgjorde 9,4 mill. kroner i 1998, hvorav 2,8 mill. kroner var egne inntekter, 4 mill. kroner over kap. 610, 0,9 mill. kroner fra Arbeidsdirektoratet, 1,5 mill. kroner fra LO og NHO og 0,2 mill. kroner fra Arbeidsmiljøfondet. Statstilskuddet utgjorde dermed til sammen 4,9 mill. kroner og 52 pst. av AKANs inntekter i 1998. Resultatregnskapet viser et overskudd på 0,2 mill. kroner.

Direktoratet fortsatte sine samarbeidsavtaler med Norges idrettsforbund og Kirkerådet i 1998. Det er også gitt tilskudd til Blå Kors Sosialavdeling for koordinering av de institusjonene som organisasjonen driver.

I 1998 ble det gitt driftstilskudd til organisasjonene i Norsk senter for rusfri miljøutvikling på samme grunnlag som for tidligere år med til sammen 3,9 mill. kroner. Det ble videre innvilget tilskudd til 22 prosjekter til utvikling av alkoholfrie overnattings- og serveringssteder med et samlet beløp på 1,8 mill. kroner.

En ny tilskuddsordning for etablering og modernisering av alkoholfrie overnattings- og serveringssteder kom i gang i 1998. Det kom inn 151 søknader med en samlet søknadssum på 49 mill. kroner. Det ble innvilget tilskudd til 15 søkere med i alt 4 mill. kroner.

Det ble i alt fordelt 14,7 mill. kroner til forebyggende tiltak i 41 kommuner.

Forestå egen, og støtte andres, informasjonsvirksomhet om rusmidler og de konsekvenser rusmiddelbruken kan forårsake for individ og samfunn

Samlet ble det i 1998 formidlet 932.000 eksemplarer av ulikt informasjons- og opplysningsmateriell samt spesialrapporter. Tidsskriftet "Rus & avhengighet" ble gitt ut med 6 nummer i ca. 3.800 eksemplarer. Informasjonstelefonen med 19 programmer om rusmidler har likeledes vært i drift.

I 1998 mottok og ekspederte direktoratet 5.800 henvendelser om faglig dokumentasjon vedrørende ulike sider av rusmiddelspørsmål. Arbeidet med lettere tilgjengelighet til dokumentasjon ble videreført i 1998. Det er gitt tilskudd til frivillige organisasjoners arbeid i skolen. De mest sentrale prosjektene er Juventes "Handling mot rusgift"-kurser, skoledagsprosjekter og "Rusfri diil"-aksjonen.

Støtte kompetanseutvikling på rusmiddelområdet for berørte sektorer og yrkesgrupper og for frivillige organisasjoner

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelproblematikk og Norgesnett for disse sentrene har vært i drift i syv regioner og er knyttet til Nordlandsklinikken i Narvik, Vestmo behandlingssenter i Ålesund, Stiftelsen Bergensklinikkene i Bergen, Rogaland A-Senter i Stavanger, Borgestadklinikken i Skien, Diakonhjemmets høgskolesenter i Oslo og Sanderud Sykehus i Ottestad. Sentrene skal bidra til kompetanseheving blant førstelinjepersonell, metode- og materiellutvikling samt opprettholde og videreutvikle andrelinjetjenestens spesialiserte tilbud. Norgesnett for senterlederne skal ha en faglig rådgivende funksjon overfor departementet i spørsmål som gjelder tiltak for rusmiddelmisbrukere.

En omfattende opplærings- og konferansevirksomhet for første- og andrelinjetjenesten er gjennomført i 1998. Sentrene har arbeidet videre med sine respektive spesialområder, og har deltatt i oppbyggingen av det nasjonale dokumentasjonssystemet.

I 1998 er det arbeidet med å tilpasse sentrene til helseregioninndelingen, ved siden av at sentrene er blitt forberedt på nye oppgaver på forebyggingsområdet i oppfølgingen av Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel, jf. St. prp. nr. 58 (1997-98).

For fornyet innsats i lærerutdanningen, er det igangsatt et utviklingsprosjekt for heimkunnskapsfagets behandling av rusmiddelspørsmål.

Gi kommuner, offentlige institusjoner og frivillige organisasjoner veiledning i forebygging av rusmiddelproblemer

Det er gitt ut nye veiledningshefter om forebyggende rusmiddelarbeid for grunnskolen og den videregående skolen. Direktoratet har også ferdigstilt nytt undervisningsmaterieell for begge skoleslag og utviklet et nytt opplegg for foreldremøter.

Direktoratet har deltatt i arbeidet med å utarbeide en mal for kommunale rusmiddelpolitiske planer, som utgis av Sosial- og helsedepartementet i 1999.

Utøve bevillingsmyndighet, tilsyn og kontroll med bevillingsordningen for tilvirkning og engrossalg av alkoholholdig drikk

Det ble tildelt 32 nye engros- og tilvirkningsbevillinger i 1998. Ved utgangen av 1998 var det i alt 193 bevillingshavere etter alkohollovens kap. 3A. Det ble inndratt 34 bevillinger i 1998 grunnet frivillig opphør, fusjoner og konkurser, og 3 bevillinger pga. mislighold. I tillegg var det ved samme tidspunkt registrert 175 mellommenn, og det er behandlet i alt 267 saker om innførsel av vareprøver. I 1998 ble det gjennomført 43 stedlige kontroller i tillegg til løpende dokumentkontroll. Videre ble det gitt 6.022 tillatelser til innførsel av alkoholholdig drikk til personlig bruk i henhold til alkohollovens § 2-1. Det alt overveiende gjaldt gaveforsendelser.

Direktoratets virksomhet med kontroll av teknisk sprit resulterte i 913 kontroller med 85 pst. etter spritloven og 15 pst. etter alkoholtilvirkningsloven. Det ble videre gitt 991 godkjenninger av produkter som inneholder sprit, og til sammen 2.234 kjøpe- og importtillatelser for tekniske spritprodukter. Samtidig ble det gitt 6.500 fornyelser av kjøpetillatelser.

Føre tilsyn og veiledning med reklameforbudet

Direktoratet behandlet til sammen 92 saker om alkoholreklameforbudet i 1998. Det ble gitt utstrakt veiledning om regelverket på området.

3. Tilstandsvurdering

For en beskrivelse av utviklingen i forbruket av legale og illegale rusmidler, samt utfordringene man står overfor på forebyggingssiden, vises det til tilstandsbeskrivelsen under omtalen av programkategori 09.10 Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.

4. Satsingsområder og resultatmål for 2000

Rusmiddeldirektoratet har en sentral rolle i gjennomføringen av St. prp. nr. 58 (1997-98) Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998-2000). Videreføring av allerede igangsatte tiltak, og iverksetting av nye tiltak som støtter opp om planens overordnede mål, er et prioritert område for direktoratet i handlingsplanperiodens siste år. Direktoratet skal:

- generelt virke for målsettingen om redusert rusmiddelbruk
- virke for å heve debutalderen for alkohol

Sosial- og helsedepartementet

- arbeide for å opprettholde og styrke den brede oppslutningen som finnes om rusfrie arenaer og situasjoner knyttet til bl a oppvekst, graviditet, trafikk, idrett og arbeidslivet
- stimulere til å videreutvikle de regionale kompetansesentrene for rusmiddelproblematikk og Norgesnett i forhold til kompetanseheving av personell som arbeider med rusmiddelmisbrukere og forebygging av rusmiddelproblemer. Det skal gis særlig prioritet til å styrke den rollen som kompetansesentrene har i forhold til sosialtjenestens arbeid med rusmiddelmisbrukere, jf. Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje, "Kunnskap og Brubygging", hvor det legges opp til å etablere samarbeidsfora mellom kompetansesentrene og fylkesmennene
- samarbeide med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelproblematikk for å styrke det rusmiddelforebyggende arbeidet i skolene.
- stimulere kommunene i utarbeidelse og iverksetting av rusmiddelpolitiske handlingsplaner, forvaltning av alkohollovens bestemmelser og forebyggende tiltak
- stimulere til samarbeid mellom hjem, skole, sosial- og helsesektoren og fritids- og kultursektoren i det forebyggende arbeidet
- videreføre satsingen på holdningskampanjer mot rusmiddelmisbruk, rettet mot ungdom, misbruk hos voksne og voksne som rollemodeller
- stimulere frivillig forebyggingsarbeid

Direktoratet skal videreføre arbeidet med å kvalitetssikre og videreutvikle det nasjonale dokumentasjonssystemet for tiltak for rusmiddelmisbrukere. Det skal arbeide for å styrke kompetansen blant nøkkelpersonell og ta økt initiativ når det gjelder utvikling av nye forebyggingsstrategier.

Direktoratet skal arbeide for en fortsatt effektivisering av forvaltningsoppgaver i tilknytning til engrosbevillingsordningen og arbeide videre med å effektivisere forvaltningen av alkoholreklameforbudet.

Under forutsetning av Stortingets godkjenning av norsk deltakelse i EMCDDA (EU's Narkotikaovervåkningscenter i Lisboa), vil Rusmiddeldirektoratet bli tildelt funksjonen som nasjonalt kontaktsenter. Arbeidet vil være knyttet til å støtte opp om alle de overordnede oppgavene som EMCDDA har på narkotikafeltet: innsamling og analyse av data, utviklingsarbeid for å forbedre sammenlignbarheten av data på tvers av nasjonale grenser, formidling og distribusjon av informasjon, og utvikling av tiltak for å redusere etterspørselen etter narkotika.

Regjeringen legger stor vekt på forebygging, og vurderer det slik at vi står overfor betydelige utfordringer dersom vi skal nå de ambisiøse rusmiddelpolitiske målene. På denne bakgrunn, og som følge av økonomireglementets bestemmelser om at det med mellomrom skal gjennomføres evalueringer av hvor vidt man når de fastsatte målene for en virksomhet, tok Sosial- og helsedepartementet i 1998 initiativ til en gjennomgang av departementets etatsstyring av Rusmiddeldirektoratet og av direktoratets organisering og virksomhet. Målet har dessuten vært å se nærmere på direktoratets rolle og funksjon i det rusmiddelforebyggende arbeidet.

Gjennomgangen har vært organisert som et prosjekt, ledet av Statskonsult. Prosjektet ble avsluttet sommeren 1999, og rapporten oversendt departementet i slutten av august s.å. Departementet vil legge rapporten til grunn for en nærmere vurdering av direktoratets rolle og funksjon i det rusmiddelpolitiske arbeidet, og vil gjennomføre et organisasjonsutviklingsprosjekt i direktoratet i 2000.

Norsk Forebyggingsforum, jf. omtalen under kap. 614, avvikles pr. 31. desember 1999. Fortsatt bruk av de positive ressursene, som forumet representerer, vil bli vurdert i forbindelse med organisasjonsutviklingsprosjektet i Rusmiddeldirektoratet.

5. Merknader til budsjettforslaget

Post 01 Driftsutgifter

Rusmiddeldirektoratet tildeles, under forutsetning av Stortingets godkjenning av norsk deltakelse, funksjonen som nasjonalt kontaktsenter for samarbeidet med EMCDDA, jf. omtalen under kap. 614. For å ivareta funksjonen er det, i tillegg til intern omdisponering av ressurser, nødvendig å styrke direktoratets driftsbudsjett med 1 mill. kroner. Posten foreslås økt med 1 mill. kroner mot tilsvarende reduksjon av post 70.

Arbeidet med å effektivisere administrasjonen av engrosbevillingsordningen resulterer i noe reduserte driftsutgifter for Rusmiddeldirektoratet.

Rusmiddeldirektoratet skal vurdere videreføring av prosjekter igangsatt av Norsk Forebyggingsforum.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 48,5 pr. 1. mars 1998 og 53,0 pr. 1. mars 1999.

Post 60 Forebyggende og kompetansehevende tiltak

Posten omfatter tilskudd med formål å stimulere utvikling og gjennomføring av rusmiddelforebyggende tiltak i kommunene, herunder gjennomføring av rusmiddelpolitiske planer, samt driftstilskudd til vertsfylkeskommunene for kompetansesentrene for rusmiddelproblematikk. Bevilgningen er foreslått videreført fra 1999.

Post 70 Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid

Formålet med tilskuddene på denne posten er å fremme rusfri livstil og rusfrie miljøer, gjennom å støtte frivillig arbeid i nærmiljøer, organisasjoner og ungdomskulturelle miljøer. De frivillige organisasjonene representerer en viktig ressurs i informasjons-, holdnings- og miljøarbeidet på rusmiddelområdet. Det er også viktig å engasjere organisasjoner og grupper som ikke har arbeid med å forebygge rusmiddelbruk som hovedmål i det lokale, forebyggende arbeidet. Det kan over denne posten gis tilskudd til bl.a. frivillige barne- og ungdomsorganisasjoner, kultur- og fritidstiltak og ulike ungdomsgrupper. Det foreslås at tilskuddsordningene videreføres.

Posten omfatter drifts- og prosjekttilskudd til rusmiddelpolitiske organisasjoner, driftstilskudd til Alko-kutt og AKAN. Regjeringen går inn for å videreføre tilskuddene til disse organisasjonene på mer permanent basis. Det særlige tilskuddet til Avholdsfolkets Landsråd for informasjons- og holdningstiltak om EU, og forhold som er knyttet til endrede drikkemønstre som følge av økt internasjonalisering, vil bli videreført. Posten foreslås imidlertid redusert med 1 mill. kroner, sett i sammenheng med den samlede internasjonale satsingen som bl.a. en eventuell norsk deltagelse i EMCDDA innebærer. (Jf. post 01). Posten omfatter også driftstilskudd og tilskudd til bedriftsprosjekter i regi av organisasjonene i Norsk senter for rusfri miljøutvikling (NSRM) som gir organisasjonene i NSRM muligheter for aktiv rådgivning, personalopplæring og markedsføringstiltak for de alkoholfrie medlemsbedriftene.

Tilskuddsordningen for å fremme etablering av rusfrie fritidsmiljøer ved å gi investeringstilskudd til nyetablering og modernisering av alkoholfrie virksomheter og allaktivitetshus for ungdom, inngår også i posten.

Tilskudd til forskning, som tidligere ble bevilget over denne posten, er fra 2000 foreslått overført til kap. 614 Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmissbrukere m.v.

Kap 3610 Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 610)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Salgs- og leieinntekter	1 336	1 150	1 200
04	Gebyrinntekter	20 836	12 300	12 000
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	298		
	Sum kap 3610	22 470	13 450	13 200

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Forventede inntekter i forbindelse med utleie av ledige lokaler i Thv. Meyersgt.

Post 04 Gebyrinntekter

Gebyrinntektene er forutsatt å dekke utgiftene i forbindelse med bevillingssystemet for tilvirkning og engrossalg av alkoholholdig drikk og omfatter både søknads- og bevillingsgebyrer. Utgiftene påløper dels i Rusmiddeldirektoratet, dels i tollvesenet og i Sosial- og helsedepartementet. Arbeidet med å effektivisere administrasjonen av engrosbevillingsordningen fortsetter, og medfører et redusert inntjeningskrav for gebyrinntekter på posten. Inntektene omfatter også gebyrer i forbindelse med kontroll av teknisk sprit.

Kap 0612 Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (jf. kap. 3612)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	9 762	8 027	8 160
	Sum kap 0612	9 762	8 027	8 160

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) har som formål å utføre vitenskapelige undersøkelser av spørsmål i forbindelse med bruk og misbruk av rusmidler. Det skal spesielt arbeides for å belyse de problemer bruken av rusmidler fører til, problemenes årsaker og hvordan disse skal kunne løses gjennom offentlig og privat innsats. Forskningen kan deles i fire hovedområder: rusmiddelmisbruk og rusmiddelkultur, studier av forebyggende tiltak, konsekvenser av rusmiddelbruk og forskning omkring ulike behandlings- og omsorgstiltak.

Instituttet driver formidling og informasjon om egen forskningsvirksomhet, og deltar i informasjons- og opplysningsvirksomhet på rusmiddelområdet.

2. Resultatrapport 1998

Det var i 1998 i gang 30 prosjekter, hvorav 6 ble påbegynt det året. 6 prosjekter ble avsluttet i 1998, bl.a. en omfattende studie av stoffmisbrukere i behandlingsapparatet og en studie av endringene i klientellet ved en avrusningsstasjon i Oslo siden 1972. Det ble publisert to bøker om norsk alkohollovgivning gjennom 1000 år, en engelskspråklig bok om den europeiske integrasjonens betydning for alkoholpolitikken i de nordiske land, og en annen engelskspråklig bok om narkotikapolitikken og narkotikaproblemene i en del europeiske land. Samlet ble det publisert 38 vitenskapelige rapporter,

tidsskriftartikler og bøker i 1998, hvorav 18 var internasjonale publiseringer. Målt i antall årsverk har det vært satset mest på forskning om behandlings- og omsorgstiltak.

3. Tilstandsvurdering

SIFA har undersøkelser i gang for å følge utviklingen både i ungdommens og den øvrige befolkningens rusmiddelbruk. Instituttet deltar også i en internasjonal komparativ undersøkelse av rusmiddelbruken blant 15-16-åringene.

Det går hvert år store summer til behandlings- og omsorgstiltak for rusmiddelmisbrukere. Det er viktig at midlene blir brukt slik at de gir best mulig resultater. SIFA er i gang med et prosjekt som skal studere nytten av ulike behandlingstiltak, sett i forhold til kostnadene.

Integrasjonsprosessen i Europa vil få betydning for utviklingen av norsk rusmiddelpolitikk og rusmiddelforbruk i framtiden, og det vil være en viktig forskningsmessig utfordring å følge denne utviklingen. SIFA studerer bl.a. betydningen av denne prosessen for prisnivået, grensehandelen og forbruket når det gjelder alkohol.

4. Satsingsområder og resultatmål for 2000

Følgende prosjekter vil bli videreført/iverksatt i 2000:

- Studie av langtidseffekter av ulike behandlingsformer sett i forhold til behandlingskostnader.
- Bearbeiding av data om narkotikabruk fra de landsomfattende undersøkelsene av ungdoms- og voksenbefolkningen.
- Årlig informasjon om narkotikasituasjonen i et utvalg kommuner.
- Studie av det illegale narkotikamarkedet i Oslo, spesielt heroinmarkedet.
- Framskaffe ny og oppdatert kunnskap om ulike helsemessige og sosiale konsekvenser av rusmiddelbruk.
- Virkningene av fengselsopphold på narkotikamisbruk og misbrukskarriere.
- Forskning på konsekvensene for alkoholpolitikken av EØS-medlemskapet og Sveriges og Finlands EU-medlemskap, herunder videre studier av den nye bevillingsordningen for tilvirkning og engrossalg av alkoholholdig drikk, som trådte i kraft 1. januar 1996.
- Studie av kommunenes bruk av, og tilpasning til, endringene i alkoholloven som ble vedtatt i 1997.
- Studie av faktorer som bidrar til overdoser av narkotika.
- Sammenlignende studie av familiens betydning for sosialisering av drikkevaner i to kulturer med omtrent samme gjennomsnittskonsum, men med svært ulike normer for alkoholbruk.
- Studere virkningene av etablering av vinmonopolutsalg i Trysil, med særlig vekt på effekter for grensehandelen.
- Studere effektene av selvbetjening i Vinmonopolets butikker.

I 2000 vil det dessuten bli gjennomført en ny landsomfattende intervjuundersøkelse av den voksne (15 år og eldre) befolkningens bruk, misbruk, holdninger, osv. når det gjelder rusmidler, først og fremst alkohol, men også narkotika. Undersøkelsen inngår i den lange serien med tilsvarende undersøkelser som startet i 1956, der den foreløpig siste ble gjennomført i 1994.

5. Merknader til budsjettforslaget

Post 01 Driftsutgifter

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 18,0 pr. 1. mars 1998 og 17,0 pr. 1. mars 1999. SIFA har pr. 1. januar 1999 6 vitenskapelige ansatte på eksterne midler.

Kap 3612 Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (jf. kap. 612)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Oppdragsinntekter	1 220	310	320
16	Refusjon fødselspenger	188		
	Sum kap 3612	1 408	310	320

Post 02 Oppdragsinntekter

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning kan øke utgiftene (kap. 612) mot tilsvarende merinntekter (kap. 3612), jf. romertallsvedtak. Dersom inntekten blir mindre enn det som er ført opp, må instituttet gjennomføre en tilsvarende innsparing under kap. 612 post 01.

Post 16 Refusjon fødselspenger

Inntektene gjelder ordningen fra 1994 med direkte refusjon av fødselspenger til statsetater. Kap. 612 post 01 Driftsutgifter kan overskrides med tilsvarende beløp som refusjon under post 16 utgjør.

Kap 3613 Statens fond for alkoholfrie overnattings- og serveringssteder

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
50	Refusjon fra fondet	41 840	6 000	
	Sum kap 3613	41 840	6 000	

Post 50 Refusjon fra fondet

I forbindelse med at fondet ble besluttet avvirket ved Stortingets behandling av St. prp. nr. 1 (1998-99), jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (1998-99), ble det besluttet at fondets frie midler innbetales til statskassen i 1999.

Fondets kapital var pr 31. desember 1998 på 21,5 mill. kroner. Fondets omløpsmidler var ved samme tidspunkt 11,9 mill. kroner. Et lånetilsagn på 3 mill. kroner sto fortsatt åpent ved årets utgang.

Det var ved utgangen av 1998 til sammen 27 løpende lån i fondet.

Rusmiddeldirektoratet vil i avviklingsperioden følge opp gjenværende lånekunder i samsvar med forskriften for fondet og i samråd med Statens nærings- og distriktsutviklingsfond. Forvaltningen av fondet består av oppfølging av eksisterende lånekunder med rente- og avdragssaker, prioritetsvikelser og avskrivningssaker. Innbetaling av renter og avdrag vil fra 2000 bli innbetalt til statskassen og postert under kap. 5390 Tilfeldige inntekter.

Kap 0614 Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v.

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
21	Spesielle driftsutgifter	19 123	34 650	33 800
50	Norges forskningsråd			6 700
63	Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak,, <i>kan overføres</i>	94 140	115 150	165 100
70	Tilskudd	30 660	34 600	33 550
	Sum kap 0614	143 923	184 400	239 150

Overført fra 1998 til 1999:

Post 21: 1 042 000 kroner

Post 63: 1 234 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Formålet med bevilgningen er å støtte forsøksvirksomhet, utviklingsarbeid og forskning innen sosialtjenesten, samt utvikle tiltak for rusmiddelmisbrukere og prostituerte.

2. Resultatrapport 1998

Program for styrking av sosialtjenesten.

Det treårige programmet for styrking av sosialtjenesten ble avsluttet i 1997. Arbeidet var organisert som prosjekter i til sammen 40 kommuner, samt ved høyskoler, fylkesmannsembeter og enkelte frivillige organisasjoner. Evalueringen av prosjektene viser at det har foregått en betydelig kompetanseheving ved de aller fleste sosialkontorene som har deltatt i programmet. Det ble avholdt en nasjonal konferanse for alle landets kommuner i desember 1998, der hovedformålet var å spre erfaringer fra programmet. Erfaringsmaterialet som foreligger i form av prosjektrapporter, vil bli redigert og spredt til kommunene og fylkesmannsembetene i løpet av 1999.

Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje (1998 - 2001).

Som en oppfølging av utviklingsarbeid i sosialtjenesten de senere år, ble det i 1998 iverksatt en Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje: "Kunnskap og brubygging". Planen har som hovedmål å styrke kvaliteten og kompetansen i den kommunale sosialtjenesten med følgende satsingsområder:

- Spre erfaringer fra utviklingsarbeid de senere årene
- Heve kvaliteten og kompetansen i sosialtjenestens arbeid med klienter med sammensatte behov, herunder rusmiddelmisbrukere. Bedring av ettervernet vil stå sentralt.
- Gjøre sosialtjenesten mer brukervennlig og tilgjengelig
- Redusere tilfeldig forskjellsbehandling i fordeling av økonomisk stønad.

Sentrale virkemidler i handlingsplanen har i 1998 vært kompetansehevende tiltak for ansatte i tjenestene, og støtte til utviklingsprosjekter i kommunene. Arbeidet med å gjennomføre landsdekkende opplæringsprogram, rettet både mot de generelle arbeidsoppgavene i sosialtjenesten og mot arbeidet med rusmiddelproblemer, er igangsatt i alle fylker. I løpet av handlingsplanperioden skal det også opprettes en permanent ordning for systematisk veiledning til alle klientarbeidere på sosialkontorene. Fylkesmennene har ansvaret for å iverksette og koordinere

handlingsplanen i kommunene, og får overført midler til dette formål. I 1998 ble det tilsatt en koordinator for handlingsplanen i hvert fylke. De kommunale tiltakene gjennomføres i nært samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Det ble i 1998 stilt inntil 11 mill. kroner til rådighet for fylkesmennene til gjennomføring av oppgaver som følger av planen, herunder 6,5 mill. kroner til kommunale utviklingsprosjekter.

Samarbeidsforum mellom helse- og sosialtjenesten, trygde- og arbeidsmarkedet

Fylkesmennene har i 1998 videreført arbeidet med å utvikle samarbeid om personer med behov for bistand fra flere instanser for å komme i arbeid eller utdanning, herunder opprettelse av faste samarbeidsfora mellom helse- og sosialtjenesten, trygde- og arbeidsmarkedet. I enkelte fylker er samarbeidet etablert og fungerer godt både på regionalt nivå og internt mellom de tre etatene i kommunen. I andre fylker gjenstår mye arbeid på begge nivå. De fleste fylker har etablert et godt fungerende samarbeid mellom fylkestrygdekontor, fylkesarbeidskontor og fylkesmann, og mange har påbegynt arbeidet på kommunalt nivå. Samarbeidsforaene vil bli evaluert i 1999.

Utredning om krigsbarna

På bakgrunn av den oppmerksomhet som har vært rettet mot de såkalte krigsbarna og deres oppvekst etter krigen, ga Sosial- og helsedepartementet i november 1998 Norges forskningsråd i oppdrag å utarbeide en kunnskapsstatus. Departementet har stilt 464 000 kroner til rådighet for forskningsrådet til gjennomføring av oppdraget. Forskningsrådet avleverte 16. juni 1999 sin rapport, som bl.a. belyser problemstillinger i tilknytning til myndighetenes bidragsinnkreving og krigsfangeerstatningen fra Tyskland. I rapporten pekes det dessuten på områder som bør gjøres til gjenstand for videre forskning, herunder oppvekstvilkår for barn med norsk mor og tysk far i norsk etterkrigstid, hjemhenting av barn fra Tyskland og adopsjonspraksis. Sosial- og helsedepartementet tar sikte på, i samarbeid med berørte departementer, å videreføre det arbeidet som her er påbegynt.

Landsforeningen rettferd for taperne

Landsforeningen rettferd for taperne er en landsomfattende interesseorganisasjon. Foreningens formål er å bedre tapernes livssituasjon og legge forholdene til rette for å hindre at det blir flere tapere. Landsforeningen har siden 1994 mottatt tilskudd til drift. I 1998 fikk foreningen tilskudd på tilsammen kr 500 000. I følge tall fra foreningen, har den registrert 34 242 taperhenvendelser i 1998.

Handlingsplan for redusert bruk av rusmidler

Handlingsplanen, som ble lagt fram i 1998, er en satsing både på forebyggende rusmiddelarbeid og styrking av tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere i kommunene. Rusmiddeldirektoratet har ansvaret for de forebyggende tiltakene. Til styrking av kommunenes tiltaksapparat, ble det i 1998 fordelt 5,4 mill. kroner til kommunale rusmiddeltiltak, herunder botilbud til rusmiddelmisbrukere.

Tiltak for rusmiddelmisbrukere med langvarig misbruk

De senere år er det gitt ekstraordinære tilskudd til tiltak for de tyngst belastede rusmiddelmisbrukerne i flere større bykommuner. I 1998 mottok Oslo, Drammen, Tønsberg, Arendal, Kristiansand, Bergen, Trondheim, Bodø og Tromsø til sammen nærmere 33 mill. kroner til slike tiltak. Formålet med tilskuddet er å styrke kommunale tiltak, som kan sikre den tyngst belastede misbrukergruppen akuttjeneste, behandlingstilbud og/eller ulike former for bo- og omsorgstiltak. Tiltakene har bl.a. som mål å bedre den enkeltes livssituasjon og redusere antall overdosedødsfall. Erfaringene med tiltakene til nå er gjennomgående gode, og utvikling av tjeneste- og tiltaksapparatet for målgruppen har bidratt til styrking av det tverrfaglige samarbeidet.

Metadonassistert rehabilitering

Stortinget vedtok, ved behandlingen av St.meld. nr. 16 (1996-97) Narkotikapolitikken i mai 1997 å etablere metadonassistert rehabilitering som et permanent, landsomfattende tilbud.

Tilbudet om metadonassistert rehabilitering var ved utgangen av 1998 landsdekkende. Spesialiserte sentra med regionalfunksjoner i Oslo, Bergen og Trondheim, sammen med en samarbeidsfunksjon i helseregion II mellom Buskerud, Vestfold og Telemark, og mellom Vest- og Aust-Agder, skal dekke hele landet med inntaks- og veiledningsfunksjoner. De tre nordligste fylkene ble i 1998 tildelt midler for å utrede omfanget av målgruppen, samt aktuell utforming av et spesialisert tilbud i landsdelen. Ved utgangen av 1998 var om lag 170 klienter under behandling assistert av metadon. I 1998 ble det tildelt i alt 41 mill. kroner til formålet.

Tiltak for rusmiddelmisbrukere i fengsel

En høy andel av innsatte i norske fengsler har rusmiddelproblemer. Sosial- og helsedepartementet har gjennom flere år, i samarbeid med Justisdepartementet og Oslo kommune, tildelt midler til rehabiliteringstiltak for innsatte i Oslo kretsfengsel og Bredtveit fengsel og sikringsanstalt. Tiltaket i Oslo kretsfengsel er tidligere evaluert av SIFA med positive resultater. Tiltaket ved Bredtveit er rettet mot kvinnelige innsatte med rus/psykiatriproblematikk, og målsettingen er økt livsmestring. Det er foretatt en intern evaluering av tiltaket i 1998. Evalueringen viser gode resultater for målgruppen og økt kompetanse hos ansatte. I tillegg har tiltaket ført til økt oppmerksomhet rundt kvinnelige innsattes soningsforhold. Det ble i 1998 utbetalt nærmere 2,2 mill. kroner til Oslo kommune som administrerer tiltakene.

Tiltak for gravide rusmiddelmisbrukere og misbrukere med barn.

Det treårige prosjektet "Tiltak for gravide rusmiddelmisbrukere og misbrukere med barn" ble avsluttet i 1997. Prosjekttiltakene synes å ha bidratt til økt oppmerksomhet om graviditet, småbarn og rus, og til at helse- og sosialpersonell lettere avdekker problemet. De fleste prosjektene rapporterer om gode erfaringer med bruk av tverretatlige samarbeidsmodeller, men at det tar tid å innarbeide disse som faste rutiner i kommunene. Erfaringene fra prosjektarbeidet vil bli systematisert og formidlet til kommunene i løpet av 1999 i form av en samlet publikasjon. I 1998 ble det utgitt en metodebok for forebyggende rusmiddelarbeid i helsestasjonene.

Tiltak for prostituerte

Pro-sentret er drevet etter forutsetningene om at senteret dels skal være et kommunalt hjelpetiltak for personer som prostituerer seg i Oslo, og dels et nasjonalt kompetansesenter. Oslo kommune, som har ansvaret for driften av sentret, mottok i 1998 vel 3,3 mill. kroner i statlig driftsstøtte. Brutto driftsutgifter var i 1998 på 8,2 mill. kroner. Driftsinntektene var i alt 7,8 mill. kroner. Som en oppfølging av en ekstern evaluering av Pro-sentrets virksomhet, skal det fra 1999 legges noe større vekt på spesialisering og fokusering på kompetanseoppgavene ved sentret. I 1998 ble det bl.a. fullført en kvalitativ studie av omstendighetene rundt tidlig prostitusjonsdebut (barneprostitusjon), og oppfølging av utviklingen av utenlandske kvinner på det norske prostitusjonsmarkedet er også vektlagt. Sentret har deltatt i undervisning ved høgskoler og tatt imot hospitanter. Sentret har i 1998 også drevet oppsøkende arbeid, et botilbud og varmestue sammen med brukerne.

Kirkens Bymisjon fikk via Oslo kommune i 1998 tildelt 0,5 mill. kroner i statsstøtte til drift av Natthjemmet for prostituerte. Driftsutgiftene utgjorde i alt 2,7 mill. kroner, mens driftsinntektene var 2,8 mill. kroner. Natthjemmet tar imot personer som foruten prostitusjonsproblemer ofte også har andre tunge problemer (rusmiddelmisbruk, psykiske problemer).

Organisasjonen "Nettverk i Nord mot prostitusjon og vold" fikk i 1998 100 000 kroner til drift av nettverket og gjennomføring av en prostitusjonskonferanse. Virksomheten er særlig rettet mot forebygging av prostitusjon i Finnmark.

Tilskudd til frivillige organisasjoners arbeid for rusmiddelmisbrukere

Der er i 1998 gitt tilskudd til Stiftelsen Pinsevennes Evangeliesenter, Stiftelsen KRAFT, Frelsesarmeens Nytt Liv Sentre og Stiftelsen Rus-Nett (tidligere Arbeidernes Edrskapsforbund). Tiltakene som organisasjonene driver, er primært institusjonsbehandling og ettervern (bolig-/overnattingstilbud, møtesteder, kvalifiseringstiltak og nettverksarbeid). I begrenset grad driver organisasjonene også forebyggende rusmiddelarbeid.

Stiftelsen Pinsevennes Evangeliesenter mottok i 1998 22,9 mill. kroner til drift av tiltak for rusmiddelmisbrukere. I tillegg ble kroner 50 000 brukt til etterutdanning av de ansatte i stiftelsen. Stiftelsen hadde i 1998 i alt 93,3 mill. kroner i driftsinntekter, mens driftskostnadene utgjorde 88,2 mill. kroner. Stiftelsen drev ved utgangen av 1998 26 evangeliesentre (institusjoner for rusmiddelmisbrukere). I tillegg drev stiftelsen 6 inntak, 3 skoler, radio- og TVproduksjon, matbusser samt kontaktkafeer i samarbeid med lokale menigheter.

Stiftelsen KRAFT ble i 1998 tildelt 5,6 mill. kroner. KRAFT er en paraplyorganisasjon som fordeler statstilskuddet til sine samarbeidende organisasjoner. 6 ulike virksomheter fikk økonomisk støtte i 1998. Statstilskuddet ble i all hovedsak brukt til drift av institusjoner for rusmiddelmisbrukere, mens en mindre del ble brukt til felles kompetansestyrkingstiltak.

Frelsesarmeens Nytt Liv Sentre (Heskestad og Soldammen Gård) fikk i 1998 tildelt 1,0 mill. kroner. Brutto driftsinntekter for de to institusjonene var i 1998 8,5 mill. kroner og brutto driftsutgifter 8,5 mill. kroner.

Stiftelsen Rus-Nett fikk i 1998 1,5 mill. kroner til utvikling av en helhetlig behandlingsskjede for rusmiddelmisbrukere. Det ble lagt vekt på utvikling av et helhetlig oppfølgingsprogram, utvikling av botilbud, drift av miljøkafeer samt skolering av medarbeidere.

Klagesaksbehandling etter alkoholloven

Med virkning fra 1. januar 1998 ble det med hjemmel i alkoholloven innført begrenset klageadgang over de fleste kommunale vedtak i bevilningssaker. Fylkesmannen er klageinstans, og kan prøve om vedtakene er gyldige. For 1998 ble det bevilget 5 mill. kroner til behandling av klagesaker og tilsvarende beløp er bevilget i 1999. For 2. halvår 1998 rapporterer fylkesmennene om sterk økning i antallet klagesaker etter alkoholloven i forhold til 1. halvår. Denne tendensen antas å fortsette i 1999 og 2000.

Forskning og utvikling

Det ble i 1998 gitt tilskudd over kap. 614 til programmet *Velferd og samfunn* under Norges forskningsråd med 2,5 mill. kroner. Programmet avsluttes i 1999, men videreføres og fornyes gjennom en sammenslåing med programmet *Barn, ungdom og familie* og integreres fra 2000 i det nye *Velferdsprogrammet – samfunn, familie og oppvekst*.

Tilskudd til *Rusmiddelforskningsprogrammet* under Norges forskningsråd ble videreført i 1998 med 3,4 mill. kroner. Programmet varer ut år 2000. I 1997 brukte kommunesektoren og staten i underkant av 1,4 mrd. kroner til spesialiserte tiltak overfor rusmiddelmisbrukere. Det er derfor viktig både å undersøke hva samfunnet får igjen for midlene, og å sikre at de brukes mest mulig effektivt. Ett av prosjektene, samfinansiert med SIFA, tar opp kostnader og nytte ved behandling av rusmiddelmisbrukere. Studien vil følge et utvalg på 400 stoffmisbrukere i behandling og rehabilitering.

Norsk Forebyggingsforum

Sosial- og helsedepartementet oppnevnte i 1997 et bredt sammensatt, uavhengig forum for forebygging av rusmiddelmisbruk. Forumet mottok i 1998 3 mill. kroner til drift og tiltak, og 800 000 kroner til utvikling av en forebyggingshåndbok som skal være et praktisk redskap for politikere, utdanningsinstitusjoner, personer som arbeider med forebygging og andre. I 1998 ble det satt i gang et prosjekt, "Access to par 1000", som er et landsomfattende tiltak for å motivere ungdom til fritidssysler uten rusmidler. Målgruppen har i hovedsak vært ungdom mellom 14 og 20 år, som ikke har latt seg invitere til å delta i tradisjonelle organiserte ungdomsaktiviteter.

Nordisk og internasjonalt samarbeid

NOPUS (Nordisk utdanningsprogram for utvikling av sosial service) mottok i 1998 vel 0,8 mill. kroner som bidrag til hhv. drift av det nordiske fellessekretariatet (0,3 mill. kroner) og til sekretariat i Norge (0,5 mill. kroner). Institusjonen har som mål å være et sentrum for erfaringsutveksling, idéutvikling og utdanning på det sosiale området. Virksomheten sikter mot å utvikle strategisk lederskap, kvalitet og effektivitet innen den kommunale sosialtjeneste. Virksomheten ble evaluert i perioden desember 1998 – januar 1999 ut fra et fellesnordisk nytteperspektiv. Evalueringen vil danne grunnlag for Nordisk Ministerråds beslutning om NOPUS' videre drift. Det ble gjennomført 3 kompetansegivende kurs i 1998. Av 63 studenter ved denne videreutdanningen var 13 norske. I tillegg ble det holdt 14 seminarer, konferanser og spesialkurs, der 113 av 508 deltakere var norske. Andelen norske studenter i NOPUS har økt, sammenliknet med 1997.

Utgiftene til deltakelse i Europarådets samarbeidsgruppe om narkotikaspørsmål (Pompidougruppen) dekkes av bevilgningen. I samarbeid med Utenriksdepartementet gis det tilskudd til et globalt primærforebyggingsprogram i regi av FNs Narkotikakontrollprogram (UNDCP) og WHO, og til et UNDCP-prosjekt om forebygging av misbruk av rusmidler i de baltiske statene.

3. Tilstandsvurdering

Hovedmålet for sosialtjenesten er å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levekårene for de vanskeligst stilte, sikre rettssikkerhet for brukerne, og forebygge sosiale problemer. Det er et mål å vri innsatsen fra passiv inntektsoverføring til aktive tiltak med sikte på hjelp til selvhjelp. Siden sosialtjenesten ikke rår over alle nødvendige virkemidler for å oppnå dette, er samarbeid med andre etater, frivillige organisasjoner og pårørende nødvendige virkemidler for at tjenesten skal løse sine oppgaver og oppnå gode resultater. Førstelinjens oppgaver er omfattende og sammensatte, til tider også motsetningsfylte og preget av etiske og moralske dilemma. Sosialtjenestens virksomhet har inntil nylig, på tross av sin svært sentrale rolle i omsorgen for de vanskeligst stilte i samfunnet, blitt lite debattert offentlig. Tjenesten har igjennom 90-tallet gjennomgått omfattende organisatoriske og faglige endringer. Gjennom to programperioder er det gjennomført flere prosjekter, opplæringstiltak m.v., som har ført til kompetanseheving i deltakerkommunene. Tiltakene antas å ha bedret tjenestetilbudet, og bidratt til å sette sosialtjenesten på dagsorden i kommunene. Det blir viktig å vedlikeholde og videreutvikle den kompetansen som er opparbeidet gjennom de to siste programperiodene. I tillegg er det fortsatt behov for kompetanseheving og kvalitetssikringstiltak i tjenesten. En av forutsetningene for en velfungerende førstelinje er å sikre kvalitet og kompetanse i alle ledd. Det er særlig viktig å gjøre tjenesten mer brukervennlig og tilgjengelig, og styrke arbeidet med personer med sammensatte problemer. Det er fortsatt store ulikheter med hensyn til hvilken hjelp som gis av sosialtjenesten, noe som blant annet gir seg utslag i tilfeldig forskjellsbehandling ved fordeling av økonomisk stønad. Det er derfor nødvendig med tiltak som kan bedre slike forhold, og ivareta rettssikkerheten for brukerne. Departementets satsingsområde for sosialtjenesten i årene fremover, inngår i Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje, "Kunnskap og bruygging".

Blant annet som følge av den økte tilgangen på, og geografiske spredningen av, narkotika i Norge, synes misbruket for tiden å være økende. Et større antall yngre misbrukere av amfetamin og amfetaminlignende stoffer søker hjelp for misbruksrelaterte problemer. Langt de fleste med et heroindominert misbruk, er blitt eldre, mer forkomne, og selvoppgitte etter tilsynelatende mislykkete behandlingssopplegg. Det er viktig med et bredt spekter av omsorgs- og behandlingstiltak i regi av offentlige myndigheter, frivillige organisasjoner og andre, og at det samarbeides på tvers av etats- og profesjongrensene og ulike ideologiske tilnærminger. Det er i en rekke kommuner, med ekstraordinære tilskudd fra Sosial- og helsedepartementet, utviklet særlige hjelpetiltak for de tyngst problembelastede misbrukerne. Tiltakene er evaluert som overveiende positive. Rapportene fra arbeidsgruppen, som har gjennomgått tiltakene for rusmiddelmisbrukere, og høringsuttalelsene fram til 1. oktober 1999, gir departementet et godt grunnlag for å vurdere hvordan tiltaksapparatet bør utvikles videre.

Kommunene har hovedansvaret for å skaffe til veie hjelpe- og behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere, herunder langsiktig oppfølging (ettervern) etter institusjonsopphold. Graden av, og kvaliteten på innsatsen, varierer mellom kommunene. Malen for de kommunale, rusmiddelpolitiske planene, utarbeidet av departementet og sendt kommunene i september 1999, understreker bl. a. viktigheten av å skaffe seg god oversikt over arten og omfanget av misbruksproblemer i kommunen og å legge vekt på ettervernet. Det er fortsatt behov for å satse mer på både tiltak og kompetanseheving for å bedre det samlede hjelpe- og behandlingstilbudet. Som supplement til et bredspektret tilbud av legemiddelfrie behandlings- og rehabiliteringstiltak, er det behov for bl. a. å videreutvikle lavterskel helsetjenestetilbud og utprøving av buprenorfinholdige legemidler som alternativ til metadon for å kunne differensiere tilbudet ytterligere.

4. Satsingsområder og resultatmål for 2000

Opptrapping av Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje (1998 - 2001).

Arbeidet med oppfølgingen av Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje: "Kunnskap og brubygging" videreføres og forsterkes.

Et viktig mål i 2000 er iverksetting av kompetansehevende tiltak for ansatte i sosialtjenesten, herunder etablering av veiledningsopplegg og gjennomføring av lokalt tilpassede opplæringsprogram. Innen utgangen av handlingsplanperioden (2001) skal saksbehandlere ved alle landets sosialkontorer ha tilgang til et permanent system for kompetanseheving, veiledning og erfaringsutveksling. Rammene for arbeidet må derfor være lagt innen utgangen av 2000. En forutsetning for å få dette til, er at tiltakene i handlingsplanen blir integrert i kommunenes egne opplærings- og utviklingsplaner.

Det er behov for forskning knyttet til planens mål.

Statistisk Sentralbyrå har i forbindelse med Utjamningsmeldingen kartlagt kommunale variasjoner i sosialhjelpsnivået, og har funnet til dels store forskjeller som ikke kan tilskrives forskjeller i egeninntekt, boutgifter, omsorgsutgifter m.v. En del av variasjonene må kunne tilskrives ulik kommunal forvaltningspraksis, og hvordan den enkelte saksbehandler utøver sitt individuelle skjønn. På denne bakgrunn går departementet inn for at det settes i verk en rekke tiltak med sikte på å redusere tilfeldig forskjellsbehandling. I tillegg til tiltakene som allerede er iverksatt innenfor rammen av Handlingsplanen for sosialtjenestens førstelinje, tar departementet sikte på å trappe opp de kommunerettede opplæringstiltakene i handlingsplanen. Behovet for et utviklingssenter for sosialtjenesten vil bli utredet, og handlingsplanen vil bli evaluert.

Det foreslås avsatt 28 mill. kroner til oppfølging av Handlingsplanen i 2000.

Forsøk med kommunalt ansvar for aktivisering av langtids sosialhjelpsmottakere

Regjeringen vil i 2000 sette i gang et flerårig forsøk, der noen kommuner påtar seg et utvidet ansvar for å sikre aktivitets- og arbeidsrettede tilbud til langtidsmottakere av sosialhjelp, med sikte på at de kommer i arbeid. Forsøkskommunene får et helhetlig ansvar for å sikre alle former for aktiv hjelp til sosialhjelpsmottakere, som trenger tiltak og oppfølging for å komme over i en selvhjulpen situasjon. Den enkelte forsøkskommune må utforme sin egen modell i samarbeid med det lokale arbeidskontoret, i tråd med lokale forhold og forutsetninger. Det foreslås avsatt 5 mill. kroner til forsøket i 2000.

Spesielle tiltak overfor vanskeligstilte boligløse

Etter departementets vurdering blir tiltak overfor vanskeligstilte boligløse i liten grad satt i verk som ledd i en helhetlig og samordnet tiltakskjede. På denne bakgrunn vil departementet styrke tjenestetilbudet til boligløse. Aktuelle kommuner og organisasjoner vil bli stimulert til utprøving av en "trappetrinnsmodell", som legger opp til progresjon i botilbudet i retning av egen bolig, og som omfatter utprøving av gode modeller for faglig oppfølging av den enkelte. Forsøket, som vil være flerårig, forutsetter et tett samarbeid mellom kommunale instanser, boligkooperasjon og ideelle organisasjoner som er engasjert på området. Det foreslås avsatt 5 mill. kroner til formålet i 2000.

Brukerkontor

Det er fra 1999 avsatt midler til et to-årig forsøk med brukerkontor. Hensikten med forsøket er todelt: 1) ivareta den enkeltes forhold til det offentlige hjelpeapparatet og 2) fremskaffe en god beskrivelse av hvor i tjenesteapparatet brukerne opplever mangel på helhetlige løsninger, og hvilke tiltak som gir gode resultater for den enkelte. Sosial- og helsedepartementet har, i samarbeid med Arbeids- og administrasjonsdepartementet, rettet en henvendelse til Oslo kommune og bedt om et samarbeid om forsøket. Det tas sikte på å etablere forsøket i tilknytning til Helse- og sosialombudet i Oslo. Det er lagt opp til at brukerkontoret skal være uavhengig av det offentlige hjelpeapparatet. Virkeområdet skal omfatte helse- og sosiale tjenester samt arbeidsmarkeds- og trygdeetatens tjenester/ytelser. Forsøket vil ventelig kunne starte opp høsten 1999.

Handlingsplan for redusert bruk av rusmidler

St.prp. nr. 58 (1997-98) Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel (1998 - 2000) ble behandlet av Stortinget i desember 1998. I planen fremmes en rekke tiltak for å redusere bruk og forebygge misbruk av rusmidler, samt tiltak for rusmiddelmisbrukere med spesiell vekt på ettervern. Tiltakene rettes mot hele befolkningen, herunder risikogrupper og personer med rusmiddelproblemer. Rusmiddelundervisningen i skolene styrkes. I tillegg til Rusmiddeldirektoratet og A/S Vinmonopolet, er kommuner, skoler og frivillige organisasjoner viktige samarbeidspartnere i gjennomføringen.

Tiltak i kommunene - ettervern

Sosialtjenesten i kommunen har det lovhjemlete ansvaret for hjelpe- og behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Tiltak skal primært etableres i kommunene, og institusjonsopphold skal benyttes dersom slike tiltak ikke er tilstrekkelige. Tiltak av denne type er en nødvendig del av rehabiliteringsprosessen også etter institusjonsopphold. Mange misbrukere, spesielt i større byer, har ikke et tilfredsstillende botilbud, og har således problemer med å nyttiggjøre seg skolegang, arbeidstrening m.v. For å imøtekomme dette behovet og forebygge tilbakefall til nytt rusmiddelmisbruk etter endt institusjonsopphold, satses det i flere kommuner på boliger med tilknyttet miljøarbeidertjeneste. Som et ledd i oppfølgingen av Handlingsplan for redusert bruk av rusmiddel, foreslås støtten til kommunale etterverntiltak videreført og styrket.

Medikamentell behandling

Metadonassistert rehabilitering er nå organisert som et landsdekkende tilbud med regionale sentra som til sammen dekker hele landet. Ved inngangen til år 2000 antar departementet at mellom 500–600 personer vil motta metadon. Da det stilles strenge krav til oppfølging av den enkelte for å oppnå god effekt, tar det tid før alle som ønsker denne type behandling kan få tilbudet. Å opprette slike omfattende tiltak rundt enkeltklienter er naturlig nok ressurskrevende for kommunene, og det er derfor nødvendig å satse på utvikling av tiltaksapparatet i kommunene.

Erfaringer fra andre land viser at buprenorfin også kan være egnet i rehabilitering av rusmiddelmissbrukere, og det settes derfor i gang forsøksprosjekter med bruk av buprenorfinholdige medikamenter. Formålet er bl.a. å teste ut om buprenorfin har bedre effekt enn metadon overfor enkelte misbrukere. Forsøkene skal i hovedsak gjennomføres innenfor rammene av retningslinjene for metadonassistert rehabilitering, og det forutsettes tett oppfølging av den enkelte.

Helsetjenestetiltak for rusmiddelmissbrukere

Rusmiddelmissbrukere har samme rettigheter til helsetjenester som den øvrige befolkningen. Til tross for dette viser det seg, i følge undersøkelser Oslo kommune har foretatt og erfaringer fra flere norske kommuner, at misbrukerne i liten grad benytter seg av det etablerte helsetjenestetilbudet. I tillegg kommer at de ofte avbryter påbegynt behandling i sykehus, institusjoner og polikliniske tiltak, til tross for at mange har dårlig helse og er under- og feilernærte. Oslo kommune har, delvis ved hjelp av statlige midler, opprettet et lavterskel helsetjenestetilbud for rusmiddelmissbrukere. Det satses på utbygging av liknende tiltak i flere andre kommuner.

Internasjonalt samarbeid

Det vil bli lagt fram en stortingsproposisjon om godkjenning av deltakelse i EU's Narkotikaovervåkningssenter i Lisboa (EMCDDA). Samarbeidet innenfor Norden, Europarådet og FN vil bli videreført. Over kap. 614, post 21 dekkes kontingent for medlemskap i Europarådets Pompidougruppe, EU's Folkehelseprogram og eventuelt også EMCDDA, tilskudd til enkeltprosjekter og administrasjon av deltakelsen i det internasjonale samarbeidet.

5. Merknader til budsjettforslaget

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Midler til tiltak iflg. Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje og NOPUS belastes post 21. Innenfor denne samlede bevilgningen forutsettes at tiltak med formål å styrke personellrekruttering og utdanning ivaretas. Internasjonalt alkohol- og narkotikasamarbeid, klagesaksbehandling etter alkoholloven, tilskudd til Landsforeningen rettferd for taperne, samt andel av utgifter til utredning av krigsbarnas situasjon belastes også denne posten.

Post 50 Norges forskningsråd

Forskning er et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlaget for nasjonale forvaltningsoppgaver og politikkutforming. Bevilgning til forskningsprogrammer under forskningsrådet belastes denne posten. Midler til formålet ble tidligere bevilget over kap. 614 post 21 og er knyttet til programkategori 9.10. Det foreslås bevilget i alt 6,7 mill. kroner som bidrag til bl. a. følgende forskningsprogram:

Velferdsprogrammet - samfunn, familie og oppvekst

For hovedomtale av programmet, vises til kap. 2600 post 50. Program *Velferd og samfunn* avsluttes i 1999 og videreføres og fornyes under *Velferdsprogrammet – samfunn, familie og oppvekst*. I tillegg til videreføring av delprogrammer under *Velferd*

og samfunn, er det aktuelt å gjøre Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje til gjenstand for forskning innen dette programområdet.

Rusmiddelforskningsprogrammet

Forskningsbehovet på dette området har vært betydelig, og departementet har derfor satset bevisst for å bygge opp kunnskap. To foregående programmer (1986-90 og 1990-95) har stimulert rusmiddelrelatert forskning i et vidt spekter av forskningsinstitusjoner. Det tredje, pågående *Rusmiddelforskningsprogrammet*, med en varighet ut år 2000, har følgende hovedmål: behandling, omsorg og skadereduksjon, rusmiddelpolitiske veivalg, grunnlagsproblemer, rammebetingelser og konsekvenser for ulike kursretninger, forebygging, kultur og samfunn. Et sentralt prinsipp er å prioritere prosjekter som sikter mot ny kunnskap.

Program for Mental helse

Programmet vil bl. a. stimulere til forskning som kan fremme god diagnostikk når det gjelder å få avdekket så vel den psykiske lidelse som rusmiddelmisbruket så tidlig som mulig – noe som er relevant for å iverksette de beste behandlingstiltak ("Gråsoneforskning"). Det vises også til omtale av dette programmet under kap. 701. post 50.

Forskningsprogrammene har normalt en varighet på 4-5 år og gjennomføres i tråd med vedtatte programplaner. Sosial- og helsedepartementet har representanter i programstyrene. Det mottas årsrapport fra Norges forskningsråd.

Post 63 Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak

Sosial- og helsedepartementets midler for å styrke sosialtjenesten og tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere samt prostituerte, er ført opp under post 63. Dette gjelder bl.a. støtte til tiltak iflg. Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje, herunder midler til evaluering av planen, tiltak for rusmiddelmisbrukere med langvarig misbruk, ettervern og tilbud om metadonassistert rehabilitering. Midler til nye forsøk som oppfølging av Utjamningsmeldinga, herunder forsøk med aktivisering av sosialhjelpsmottakere, tiltak overfor vanskeligstilte boligløse samt forsøk med brukerkontor, vil også bli belastet denne posten.

Fra og med 2000 settes det igang et forsøk med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd i 20 kommuner. En av ni bykommuner (Tønsberg), som mottar ekstraordinære tilskudd til tiltak for de tyngst belastede rusmiddelmisbrukerne, omfattes av forsøket. Midler til forsøket overføres til Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, kap. 571 post 68. (Se forøvrig omtale under kap. 571 post 68).

Post 70 Tilskudd

Frivillige organisasjoner og private stiftelser utfører et betydelig arbeid for svakstilte grupper. Tiltakene omfatter i hovedsak institusjonsbehandling av rusmiddelmisbrukere samt ulike former for individrettet bistand til rusmiddelmisbrukere i nærmiljøene (bolig-/overnattingstilbud, møtesteder, kvalifiseringstiltak og nettverksarbeid). Tilskudd til Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesenter, Stiftelsen KRAFT, Blå Kors sosialavdeling, Frelsesarmeen, Stiftelsen Rus-Nett samt Natthjemmet for prostituerte i Oslo, belastes denne posten.

Kap 0616 Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 3616)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	22 760	23 041	23 130
	Sum kap 0616	22 760	23 041	23 130

Overført fra 1998 til 1999:

Post 01: 1 163 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Klinikkens oppgave er å gi et behandlings- og rehabiliteringstilbud til rusmiddelmissbrukende foreldre fra hele landet. I behandlingen legges det særlig vekt på:

- Rehabilitering av klienter til å bli sosialt velfungerende.
- Rehabilitering av familier, herunder å gi klientenes barn mulighet for en normal utvikling.
- Medvirkning til at nærmiljøene forebygger og håndterer tilbakefall.

2. Resultatrapport 1998*Tabell II. 2*

Plantall	Resultat 1996	Resultat 1997	Resultat 1998	Mål 1999	Mål 2000
Antall døgnplasser.....	35	35	35	35	35
<i>Resultatmål</i>					
Antall kurdøgn.....	13 262	12 173	12 555	11 140	11 137
Herav barn.....	5 941	5 961	6 440	5 000	5 000
Kapasitetsutnyttelse i pst.....	100	100	100	100	100

Samlet har det vært innlagt i alt 22 familier (foreldre/barn), medregnet innleggelser i 1998 og overliggere i 1997.

3. Tilstandsvurdering

Det søkes i større grad inn flerbarnsfamilier, og mange av klientenes barn er blitt eldre. Dette stiller spesielle krav til behandlingsopplegget. Det er opprettet stilling for barnepsykolog, og utformet en samarbeidsplan med den lokale skolen i tilfelle skolevansker.

4. Satsingsområder og resultatmål for 2000

Statens klinikk for narkomane skal fortsatt arbeide med å styrke familietilbudet. Målet er å bedre foreldrenes funksjonsevne for egen del og som omsorgspersoner. Samtidig tilbys egne opplegg for barna, og det legges vekt på langsiktig planlegging og ettervern. Klinikken skal bidra til kompetanseutvikling i kommunene. Gjennom gjensidig forpliktende samarbeid i behandlingsperioden skal det søkes tilrettelagt stabile tiltak/oppfølging etter hjemkomsten. Kvalitetssikring av samarbeid og ettervern vil fortsatt være et satsingsområde. Det planlegges et større seminar om temaet våren 2000.

5. Merknader til budsjettforslaget

Post 01 Driftsutgifter

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 47,0 pr. 1. mars 1998 og 46,0 pr. 1. mars 1999.

Kap 3616 Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 616)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Salgs- og leieinntekter	1 163	1 110	1 140
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	54		
17	Refusjon lærlinger	114		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	15 954	15 180	15 590
Sum kap 3616		17 285	16 290	16 730

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Beløpet gjelder inntekter fra personalboliger, arbeidsvirksomhet, barnehage og kantine.

Post 16 Refusjon fødselspenger

Inntektene gjelder ordningen fra 1994 med direkte refusjon av fødselspenger til statsetater. Kap. 616 post 01 Driftsutgifter kan overskrides med tilsvarende beløp som refusjon under post 16 utgjør.

Post 60 Refusjon fra fylkeskommuner

Ut fra boligkapasiteten er det realistisk å beregne kurdøgn for 20 voksne og 15 barn. Ved 100 pst. utnyttelse vil dette gi en inntekt på ca. 15,5 mill. kroner. Kurprisene for 2000 er prisjustert med 2,7 pst., og utgjør 1.997 kroner for voksne og 667 kroner for barn, jf. St.prp. nr. 51 (1994-95).

Kap 5527 Vinmonopolavgiften m.m.

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
72	Gebyr på statlige skjenkebevillinger	345	500	300
73	Vinmonopolavgiften	21 687	27 200	40 600
Sum kap 5527		22 032	27 700	40 900

Post 72 Gebyr på statlige skjenkebevillinger

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. Det foreslås bevilget kroner 300 000.

Post 73 Vinmonopolavgiften

Vinmonopolavgiften tilsvarer det beløpet A/S Vinmonopolet skulle ha betalt i kommuneskatt på bakgrunn av regnskapsåret 1998, og beregnes som 28 pst. av virksomhetens resultat. Avgiften skal innbetales til staten i januar 2000 og vil utgjøre 40,6 mill. kroner.

Kap 5631 Aksjer i A/S Vinmonopolet

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
80	Statens overskuddsandel	27 776	40 000	38 300
81	Utbytte		2	2
	Sum kap 5631	27 776	40 002	38 302

1. Formål og hovedprioriteringer

A/S Vinmonopolet er gjennom selskapets enerett til detalj salg av sterkøl, vin og brennevin et viktig instrument i alkoholpolitikken. Selskapet må innrette sin virksomhet i forhold til alkoholpolitiske målsettinger, og i samsvar med vinmonopolloven og alkoholloven. Selskapet skal bidra til å begrense det totale alkoholkonsumet i Norge, for derigjennom å begrense alkoholens skadevirkninger. Vinmonopolet skal samtidig sikre brukerne tilgjengelighet til selskapets tjenester, og leverandørene markedsadgang på like vilkår. Virksomheten skal drives rasjonelt og kostnadseffektivt. Vinmonopolets virksomhet bygger på en balanse mellom sosialt ansvar, service og kvalitet i tjenesteytingen og økonomisk effektivitet.

2. Resultatrapport 1998*Oppfølging av handlingsplan for redusert bruk av rusmidler*

Som et ledd i Regjeringens handlingsplan for redusert bruk av rusmidler (1998-2000), jf. St. prp. nr. 58 (1997-98), har A/S Vinmonopolet satt i verk tiltak for økt informasjonsinnsats om vinmonopolordningen og helsefarene knyttet til alkoholbruk. Tiltakene omfatter utarbeidelse og distribusjon av brosjyremateriell og annonsekampanjer. Som et annet ledd i handlingsplanen, viderefører Vinmonopolet tiltak for å bedre alderskontrollen ved utsalgene.

Utvidelse av butikknettet m.m.

Landsplanen for A/S Vinmonopolet for perioden 1994-1998 ble som en følge av Stortingets behandling av endringer i alkoholloven m.v., jf. Innst. O. nr. 59 (1996-97), forlenget og utvidet til å gi A/S Vinmonopolet en etableringsramme på 122 utsalg i planperioden. Ved utgangen av 1998 hadde Vinmonopolet 120 utsalg. Det ble i 1998 etablert fire minibutikker med redusert salgskonsept. Postforsendelsesordningen er forbedret ved at den bl.a. er gjort landsdekkende. Utsalgenes åpningstider ble utvidet i 1998. I mai 1998 vedtok Sosial- og helsedepartementet ny landsplan for perioden 1999-2002.

Gjennomføring av innkjøpsforskriften og klagenemnd

Som et ledd i å sikre leverandørene markedsadgang på like vilkår, ble det med virkning fra 1. januar 1997 opprettet en nemnd for prøving av A/S Vinmonopolets beslutninger om innkjøp m.v.. I 1998 mottok A/S Vinmonopolet fem klager. Fire av klagesakene ble oversendt nemnda, hvorav ett vedtak ble omgjort.

Etablering av Nordpolet AS

Som et ledd i ny forskrift om alkoholordningen for Svalbard, fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 11. desember 1998, har A/S Vinmonopolet etablert datterselskapet Nordpolet AS. Datterselskapet skal forestå innførsel, engrosomsetning og detalj salg av alkohol på Svalbard etter bevilling gitt av departementet i samsvar med forskriftens § 2-1 første ledd, med virkning fra 1. januar 1999.

Salgsvolum og innretning av salget

Vinmonopolets totale salg økte med 3,2 pst. fra 1997 til 1998 til 45,3 mill. liter. I likhet med foregående år var det en vridning i salget fra brennevin til svakvin. Salget av svakvin økte med 5,6 pst., mens salget av brennevin gikk ned med 3,3 pst. 1. januar 1998 ble enkelte brennevinsbaserte produkter med alkoholstyrke mellom 15 og 22 volumprosent omklassifisert fra sterkvin til brennevin. Salget av de gjenværende sterkvinsproduktene utgjorde kun 298 000 liter, hvilket utgjorde en volumreduksjon på 7,9 pst. i forhold til 1997. Salget av sterkøl går fortsatt ned.

I 1998 ble det solgt 577 000 liter sterkøl. Dette tilsvarer en volumreduksjon på 7,7 pst. i forhold til året før. Mesteparten av sterkølsalget er juleøl.

Salget av såkalte alkopopsprodukter hadde en markant økning etter introduksjonen på det norske markedet i juni 1996, og gjennom 1997. I 1998 sank omsetningen av gjærede og spritbaserte alkopopsprodukter gjennom Vinmonopolet betydelig. I volum ble det solgt 448 000 liter, en nedgang på vel 36 pst. fra året før. Nedgangen ble til en viss grad kompensert av økt salg av andre alkoholsvake produkter, spesielt cider. Totalt ble det solgt 961 000 liter alkoholsvak drikk i 1998.

Vinmonopolet tilbyr et visst utvalg av alkoholfrie produkter. Salget av alkoholfritt gikk ned med 9,5 pst. til 95 000 liter i 1998.

Fra 1997 til 1998 økte Vinmonopolets omsetning målt i ren liter alkohol med 1,2 pst., mot 3,7 pst. fra 1996 til 1997.

Ansatte

Ved utgangen av 1998 hadde Vinmonopolet 1.281 ansatte fordelt på 843 årsverk og 120 butikker.

Omsetning/resultatregnskap

Vinmonopolets omsetning (eks. mva.) var 6.036,2 mill. kroner i 1998. Dette er en økning på 431,6 mill. kroner fra 1997. Driftsresultatet var 163,9 mill. kroner, som er 47,4 mill. kroner høyere enn i 1997. Resultatveksten skyldes i hovedsak prisøkning fra grossister, verdiøkning ved årsskiftet som følge av avgiftsøkningen, samt gevinst ved salg av anleggsmidler. Av resultatet før vinmonopolavgift på 178,8 mill. kroner, tilfalt 89 mill. kroner staten, hvorav 40,6 mill. kroner i vinmonopolavgift og 48,4 mill. kroner i overskuddsandel og utbytte. De resterende 89,8 mill. kronene er tilført egenkapitalen for å bedre soliditeten i selskapet. Ved utgangen av 1998 utgjorde egenkapitalandelen 27,5 pst.

Selskapet har utarbeidet et produktivitetsprogram, som i tillegg til løpende rasjonaliseringstiltak i den daglige driften skal bidra til effektivisering av virksomheten.

3. Tilstandsvurdering

A/S Vinmonopolet hadde i 1998 en omsetningsvekst på 3,2 pst. målt i volum, men i likhet med foregående år var det en vridning i salget fra sterkere til svakere alkoholholdige produkter. Dette bidro til at veksten i salget målt i liter ren alkohol (1,2 pst.) var mindre enn omsetningsveksten målt i vareliter. Forbruksendringen er i tråd med gjeldende alkoholpolitiske målsetninger. For en nærmere beskrivelse av utviklingen i forbruket av alkohol vises det til tilstandsbeskrivelsen under omtalen av programkategori 09.10 Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.

Omsetningen av brennevin gjennom Vinmonopolet viser en fortsatt reduksjon, med 3,3 pst. fra 1997 til 1998. En antar at den økte omsetningen av svakere alkoholholdige drikker, herunder svakvin, til en viss del erstatter brennevinsforbruket. Det er også trolig at omsetningen av uregistrert brennevin, herunder smuglersprit, hjemmebrent og tax-free, skjer på bekostning av det registrerte forbruket.

Omsetningen av rusbrus eller såkalte "alkopops" gjennom A/S Vinmonopolet har stabilisert seg.

Undersøkelser viser at samfunnets holdninger til omsetningsreglene for alkohol har endret seg i liberal retning. Holdningsendringene gjør det nødvendig å styrke informasjonsinnsatsen også fra A/S Vinmonopolet ved å synliggjøre detaljmonopolets grunnlag og den alkoholpolitiske rollen det spiller.

A/S Vinmonopolet har høy omsetning, med høye varekostnader, høye faste kostnader og moderate fortjenestemarginer. Avgifter utgjør en stor del av prisen på vin og brennevin i Norge, f.eks. utgjør avgifter om lag 65 pst. av prisen på en flaske svakvin. I forbindelse med utvidelsen av butikknettets med inntil 40 nye butikker, overgang til nytt butikkdatasystem og øvrige IT-investeringer, har Vinmonopolet omfattende kapitalbehov. Gjennom en moderat utbyttepolitikk overfor selskapet siden 1996, er egenkapitalen i selskapet gradvis styrket. Ved utgangen av 1998 utgjorde egenkapitalandelen 27,5 pst.

4. Satsingsområder og resultatmål for 2000

Gjennom handlingsplan for redusert bruk av rusmidler for perioden 1998-2000, jf. St. prp. nr. 58 (1997-98), ønsker Regjeringen å styrke A/S Vinmonopolets rolle i det holdningsskapende og forebyggende arbeidet mot rusmiddelmisbruk. I handlingsplanperiodens siste år er tiltak i tilknytning til planen en prioritert oppgave for selskapet. Disse tiltakene omfatter utvidet informasjonsinnsats fra A/S Vinmonopolet om grunnlaget for virksomheten og den rolle som virksomheten spiller som alkoholpolitisk instrument. Vinmonopolet skal også spre informasjon om helsefarene ved overdrevent alkoholforbruk, herunder bidra til å støtte opp om punktavholdsstrategien. Utarbeidelse og bruk av informasjonsmateriell og lignende vil stå sentralt i dette arbeidet. Som et ledd i handlingsplanen, er det også en prioritert oppgave å styrke kontrollen med at aldersgrensene ved salg av alkohol fra A/S Vinmonopolets butikker blir håndhevet.

Gjennom ny landsplan, jf. Landsplan for A/S Vinmonopolet 1999-2002, vil Regjeringen sikre en mer likeverdig tilgjengelighet til Vinmonopolets tjenester på landsbasis uten at dette går ut over målet om å redusere alkoholforbruket. Landsplanen gir A/S Vinmonopolet adgang til å søke om etablering av inntil 40 nye utsalg; den totale rammen på antall utsalgssteder ved utgangen av planperioden er således 162. Som en følge av Stortingets behandling av handlingsplan for redusert bruk av rusmidler, skal planen utnyttets fullt ut.

Som en oppfølging av Stortingets behandling av handlingsplan for redusert bruk av rusmidler, har Sosial- og helsedepartementet åpnet for utprøving av selvbetjening ved A/S Vinmonopolets utsalg. Prøveordningen skal omfatte 14 utsalg og ivareta de restriksjonene som alkoholoven fastsetter. Vinmonopolet har i samarbeid med Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning utarbeidet en plan for gjennomføring av prøveordningen. Ordningen skal evalueres av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning etter to år.

Selskapet skal videreføre arbeidet med å kostnadseffektivisere virksomheten for å møte framtidige kapitalbehov og for å bedre lønnsomheten og soliditeten i selskapet, uten at dette kommer i konflikt med sentrale alkoholpolitiske målsettinger eller hensynene selskapet må ta som servicebedrift. En fortsatt styrking av egenkapitalen i selskapet er ønskelig. A/S Vinmonopolets styre har hatt som uttalt mål at egenkapitalandelen bør være omlag 35 pst.

5. Merknader til budsjettforslaget

Post 80 Statens overskuddsandel

Overskuddsandel er i praksis statens aksjeutbytte i A/S Vinmonopolet da det ordinære aksjeutbyttet ikke kan overstige 2.500 kroner som tilsvarer 5 pst. av aksjekapitalen på 50.000 kroner.

Det foreslås at statens andel av overskuddet som tas som inntekt under denne posten i 2000 - ved eget vedtak - fastsettes til 40 pst. av resultatet i 1999, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgift. Statens andel av overskuddet i A/S Vinmonopolet for regnskapsåret 1999 er på bakgrunn av budsjettert omsetnings- og resultatutvikling i 1999 og en andel av overskuddet på 40 pst. foreslått fastsatt til 38,3 mill. kroner. Dersom resultatutviklingen for 1999 blir bedre enn anslått, blir inntektene under post 80 for 2000 høyere enn 38,3 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 2000 bygger på vurderinger av selskapets fremtidige kapitalbehov, blant annet i forbindelse med utvidelse av butikknett, og ønsket kapitalstruktur. Gjennom en positiv omsetnings- og resultatutvikling, samt en moderat utbyttepolitikk overfor selskapet siden 1996, er egenkapitalen i selskapet gradvis styrket. A/S Vinmonopolets styre har hatt som uttalt mål at egenkapitalandelen bør være omlag 35 pst. Ved utgangen av 1996 utgjorde egenkapitalandelen 18,9 pst. mens den pr. 31. desember 1998 hadde økt til 27,5 pst. Egenkapitalen forventes å bli ytterligere styrket i løpet av 1999.

Post 81 Utbytte

A/S Vinmonopolets aksjekapital utgjorde ved utgangen av 1998 kroner 50.000. Utbyttet er i vinmonopolloven fastsatt til 5 pst. av aksjekapitalen og utgjør kroner 2.500.

Programkategori 09.50 Sosialtjenesten

Utgifter under programkategori 09.50 fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)					
Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
0651	Forsøksvirksomhet, opplysningsvirksomhet m.v. i sosialsektoren	13 160			
	Sum kategori 09.50	13 160			

Utgifter under programkategori 09.50 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)					
Post- gr	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
01-23	Statens egne driftsutgifter	13 160			
	Sum kategori 09.50	13 160			

Samtlige tiltak under programkategori 09.50 Sosialtjenesten, kap. 0651 Forsøksvirksomhet, opplysningsvirksomhet m.v. i sosialsektoren er innarbeidet under programkategori 09.10 Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m v,

kap. 0614 Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v. Det vises til Programkategori 09.10 for tekstlig omtale, herunder resultatrapport 1998.

Kap 0651 Forsøksvirksomhet, opplysningsvirksomhet m.v. i sosiaalsektoren

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
21	Spesielle driftsutgifter	13 160		
	Sum kap 0651	13 160		

Overført fra 1998 til 1999:

Post 21: 747 000 kroner.

Bevilgningen under kap. 651 post 21 er fra 1999 innarbeidet under kap. 614.

Programkategori 09.60 Kontantytelser

Utgifter under programkategori 09.60 fordelt på kapitler:

		(i 1 000 kr)			
Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
0660	Krigspensjon	1 006 917	980 000	1 022 000	4,3
0664	Pensjonstrygden for sjømenn	202 448	193 000	189 000	-2,1
0666	Avtalefestet pensjon (AFP)	303 760	378 000	437 000	15,6
	Sum kategori 09.60	1 513 125	1 551 000	1 648 000	6,3

Utgifter under programkategori 09.60 fordelt på postgrupper:

		(i 1 000 kr)			
Post- gr	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
70-89	Andre overføringer	1 513 125	1 551 000	1 648 000	6,3
	Sum kategori 09.60	1 513 125	1 551 000	1 648 000	6,3

Kategorien omfatter kontantytelser/tilskudd til visse lovregulerte pensjonsordninger utenom folketrygden som helt eller delvis finansieres av staten. Det gjelder krigspensjoneringen, Pensjonstrygden for sjømenn og Avtalefestet pensjon med statstilskott (AFP).

Kap 0660 Krigspensjon

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
70	Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i>	292 594	290 000	300 000
71	Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i>	714 323	690 000	722 000
	Sum kap 0660	1 006 917	980 000	1 022 000

Tabell II. 3: Plantall:

Post		1998	1999 ¹⁾	2000
70	<i>KP-militær:</i>			
	Antall invalider pr. 31.12	2 058	1 920	1 790
	Antall Enker pr. 31.12	2 218	2 190	2 170
	<i>KP-sivil:</i>			
	Antall invalider pr. 31.12	4 292	4 030	3 750
	Antall enker pr. 31.12	4 801	4 700	4 580

¹⁾ Tallene er de sist oppdaterte plantall for 1999, og kan dermed avvike fra plantallene i St prp nr. 1 (1998-99)

Plantallene er anslått på grunnlag av siste oversikter over antall pensjonister, inntak søknader og dødelighet m.v.

1. Hovedtrekkene i regelverket

Hovedlovene om krigspensjonering er av 13. desember 1946 - en for militærpersoner (militærloven) og en for hjemmestyrkepersonell og sivilpersoner (sivilloven).

Militærloven omfatter militærpersoner som har fått mén som følge av skade eller sykdom som de er påført under tjenestegjøring i krig. Likeså omfatter loven etterlatte til militærpersoner som er død av skade eller sykdom de er påført under tjenestegjøringen.

Sivilloven omfatter personer som under krigen var norske statsborgere og som ikke kommer inn under militærloven. Sivilloven gjelder personer som ble påført skade ved krigsulykker i Norge, på norske skip eller i fiendtlig politisk fangenskap. Loven omfatter også etterlatte.

Både for egenpensjon og etterlattepensjon settes krav til nasjonal holdning under krigen.

Ved tilleggslov av 22. mars 1968 ble krigspensjoneringen betydelig utvidet. Tilleggsloven omfatter visse innsatsgrupper som har vært utsatt for usedvanlig hard påkjenning under tjenesten. For disse gruppene stilles det som regel ikke krav til årsakssammenheng mellom krigspåkjenning og senere tap av ervervsevne.

2. Resultatrapport 1998*Militære**Tabell II. 4: Invalider pr. 31. desember 1998, militære:*

Gjennomsnittlig invaliditetsgrad		Årspensjon etter 100 prosent pensjonsgrad. Satser pr. 1.5.99
Antall	Pst.	Kr.
2 058	81,6	208 128

Tabell II. 5: Enker pr. 31. desember 1998, militære:

Gjennomsnittlig invaliditetsgrad		Årspensjon etter 100 prosent pensjonsgrad. Satser pr. 1.5.99
Antall	Pst.	Kr.
2 211	85,5	138 756

Pr. 31. desember 1998 var det 2 058 militære invalider og 2 218 militære enker. Antall invalidepensjonister har gått ned med 6,8 pst. fra 31. desember 1997. Antall enker viste en økning på 1,0 pst. fra 1997 til 1998.

Til hvert barn etter avdøde utbetales et kontantbeløp på kr 2 000 ved barnets fylte 18 år .

Gjennomsnittsalderen pr. 31. desember 1998 var 79 år for invalidene og 77 år for enkene.

I 1998 var avgangen på nærmere 200 invalider og ca 100 enker, mens det var en tilgang på ca. 50 invalider og i overkant av 100 enker.

Utgiftene til militære krigspensjonister i 1998 fordelte seg slik: invalidepensjon 179 mill. kroner og enkepensjon 107 mill. kroner. I faste priser er dette en nedgang på hhv. 6 pst. og 0,2 pst fra 1997.

Sivile

Tabell II. 6: Fordeling av invalider etter pensjonsgrunnlag, invaliditetsgrad og pensjonssatser pr. 31. desember 1998, sivile:

Opprinnelig pensjonsgrunnlag	I alt	Gjennomsnittlig invaliditetsgrad	Årspensjon etter 100 prosent pensjonsgrad. Satser pr. 1.5.99
Kr	Antall	Pst.	Kr.
10 000	3 767	84,0	208 128
Lønnstrinn 12 ¹⁾	449	52,7	115 908
I alt	4 216 ²⁾	80,7	

1) Etter lønnsregulativet før 1. september 1991.

2) I tillegg kommer 76 personer med uoppgitt pensjonsgrunnlag.

Tabell II. 7: Fordeling av enker etter pensjonsgrunnlag, invaliditetsgrad og pensjonssatser pr. 31. desember 1998, sivile:

Opprinnelig pensjonsgrunnlag	I alt	Gjennomsnittlig invaliditetsgrad	Årspensjon etter 100 prosent pensjonsgrad. Satser pr. 1.5.99
Kr	Antall	Pst.	Kr.
10 000	4 656	87,8	138 756
Lønnstrinn 12 ¹⁾	137	74,1	77 280
I alt	4 793 ¹⁾	87,4	

¹⁾ I tillegg kommer 8 personer som en mangler pensjonsgrunnlag for.

Ytelsene til sivilpersoner reguleres stort sett etter tilsvarende bestemmelser som for militærpersoner.

Til hvert barn etter avdøde som tilhørte gruppen hjemmestyrkepersonell og sjømenn m.v. utbetales et kontantbeløp på kr 2 000 ved barnets fylte 18 år .

Pr. 31. desember 1998 var det 4 292 sivile invalider og 4 801 sivile enker. Antall invalidepensjonister har gått ned med 5,9 pst. fra 31. desember 1997, mens antall enker viste en nedgang på 1,2 pst. fra 1997 til 1998.

Gjennomsnittsalderen pr. 31. desember 1998 var 78 år for invalidene og 79 år for enkene.

I 1998 var avgangen på nærmere 400 invalider og ca. 300 enker, mens det var en tilgang på 100 invalider og 250 enker.

Utgiftene til sivile krigspensjonister i 1998 fordelte seg slik: invalidepensjon 409 mill. kroner og enkepensjon 289 mill. kroner. I faste priser er dette en nedgang på hhv. 5 pst. og 4 pst. fra 1997.

3. Budsjettforslag 2000

Militære og sivile

Lovene om krigspensjon fra 1946 bygger på et inntektsgradert pensjonsgrunnlag. Opprinnelig var det en rekke pensjonsgrunnlag, som ble fastsatt ut fra den årsinntekten pensjonisten forventes å kunne ha hatt pr. juli 1946 dersom krigsskaden eller ulykken ikke hadde inntruffet. Etter hvert har de laveste grunnlagene blitt avviklet.

Våren 1985 behandlet Stortinget forslag til endringer i krigspensjoneringslovene. I den forbindelse sa sosialkomiteen bl.a. i Innst. O. nr. 69 (1984-84): "Komiteen forutsetter at det må skje en gradvis avvikling av de ulike pensjonstrinn for innsats- og overgrepfolk. Målet må være å stå tilbake med ett pensjonsgrunnlag – det høyeste". Merknader fra Sosialkomiteen om en gradvis avvikling ble fulgt opp i 1992 og 1995. Etter endringen i 1995 stod det igjen to grunnlag, dvs. kr 9 000 og kr 10 000 (sannsynlig årsinntekt i 1946).

I budsjettet for 1999 foreslo Regjeringen at alle innsats- og overgrepspersoner skulle tilstås ett pensjonsgrunnlag – det høyeste. Dette har vært et ønske fra Krigsinvalidforbundet i mange år. Forslaget om likt grunnlag ble vedtatt med virkning fra 1. september 1999. Fra denne dato står krigspensjoneringslovene *for innsats- og overgrepfolk* tilbake med det høyeste grunnlaget – 10 000 kroner som pr. 1. mai 1999 gir en krigspensjon på 208 128 kroner. Tilfeldig krigsskadde personer har en pensjon som utgjør kr 115 908. Merkostnaden er beregnet til 50 mill. kroner og får full virkning i 2000.

Alta bataljon

Etter ønske fra veteraner fra Alta bataljon, ble det i januar 1997 satt ned et utvalg med sikte på å vurdere rettighetene til krigspensjon for deltakerne i Alta bataljon, sett i lys av de gjeldende forskningsresultatene angående psykiske senskader.

Utvalget avga sin innstilling den 3. juni 1998, se NOU 1998:12 Alta Bataljon.

Fram til 1. mai 1999 har Rikstrygdeverket godtatt 24 saker i kjølvannet av Alta-utvalgets arbeid. Dette gjelder dels nye søknader og dels gjenopptak av tidligere avslagssaker. Resultatet er omtrent som ventet, jf. St. prp. nr 1 (Sosial- og helsedepartementet 1998-99), s.75. Det er neppe trolig at det vil komme ytterligere godkjenninger i noe antall av betydning.

Post 70 Tilskudd, militære*Tabell II. 8: Budsjetterte utgifter for 2000 (i 1 000 kr)*

Invalidepensjoner, inklusive etterbetalinger	178 000
Enkepensjoner m.v. inklusive etterbetalinger	115 000
Skadetur, militærpersoner	6 000
Sum	299 000

Utgiftene til krigspensjon er generelt beregnet etter satser pr. 1. mai 1999, og utgjør nettobeløpet etter at det er gjort fradrag i krigspensjon på grunn av samordning med ytelser fra folketrygden og yrkesskadetrygd. Utgiftene til enkepensjoner m.v. inkluderer også barne- og ascendentpensjoner (pensjoner til slektninger i rett oppadstigende linje), men sistnevnte utgjør en svært beskjeden andel av utgiftene. Utgiftene er anslått til 299 mill. kroner i 2000.

Post 71 Tilskudd, sivile

Antall invalidepensjonister viser en jevnt synkende tendens.

Tabell II. 9: Budsjetterte utgifter for 2000 (i 1 000 kr)

Invalidepensjoner, inklusive etterbetalinger	401 000
Enkepensjoner m.v. inklusive etterbetalinger	305 000
Skadetur, militærpersoner	16 000
Sum	722 000

Utgiftene er beregnet etter satser pr. 1. mai 1999. Utgiftene utgjør nettobeløp etter at det er gjort fradrag i krigspensjon på grunn av samordning med ytelser fra folketrygden og andre pensjonsordninger. Utgiftene til enkepensjoner m.v. inkluderer også barne- og ascendentpensjoner, men sistnevnte utgjør en svært beskjeden andel av utgiftene. På grunnlag av regnskapstall er utviklingen i antall innkomne søknader, dødelighet m.v. utgiftene er anslått til 722 mill. kroner i 2000.

Kap 0664 Pensjonstrygden for sjømenn

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
70	Tilskudd	202 448	193 000	189 000
	Sum kap 0664	202 448	193 000	189 000

Antall pensjonister omfattet av ordningen og årlig pensjon fordelt på de enkelte pensjonsarter er anslått slik for 2000:

Tabell II. 10: Plantall

Pensjonens art	Antall	Årlige pensjonsutgifter (1 000 kr)	Gjennomsnittlig pensjon pr. år (kr)
Alderspensjon før 67 år	6 450	487 000	75 504
Alderspensjon etter 67 år	12 650	144 000	11 383
Enkepensjon/overgangsstønad	10 750	105 000	9 767
Barnepensjon	5	20	4 000
Uførestønad	5	30	6 000
Samlet	29 860	736 050	24 650

Etter at folketrygden trådte i kraft 1. januar 1967, er Pensjonstrygden for sjømenn hovedsakelig en førtids alderspensjonsordning fra fylte 60 år til fylte 67 år.

I 1998 var avgangen av antall pensjonister 3 632 mens tilgangen var 3 002 dvs. en netto avgang på 630 pensjonister.

Etter hovedregelen omfatter pensjonstrygden for sjømenn norske statsborgere og personer med fast bopel i Norge som er tilsatt som arbeidstakere på norskregistrerte skip på 100 brutto registertonn eller mer, jf. lov om pensjonstrygd for sjømenn §§ 1 og 2.

Staten skal etter sjømannspensjonstrygdloven § 33, dekke den beregnede del av pensjonsutgiftene som skyldes:

- a) tillegg for fartstid under siste krig,
- b) enkepensjoner etter arbeidstakere som sluttet pensjongivende tjeneste før 1. september 1939, og
- c) pensjonsutgifter knyttet til utenlandsk hvalfangst, som ikke dekkes av pensjonsavgift.

Dessuten skal staten yte et årlig tilskudd på 6,25 mill. kroner fra 1967 og 40 år framover, samt et årlig tilskudd på 8 mill. kroner fra og med 1983.

Tabell II. 11: Fra 1. mai 1999 utgjør maksimal alderspensjon før fylte 67 år følgende:

– 360 fartsmåneder opptjent som underordnet før 1. mai 1993	109 860 kroner pr. år
– 360 fartsmåneder opptjent som underordnet etter 30. april 1994	128 460 kroner pr. år
– 360 fartsmåneder opptjent som overordnet	153 816 kroner pr. år

Pensjonstrygden for sjømenn er i en vanskelig økonomisk situasjon. Dette skyldes først og fremst at antall sjøfolk de senere årene har gått sterkt ned i forhold til antall pensjonister.

Trygden har hatt underskudd siden 1994. I 1998 var underskuddet 106,8 mill. kroner. Underskuddet dekkes foreløpig av trygdens reguleringsfond, slik lovens § 32 tilsier. Reguleringsfondet utgjorde 635 mill. kroner pr. 31.12.98, og vil følgelig være brukt opp om noen år. Trygden er imidlertid garantert av staten, jf. lovens § 26.

Departementet la i Ot. prp. nr. 59 (1995-96) fram et samlet opplegg for å bedre pensjonstrygdens økonomi med visse innstrammings- og forenklingstiltak, supplert med forslag om å øke et midlertidig statstilskudd. Forslagene ble ikke vedtatt, jf. Innst. O. nr. 5 (1996-97), og stortingsflertallet fattet den 15. november 1996 følgende vedtak:

Sosial- og helsedepartementet

- "Stortinget ber Regjeringen nedsette et utvalg der ansattes organisasjoner og arbeidsgiverorganisasjoner er representert for å foreta en nærmere utredning og fornyet vurdering av sjømannspensjonene både når det gjelder fortsatt offentlig pensjonsordning, en eventuell privat tjenstepensjonsordning eller en eventuell AFP-lignende ordning. En overgang til forsikringsmessig beregning av pensjonen må også vurderes."
- "Stortinget ber Regjeringen fremme forslag til lovendring som sikrer en automatisk G-regulering av sjømannspensjonene slik at dette kan tre i kraft fra 1. mai 1997."

Stortingsvedtaket om automatisk regulering av sjømannspensjon og krigsfartstillegg ble fulgt opp i Ot. prp. nr. 31 (1996-97) som ble vedtatt ved lov 13. juni 1997 nr. 58, jf. Innst. O. nr. 78 (1996-97).

Departementet nedsatte den 11. juli 1997 et offentlig utvalg som har fulgt opp stortingsvedtaket om utredninger av alternative ordninger til sjømannspensjon. Utvalget avga sin innstilling den 15. januar 1999; NOU 1999:6 Sjømannspensjon. Innstillingen har etter dette vært på høring. Departementet vil følge opp innstillingen i en odelstingsproposisjon for Stortinget i løpet av høsten 1999, med sikte på behandling i Stortinget våren 2000.

Det budsjetteres med 189 mill. kroner for 2000.

Kap 0666 Avtalefestet pensjon (AFP)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
70	Tilskudd	303 760	378 000	437 000
	Sum kap 0666	303 760	378 000	437 000

1. Hovedtrekkene i ordningen

Bakgrunn

I tilknytning til inntektsoppgjøret for 1988 ble det fra 1. januar 1989 innført en ordning med avtalefestet pensjon (AFP) med statstilskott.

I tillegg er det inngått lignende avtaler for offentlig ansatte. Utgifter for statsansatte er budsjettert under kap. 1506 Statens Pensjonskasse.

AFP-ordningen med statstilskudd er begrenset til pensjonsordninger som er opprettet ved avtale mellom landsomfattende organisasjoner av arbeidstakere og arbeidsgivere. Slike avtaler er i dag opprettet mellom Næringslivets Hovedorganisasjon og Landsorganisasjonen og mellom NHO og Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund. Videre har Bankenes Arbeidsgiverforening og Finansforbundet inngått avtale om avtalefestet pensjon fra 1. januar 1995. Forsikringsforbundet sluttet seg til denne avtalen 1. januar 1999. Norges Arbeidsgiverforening for virksomheter med offentlig tilknytning (NAVO), har inngått avtale med aktuelle arbeidstakerorganisasjoner fra 1. juli 1997.

Pensjonsalderen i ordningene er jevnlig redusert. Pensjonsalderen var 66 år i 1989 og 65 år i 1990, og ble ytterligere redusert til 64 år fra oktober 1993 og 62 år fra 1. mars 1998.

Statens medvirkning til AFP

Etter lov 23. desember 1988 nr. 110 om statstilskott til ordninger for avtalefestet pensjon (tilskottsloven), dekker staten 40 pst. av de årlige utgiftene til pensjoner, eksklusivt AFP-tillegget, for 64-, 65- og 66-åringer, mens de øvrige utgifter dekkes av

arbeidsgiversiden. Arbeidsgiversiden dekker de samlede utgifter fullt ut for 62- og 63-åringer.

Pensjonsnivået i AFP etter tilskottsloven bygger på folketrygdens uførepensjonssystem. Det godskrives beregnet poengopptjening i folketrygden som om en skulle ha fortsatt i arbeid fram til fylte 67 år, slik som for uførepensjonister.

I kommunal og statlig sektor dekker arbeidsgiversiden utgiftene fullt ut.

Formål

Formålet med AFP er å gi større fleksibilitet og valgmulighet til å gå av med pensjon før folketrygdens pensjonsalder på 67 år. Begrunnelsen for ordningen var spesielt hensynet til "slitne" arbeidstakere.

AFP-ordningen kommer i tillegg til de tjenstepensjonsordninger med særaldersgrenser og førtidspensjonsordninger som allerede eksisterer for visse yrkesgrupper. Slike særaldersgrenser eller lavere pensjonsalder gjelder bl.a. innen yrkesområder som fengselsvesen, helsevesen, samferdsel og for fiskere, skogsarbeidere og sjømenn.

Utforming og vilkår

AFP gir den enkelte som er dekket av avtalen, rett til å gå av med pensjon på bestemte vilkår om yrkesaktivitet like før pensjonering. Man kan velge mellom å gå av med pensjon etter den nye ordningen eller fortsette i arbeid til ordinær pensjonsalder. Vedkommende må være i inntektsgivende arbeid ved tidspunkt for førtidspensjonering. Pensjonering forutsetter opphør eller reduksjon av inntektsgivende arbeid.

AFP kan ikke gis i kombinasjon med uførepensjon, etterlattepensjon eller attføringspenger fra folketrygden. Den som har inntektsgradert avtalefestet pensjon og deltidsarbeid vil ha rett til sykepenger i inntil 90 dager og arbeidsledighetstrygd.

Pensjonen beregnes stort sett som folketrygdens uførepensjon, men det gjelder andre avkortingsregler mot arbeidsinntekt.

AFP-mottakere i NHO-LO og YS-området får i tillegg utbetalt kr 950,- pr. måned skattefritt fra sluttvederlagsordningen (AFP-tillegg). Avtalene med Bankenes Arbeidsgiverforening, Forsikringsforbundet og NAVO gir pensjonistene skattepliktig AFP-tillegg på 1 700 kroner pr. måned, slik ordningen også er i offentlig sektor. Denne utbetalingen finansieres i sin helhet av partene.

Fra 1. oktober 1997 kan pensjonen, inkludert AFP-tillegg, ikke overstige 70 pst. av tidligere inntekt.

Avtalen i LO/NHO-området har tidligere forutsatt at arbeidstakeren må slutte helt i arbeid for å få pensjon. Ved lønnsoppgjøret våren 1997 ble det med virkning fra 1. oktober 1997 avtalt at "bedriften kan med arbeidstakere i full stilling inngå skriftlig avtale om delpensjon, slik at arbeidstakeren kan trappe ned sin yrkesaktivitet med en eller to hele arbeidsdager, dvs. 20 pst. eller 40 pst. reduksjon i forhold til full stilling". Som pekt på i Ot. prp. nr. 79 (1996-97), kan dette gi resultat som gir høyere disponibel inntekt ved delvis pensjonering enn ved å fortsette i full stilling, og det er derfor nødvendig å vurdere reglene nærmere. På denne bakgrunn har Sosial- og helsedepartementet i Ot. prp nr 60 (1998-99) foreslått et nytt delpensjonssystem for kombinasjon av pensjon og arbeidsinntekt basert på et såkalt pro rata-prinsipp. Med et slikt system vil AFP-pensjonene bli beregnet prosentvis i forhold til bortfall av arbeidsinntekt, noe som vil begrense muligheten for AFP-pensjonister til å få høyere disponibel inntekt med redusert yrkesaktivitet enn ved full yrkesaktivitet. Det tas sikte på at nyordningen kan tre i kraft i løpet av våren 2000. Den aktuelle ordningen ble foreslått i NOU 1998: 19 Fleksibel pensjonering, som omtalt nedenfor.

I forbindelse med lønnsoppgjøret våren 1997 og nevnte nedsettelse av pensjonsalderen i ordningen til 62 år, bestemte den daværende Jagland-regjeringen at det skulle settes ned et offentlig utvalg. Utvalget skulle bl.a. vurdere endringer i gjeldende førtidspensjonsordninger og annet relevant regelverk som kan bidra til å øke den

enkeltes motivasjon og mulighet til å fortsette i arbeid. Samtidig skulle behovet for fleksibel førtidspensjonering for de som er slitne etter mange år i arbeidslivet, og muligheten til å arbeide etter fylte 67 år for de som ønsker det, ivaretas. I denne sammenheng skulle det bl.a. gis en vurdering av ytelsesnivået i førtidspensjonsordninger og forholdet til folketrygdens regelverk (f.eks. poengoppptjeningsspørsmål).

Dette såkalte førtidspensjonsutvalget avga den 27. november 1998 sin innstilling NOU 1998:19 *Fleksibel pensjonering*. Innstillingen gir omfattende beskrivelser og analyser av eldres situasjon på arbeidsmarkedet og utviklingen framover.

Utvalget drøfter selektive førtidspensjonsordninger kontra allmenne ordninger og førtidspensjonsordninger i eller utenfor folketrygden. Utvalget sonderer mellom tiltak for å motvirke tidligpensjonering på kort sikt og på lang sikt.

Utvalget foreslår flere tiltak som primært tar sikte på bedre målretting av ordningen med avtalefestet pensjon, likhet og forenkling. Utvalget peker på at hensikten da ordningen ble innført, var en begrenset ordning for de som var "slitne" etter mange år i arbeidslivet.

Spørsmål som utvalget tar opp, er omtalt i Nasjonalbudsjettet 2000 (kap. 6) og vil bli vurdert i sammenheng med andre aktuelle pensjonsutredninger.

2. Rapport om utviklingen

Antall pensjonister

Sammenlagt er det noe over 25 000 pensjonister med avtalefestet pensjon, hvorav om lag 12 000 i privat sektor. Det er bare ordningene i privat sektor som får tilskudd etter lov om statstilskudd og omtales i budsjettet her. I kommunal og statlig sektor dekker arbeidsgiver utgiftene fullt ut. Når det gjelder statlig sektor vises til Arbeids- og administrasjonsdepartementets budsjett, kap. 1542, jf. kap. 1540 Statens pensjonskasse.

Utgiftsutviklingen

Fra 1997 til 1998 økte utgiftene til avtalefestet pensjon (AFP) med ca. 71 mill. kroner til 304 mill. kroner. Dette tilsvarer en økning på 30,4 pst. i løpende kroner, og en økning på 23,3 pst. i faste 1998-kroner.

AFP-pensjonistene etter alder

Tabell II. 12: Antall pensjonister med AFP i privat sektor, og gjennomsnittlig årlig pensjon (uten AFP-tillegg og ektefelle tillegg) fordelt etter alder. Menn og kvinner, pr. 31. desember 1998.

Alder	Antall			Gjennomsnittlig pensjon		
	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner
62	1 380	996	384	117 500	130 000	85 100
63	1 778	1 326	452	119 000	130 400	85 400
64	2 060	1 520	540	119 900	131 900	85 900
65	2 277	1 697	580	120 600	132 300	86 500
66	2 398	1 781	617	120 900	132 100	88 600
67*)	184	130	54	119 100	133 400	84 900
I alt	10 077	7 450	2 627	119 800	131 600	86 400
herav 64-67 år	6 919	5 128	1 791	120 500	132 100	87 000

*) Overgangen fra AFP til alderspensjon skjer måneden etter at pensjonisten fyller 67 år.

Sosial- og helsedepartementet

Fra 1997 til 1998 økte antall AFP-pensjonister i privat sektor med 55 pst. (fra 6 500 personer pr. 31.12.97.) Den store økningen skyldes bl.a. at AFP-ordningen ble utvidet med en ny aldersgruppe (62-åringene) i 1998.

I 1998 kom det til totalt 5 731 nye AFP-pensjonister i privat sektor. Det er en økning på 55,4 pst. fra 1997. Gjennomsnittspensjonen for 1998 var på 117 650 kroner (medregnet AFP-tillegg 129 050 kroner) for de nye 62-67 åringene.

Tabell II. 13: Antall pensjonister med AFP i privat sektor i alderen 64-67 år pr. 31. 12 og endring fra året før. Menn og kvinner, 1994-98

År	Antall			Prosentvis endring fra året før		
	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner
1994	3 100	2 354	746	43,4	38,0	63,6
1995	3 884	2 891	993	25,3	22,8	33,1
1996	4 651	3 408	1 243	19,7	17,9	25,2
1997	5 740	4 271	1 469	23,4	25,3	18,2
1998	6 919	5 128	1 791	20,5	20,1	21,9

Fra 1994 til 1998 økte antall AFP-pensjonister i alderen 64-67 år i privat sektor med vel 3 800 personer. Pr. 31. desember 1998 var det registrert 6 919 AFP-pensjonister i privat sektor, fordelt på 6 614 i LO/NHO-ordningene, 262 fra bank- og finansnæringen og 43 fra NAVO.

Den gjennomsnittlige pensjonsgraden var 97,5 pst. for aldersgruppen 62-67 år og 97,9 pst. for aldersgruppen 64-67 år pr. 31. desember 1998.

Kvinneandelen blant AFP-pensjonistene har økt fra 24,1 pst. i 1994 til 25,9 pst i 1998.

Tabell II. 14: Antall nye AFP-pensjonister i privat sektor i alderen 64-67 år i løpet av året og prosentvis endring fra året før. Menn og kvinner 1995-98.

År	Antall			Prosentvis endring fra året før		
	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner
1995	2 009	1 446	563	-	-	-
1996	2 309	1 687	622	14,9	16,7	10,5
1997	2 924	2 216	708	26,6	31,4	13,8
1998	3 268	2 409	859	11,8	8,7	21,3

Antall nye AFP-pensjonister i løpet året var 63 pst. høyere i 1998 enn i 1995, og 12 pst. høyere i 1998 enn året før. De 3 268 nye pensjonistene i 1998 fordelte seg med 3 125 fra LO/NHO-ordningene, 94 fra bank- og finansnæringen og 49 fra NAVO. Kvinneandelen blant de nye AFP-pensjonistene har gått ned fra 28,0 pst. i 1995 til 26,3 pst. i 1998.

3. Budsjettforslag 2000

For 2000 er det lagt til grunn et gjennomsnittlig pensjonsnivå på 124 800 kroner (medregnet AFP-tillegg 136 200 kroner). Middelbestanden er beregnet til 8 750 personer. Det budsjetteres med 437 mill. kroner til avtalefestet pensjon i privat sektor i 2000.

Kap 3661 Sykepenger

(i 1 000 kr)			
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999 Forslag 2000
55	Refusjon fra folketrygden	671 824	712 200
	Sum kap 3661	671 824	712 200
			800 000

Generelt

Kapittel 3661 omfatter den del av sykepengeutgiftene for statsansatte som gjøres opp direkte mellom Finansdepartementet og Rikstrygdeverket. Oppgjøret foretas på grunnlag av statistikk over sykefraværet og oppgaver over lønnsutgiftene for de grupper statsansatte som omfattes av denne oppgjørsordningen. Fra 1997 er det tatt utgangspunkt i sykefraværsstatistikk for statsansatte utarbeidet av Arbeids- og administrasjonsdepartementet ved beregning av refusjonsinntektene.

Budsjettforslag 2000

Det er budsjettert med 800 mill. kroner i refusjon av sykepenger, feriepenger av sykepenger og arbeidsgiveravgift.

Regjeringen går inn for at det innføres en ordning med direkte refusjon av sykepenger til statlige virksomheter fra 1. januar 2000. Forslaget vil bli fremmet som egen sak i løpet av høsten.

Programkategori 09.70 Eldre og funksjonshemmede*Utgifter under programkategori 09.70 fordelt på kapitler:*

(i 1 000 kr)					
Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
0670	Tiltak for eldre	1 337 797	2 132 300	2 762 200	29,5
0673	Tiltak for funksjonshemmede	1 307 554	1 423 349	1 210 300	-15,0
0674	Handlingsplan for funksjonshemmede	99 497	86 900	91 100	4,8
0675	Tiltak for eldre og funksjonshemmede	78 088	46 010	60 950	32,5
0676	Kompetansesentra for funksjonshemmede		87 603	69 840	-20,3
	Sum kategori 09.70	2 822 936	3 776 162	4 194 390	11,1

Utgifter under programkategori 09.70 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)

Post- gr	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
01-23	Statens egne driftsutgifter	114 709	143 662	111 120	-22,7
50-59	Overføringer til andre statsregnskap			15 250	
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	2 564 803	3 437 400	3 866 100	12,5
70-89	Andre overføringer	143 424	195 100	201 920	3,5
	Sum kategori 09.70	2 822 936	3 776 162	4 194 390	11,1

1. Formål og hovedprioriteringer

Programområdet omfatter både den generelle politikken i forhold til eldre og funksjonshemmede, og tiltak som gjelder pleie- og omsorgstjenesten. Det overordnede mål for eldrepolitikken er å sikre eldre uavhengighet, deltakelse, omsorg, selvutfoldelse, trygghet og verdighet. Politikken for funksjonshemmede har som mål å sikre alle full deltakelse og likestilling i samfunnet. Disse overordnede målene er i tråd med FNs prinsipper for eldre og FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemning. Målene forutsetter en helhetlig politikk med tiltak som gjelder flere departementers saksområder.

Regjeringens hovedprioriteringer for å bidra til økt grad av deltakelse og bedre tjenester for eldre og funksjonshemmede er:

- Gjennomføring av Stortingets vedtak i forbindelse med St. meld. nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001.
- Legge forholdene til rette for at personer med funksjonshemning og eldre så langt som mulig kan leve og bo selvstendig, og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.
- Iverksetting av Stortingets vedtak i forbindelse med St. meld. nr. 50 (1996-97) "Handlingsplan for eldreomsorgen".
- Å øke hjemmetjenestenes kapasitet slik at de som ønsker det kan bo i egen bolig.
- Å bedre kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten, både gjennom bygningsmessige forbedringer, og gjennom å rekruttere kvalifisert personell og øke kompetansen hos de som allerede arbeider i tjenestene. Mennesker med aldersdemens er en særlig prioritert gruppe.
- Tiltak for å rekruttere og kvalifisere personell gjennom å opprettholde en høy utdanningskapasitet når det gjelder grunnutdanningene, øke mulighetene for videre- og etterutdanning og bidra til kvalifisering av ufaglærte
- Bidra til at hjemmeboende psykisk utviklingshemmede får det bo- og tjenestetilbudet de har behov for og et styrket kultur- og fritidstilbud og bedre rettssikkerheten for mindre og utsatte grupper av psykisk utviklingshemmede.
- Gi den familiebaserte omsorgen slike rammer at pårørende fortsatt kan yte en viktig innsats for sine nærmeste.

2. Tilstandsvurdering

SSBs foreløpige statistikk for pleie- og omsorgstjenesten viser flere positive utviklingstrekk fra 1997 til 1998. Nesten 2200 flere personer bor nå i boliger tilrettelagt for pleie- og omsorgsformål (omsorgsboliger og andre) og ca. 6000 flere personer mottar hjemmetjenester fra kommunene. Videre er det blitt 473 nye plasser i somatiske sykehjem og andelen av rommene i aldersinstitusjonene som er enerom er økt fra 83 til 83,9 pst. i løpet av 1998. Husbankens statistikk viser i tillegg at det i løpet av året har skjedd en betydelig utbedring av eksisterende sykehjem (se omtalen under pkt 6 Handlingsplan for eldreomsorgen).

Når man ser tilbudet av sykehjemsplasser i forhold til befolkningen over 80 år viser tabell II. 15 utviklingen i sykehjemsdekningen. Selv om antallet sykehjemsplasser har økt i løpet av 1998 er dekningsgraden omtrent uendret fra 1997-nivå. Dette har sammenheng med at befolkningen over 80 år øker.

Det er blitt 684 færre plasser i aldershjem. Det har skjedd en relativt stor nedgang i antall plasser i de kombinerte alders- og sykehjemmene. Mange av disse institusjonene er gamle og nedslitte og erstattes eller bygges om til mindre "rene" sykehjem (evt. kombinerte med omgjøring av aldersavdelingen til omsorgsboliger). Ombygning til enerom forklarer også hvorfor antallet sykehjemsplasser ikke øker mer. Utviklingen viser at kommunene satser på sykehjem, men at gamle aldershjemsplasser etter hvert erstattes av omsorgsboliger. Dette går tydelig fram av tabell II. 15, som viser at det er økt dekningsgrad for beboere i boliger for pleie- og omsorgsformål. Dette gjelder beboere i alle aldersgrupper.

Det er rimelig å se utviklingen de siste årene i sammenheng med kommunenes planer for styrking av eldreomsorgen. 1998 var handlingsplanens første år og kommunenes planer var bare i begrenset grad realisert på tidspunktet for rapportering til SSB's statistikk for 1998. Det vises i denne sammenheng til omtale av resultater fra Handlingsplanen for eldreomsorgen under pkt. 6.

Tabell II. 15: Plasser i sykehjem og aldershjem, andel enerom og beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål. Utvikling i dekningsgrader for årene 1992-98.

Bolig/Institusjon	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998*
Plasser i sykehjem pr. 100 innbyggere 80 år og over	19,10	18,90	18,60	18,60	18,70	18,50	18,40
Andel av rommene i aldersinstitusjoner som er enerom	79,40	79,60	80,20	80,90	81,70	83,10	83,90
Beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål pr. 100 innbyggere i samme aldersgruppe							
0-66 år	0,13	0,11	0,24	0,24	0,25	0,28	0,30
67-79 år	2,35	2,15	1,88	1,94	2,28	2,52	2,60
80 år og eldre	7,51	7,50	6,98	6,89	7,83	8,49	8,95
Plasser i aldershjem pr. 100 innbyggere 80 år og over	8,40	8,00	7,30	6,30	5,60	5,00	4,50

Kilde: SSB

* 1998-tallene er foreløpige pr. juni 1999, og erfaringene tilsier at de endelige tallene kan bli noe høyere

Tabell II. 16: Andel mottakere av hjemmetjenester i ulike aldersgrupper. Andel av landets kommuner som har etablert døgnbasert hjemmesykepleie 1992-98.

Hjemmetjenester	1992	1993	1994	1995 ¹⁾	1996	1997	1998 ²⁾
Mottakere av hjemmetjenester etter alder p. 100 innbyggere i samme aldersgruppe							
0-66	0,68	0,66	0,72	0,65	0,79	0,83	0,90
67-79	11,80	11,30	10,90	10,30	10,70	10,80	11,00
80 år og eldre	40,00	39,70	38,30	36,50	37,40	37,30	38,80
Andel kommuner/bydeler med døgnbasert hjemmesykepleie	52,90	55,70	59,40	63,70	73,20	76,00	80,60
Kilde: SSB							

¹⁾ Den sterke reduksjonen i mottakere som kommer fram i tall for 1995 skyldtes endret registreringsmåte og var derfor ikke reell.

²⁾ 1998-tallene er foreløpige pr. juni 1999.

Andelen mottakere av hjemmetjenester har økt i alle aldersgrupper fra 1997 til 1998. Til sammen er det registrert nesten 6000 flere mottakere av hjemmetjenester i 1998 enn året før. Det ser ikke ut til at den sterke satsing og fokusering på eldreomsorgen går på bekostning av yngre brukere av pleie- og omsorgstjenester. Til tross for at flere får tjenester har det gjennom året vært sterk fokus på kvaliteten på tjenestene og særlig for de sykeste eldre. Flere studier viser bl.a. at det er mange som er fornøyd med tilbudet, men at det finnes betydelige variasjoner. Fortsatt er det slik at mye kan gjøres for å bedre kvaliteten på tilbudet både i hjemmetjenestene og i sykehjem. I tillegg til behovet for bedre bemanning, er det også behov for å legge større vekt på praktisering av etiske retningslinjer, vise respekt for den enkelte brukers integritet, praktisere brukermedvirkning og utvikle gode holdninger. Helsetilsynets tilsynsrapport viser bl.a. at Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er lite kjent i kommunene, og at det er nødvendig å styrke saksbehandlingen i kommunene. Pleie- og omsorgstjenestene står overfor store utfordringer i organiseringen av tilbudet til et mangfold av brukere. God ledelse med stor grad av organisasjonsklarhet og integrerte tjenester er blant kriteriene for å få til effektive og kvalitativt gode tjenester, bedre arbeidsmiljø og stabil arbeidskraft.

Avlastning til familier med funksjonshemmede familiemedlemmer og støttekontakt som gis på grunn av sykdom eller funksjonshemming er kun registrert de siste tre årene. I tabell II. 17 vises utviklingen fra 1997 til 1998 (Tall for 1996 presenteres ikke fordi datakvaliteten er for usikker). Avlastningsopphold i institusjon er ikke med i denne registreringen. Tabellen viser at antall personer som mottar avlastning eller støttekontakt øker for alle aldersgrupper med unntak for avlastning til personer over 67 år. Det er størst økning i aldersgruppen 0 – 17 år. For eldre personer vil avlastning ofte finne sted ved institusjonsopphold.

Tabell II. 17: Antall mottakere av avlastning og støttekontakt etter alder (absolutte tall, 1997-98)

Avlastning og støttekontakt		1997	1998 ¹⁾
Mottakere av avlastning	0-17 år	4193	4486
	18-49 år	1791	1881
	50-66 år	231	233
	67 år og eldre	1230	1019
	Sum	7496	7623
Mottakere av støttekontakt	0-17 år	3642	3845
	18-49 år	8382	8524
	50-66 år	2794	3147
	67 år og eldre	1670	1952
sum		16496	17532

Kilde: SSB

¹⁾ 1998-tallene er foreløpige pr. juni 1999.

Det var ved utgangen av 1998 ca. 82500 årsverk i pleie- og omsorgssektoren, en økning med nær 3100 fra 1997 til 1998. Antall årsverk har økt jevnt de senere årene. Tabell II. 18 viser utviklingen i antall årsverk fra 1992 til 1997 i forhold til antall brukere av pleie- og omsorgstjenester og i forhold til aldersgruppen 80 år og eldre. Begge mål viser bedring i personelldekningen.

Tabell II. 18: Personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren 1992-98. Dekningsgrader pr. bruker og pr. innbygger 80 år og eldre

Personell	1992	1993	1994	1995	1996	1997 ¹⁾	1998 ¹⁾
Årsverk pr. bruker av pleie- og omsorgstjenester ²⁾	0,35	0,37	0,36	0,39	0,39	0,41	0,42
Årsverk pr. 100 innbygere 80 år og eldre	39,70	40,90	39,40	39,50	40,90	43,10	43,80

¹⁾ I følge SSB er det knyttet usikkerhet til årsverkstallene. Tallene bør derfor tolkes med varsomhet. Noe av veksten fra 1996-97 kan forklares med endringer i kommunenes registreringsrutiner ved at ansatte som yter tjenester i forhold til mennesker med psykisk utviklingshemning og mennesker med psykiske lidelser, og som før ikke ble registrert, i større grad ble tatt med i statistikken. 1998-tallene er foreløpige tall pr. juni 1999.

²⁾ Omfatter både mottaker av hjemmetjenester og beboere innlagt i institusjon.

Den foreløpige statistikken for 1998 viser at antall sykepleiere har økt med 446 årsverk til ca. 15 100, antall hjelpepleiere økte med ca. 570 årsverk til ca 28 200 og antall årsverk blant vernepleiere økte med 120 til ca 2250. Det ser dermed ut til at noe over 1/3 av økningen på ca. 3000 årsverk har skjedd innen disse yrkesgruppene. I 1998 publiseres for første gang tall for omsorgsarbeidere, sosionomer, barnevernspedagoger, miljøterapeuter, aktivitører og barne- og ungdomsarbeidere. Til sammen utgjorde disse yrkesgruppene ca 5 500 årsverk, hvorav over halvparten var omsorgsarbeidere. Faglært personell totalt blir dermed ca. 51 500 årsverk, eller 62,5 pst. av årsverkene.

Ca. 20 900 årsverk, 25,3 pst., er ufaglært personell (hjemmehjelpere, pleieassistenter og annet personell i brukerrettet tjeneste). De resterende 12 pst. av årsverkene i pleie- og omsorgssektoren er personell i servicefunksjoner som kjøkken, rengjøring m.v. (ca. 9 pst.) og personell i administrasjon og ledelse (ca. 3 pst.).

FNs internasjonale eldreår

FNs internasjonale eldreår blir gjennomført i 1999. Se omtale under kap. 675, post 70.

Levekår

En analyse av levekårene blant mottakere av grunnstønad i 1995 viste at ca 1/10 av mottakere i alderen 16-66 år har spesielt dårlige levekår. Departementet har i 1998 satt i gang ytterligere kartlegging av denne gruppen for å skaffe fram bedre datagrunnlag, og for å kunne målrette tiltak for denne gruppen.

Som ledd i det videre oppfølgingsarbeid vil det bli etablert et prøveprosjekt i Oslo indre øst for å utvikle/prøve ut mer treffsikre tiltak for grunnstønadmottakere med de dårligste levekårene, se St. meld. nr. 50 (1998-99), Utjamningsmeldinga.

3. Virkemidler og forventede resultater

Kommunene skal også i framtiden ha ansvaret for utformingen og utbyggingen av pleie- og omsorgstjenestene. Regjeringen vil legge vekt på at kommunene i størst mulig grad skal utforme og bygge ut et pleie- og omsorgstilbud som er tilpasset de lokale forhold og behov.

Handlingsplanen for eldreomsorgen

For å sikre at Handlingsplanen for styrking av eldreomsorgen gjennomføres i tråd med intensjonene gjøres det bruk av ulike statlige virkemidler. Dette gjelder både i forhold til finansielle virkemidler, plankrav og gjennom direkte oppfølging av kommunene. Det vises til bredere omtale under pkt. 6 i kategoriinnledningen under 09.70, kap. 670, post 61 og kap. 586 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett.

Regjeringens handlingsplan for helse- og omsorgspersonell

Det vises til nærmere omtale under kap 670, post 61 og innledningen til budsjettet.

Handlingsplan for funksjonshemmede

Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede er et viktig virkemiddel for å synliggjøre utfordringer og gjennomføre tiltak for funksjonshemmede. Regjeringen la høsten 1998 fram St. meld. nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemmede 1998-2001. Stortingsmeldingen omtaler mål, strategi og tiltak for å bedre forholdene for mennesker med funksjonshemninger. Viktige satsingsområder er et tilgjengelig samfunn, samfunnsplanlegging, funksjonshemmedes rettigheter og økt yrkesaktivitet blant funksjonshemmede.

Det vises til nærmere omtale nedenfor under punkt 7 og under kap. 674, post 21.

Tiltak for mennesker med psykisk utviklingshemning

I 2000 videreføres vertskommunetilskuddet til 33 kommuner (kap. 673, post 61), tilskuddet til kommunene i forbindelse med bestemmelsene om tvang overfor enkelte psykisk utviklingshemmede m.v. (kap. 673, post 63) og tilskudd til kommuner som har sikringsdømte psykisk utviklingshemmede (kap. 673, post 65). Regjeringen la i kommuneøkonomiproposisjonen for 2000 (St. prp. nr. 69 (1998-99)) fram et nytt opplegg for finansieringen av tiltak for særlig ressurskrevende brukere i kommunene, herunder psykisk utviklingshemmede. Kommunene gis fra og med 2000 kompensasjon knyttet til særlig ressurskrevende brukere over Kommunal- og regionaldepartementets skjønnstilskudd. Innsatsmidlene til særlig ressurskrevende psykisk utviklingshemmede overføres fra Sosial- og helsedepartementets kap. 673, post 61 til Kommunal- og regionaldepartementets kap. 571, post 64. Et flertall i Kommunkomiteen ga sin tilslutning til dette opplegget, jf. Innst. S. nr. 220 (1998-99).

Utskriving av unge funksjonshemmede fra aldersinstitusjoner

Ordningen med tilskudd for å stimulere til utskrivning av unge funksjonshemmede fra aldersinstitusjoner videreføres. Se nærmere omtale under kap. 673, post 62. Tilskuddsordningen avvikes f.o.m. 2001.

Rettsikkerhet for mennesker med demens

Departementet har i 1999 satt i gang et arbeid for å se på tjenesteyting og rettsikkerhet for personer med demens. Det er satt i gang en kartleggingsundersøkelse av tvangsbruk i aldersinstitusjonene og i hjemmetjenestene i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Noen av resultatene forventes å være klare i løpet av 2000. En rekke problemstillinger knyttet til rettsikkerhet vil bli drøftet i Stortingsmeldingen om "Omsorg 2000". Det er behov for å bedre lovreguleringen av ulike spørsmål som gjelder rettsikkerhet for denne gruppa.

Sosial- og helsedepartementets rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene utdyper hvilke behov som skal dekkes etter helse- og sosiallovgivningen i kommunene. Det er behov for å gi ytterligere konkretiseringer. Departementet tar sikte på å revidere rundskrivet i løpet av 2000. Veiledende retningslinjer for tiltak for demente vil få en særlig omtale i det reviderte rundskrivet. Departementet arbeider også med utkast til en lovendring for å gi hjemmel for forskrift om kvalitet i sosialtjenesten.

Kvalitetssikring

Departementet vil følge opp kommunenes arbeid med kvalitetssikring av pleie- og omsorgstjenestene, bl.a. gjennom fylkesmennenes og fylkeslegenes oppfølging og tilsyn med kommunene. Rundskriv om Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, Veiledende retningslinjer for individuelle omsorgsplaner og Veileder for saksbehandlingen av sosiale tjenester er viktige dokumenter i den sammenheng. Sosial- og helsedepartementet vil med det første sende til høring et lovendringsforslag som hjemler innføring av kommunal internkontrollplikt etter lov om sosiale tjenester og utvider fylkesmannens tilsynsansvar til også å gjelde kommunale tiltak utenfor institusjon. Forslaget avgrenses til pleie- og omsorgstjenestene etter loven.

Andre tiltak

De viktigste virkemidlene for å ta vare på den familiebaserte omsorgen er avlastning og omsorgslønn. For å gjøre pårørende i stand til å kunne yte omfattende omsorg er kommunene pålagt en plikt etter sosialtjenestelovens § 4-2 til å ha en ordning med omsorgslønn. Det er påvist ulik praktisering av ordningen. For å sikre en mer lik praktisering har departementet utarbeidet et nytt rundskriv om omsorgslønn.

Ordningen med brukerstyrt personlig assistanse styrkes. Se omtale under kap. 674, post 60.

Forsøksordning med utprøving av eldreombud og omsorgsombud er satt i gang og vil vare ut 2002.

Så godt som alle kommuner og bydeler har trygghetsalarmtjeneste. Det er imidlertid store ulikheter i hvordan kommunene har kvalitetssikret og integrert alarmtjenesten i pleie- og omsorgstjenestene. Mange kommuner bruker av det generelle omsorgstilskuddet, kap. 670, post 61, til å utvide trygghetsalarmtjenesten. Departementet har startet arbeidet med en veileder for trygghetsalarmtjenesten. Siktemålet er dels å bidra til større driftssikkerhet og en bedre utnyttelse av de alarmer som nå er i bruk. Dels er målet at trygghetsalarmtjenesten og den enkelte bruker i større grad skal dra nytte av den sterke tekniske utvikling som foregår på det elektroniske området vedrørende alarm- og styringssystemer. Ved fornuftig bruk, vil de nye muligheter som ligger i denne utviklingen ikke bare føre til større trygghet. Det vil også kunne føre til økt selvstendighet for den enkelte.

Departementet arbeider med å utvikle et informasjonssystem for pleie- og omsorgssektoren som skal erstatte dagens statistikk over brukere av pleie- og

omsorgstjenester og inngå i den samlede kommune-stat-rapporteringen, KOSTRA. Arbeidet er nærmere omtalt under innledningen til budsjettframlegget. Det vises til budsjettinnledningens pkt. 6.

4. Sykehjemmenes fremtidige rolle og finansiering

Kommunenes samlede utgifter til aldersinstitusjoner tilsvarer omkring 60 pst. av pleie- og omsorgsbudsjettet. Presset på sykehjemmene øker samtidig som nye oppgaver er i ferd med å endre den rolle og funksjon sykehjemmene har. Departementet har fått utarbeidet en utredning som gjennomgår dagens funksjoner, og som skisserer tre mulige modeller for sykehjemmet. Utredningen gir også grunnlag for revisjon av forskriften for sykehjem.

Sykehjemmenes framtidige rolle og funksjon henger også sammen med spørsmål om harmonisering av finansierings- og brukerbetalingsordningene i pleie- og omsorgssektoren. I NOU 1997: 17 vurderes spesielt forholdet mellom betaling og finansiering av pleie- og omsorgstjenestene i henholdsvis de hjemmebaserte tjenester og i institusjon. Innstillingen har vært på en omfattende høring. Hvordan regjeringen vil følge opp disse utredningene tas det sikte på å gjøre nærmere rede for i Stortingsmeldingen Omsorg 2000.

5. Maksimal betaling for korttidsopphold på sykehjem

Maksimal betaling for korttidsopphold på sykehjem m.v. ble i 1999 hevet til 100 kroner for heldøgnsopphold og 50 kroner for dagopphold. Det foreslås at maksimal betaling for heldøgnsopphold heves til 108 kroner og til 54 kroner for dagopphold fra 1. januar 2000. Ekstrainntekten for kommunene av dette forslaget beregnes til om lag 19 mill. kroner. Regjeringen foreslår at disse midlene trekkes ut av kommunenes rammetilskudd.

6. Oppfølging av St. meld. nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen

Handlingsplanen innebærer at det i perioden 1998-2001 skal bygges 24 400 nye plasser i sykehjem og omsorgsboliger, og opprettes 12 030 nye årsverk innen pleie- og omsorgstjenesten. Kommunene har utarbeidet oppdaterte handlingsplaner for styrking av eldreomsorgen for 1999 og resten av perioden. Planene er lagt til grunn for tildeling av tilskudd til kommunene, og ved behandling av søknader om investeringstilskudd. De vil også være et viktig redskap både i forhold til kommunenes utbygging av pleie- og omsorgstjenestene og i den statlige resultatoppfølgingen. Fristen for innsending av planene for 1999 var 1. desember 1998 og alle kommunene har lagt fram planer. For å utløse de øremerkede tilskuddene til drift i 2000 skal kommunene sende fylkesmannen reviderte planer for perioden 2000 til 2003 innen 10. januar 2000.

6.1 Status for 1999

Omsorgstjenestetilskudd utbetales på grunnlag av kommunens planer for styrking av pleie- og omsorgstjenesten. Kommunene må dokumentere at: 1) tilskudd utbetalt i 1998 ble brukt til å igangsette nye tiltak etter vedtatt plan, 2) tjenestetilbudet videreføres på det aktivitetsnivået som er etablert i 1998 og 3) økningen i de øremerkede tilskuddene skal i sin helhet nyttes til å etablere nye tiltak og skape reell vekst i aktiviteten i 1999. Dette er krav som ble innskjerpet gjennom Stortingets behandling av statsbudsjettet for 1999. Innenfor et samlet kommuneopplegg som stiller krav til omstilling og effektivisering, medfører dette at noen kommuner ved utbetaling av annen termin av tilskuddet 15.07.99 kun mottok avkortet tilskudd. Dette gjaldt til sammen 20 kommuner (blant annet Oslo). Det er om lag 200 mill. kroner som holdes tilbake. Pr. 8. september 1999 var tallet redusert til 15 kommuner. Sosial- og helsedepartementet vil fortsatt følge situasjonen nøye. Fylkesmannen og fylkeslegen bistår kommunene i prosessen med å innfri kravene. Det forventes at de fleste av de gjenværende kommuner i løpet av høsten vil innfri kravene knyttet til tilskuddet og få utbetalt midlene.

På bakgrunn av Stortingets behandling av statsbudsjettet for 1999 ble retningslinjene for skjønnstilskuddet endret og fylkesmennene ble bedt om å ta spesielt hensyn til kommuner som har gjennomført større investeringer i sykehjem og omsorgsboliger før handlingsplanen ble vedtatt. Dette kom i tillegg til formålet om å styrke kommuner med en svakt utbygd pleie- og omsorgstjeneste og kommuner med særskilt behov for kompetanseheving og opplæringstiltak. Det er en nødvendig forutsetning at kommunene har en spesielt svak økonomi for å komme i betraktning ved tildeling av skjønnstilskuddet. I 1999 mottar 243 kommuner skjønnstilskudd og 110 av disse mottar kompensasjon pga større investeringer før finansieringsordningene ble endret. Om lag 75 mill. kroner er tildelt til dette formålet. Videre er om lag 100 mill. kroner tildelt kommuner med svakt utbygd pleie- og omsorgstjeneste og 35 mill. kroner til kompetansehevende tiltak.

Aktivitetskravene knyttet til driftstilskuddene gjelder ikke for skjønnstilskudd tildelt som kompensasjon for tidligere investeringer. Midlene som tildeles kommuner på dette grunnlaget, vil derfor ikke nødvendigvis gi ny aktivitet eller bidra til nye årsverk innenfor pleie- og omsorgstjenesten i 1999. Når 75 mill. kroner av de vedtatte midlene til handlingsplanen ikke benyttes til aktivitetsvekst tilsvarer dette en reduksjon på om lag 280 nye årsverk i 1999. Kompensasjonen som er tildelt kommunene for tidligere investeringer over skjønnstilskuddet i 1998 og 1999 anslås i alt til om lag 100 mill. kroner. Dette kommer i tillegg til at kommunene tidligere er kompensert for byggeprosjekter ferdigstilt etter 01.januar 1997. Denne kompensasjonen ble foretatt over Oppstartingsstilskuddet (kap 586 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett) og anslås til om lag 340 mill. kroner.

Resultater 1998

Handlingsplanens første år har gitt resultater som for landet sett under ett står i rimelig samsvar med mål og forventninger: Bemanningen i pleie- og omsorgstjenestene er økt med over 3.000 nye årsverk. Det er gitt tilsagn om bygging/utbedring av 5.616 nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger. 4.165 omsorgsboliger og sykehjemsplasser er ferdig bygd/ utbedret allerede første år, og har ført til at kapasiteten har økt med 2 300 plasser/boliger². Andelen enerom i institusjon har økt fra 83,1 til 83,9 pst., og antall plasser i sykehjem økte med 473 fra 1997 til 1998. De fleste kommuner har klart oppgaven med å rekruttere personell til pleie- og omsorgstjenestene, og byggingen av omsorgsboliger følges opp med en betydelige styrking av hjemmetjenestene

Tatt i betraktning at handlingsplanen ble vedtatt våren 1997, og at kommunenes første planer skulle foreligge i februar 1998, vurderes dette samlet å være et svært tilfredsstillende resultat det første året i planperioden.

Foreløpige tall for 1. halvår 1999 indikerer at utbyggingsaktiviteten øker, og at sykehjemsandelen blir høyere enn i 1998.

6.2 Opplegg for 2000

Regjeringen vil følge opp gjennomføringen av handlingsplanen for eldreomsorgen i tråd med Stortingets vedtak. Investeringsstilskuddene foreslås videreført med en tilsagnsramme for bygging av omsorgsboliger og sykehjem tilsvarende 5.800 enheter. På kap. 586 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett gis det en bredere omtale av oppstartingsstilskuddet og tilskudd til renter og avdrag på lån. Kommuner som har behov for noe lenger tid til å gjennomføre byggeprosjekter skal få anledning til å bruke ytterligere 2 år til 2003. Disse kommunene bør så langt det er mulig utarbeide konkrete planer for investeringer, og søke Husbanken før handlingsplanperioden utløper

² Når investeringene i handlingsplanen skal vurderes er det nødvendig å skille mellom tidspunkt for Husbankens godkjenning av byggeprosjektet og tidspunktet når prosjektene er ferdig oppført. Stortinget vedtar årlig en tilsagnsramme for Husbanken for perioden 1998-2001 som til sammen vil være 24.4000 enheter. Resultatene i form av nye tilbud vil først kunne dokumenteres når bygningen står ferdig og det er dette tidspunktet som fremkommer i kommunenes planer

i 2001. Regjeringen vil følge opp dette innenfor det utbyggingsbehov som ligger til grunn for den vedtatte eldreplanen.

Regjeringen foreslår som meldt i Kommuneøkonomiproposisjonen for 2000 (St. prp. nr. 69 (1998-99)) at Sosial- og helsedepartementets midler til eldresatsingen styrkes med 800 mill. kroner hvorav det vesentlig går til omsorgstjenestetilskuddet. Skjønnstilskuddet foreslås videreføres på 1999-nivå med 210 mill. kroner i 2000. Videre foreslås det satt av 5,5 mill. kroner til Norges forskningsråd og administrativ oppfølging, se omtale under kap. 670, post 61.

Skjønnstilskuddet er som redegjort for under pkt. 6 delvis benyttet som kompensasjon til kommuner som ferdigstilte byggeprosjekter før handlingsplanen, men som ikke oppnådde de forbedrede finansieringsordningene. Samlet er kommunesektoren tildelt om lag 440 mill. kroner til dette formålet over skjønnstilskuddet og Oppstartingstilskuddet kap 586. På den bakgrunn anses de fleste aktuelle kommunene nå å være rimelig kompensert. Derfor foreslås det å redusere vektleggingen av dette kriteriet ved tildeling av skjønnstilskudd i 2000 og det tas sikte på at kriteriet fjernes fra og med 2001. Dette vil innebære at skjønnstilskuddet for 2000 i hovedsak kan benyttes til å styrke kommuner med en vanskelig økonomisk situasjon og en svakt utbygd pleie- og omsorgstjeneste til eldre. På denne måten vil skjønnstilskuddet i sterkere grad bidra til at måltallene i handlingsplanen nås.

Av skjønnstilskuddet ble ca. 35 mill. kroner i 1999 benyttet til kompetansehevende tiltak i pleie- og omsorgssektoren. Dette forutsettes videreført på om lag samme nivå.

Stortinget innskjerpet ved behandlingen av statsbudsjettet for 1999 at de øremerkede bevilgningene knyttet til Handlingsplanen for eldreomsorgen ble brukt til økt innsats for eldre og ikke til andre kommunale formål. Ved behandlingen av Kommuneøkonomiproposisjonen for 2000 uttalte Kommunalkomiteen i Innst. S. nr. 220 (1998-99) følgende om dette vedtaket og de aktivitetskrav Sosial- og helsedepartementet har stilt for å få tildelt øremerkede midler:

«Flertallet har merket seg at enkelte kommuner kan dokumentere aktivitetsvekst for eksempel i form av at flere eldre får omsorg, men at disse kommune likevel ikke kvalifiserer til midler etter kriterier som for eksempel økt antall stillinger innen eldreomsorgen. Flertallet er videre kjent med at en del kommuner allerede har kommet langt i utbyggingen av eldreomsorgen.Komiteen mener Regjeringen bør legge til rette for at rommet for å nytte lokalt skjønn utvides. Dette for å unngå urimeligheter og for å unngå at bevilgninger til eldreomsorg blir stående ubenyttet.»

Sosial- og helsedepartementet legger til grunn at aktivitetskravene knyttet til omsorgstjenestetilskuddet ligger fast for år 2000 og at det er aktivitetsvekst som utløser tilskudd. Kommuner som kan dokumentere på en tilfredsstillende måte at gjennomførte effektiviseringstiltak har gitt en målbar økning av pleie- og omsorgstjenester uten tilsvarende økning av årsverk, vil derfor også kunne oppfylle aktivitetskravene knyttet til handlingsplanen. Effektiviseringsgevinster bør fortrinnsvis brukes innenfor pleie- og omsorgstjenesten. For å ta hensyn til kommuner som allerede har kommet langt i utbyggingen av eldreomsorgen foreslås det at fylkesmannen gis anledning til å bruke noe skjønn ved tildeling av omsorgstjenestetilskudd til kommuner som allerede har en tilfredsstillende pleie- og omsorgstjeneste i forhold til utviklingen av antall eldre.

Med en samlet ramme på inntil 50 mill. kroner av omsorgstjenestetilskuddet gis fylkesmannen anledning til: a) Godskrive gjennomførte og godt dokumenterte effektiviseringstiltak som aktivitetsvekst. b) På skjønnsmessig grunnlag akseptere mindre aktivitetsvekst i kommuner med stram økonomi, men som har en tilfredsstillende pleie- og omsorgstjeneste i forhold til utviklingen av antall eldre.

Fylkesmannen skal i egen rapport til Sosial- og helsedepartementet redegjøre for hvilke kommuner som er tildelt omsorgstjenestetilskudd på dette grunnlaget og fremlegge dokumentasjon som viser effekten av de omtalte effektiviseringstiltakene.

Rammen inngår som en del av omsorgstjenestetilskuddet og er fordelt mellom fylkene etter samme nøkkel som omsorgstjenestetilskuddet (se tabellen nedenfor). Forslaget

Sosial- og helsedepartementet

om å disponere 50 mill. kroner på denne måten vil innebære at måltallet på 3.000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i 2000 kan bli redusert med 190 årsverk.

Tabell II. 19: Fylkesvis fordeling av ramme for skjønn som del av omsorgstjenestetilskuddet i mill. kroner.

Østfold	2,9	Rogaland	3,4
Akershus	3,7	Hordaland	4,8
Oslo	6,2	Sogn- og Fjordane	1,5
Hedmark	2,4	Møre- og Romsdal	3
Oppland	2,3	Sør-Trøndelag	2,8
Buskerud	2,7	Nord-Trøndelag	1,6
Vestfold	2,4	Nordland	2,9
Telemark	2,1	Troms	1,5
Aust-Agder	1,2	Finnmark	1
Vest-Agder	1,6	Landet	50

For å sikre at de øremerkede tilskuddene raskest mulig kan omsettes i konkrete tiltak vil første terminutbetaling i 2000 til kommunene skje som en videreføring av siste terminutbetaling i 1999, forutsatt at ikke særlige grunner tilsier noe annet. Hovedgjennomgangen av kommunenes resultater og planer vil da skje i forbindelse med andre terminutbetaling. Dette vil også bidra til en større grad av fleksibilitet og forutsigbarhet i tildeling av midlene slik Stortinget har bedt om.

Sosial- og helsedepartementet vil bidra til å styrke planarbeidet i kommunene, bl.a. ved å stimulere til at arbeidet med handlingsplanen for eldreomsorgen knyttes tettere til det øvrige kommunale planarbeidet (kommuneplan, helse- og sosialplan, økonomiplan og budsjett). I eget rundskriv fra Sosial- og helsedepartementet framgår det at kravet til egen helse- og sosialplan og særlige handlingsplaner anses som oppfylt, dersom kommunene i sammenheng med årlig rullering av økonomiplan eller kommuneplan utarbeider en kortsiktig del som omfatter et samordnet handlingsprogram for sektorens virksomhet, og behandler de statlige handlingsplaner og satsningsområder i tråd med de krav som stilles.

6.3 Kommunenes planer 1999-2002

Handlingsplanen for eldreomsorgen la for perioden 1998-2001 opp til utbygging av totalt 24 400 sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Kommunene planlegger til sammen 28.700 nye institusjonsplasser/ omsorgsboliger *ferdigstilt* i perioden 1998-2001. I tråd med regjeringens signaler om å kunne nytte ytterligere to år, har kommunene i tillegg beregnet å ferdigstille ytterligere 5.400 enheter i 2002. I tillegg til dette planlegger kommunene å utbedre om lag 5 000 plasser i eksisterende bygningsmasse. Tabellen nedenfor viser kommunenes planer for ferdig oppførte sykehjemsplasser og omsorgsboliger i perioden 1998-2001 og for 2002.

Tabell II. 20: Kommunenes planer 1998-2002 for sykehjemsplasser og omsorgsboliger

	Kommunenes planer	
	1998-2001	2002
Total	28 700	5 400
Herav: Utskifting/ enerom	9 700	1 800
Kapasitetsøkning	19 000	3 600

Om lag 22.600 sykehjemsplasser og omsorgsboliger vil gi ny kapasitet, mens 11 500 enheter "går med" til "eneromsreformen" og utskifting/sanering av gammel bygningsmasse i perioden 1998-2002. Gamle aldershjem og kombinerte alders- og sykehjem skiftes ut, og omlag 3 500 aldershjemsplasser vil falle bort i planperioden. Disse plassene vil i stor grad bli erstattet av omsorgsboliger.

For perioden 1998 til 2002 har kommunene rapportert at de vil *ferdigstille* bygging av om lag 12.100 sykehjemsplasser og utbedring av om lag 4.000 sykehjemsplasser. Kapasiteten av sykehjemsplasser vil øke med 5.200 plasser i perioden fram til og med 2002, mens de øvrige plassene går til dekning av eneromssatsning og utskifting av gammel bygningsmasse. Planene innebærer at sykehjemsdekningen for landet vil øke fra 18,4 pst. i 1998 til 18,9 pst. i 2003 i forhold til antall eldre over 80 år. Kommunenes planer kompenserer dermed for økningen i antall eldre over 80 år og dekningen av sykehjemsplasser økes til et nivå tilsvarende første del av 90-tallet.

For perioden 1998 til 2002 har kommunene rapportert at de vil *ferdigstille* bygging av om lag 22 000 omsorgsboliger. En del av omsorgsboligene vil bli brukt til utskifting av gamle aldershjemsplasser og boliger, slik at kapasitetsøkningen reelt vil være om lag 17 000 enheter.

Kommunenes planer ligger en del høyere enn det anslåtte utbyggingsbehovet i St. meld. nr. 50 (1996-97). Det er Sosial- og helsedepartementets vurdering er at den reelle utbygging vil ligge betydelig lavere enn det kommunenes planer tilsier, og at dette spesielt vil gjelde omsorgsboligene. Det er flere grunner til dette:

- Fylkesmann og fylkeslege vil bistå Husbanken med faglige vurderinger av kommunenes utbyggingsprosjekter, slik at retningslinjene for tilskuddsordningen blir oppfylt. For prosjekter med omsorgsboliger stilles det krav om at kommunen skal dokumentere at det er tilgjengelig heldøgns pleie- og omsorgstjeneste for beboerne. Dette sikrer blant annet samsvar mellom kommunenes utbyggingsplan og de driftsmessige konsekvensene. Dette vil medføre at ikke alle prosjekter som er planlagt kommer til ferdigstillelse.
- Det er grunn til å anta at en del kommuner har tatt høyde for økningen i antall eldre også de nærmeste årene etter handlingsplanperiodens utløp. Tallene inneholder videre boligbehov knyttet til opptrappingsplanen for psykisk helse og for noen andre mindre brukergrupper. Opptrappingsplanen for psykisk helse (St. prp. nr. 63 (1997-98)) anslår et utbyggingsbehov for omsorgsboliger på 3 400 i løpet av perioden 1999-2006.
- Resultattallene fra 1998 og 1.halvår 1999 tyder på at det reelle utbyggingsnivået vil ligge betydelig lavere enn kommunens planer, og at utbyggingen forskyves i tid.

På grunnlag av kommunale plantall og erfaringstall så langt, er det grunn til å anta at det ved utgangen av planperioden 1998 til 2001 er gitt tilsagn til bygging av 24.400 sykehjemsplasser/ omsorgsboliger, og at om lag 35 pst. av prosjektene er sykehjem. 20.000 sykehjemsplasser/ omsorgsboliger antas å være *ferdig oppført* og 11.000 enheter vil gi økt kapasitet. Om lag 25pst. av kapasitetsøkningen vil være nye sykehjemsplasser. Den forholdsmessige fordelingen mellom sykehjem og omsorgsboliger vil ut fra dette være i samsvar med fordeling som beregningsmessig ble lagt til grunn i St. meld. nr.50 (1996-97).

Tabell II. 21 : Anslag nye sykehjem og omsorgsboliger 1998-2001

	Anslag 1998-2001	Andel i pst sykehjem/omsorgsbolig
Tilsagn/ godkjenning	24.400	35/65
Ferdig oppført *	20.000	35/65
Herav: Utsifting/ enerom	9.000	50/50
Kapasitetsøkning	11.000	25/75

* Handlingsplanens forutsetning om 24 400 boenheter vil bli oppnådd først i 2002-2003. Dette har sammenheng med at det går en tid fra lånetilsagn blir gitt til boenheter er bygd og kan tas i bruk. Kapasitetsøkningen forutsettes da å være 13 600 enheter.

Handlingsplanen for eldreomsorgen har lagt til rette for å øke antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten med gjennomsnittlig 3 000 hvert år i handlingsplanperioden. Bemanningen i pleie- og omsorgstjenestene ser med utgangspunkt i de kommunale planene ut til å få en forholdsvis jevn vekst med i overkant av 3 000 nye årsverk hvert år i hele perioden 1998-2001, noe som gir til sammen 12.500 nye årsverk. I tillegg har kommunene planlagt 1 300 nye årsverk i 2002.

For Sosial- og helsedepartementet vil et viktig fokus fortsatt være knyttet til oppfølgingen av driftselementet i handlingsplanen, og den sammenhengen det må være mellom planlagt byggevirkksomhet og tilgang på personell. Handlingsplanen forutsetter som nevnt at utbyggingen av omsorgsboliger og sykehjemsplasser følges opp med tilsvarende styrking av tjenestetilbud og bemanning i pleie- og omsorgssektoren. Derfor følges denne utviklingen nøye for å sikre aktivitetsnivå, rekruttering, kvalitet og innhold i eldreomsorgen.

6.4 Gjennomgang av handlingsplanen etter 2 år - Midtveis

Ved behandlingen av "Handlingsplan for eldreomsorgen" i Stortinget, ba Sosialkomiteen om at det blir foretatt en gjennomgang av behovsanslag og virkemidler etter 2 år (Innst. S. nr. 294 (1996-97)). En slik gjennomgang vil bli lagt fram for Stortinget som egen melding våren 2000.

Det er igangsatt evaluering av handlingsplanen i regi av Norges forskningsråd. Evalueringen skal skje gjennom hele planperioden og skal se på effekten av de ulike virkemidlene i handlingsplanen særlig i forhold til eldre i kommunene, og på handlingsplanens egnethet i forhold til å utvikle tiltak på denne sektoren. Evalueringen er lagt opp slik at det utarbeides årlige rapporter som vil bli lagt til grunn i den årlige tilbakemeldingen til Stortinget i forbindelse med budsjettframlegget.

6.5 Resultatoppfølging og kontroll med bruken av de øremerkede midlene

Som beskrevet under pkt 6 foran utbetales de øremerkede tilskuddene til drift av pleie- og omsorgstjenesten kap 670 post 61 etter bestemte kriterier:

- Ved utbetaling av tilskudd i 1999 er det lagt stor vekt på å vurdere resultatene etter første år av handlingsplanen i forhold til de mål som er vedtatt i den enkelte kommune. Slik som beskrevet allerede i statsbudsjettet for 1998 (St. prp. nr 1 (1997-98)) er disse vurderingene foretatt på grunnlag av kommunenes årlige rapporter til SSB om situasjonen for pleie- og omsorgssektoren, ut fra tilgjengelig regnskapstall og annen tilgjengelig informasjon om kommunen. Det sentrale har vært å dokumentere at de øremerkede midlene er brukt til en reell styrking av pleie- og omsorgstjenesten.
- Videre er det stilt krav om at kommunen har vedtatt en videre styrking av tjenestene som samsvarer med økningen i de øremerkede tilskuddene. Kommunene skal ha innarbeidet de planlagte tiltakene i årsbudsjett og økonomiplan. Kommunene har i tillegg dokumentert de planlagte tiltakene som egen handlingsplan eller gjennom kommunenes ordinære plansystem.

Sosial- og helsedepartementet

- Kommunerevisjonen har på ordinær måte kontrollert at de øremerkede midlene er inntektsført på korrekt sted i kommuneregnskapet.

For 1999 vedtok Sosial- og helsedepartementet tildeling av første termin av tilskuddet på bakgrunn av innstilling fra fylkesmannen og fylkeslegen. Etter første termin ble myndigheten for tildeling av tilskudd lagt til fylkesmannen. Fylkesmannen skal i samarbeid med fylkeslegen følge gjennomføringen av handlingsplanen i den enkelte kommune, og påse at de øremerkede tilskuddene brukes i tråd med de krav som er stilt.

For 2000 vil første termin av omsorgstjenestetilskuddet bli utbetalt som en videreføring av siste terminutbetaling i 1999, forutsatt at ikke særlige grunner tilsier noe annet (se omtale under pkt 6.2 foran).

Bruken av investeringstilskuddene over kap. 586 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett følges gjennom kommunenes årlige rapporter til SSB om antall boliger til pleie- og omsorgsformål og plasser i institusjoner, og gjennom Husbankens løpende statistikker. Videre gjelder de ordinære kontroll- og oppfølgingsrutiner for Husbankens virksomhet.

Sosial- og helsedepartementet vil i tillegg følge et mindre antall kommuner gjennom utvalgsundersøkelser spesielt rettet mot utviklingen i tjenestetilbudet til eldrebefolkningen. Disse kommunene vil bli kontaktet spesielt.

Det vil også bli valgt ut et begrenset / mindre antall kommuner hvert år for å gjennomgå virksomheten i detalj bl.a. for å klargjøre hvilken effekt statstilskuddet har i forhold til kommunens egenfinansiering og endringer i tjenestetilbudet. Dette kommer i tillegg til fylkesmennenes og fylkeslegenes løpende oppfølging og vurdering av kommunenes ordinære budsjetter og regnskaper opp imot størrelsen på de øremerkede tilskuddene. Første års gjennomgang finner sted høsten 1999 med vekt på utviklingen i handlingsplanen første budsjettår 1998.

7. Oppfølging av handlingsplan for funksjonshemmede

Handlingsplanen er den tredje i rekken og ble for første gang lagt fram som Stortingsmelding. St. meld. nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemmede 1998 – 2001 omfatter 161 tiltak fordelt på 10 departementers ansvarsområde. Planen er styrket på tiltakssiden i forhold til tidligere planer. Stortingsmeldingen er en del av Norges arbeid for å følge opp FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemning på områder som er avgjørende for å oppnå full deltakelse og likestilling.

Viktige innsatsområder er tilgjengelighet, planlegging og brukermedvirkning, funksjonshemmedes rettigheter samt en særskilt tiltaksplan for å øke yrkesaktiviteten blant funksjonshemmede.

Sosial- og helsedepartementet koordinerer gjennomføringen av handlingsplanen. De fleste av tiltakene er igangsatt i 1999. Rapporten nedenfor er et sammendrag fra de aktuelle departementers fagproposisjoner. Oppfølging av stortingsmeldingen på Sosial- og helsedepartementets område omtales også under kap. 674 Handlingsplanen for funksjonshemmede.

Et tilgjengelig samfunn

Det er et mål at FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemning blir lagt til grunn for offentlig planlegging og utforming av tiltak og tjenester. Det er på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet gjennomført høring om bruk av standardreglene i departementene og et veiledningsmateriale er under utvikling for å styrke bruken av standardreglene i statsforvaltningen. Flere tiltak er iverksatt for å fremme bruk av standardreglene i kommunal forvaltning.

Kommunal- og regionaldepartementet har ansvar for tiltak i stortingsmeldingen som særlig er knyttet til økt tilgjengelighet for funksjonshemmede. Produksjon og

distribusjon av valginformasjon for lesehemmede er videreført blant annet ved å gi støtte til avisen Klar Tale. Det er utarbeidet et rundskriv for å redusere bruk av dispensasjon fra tilgjengelighetskravet. Hovedvekten i krav om adkomst legges på dispensasjonsadgangen fra tilgjengelighetskravet. Rundskrivet går ut til kommunene i løpet av høsten 1999. I samme tidsrom vil Kommunal- og regionaldepartementet initiere et samarbeidsprosjekt mellom byggebransjen og funksjonshemmedes organisasjoner for å øke kunnskapen om og interessen for boliger med livsløpstandard. Norges byggforskningsinstitutt har evaluert boligtilskuddet til tilpasning av bolig. Hovedkonklusjonen i evalueringen er at det fortsatt er behov for denne typen tilskudd. Flere av Husbankens låne- og tilskuddsordninger vil bli evaluert frem til år 2000. Tiltakene som omhandler kartlegging av bedre tilgjengelighet til bygg og vurdering av behovet for en forskrift som gir muligheter for å pålegge utbedringer av eksisterende bygg er under arbeid.

På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet har prosjektet "Et samfunn for alle" igangsatt arbeidet med kursbok, veiledningshefte, fjernsynsprogram, CD-rom produksjon og en informasjonskampanje. Målet er at funksjonshemmede skal få større reell innflytelse på tilrettelegging av individuelle tjenester og tilrettelegging av lokalmiljøet.

Det pågår en rekke tiltak i Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets regi for å gi alle elever et likeverdig opplæringstilbud og bedre tilgjengeligheten for funksjonshemmede studenter til universitet og høyskoler. Hovedtiltakene på tegnspråkområdet er tverretatlige og utviklingsorienterte. Det er også lagt vekt på tiltak for voksne med språk- og talevansker. En bred forståelse av begrepet tilgjengelighet, for eksempel tilgjengelighet til studieplass, studielitteratur og undervisning, ligger til grunn for tiltakene innenfor høyere utdanning. Ved flere institusjoner foreligger det nå handlingsplaner for funksjonshemmede studenter, mens arbeidet andre steder er godt i gang. En helhetlig politikk for funksjonshemmede i alle aldre og av begge kjønn må også sees i sammenheng med handlingsplanen for kompetansereformen, handlingsplanen for menneske rettigheter og prinsippene for universell tilrettelegging.

Samferdselssektoren bør tilrettelegges slik at mennesker med funksjonshemning i størst mulig grad skal kunne benytte seg av ordinære transport-, post- og teletjenester. Prinsippet er lagt til grunn i arbeidet med Nasjonal transportplan 2002–2011 som skal legges fram for stortinget våren 2000. Når det gjelder tekniske krav til kjøretøy for transport av funksjonshemmede, har Samferdselsdepartementet i 1999 foretatt en vurdering av kravene og vil fremme et forslag som vil medføre visse endringer i regelverket for utvidede drosjeløyver. Innen telekommunikasjon dreier tilrettelegging for funksjonshemmede seg hovedsakelig om behovsorientert produktutvikling. Arbeid, forskning og tjenester rettet mot funksjonshemmede utføres hovedsakelig av Telenor og er nå en del av de konsesjonspålagte plikter, som innebærer at Telenor har en plikt til å levere de landsdekkende tjenestene. I dette ligger også leveringsplikter knyttet til ytelser til funksjonshemmede i form av teksttelefon for tale- og hørselshemmede, refusjonsordning for blinde og svaksynte ved bruk av opplysningstjenesten, utgivelse av katalog i hensiktsmessig form for alle abonnenter og tilgang til telefonautomater på offentlig grunn.

Arbeidet for økt tilgjengelighet for funksjonshemmede på kulturområdet skjer dels i form av utvikling av de ordinære kulturinstitusjonenes tilbud, dels i form av etablering og utvikling av virksomheter spesielt innrettet for å ivareta enkelte grupper funksjonshemmede og dels i form av stimulerings tiltak/tilskuddsordninger. De siste av sektornettene i det nye Kulturnett Norge ble åpnet i 1999 og tilbyr bl.a. kulturopplevelser og tjenester via nettet. De er gjort tilgjengelige for grupper som tidligere ikke har kunnet nyte godt av disse tilbudene.

Kulturdepartementet har i 1999 igangsatt et treårig forsøksprosjekt med tegnspråkteater, med sikte på å etablere et utvidet teatertilbud for døve og hørselshemmede.

Norsk rikskringkasting avsluttet i mars 1999 en prøveperiode hvor det ble sendt simultan tegnspråktolking parallelt med de ordinære programmene på NRK1. Erfaringene fra prøveprosjektet er gode. Det er også igangsatt et samarbeidsprosjekt

Sosial- og helsedepartementet

mellom de hørselshemmedes organisasjoner, NRK og SINTEF med sikte på å gjøre det mulig for døve og tunghørte å få teksting av direktesendte program via tekstfjernsyn.

Nærings- og handelsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet har etablert en egen tilskuddsordning i Norges forskningsråd kalt IT funk (IT for funksjonshemmede). IT funk skal bidra til økt tilgjengelighet for funksjonshemmede til ny teknologi og dermed økt tilgjengelighet til samfunnet som sådan.

Sosial- og helsedepartementet har i 1999 iverksatt eller gjennomført en rekke tiltak på området trygd, helse og sosiale tjenester som informasjonstiltak om brukerstyrt personlig assistanse og utvikling av faglige veiledere om rehabilitering på områdene sanseapparat, lungesykdommer og progredierende nevrologiske sykdommer. Andre prosjekter er knyttet til synliggjøring av unge funksjonshemmede med innvandrerbakgrunn, økt bevissthet i innvandrerorganisasjonene om funksjonshemmede og eldre innvandrere, og informasjonsopphold for innvandrerfamilier med funksjonshemmede barn. Det er også etablert kompetansenettverk for døvblinde. Det er iverksatt eller gjennomført utredning om kompetansenettverk for døvblitte/sterkt tunghørtblitte, prosjekt knyttet til etablering av hørselshjelpere i alle kommuner samt prosjekt knyttet til utvikling av et mer helhetlig tilbud for hørselshemmede. Det er avholdt konferanse og utformet rapport med forslag til forbedringer av tolketjenesten for døve og iverksatt prosjekter knyttet til funksjonshemning og aldring. Det er etablert varig kompetansenettverk om autisme, utarbeidet en egen statusrapport for oppfølging av handlingsplan for forebygging av astma, allergi og inneklimasykdommer, kartlagt bruk av støttekontakt og avlastning og etablert prosjekt om alternativ tildeling av omsorgslønn.

Barne- og familiedepartementet arbeider ut fra at funksjonshemmedes behov i så stor grad som mulig skal ivaretas i den generelle politikkutforming. Det er påbegynt arbeid med et "Ungdomsnett" slik at offentlig informasjon som vedrører de unge gjøres tilgjengelig for flest mulig. Gjennom arbeidet med stortingsmeldingen om menneskerettigheter har departementet tatt initiativ til et samarbeid om å utarbeide en fagbok/temahefte som sammenfatter nyere kunnskap og erfaringer når det gjelder seksuelle overgrep mot funksjonshemmede barn. Situasjonen for funksjonshemmede barn i barnehage vil bli nærmere omtalt i egen stortingsmelding om barnehager.

Det er iverksatt og videreført en rekke forskningsprosjekter knyttet til bl.a. funksjonshemmedes levekår og livssituasjon. I 1999 er det igangsatt et eget forskningsprosjekt knyttet til IT for funksjonshemmede for å øke tilgjengeligheten til ny teknologi, et treårig forskningsprogram knyttet til situasjon for mennesker med psykisk utviklingshemning ti år etter avvikling av HVPU samt flere prosjekter knyttet til oppfølging av nytt kap. 6A i sosialtjenesteloven.

Samfunnsplanlegging og brukermedvirkning

Ansvar for satsingsområdet Samfunnsplanlegging og brukermedvirkning er lagt til Miljøverndepartementet. Målet er å styrke hensynet til funksjonshemmede i kommunal planlegging.

I 1999 sendte Miljøverndepartementet ut et rundskriv om hvordan arealplanlegging skal ta hensyn til funksjonshemmedes behov for tilgjengelighet. Vurdering av aktuelle lovendringer og utarbeiding av rikspolitiske retningslinjer er igangsatt. Tre universiteter og høyskoler har startet arbeidet med å inkludere tilgjengelighet for funksjonshemmede i grunnutdanningen for planleggere og det forberedes også etter- og videreutdanning på temaet. Det er i drift 9 forsøksprosjekter i kommuner og fylkeskommuner for økt tilgjengelighet. Hensynet til funksjonshemmede i kommunal planlegging er belyst gjennom en egen landsomfattende undersøkelse. Informasjon og faglig veiledningsmateriell er sendt ut til alle landets kommuner og til relevante etater i stat og fylker. Konferanser om temaet er gjennomført og nettsted for satsingsområdet ble åpnet på Odin i juli 1999.

Funksjonshemmedes rettigheter

Det er nedsatt et offentlig utvalg som skal se nærmere på funksjonshemmedes rettigheter i en større sammenheng og vurdere ulike strategier og virkemiddel for å bedre funksjonshemmedes muligheter for deltakelse og likestilling.

Det arbeides med å etablere et prosjekt for å styrke rådgivningen til funksjonshemmede og deres pårørende om rettigheter og hvordan man skal gå fram i forhold til offentlige myndigheter.

Handlingsplan for økt yrkesaktivitet blant funksjonshemma

Regjeringen har satt særskilt fokus på funksjonshemmede og arbeid ved at en egen handlingsplan for økt yrkesaktivitet blant funksjonshemmede inngår i St. meld. nr. 8 (1998-99). Regjeringen satser sterkt på at arbeidsmarkedsetaten skal ha et bredt tilbud av tjenester for å nå målet om at flest mulig funksjonshemmede skal ha muligheter til å delta i arbeid. Dette kommer i tillegg til arbeidsmarkedsetatens informasjon, veiledning, avklarings- og formidlingsbistand. I Regjeringens arbeidsmarkedspolitikken inngår som mål at minst 75 prosent av de registrerte yrkeshemmede arbeidssøkere til enhver tid skal være i arbeidsmarkedstiltak. I 1998 deltok i gjennomsnitt 77 prosent på tiltak. I første halvår 1999 var antallet 79 prosent. Målsettingen om at minst 50 prosent av yrkeshemmede etter gjennomført attføring skal gå til aktive løsninger, dvs. til arbeid eller være klar til å kunne formidles til arbeid, ble nådd i 1998.

I tillegg til arbeidsmarkedsetatens ordinære virksomhet overfor yrkeshemmede, er det lagt opp til en del konkrete tiltak i handlingsplanen. Tiltakene utgjør i omfang en liten del av totalinnsatsen, men skal fange opp sider ved innsatsen som kan forbedres.

Blant tiltakene er kartlegging og utbedring av den fysiske tilgjengeligheten ved arbeidskontorene og andre serviceenheter. For å bedre informasjonsgrunnlag for yrkeshemmede er det bl.a. utarbeidet eget materiell for synshemmede personer i forbindelse med tiltaket Jobbklubb. Det er etablert flere lokale prosjekter for å bedre samarbeidet mellom ulike instanser i attføringsprosessen. Arbeidsdirektoratet har utviklet en metodeveiledning i samarbeid med Rikstrykdeverket for å komme fram til den beste organiseringen av kompetanse vedr. tekniske og ergonomiske hjelpemidler. NHO har satt i gang et informasjonsprosjekt rettet mot sine medlemsbedrifter med støtte fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Målet er å øke rekrutteringen av funksjonshemmede i det private næringsliv ved å gi medlemsbedriftene nødvendig kunnskap som gjør at de lettere ansetter yrkeshemmede i ordinære stillinger. Innenfor statsforvaltningen har Arbeids- og administrasjonsdepartementet sendt brev til departementene og underliggende etater med bred og detaljert informasjon om økonomiske støtteordninger ved tilsetting av funksjonshemmede og samlet inn materiale om rekruttering av funksjonshemmede. Målet er å øke antall funksjonshemmede i statlige virksomheter.

Norsk bistand

Utenriksdepartementet har ansvar for tiltak i Stortingsmeldingen knyttet til norsk bistand. I tråd med St. meld. nr. 8 (1998-99) Om Handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001 ble det i 1999 utarbeidet en plan for arbeidet med mennesker med funksjonshemning i bistanden. Planen vil bli fulgt opp bl.a. gjennom forberedelsene til spesialsesjonen i FN's generalforsamling 2000 om oppfølging av det sosiale toppmøtet i København i 1995. Det vil bli holdt en nordisk konferanse om funksjonshemmede i bistanden.

Kap 0670 Tiltak for eldre

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
61	Tilskudd til omsorgstjenester	1 316 670	2 111 200	2 743 800
62	Styrking av geriatri, <i>kan overføres</i>	10 307	10 000	7 000
70	Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner m.m.	5 700	5 850	6 000
72	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	5 120	5 250	5 400
Sum kap 0670		1 337 797	2 132 300	2 762 200

Overført fra 1998 til 1999:

Post 62: 4 691 000 kroner

Post 61 Tilskudd til omsorgstjenester

I tråd med St. meld. nr. 50 (1996-97) og omtalen i Kommuneøkonomiproposisjonen for 2000 ((St. prp. nr. 69 (1998-99)) foreslås bevilgningen økt med 800 mill. kroner. Det foreslås følgende overføringer fra kap. 670, post 61:

- 3 mill. kroner overføres til kap. 675, ny post 50, til dekning av Norges forskningsråd.
- 2,5 mill. kroner overføres til kap. 675, post 01 til dekning av utgifter knyttet til kontroll og oppfølging av handlingsplanen.
- 161,9 mill. kroner foreslås overført til kap. 571, post 68 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, se pkt. 3 nedenfor

De skjønnsmidlene som forsøkskommunene blir tildelt vil bli overført over kap. 571, post 68, mot et tilsvarende mindreforbruk på kap 670, post 61, se pkt. 3 nedenfor.

Bevilgningen for 2000 omfatter følgende forslag:

- Omsorgstjenestetilskudd, 2 523,8 mill. kroner
- Skjønnstilskudd, 210 mill. kroner
- Personelltiltak, 10 mill. kroner (Det vises for øvrig til tabell 4.2 under budsjettinnledningen.)

1. Formål og hovedprioriteringer

Formålet med omsorgstjenestetilskuddet er å bidra til å styrke den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og spesielt tilbudet til befolkningen over 67 år. Midlene skal brukes i tråd med målene i de kommunale planene for styrking av eldreomsorgen. Videre er det en overordnet målsetting at pleie- og omsorgstjenesten skal dekke de ulike behovene i befolkningen, og at tilbudet i størst mulig grad er uavhengig av alder, bosted, inntekt og sosial status. Midlene vil bli utbetalt på grunnlag av de plandokumenter og resultat- og plandata som kommunen skal sende fylkesmannen innen fastsatt frist. Tiltakene skal innarbeides i kommunens årsbudsjett og fireårige økonomiplan.

Skjønnstilskuddet skal ytes til de kommuner som har det dårligst utbygde pleie- og omsorgstilbudet til eldre og som samtidig har en svak kommuneøkonomi, herunder også kommuner med spesielt store udekkede behov for kompetansehevende tiltak. I tillegg skal enkelte kommuner kunne motta kompensasjon for større utbyggingsprosjekter med sykehjem og omsorgsboliger, som ble ferdigstilt før handlingsplanen. Midlene skal brukes på en slik måte at målene i de kommunale planene for styrking av eldreomsorgen nås.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

For en nærmere omtale av omsorgstjenestetilskuddet og skjønnstilskuddet vises det til kategoriinnledningen under 09.70 pkt 2 og pkt 6.1. 1998 var det siste året med et særskilt tilskudd til døgntjeneste. Disse midlene er fra 1999 innlemmet i omsorgstjenestetilskuddet. I 1998 var det bare 12 kommuner som ikke mottok tilskudd til døgntjeneste. Tilskuddet ble fordelt til kommuner som har hjemmebaserte tjenester tilgjengelig hele døgnet. Det er særlig kommuner med relativt få innbyggere og store geografiske avstander som ikke har opprettet døgntjeneste pr. i dag. Tilskuddene for de fleste av disse kommunene var for 1998 i størrelsesorden 40 000 - 100 000 kroner.

Når det gjelder bruken av skjønnstilskuddet i 1999 vises det til omtale under pkt. 6 status for 1999, i kategoriinnledningen.

3. Satsingsområder og mål for 2000

Det er en målsetning at bevilgningen skal gi om lag 3000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i 2000.

For omsorgstjenestetilskuddet vil samme fordelingskriterier bli lagt til grunn som ved fordelingen av bevilgningen for 1998: andel personer 67-79 år 20,6 pst., andel personer 80-89 år 44,9 pst., andel personer 90 år og over 17,1 pst., andel ikke gifte 67 år og over 8,7 pst. og dødelighet 8,7 pst.

Se også omtale under pkt 6 opplegg for 2000.

Fra og med 2000 settes det i gang et forsøk med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd i 20 kommuner. Omsorgstjenestetilskuddet og skjønnstilskuddet inngår blant de tilskuddene som omfattes av forsøksordningen. Midlene som skal overføres til kap. 571, post 68 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett er på 161,9 mill. kroner. Se for øvrig omtale under kap. 571, post 68.

Handlingsplanen for helse- og sosialpersonell

I 1999 fikk fylkesmennene i samarbeid med fylkeslegene, som del av handlingsplanen for helse- og sosialpersonell, et tilskudd på til sammen 30 mill. kroner over Sosial- og helsedepartementets budsjett til fordeling til kommunene til ovennevnte formål. Midlene nyttes til konkrete opplæringstiltak med utgangspunkt i kommunenes opplæringsplaner og pleie- og omsorgsplaner. Ved fordelingen av skjønnstilskudd som del av eldreplanen vurderer fylkesmennene også kommunenes opplæringsbehov. Om lag 35 mill. kroner av skjønnstilskuddet ble i 1999 anvendt sammen med de øvrige personelltilskuddene til å styrke denne delen av kommunens virksomhet. Dette tiltaket videreføres i 2000. På den måten vil kvaliteten styrkes og forholdene legges bedre til rette for at personellet fungerer lenger i tjenestene og oppmuntre personer som i dag jobber i små stillingsandeler til å øke andelen. For å se pleie- og omsorgstjenesten i kommunene som en helhet, vil også den delen av psykiatrimidlene som går til kvalifisering av personell i kommunene bli sett i sammenheng med dette, jf. Sosial- og helsedepartementets Rundskriv I-1/99 og omtale under kap. 743, post 70. (For fullstendig oversikt se tabell 4.2 under budsjettinnledningen.)

Post 62 Styrking av geriatri, kan overføres

Nasjonalt geriatriprogram startet i 1994 og avsluttes i 1999 med en totalramme på 48 mill. kroner. Programmet er blitt administrert av Helsetilsynet. Rekruttering av geriatrisk nøkkelpersonell, kompetanseheving og samarbeidsmodeller mellom sykehus og kommunehelsetjeneste har vært satsingsområdene. Innsatsen har vært konsentrert om det medisinske tilbudet til de eldste eldre. Midlene er disponert til etablering og styrking av geriatrisk spesialisthelsetjeneste i 15 av landets fylker og det er gitt støtte til 50 fagprosjekter. Modell for undervisningssykehjem og geriatrisk elektronisk intranett (helsenett) er ifølge Helsetilsynet blant de mest lovende prosjektene. Nasjonalt

formidlingssenter i geriatri som er opprettet i Bergen bistår med informasjon og kunnskapsformidling til helsepersonell innen fagfeltet.

Departementet foreslår å videreføre satsing på geriatri med 7 mill. kroner. Flere av tiltakene som ble satt i gang, krever fortsatt ekstra midler for å bli konsolidert i ordinær virksomhet. Fortsatt er det slik at helsetjenestene til eldre har lav anseelse innen det medisinske fagmiljøet slik at det er viktig å ha et kontinuerlig fokus på området. En dokumentasjon som Nasjonalt geriatriprogram gjennomførte i 1999 viser at 42 pst. av indremedisinske pasienter er 75 år eller mer, og ca. ¼ av disse pasientene har behov for geriatriisk service. En kartlegging av legetjenester i sykehjem, som er gjennomført i regi av programmet, viser nødvendigheten av en faglig opprustning av det medisinske miljøet i sykehjem. Midlene for år 2000 foreslås å benyttes til fortsatt styrking av spesialisthelsetjenestene i utvalgte fylker, undervisningssykehjem som er et 4 årig prosjekt, Nasjonalt formidlingssenter i geriatri i Bergen og geriatriisk elektronisk nettverk i helseregionene.

Forskningsbasert kunnskap er viktig for den videre styrking av geriatri og eldreomsorg. Se omtale under kap. 675, post 50.

Post 70 Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner m.m

Planlegging

a. Formålet med bevilgningen til pensjonistenes organisasjoner er å styrke deres mulighet til å drive interessepolitisk arbeid, samt til å gi medlemmene service. Bevilgningen fordeles som tilskudd til Norsk Pensjonistforbund. Norsk Pensjonistforbund fordeler midlene til andre landsdekkende pensjonistorganisasjoner etter en nøkkel som organisasjonene er blitt enige om. Fordelingsnøkkelen består av et grunntilskudd til hver organisasjon og et beløp pr. betalende medlem. Departementet følger bruk av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap. Bevilgningen for 2000 er foreslått til 4.545.000 kroner.

b. Formålet med bevilgningen til Senter for Senior Planlegging (SSP) er å stimulere arbeidslivet og den enkelte arbeidstaker til å forberede tilværelsen som pensjonist. Midlene benyttes til finansiering av SSPs virksomhet med kurs og informasjonsarbeid, samt bidra til forskning og utviklingsarbeid på feltet. Departementet følger SSPs bruk av midler gjennom årsmelding, budsjett og regnskap. I 1998 ble det gjennomført 200 kurs i forberedelse til pensjonsalderen med ca. 7.600 deltakere. Hovedsatsing i 2000 er å initiere og støtte forsknings- og utviklingsvirksomhet og stimulere arbeidslivet til et godt arbeidsmiljø og personalpolitikk for seniorer (45+). Kurs i forberedelse til pensjonsalderen og vil fortsatt være et hovedarbeidsområde i 2000. SSPs oppgaver på det seniorpolitiske feltet for øvrig er nettverksarbeid, konsulent- og rådgivingsarbeid, internasjonalt samarbeid, forsknings- og utviklingsarbeid og koordinering av fellesaktiviteter for arbeidslivsorganisasjoner. Bevilgningen for 2000 er foreslått til 1 455 000 kroner.

Post 71 Tilskudd til Senter for seniorplanlegging

Bevilgningen er slått sammen med kap. 671, post 70 fra 1999.

Post 72 Tilskudd til opphold i institusjoner for eldre med særskilte behov

Formålet med bevilgningen er å bidra til drift av Mosserød alders- og sykehjem og Jødisk aldersbolig, for henholdsvis adventister og jøder, 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.
- Subsидieringen kan ikke ha et slikt omfang at urimelig påvirker kommunens valg av typer tiltak.
- De midler som ikke kan nyttes i samsvar med pkt. 1-4 kan anvendes i forhold til medlemmer av trossamfunnene som ikke er faste beboere ved institusjonen. Dette kan være tilbud om dagplass, kortidsplass og hjemmebesøk m.v.

Departementet viderefører samme prinsipp for forholdsmessig fordeling av midlene mellom de to institusjonene. Departementet følger institusjonenes bruk av midlene gjennom årsmelding, budsjett og regnskap. For disse institusjonene gjelder for øvrig de finansierungsordninger som ellers gjelder for sykehjem.

Kap 0673 Tiltak for funksjonshemmede

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	2 151	16 649	10 980
61	Oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming	1 139 068	1 097 200	898 000
62	Tilskudd til utskrivning av unge funksjonshemmede	29 718	45 000	45 000
63	Begrenset bruk av tvang	20 544	108 000	98 300
65	Psykisk utviklingshemmede med sikringsdom, kan overføres	28 585	31 000	29 000
72	Tiltak for døvblinde	9 659	33 300	34 230
73	Tilskudd til likemannsarbeid		12 300	12 640
75	Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner	77 829	79 900	82 150
	Sum kap 0673	1 307 554	1 423 349	1 210 300

Overført fra 1998 til 1999:

Post 01: 114 000 kroner

Post 62: 15 282 000 kroner

Post 65: 651 000 kroner

Post 01 Driftsutgifter

A. Statens sentralteam for døvblinde

Bevilgningen har fram t.o.m. 1998 omfattet Statens sentralteam for døvblinde. Statens sentralteam har gått inn i det nye kompetansesystemet for alle døvblinde fra 1. januar 1999. Midlene er overført til kap. 673, post 72.

B. Lovregulering av kontroll med bruk av tvang og makt overfor enkelte psykisk utviklingshemmede

Nytt kapittel 6A i sosialtjenesteloven, Rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt m v overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming ble iverksatt 1. januar 1999. Det vises til Ot. prp. nr. 58 (1994-95), Ot. prp. nr. 57 (1995-96) og St. meld. nr. 26 (1997-98) der regelverket og de økonomiske konsekvensene av loven er grundig behandlet.

- Til dekning av fylkesmennenes utgifter i forbindelse med bl.a. overprøving av de kommunale vedtakene og tilsyn med gjennomføringen av vedtakene foreslås bevilget 10,980 mill. kroner.
- 4,858 mill. kroner som skal gå til klageorganet for disse sakene, Fylkesnemndene for sosiale saker, foreslås overført fra kap. 673, post 01 til kap. 854, post 01 på Barne- og familiedepartementet. Fylkesnemndene hører administrativt under Barne- og Familiedepartementet.
- En egen rådgivende gruppe er etablert fra 1. januar 1999 for å følge med i praktiseringen av bestemmelsene. Gruppen er administrativt plassert under Etat for rådssekretariatet m.v. 991 000 kroner til dekning av utgifter til møter, reiser og en fast sekretær m.m. foreslås overført fra kap. 673, post 01 til kap. 604, post 01.

For øvrig vises til omtale under kap. 673, post 63.

Post 61 Oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming

1. Formål og oppgaver

Formålet med bevilgningen er å skjerme 33 vertskommuner mot visse omfordelingsvirkninger i inntektssystemet.

2. Resultatrapportering og tilstandsvurdering

Pr. 1. juli 1999 var det 27 personer igjen på avviklingsinstitusjoner. Ved årsskiftet 2000 forventes det å være 13 personer som ikke har flyttet til et alternativt botilbud. Oppbyggingen av alternative botilbud for de som bodde på en HVPU-institusjon er i ferd med å bli slutført. Utfordringen man står overfor nå er å bygge opp et alternativt botilbud for de voksne hjemmeboende som kan gjøre seg nytte av et slikt tilbud, samt å bygge opp et tilfredsstillende fritidstilbud for mennesker med psykisk utviklingshemming. Det er også av stor betydning at dagtilbudet opprettholdes eller forbedres.

Kommunene har også i 1999 rapportert til departementet om status for tilbudet til mennesker med psykisk utviklingshemming. Det vil bli utgitt en ny rapport/rundskriv om gjennomføringen av ansvarsreformen med kommunevise oversikter og nøkkeltall for landet som helhet. Det tas forbehold om at datamaterialet ikke er ferdig bearbeidet.

Den foreløpige oppsummeringen av statusrapporteringen for psykisk utviklingshemmede viser at kommunene har ansvar for 18 876 psykisk utviklingshemmede pr. 01.01.99, mens tilsvarende tall pr. 01.01.98 var 19 699. Nedgangen i antall psykisk utviklingshemmede kan skyldes at det fra i år er etablert et nytt system for registrering av psykisk utviklingshemmede til bruk for inntektssystemet. Systemet setter bl.a. krav om at det er fattet enkeltvedtak knyttet til kommunale tjenester. Dette har trolig ført til en mer nøyaktig registrering enn før.

Rapporteringen viser at 54 pst. av alle utviklingshemmede bor for seg selv. Det er en økning fra i fjor da 52 pst. bodde for seg selv. Videre viser rapporteringen at om lag 400 personer har flyttet fra foreldre/pårørende i 1998. 10 455 personer med psykisk utviklingshemming fikk støttekontakt i 1998, en økning på i underkant av 250 personer. Antall utviklingshemmede som ble omfattet av avlastning er om lag det samme som året før, dvs. ca. 5 400. Dekningsgraden for avlastning er likevel økt fra 64 til 70 pst som følge av en reduksjon i tallet på personer som bor hos foreldre/pårørende. 9 860 utviklingshemmede eller 76 pst av alle psykisk utviklingshemmede over 20 år har et organisert tilbud på dagtid, enten i form av dagsentertilbud eller et arbeid/arbeidsmarkedstilbud. Det er en reduksjon i forhold til året før. 361 personer mangler et dagtilbud utenfor eget hjem. Det er vel 100 færre enn i 1998. For 1 525 av de utviklingshemmede som bor hos foreldre eller pårørende yter kommunene omsorgslønn pga. særlig tyngende omsorgsarbeid, en økning på nesten 300 personer.

3. Satsingsområder og mål i 2000

Det meste av midlene til tiltak for psykisk utviklingshemmede overføres i 2000 gjennom inntektssystemet til kommunene og fylkeskommunene over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett. Det fremmes forslag om at til sammen 210 mill. kroner i innsatsmidlene til kommuner med en overvekt av særlig ressurskrevende psykisk utviklingshemmede overføres fra kap. 673, post 61 til Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, kap. 571, post 64 Skjønnstilskuddet, til delvis inndekning av det nye finansieringsopplegget i forhold til kommuner med særlig ressurskrevende brukere generelt.

Det foreslås videreført 898,4 mill. kroner på Sosial- og helsedepartementets budsjett. Vertskommunetilskuddet foreslås videreført med til sammen 920,8 mill. kroner hvorav 27,8 mill. kroner skal overføres til kap 571, post 68, se omtale nedenfor under pkt. 3. 2000 er første år med det nye systemet for registrering og kontroll av antall psykisk utviklingshemmede til bruk i inntektssystemet. For å kunne ta hensyn til eventuelle overgangsproblemer i forbindelse med denne omleggingene settes det av 5,2 mill. kroner.

I 1996 ble det i samarbeid med organisasjonene som deltar i Sosialministerens sentrale samarbeidsgruppe for gjennomføringen av ansvarsreformen laget et opplegg for nedjustering av vertskommunetilskuddet og innlemming av midler i inntektssystemet som følge av at antallet tilflyttede utviklingshemmede i vertskommunene reduseres. Neste gjennomgang blir i 2000 med virkning fra 2001.

Det vil ikke bli opprettholdt en egen rapportering om status for tilbudet til mennesker med psykisk utviklingshemning i 2000. Den særskilte rapporteringen om antall psykisk utviklingshemmede til bruk for inntektssystemet i kommunene vil imidlertid bli videreført også i 2000. Etter initiativ fra Sosial- og helsedepartementet har Norges Forskningsråd (NFR) utarbeidet et forskningsprogram om levekår for mennesker med psykisk utviklingshemning. NFR tar sikte på dels å følge opp tidligere evalueringer av ansvarsreformen og videre ta opp nye problemstillinger knyttet til gruppens livssituasjon. Tjenestetilbudet til gruppen vil også bli vurdert. Til dekning av utgifter til dette formålet foreslås 3 mill. kroner overført til kap. 675, ny post 50.

Fra og med 2000 settes det i gang et forsøk med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd i 20 kommuner. Vertskommunetilskuddet er ett av de tilskuddene som omfattes av forsøksordningen. To av de 33 vertskommunene er med i forsøket. Midlene som skal overføres til kap. 571, post 68 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett er på 27,8 mill. kroner. Se for øvrig omtale under kap. 571, post 68.

Post 62 Tilskudd til utskriving av unge funksjonshemmede, kan overføres.

1. Formål og hovedprioriteringer

Formålet med bevilgningen er å stimulere kommunene til å gi yngre funksjonshemmede i alders- og sykehjem som ønsker det et alternativt tilbud om bolig og tjenester. Målgruppen er personer under 67 år med fysiske funksjonshemninger. Personer under 50 år blir prioritert ved tildeling av tilskudd. Midlene skal benyttes til igangsetting og drift av det nye tjenestetilbudet.

Det gis et treårig tilskudd på til sammen 1 mill. kroner med følgende satser: Første året 400 000 kroner, andre og tredje året 300 000 kroner. Fylkesmannen forvalter tilskuddsordningen og tildeler midler etter de regler som er lagt fram for Stortinget i St. prp. nr. 1 (1997–98).

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

Departementet følger bruken av midlene gjennom informasjon fra fylkesmennene om antall vedtak om utskriving og antall personer som i løpet av året er flyttet ut. Det ble

fattet kommunale vedtak om utflytting og ytt tilskudd til utflytting av 43 personer i 1998. Søknadsfristen for 1999 er 15. oktober 1999.

En landsdekkende undersøkelse som departementet foretok høsten 1998 viser at det på permanent basis bor 156 fysisk funksjonshemmede under 50 år i kommunale alders- og sykehjem. Under 67 år er det 706 personer. Av de 706 personene er det rundt 160 personer som ønsker å bo i egen bolig.

3. Satsingsområder og mål for 2000

Departementet foreslår å avvikle denne midlertidige ordningen, jf. St. prp. nr. 67 (1998-99) og Innst. S. nr. 236 (1998-99). Ny ordning for finansiering av tiltak for særlig ressurskrevende brukere i kommunene, som vil tre i kraft fra 2000, vil sette dem i bedre stand til å gi et tilbud til denne gruppen, jf. St. prp. nr. 69 (1998-99) og Kommunal- og regionaldepartementets budsjettproposisjon for 2000.

Siste år det kan søkes førstegangstilskudd etter denne midlertidige ordningen er 2000. Stortinget har under behandlingen av Innst. S. nr. 114 (1997-98) uttalt at alle unge funksjonshemmede som i dag oppholder seg i eldreinstitusjoner, og som ønsker å flytte ut, får flytte ut innen år 2005. Ingen nye funksjonshemmede skal i samme tidsrom, flyttes inn i eldreinstitusjoner dersom de ikke ønsker det.

Den landsdekkende undersøkelsen fra høsten 1998 viser at det ikke bare er økonomi som hindrer kommunene fra å skrive ut unge funksjonshemmede fra institusjon. Manglende erfaring og kunnskap om utflyttingsprosessen, samt vansker med å finne gode praktiske løsninger for bo- og tjenestetilbud, bremser også takten i utflyttingen. For å oppfylle Stortingets målsettinger er det i 1999 stilt til rådighet 1,5 mill. kroner til fylkesmennene. Midlene skal brukes til styrking av rådgiving og støtte til kommunene i forbindelse med utflytting av de som ønsker eget botilbud.

For enkelte yngre institusjonsbeboere er det ønskelig å prøve å bo utenfor institusjon før utflytting faktisk skjer. Det pågår et prosjekt der det tilbys yngre institusjonsbeboere opphold utenfor institusjon før endelig utflytting. Det tilbys utprøving av hjelpemidler og tjenesteopplegg, samt veiledning til hjemkommunene. 1,1 mill. kroner av bevilgningen foreslås benyttet til drift av treningsleiligheter. Det vil bli tilbudt kommunene veiledningsmateriell og konsulentbistand til hjelp i utflyttingsprosessen. For ytterligere å stimulere utflytting ta det sikte på å igangsette et prosjekt i samarbeid med rehabiliteringsinstitusjonene. Se omtale under kap 674, post 21.

Tilbakemeldinger bl.a. fra Norges Handikapforbund tyder på at en del utflyttinger skjer til institusjonsliknende omsorgsboliger. Selv om dette er bedre tilpassede bolig enn aldersinstitusjoner vil departementet understreke at det så vidt mulig bør gis et botilbud i vanlige bomiljøer.

Post 63 Begrenset bruk av tvang

Kommunene påføres økte utgifter knyttet til praktiseringen av regelverket i kapittel 6A i sosialtjenesteloven, Rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt m.v. overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning. Det gjelder utgifter til saksbehandling og utgiftene knyttet til at det skal være to tjenesteytere til stede ved bruk av tvang. Formålet med denne tilskuddsordningen er å kompensere for kommunenes merkostnader ved kravet om at det skal være to tjenesteytere tilstede. Det fremmes forslag om at det bevilges 104 mill. kroner til dette formål i 2000, hvorav 5,6 mill. kroner overføres til kap. 571, post 68 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett, se omtale nedenfor.

Ved fordelingen av midlene vil det ikke bli gitt tilskudd i takt med antall vedtak om bruk av tvang i enkeltsaker, da dette kan innebære et økonomisk incitament for valg av tjenesteløsninger som innebærer bruk av tvang. Departementet antar at antall vedtak om bruk av tvang har sammenheng med antall personer med store atferdsproblemer, som igjen har sammenheng med antall voksne psykisk utviklingshemmede i den enkelte

kommune. Departementet foreslår at de øremerkede midlene på samme måte som i 1999 fordeles til kommunene i forhold til antall psykisk utviklingshemmede over 16 år.

Dette er et tilskudd der kontrollen er begrenset til å sjekke fordelingskriteriet. Det vil også bli innhentet data om antall vedtak om bruk av tvang. Departementet vil følge gjennomføringen av loven gjennom forskningsprosjekter i regi av Norges forskningsråd og gjennom rapportering fra fylkesmennene. Videre vil en rådgivende gruppe følge praktiseringen av loven. I tillegg til de årlige budsjettforslagene vil Sosial- og helsedepartementet legge fram en odelstingsproposisjon om saken mot slutten av den midlertidige lovens 3-årige virkeperiode.

Fra og med 2000 settes det i gang et forsøk med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd i 20 kommuner. Tilskuddet til begrenset bruk av tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning er ett av de tilskuddene som omfattes av forsøksordningen. Midlene som skal overføres til kap. 571, post 68 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett er på 5,6 mill. kroner. Se for øvrig omtale under kap. 571, post 68.

For øvrig vises det til omtale under kap. 673, post 01.

Post 64 Regionsentra for døvblindfødte

Midlene under post 64 ble fra 01. januar 1999 overført til kap. 673, post 72.

Post 65 Psykisk utviklingshemmede med sikringsdom, kan overføres

Formålet med bevilgningen er å støtte kommuner som har etablert kostnadskrevende tiltak for å ivareta omsorgen for og sikringen av psykisk utviklingshemmede med en sikringsdom. I 1998 ble det gitt tilskudd til 18 kommuner. Foreløpige tall for 1999 viser at det er søkt om støtte til i alt 27 psykisk utviklingshemmede med sikringsdom. Midlene fordeles av Sosial- og helsedepartementet etter søknader fra kommunene. Bruken av midlene kontrolleres gjennom budsjett og regnskap for kommunens utgifter knyttet til den enkelte sikringsdømte.

Det ble i 1997 foretatt en omlegging av refusjonssatsen fra 70 pst. til 100 pst., og utgiftene til ordningen har økt vesentlig. I 1998 ble det utbetalt i alt 28,6 mill. kroner. Det fremmes forslag om 29 mill. kroner i 2000. Ordningen vil bli revurdert i forbindelse med innføring av nytt særreaksjonssystem.

Post 72 Tiltak for døvblinde

Fra 1. januar 1999 har departementet i samarbeid med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet utvidet ansvarsområdet til de fire kompetansesentrene for døvblindfødte, slik at de sammen med Huseby kompetansesenter for synshemmede og Eikholt senter for døvblinde utgjør grunnstrukturen i et felles kompetansesystem for hele døvblindegruppen. Det er etablert en sentralenhet ved Skådalen kompetansesenter med landsdekkende koordineringsansvar. Målet er et samordnet og brukerrettet tilbud med klare faglige og økonomiske styringslinjer og nødvendige avgrensinger i forhold til kommunale og fylkeskommunale arbeidsoppgaver. Styret for statlige spesialpedagogiske kompetansesentra er delegert driftsoppgaver overfor kompetansesystemet.

1. Formål og hovedprioriteringer

Formålet med bevilgningen er å sikre driften av et felles kompetansesystem for døvblindfødte og døvblindblitte. Systemet forutsettes å kunne gi et helhetlig tilbud, både på helse- og sosialsektorens, og skolesektorens områder. Virksomheten knytter seg til: Utredning av døvblinde personer som har midlertidig opphold ved sentrene og av personer i deres respektive hjemkommuner, rådgivning og kompetanseheving i forhold til kommunalt ansatte tjenesteytere, både som oppfølging av enkeltpersoner og gjennom

generell veiledning. Bevilgningen skal også sikre drift av Eikholt senters tilbud til døvblinde.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

Det finnes i dag fire regionale kompetansesentra knyttet til Solveigs Hus Hjemmet for døve, Andebu, Vestlandet kompetansesenter, Bergen og Regionssenteret i Nord-Norge, Tromsø. Skådalen har i tillegg et landsdekkende koordinerende ansvar. Sentrene i Troms og Andebu har opprettet egne boenheter for personer som har behov for et spesielt tilrettelagt varig bo- og tjenestetilbud. Det ordinære bo- og tjenestetilbudet finansieres av beboernes hjemkommuner, mens det i tillegg ytes spesialiserte tjenester fra sentrene.

Staten ved Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet tildeler årlig midler til drift av sentrene. Sosial- og helsedepartementet yter også midler til såkalte spesialiserte tjenester knyttet til Nøkkelbo, Hjemmet for Døve i Andebu. Dette er et bo- og tjenestetilbud til døve med tilleggshandikap. Bruken av Sosial- og helsedepartementets midler kontrolleres gjennom årlige virksomhetsplaner, budsjetter, regnskaper og årsmeldinger.

Eikholt senter er et bo- og kurscenter med blant annet kursopplegg, rehabiliteringstilbud og ferieopphold for døvblinde fra hele landet. Senteret har også leiligheter for fastboende døvblinde, men kostnadene til driften av dette tilbudet er et kommunalt ansvar. Bevilgningen har vært brukt til drift av senteret og til dekning av utgifter til tolk/ledsager ved kurs som gjennomføres ved senteret. Bruken av midlene kontrolleres gjennom årlige virksomhetsplaner, budsjetter, regnskap og årsmeldinger.

3. Satsingsområder og mål for 2000

Det ble etablert et felles kompetansesystem for døvblindfødte og døvblindblitte fra 1. januar 1999. I 2000 vil det arbeides med videreutvikling og koordinering av tjenestetilbudet. Eikholt vil som en del av kompetansesystemet, være et bo- og kurscenter for døvblinde og et møtested for døvblinde og deres pårørende. Senteret har et spesielt ansvar for rehabiliteringsopphold.

Det tildeles midler fra Sosial- og helsedepartementets kap. 673, post 72 og fra Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets kap 243, post 01. Departementene koordinerer sine styringssignaler gjennom tildeling av midler og krav til rapportering. Dette skjer også ved at Styret for statlige spesialpedagogiske kompetansesentra er delegert driftsoppgaver overfor kompetansesystemet. Sentralenheten skal arbeide med rutiner for koordinering av aktiviteten ved regionsentrene og utarbeidelse av enhetlige rutiner for henvisning.

Betinget tilsagn om tilskudd

Sosial- og helsedepartementet garanterer for eventuelt inntektsbortfall med inntil 5 mill. kroner når plasser ved botilbudet blir stående tomme ved Hjemmet for døve og ved Regionssenteret i Nord-Norge med inntil 2 mill. kroner (jf. forslag til romertallsvedtak III, pkt 2 og 3).

Post 73 Tilskudd til likemannsarbeid

Tilskuddsordningen til likemannsarbeid ble i 1998 vedtatt gjort permanent, se St. meld. nr. 34 (1996-97) og Innst. S. nr. 114 (1997-98).

1. Formål og oppgaver

Likemannsarbeidet er bl.a. å etablere kontakt mellom foreldre som nylig har fått et barn med funksjonshemning og foreldre som har erfaring, besøkstjeneste fra erfarne funksjonshemmede til nyblitte funksjonshemmede som f.eks. trafikkskadde,

selvhjelpsgrupper for personer med samme funksjonshemning, støttegrupper for funksjonshemmede under yrkesmessig attføring og jobbsøkerklubber.

Tilskuddet gis etter søknad til organisasjoner for funksjonshemmede. Midlene fordeles av samme nemnd som fordeler midlene til funksjonshemmedes organisasjoner (kap 673, post 75). Det er utarbeidet retningslinjer for tildelingen, og organisasjonene har regnskaps- og rapporteringsplikt for disse midlene.

Midlene går ikke til drift av organisasjonene, men til å dekke likemennenes utgifter til virksomheten og til opplæring av likemenn blant annet i kommunikasjon, krisehåndtering og hjelp til vurdering av skille mellom oppgaver som likemennene kan gjøre og hvilke som må henvises til fagpersoner etc.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

I 1999 er bevilgningen på 12,3 mill. kroner hvorav ca. ¼ er forbeholdt likemannsarbeid i forhold til yrkesrettet attføring og arbeid.

3. Satsingsområder og mål for 2000

Tilskuddsordningen foreslås videreført på samme måte som i 1999 og med om lag samme forholdsmessighet når det gjelder tildeling til likemannsarbeid knyttet til yrkesmessig attføring og arbeid, og andre formål.

Post 75 Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner

1. Formål og oppgaver

Formålet med bevilgningen er å styrke funksjonshemmedes organisasjoners mulighet for å drive interessepolitisk arbeid, og til å gi service til egne medlemmer. Funksjonshemmedes organisasjoners virksomhet er helt sentral for å sikre brukermedvirkning i utvikling av tiltak og tjenester, og for å fremme funksjonshemmedes interesser i samfunnet.

Midlene fordeles av fordelingsnemnda for tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner. Fordelingsnemnda er oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet etter forslag fra organisasjonene og etter retningslinjer fastsatt av departementet. Fordelingsnemndas tildeling går i hovedsak til landsomfattende organisasjoner av og for funksjonshemmede. ¾ av midlene fordeles sentralt av Fordelingsnemnda og ¼ av midlene fordeles av fylkeslegene. Organisasjonene må være representative, demokratisk oppbygd og bygge på individuelt medlemskap m.m. Midlene fordeles dels på grunnlag av faste kriterier, dels etter skjønn basert på dokumentasjon fra organisasjonene.

Paraplyorganisasjonen Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) har fått tilskudd i mange år. Tilskuddet er fra 1998 fastsatt av departementet.

Den fjerdedelen av tilskuddsmidlene som stilles til rådighet fra Fordelingsnemnda til fylkeslegene fordeles til lokale tiltak for funksjonshemmede.

Sosial- og helsedepartementet er klageinstans for midlene fordelt av Fordelingsnemnda, og Fordelingsnemnda er klageinstans for midler fordelt av fylkeslegene.

Sekretariatsoppgaver for fordelingsnemnda er fra 1. januar 1998 knyttet til Etat for rådssekretariat og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v., se kap. 604.

Innen rammen av retningslinjene for tildeling, herunder regnskapsplikt, er det opp til organisasjonene selv å prioritere og organisere sin virksomhet.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

99 organisasjoner mottok tilskudd i 1999, mot 98 i 1998 og 90 i 1997. Fordelingsnemnda gir også tilskudd til tiltak for funksjonshemmede i regi av ulike

Sosial- og helsedepartementet

frivillige organisasjoner. Sosial- og helsedepartementet fastsatte tilskuddet til FFO for 1999 til 6,15 mill. kroner.

I dag får omlag 100 organisasjoner tilskudd etter ordningen og hvert år kommer det nye organisasjoner til. Mange av organisasjonene er små, og det kan se ut som om ordningen oppmuntrer til å danne nye organisasjoner.

Tidligere har det vært bare en paraplyorganisasjon – FFO. Nå er også andre paraplyorganisasjoner stiftet – Samarbeidsforum av Funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) og Fellesorganisasjonen av Små og Sjeldne diagnosegrupper (FOSS).

I Budsjett-Innst. S nr. 11 (1997-98) ba sosialkomiteen departementet gjennomgå tilskuddsordningen. Fordelingsnemnda har vurdert erfaringene med fordelingsopplegget og utredet alternative retningslinjer for ordningen som fanger opp endringene i organisasjonsstrukturen, herunder spørsmålet om finansiering av paraplyorganisasjoner. Nemndas utredning har vært på høring i organisasjonene.

3. Satsingsområder og mål for 2000

Det legges opp til en videreføring av tilskuddsordningen på samme nivå som i 1999.

Et viktig hensyn med tilskuddsordningen er at hver enkelt organisasjon tilnærmet skal kunne vite hvor stort tilskudd den kan regne med fra år til annet. For å legge større vekt på dette hensynet, vil den delen av bevilgningen som gis som tilskudd pr. medlem bli forhøyet, og den delen som fordeles etter skjønn bli redusert. Dette er i samsvar med høringsuttalelse fra FFO.

Videre foreslås at nye organisasjoner med færre enn femti medlemmer ikke skal kunne få tilskudd fra ordningen, da så små organisasjoner knapt kan regnes som landsdekkende.

At det nå er mer enn én paraplyorganisasjon, reiser spørsmålet om likebehandling mellom paraplyorganisasjonene når det gjelder statstilskudd, dvs. om også andre paraplyorganisasjoner enn FFO skal kunne få støtte. Alternativet er at paraplyorganisasjoner ikke får direkte statstilskudd, men finansieres av sine medlemsorganisasjoner.

Høringen viser at organisasjoner utenfor FFO, som SAFO-organisasjonene (Norges handikapforbund, Norsk Forbund for Utviklingshemmede, Foreningen Norges Døvblinde og Norges Blindeforbund) støtter forslaget om at paraplyorganisasjonene finansieres gjennom medlemsorganisasjonene. Flertallet av FFO-organisasjonene går mot den foreslåtte omleggingen, mens Cerebral Parese-foreningen, Norsk Revmatikerforbund og Hørselshemmedes Landsforbund mener at ordningen med direkte tilskudd til paraplyorganisasjonen bør avvikles.

Departementet legger avgjørende vekt på at statlige støtteordninger ikke bør stimulere til utvikling av paraplyorganisasjoner som ikke har solid forankring i sine medlemsorganisasjoner og at staten ikke gjennom en tilskuddsordning bør ha avgjørende innflytelse på hvilke paraplyorganisasjoner en skal ha. Organisasjonene må selv ha kontroll med virksomheten. Dette sikres best ved at statstilskuddet går til den enkelte organisasjon, og at organisasjonene selv finansierer de paraplyorganisasjoner de ønsker å stå tilsluttet.

Departementet foreslår derfor at ordningen med direkte tilskudd til paraplyorganisasjonen FFO avvikles over en periode på tre år, til fordel for en tilsvarende økning i tilskuddet til organisasjoner med individuelle medlemmer. Overgangsordningen vil gi FFO og medlemsorganisasjonene anledning til å omstille seg til nyordningen. Tilskuddet til FFO trappes ned med 1 mill. kroner i forhold til 1999, slik at tilskuddet for 2000 fastsettes til 5,15 mill. kroner, mot en tilsvarende økning i støtten til organisasjoner med individuelle medlemmer. Det tas sikte på ytterligere reduksjon med 2 mill. kroner i 2001 og at tilskuddet avvikles helt i 2002.

Kap 0674 Handlingsplan for funksjonshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
21	Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	79 586	51 900	46 100
60	Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede	19 911	35 000	45 000
	Sum kap 0674	99 497	86 900	91 100

Overført fra 1998 til 1999:

Post 21: 3 194 000 kroner

Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan overføres

Bevilgningen skal benyttes til gjennomføring av tiltak i St. meld. nr. 8 (1998-99) Om handlingsplan for funksjonshemmede 1998 – 2001.

En rekke tiltak i tidligere handlingsplaner for funksjonshemmede er vedtatt gjort permanente. For å videreføre driften av tiltak knyttet til personer med sjeldne og lite kjente funksjonshemninger foreslås følgende overføringer fra kap. 674, post 21:

- 1 000 000 kroner overføres til kap. 604, post 01 Driftsutgifter
- 500 000 kroner overføres til kap. 676, post 01 Driftsutgifter
- 2 000 000 kroner overføres til kap. 676, post 70 Kompetansesentra m.m.

Som et ledd i utvikling av nytt tilskuddsforvaltningssystem og omlegging av departementets tildeling av midler til Norges forskningsråd foreslås følgende overføring fra kap. 674, post 21:

- 250 000 kroner til kap. 600, post 45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold
- 5 500 000 kroner til kap. 675, ny post 50 Norges forskningsråd

For å videreføre innsatsen i oppfølging av handlingsplanen foreslås kap. 674, post 21 styrket med 2 mill. kroner.

1. Formål og oppgaver

St. meld. nr. 8 (1998-99) omtaler mål, strategier og tiltak for å bedre forholdene for mennesker med funksjonshemninger. Stortingsmeldingen er en del av Norge sitt arbeid for å følge opp FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemning. Viktige satsingsområder er tilgjengelighet, planlegging og brukermedvirkning, funksjonshemmedes rettigheter samt en særskilt tiltaksplan for å øke yrkesaktiviteten blant funksjonshemmede.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

Stortingsmeldingen omfatter 161 tiltak fordelt på 10 departementers ansvarsområder. Kap. 674, post 21 omfatter tiltak som ikke finansieres over de berørte departementers ordinære budsjetter. Oppfølging av stortingsmeldingen omtales i pkt. 7 i kategoriinnledningen under 09.70.

Sosial- og helsedepartementet har i 1999 iverksatt eller gjennomført en rekke tiltak på innsatsområdene tilgjengelighet og funksjonshemmedes rettigheter som:

- høring om departementenes bruk av FNs standardregler for like muligheter for mennesker med funksjonshemning
- startet arbeid med utvikling av et veiledningsmateriale for å styrke bruken av standardreglene i departementene

- informasjonstiltak om brukerstyrt personlig assistanse
- utvikling av faglige veiledere om rehabilitering på områdene sanse- og langesykdommer og progredierende nevrologiske sykdommer
- prosjekter knyttet til synliggjøring av unge funksjonshemmede med innvandringsbakgrunn og økt bevissthet i innvandringsorganisasjonene om funksjonshemmede og eldre innvandrere, informasjonssopphold for innvandringsfamilier med funksjonshemmede barn ved Frambu
- etablert kompetansenettverk for døvblinde, utredning om kompetansenettverk for døvblinde/sterkt hørselshemmede, prosjekt knyttet til etablering av hørselshjelpere i alle kommuner samt prosjekt knyttet til utvikling av et mer helhetlig tilbud for hørselshemmede. Det er avholdt konferanse og utformet en rapport med forslag til forbedringer av tolketjenesten for døve
- gjennomført en rekke prosjekter knyttet til funksjonshemning og aldring med Norges forskningsråd og Nasjonalt kompetansesenter om aldersdemens som koordinerende instanser
- etablert varig kompetansenettverk for autisme
- utarbeidet en egen statusrapport for oppfølging av handlingsplan for forebygging av astma, allergi og inneklimesykdommer
- brev til landets fylkeskommuner, Rikshospitalet og Det norske Radiumhospitalet med anmodning om installering av tekstelefon for døve og talehemmede
- kartlagt bruk av støttekontakt og avlastning og etablering av prosjekt om alternativ tildeling av omsorgslønn
- tiltak og prosjekter knyttet til økt kunnskap og hjelp til grunnstønadsmottakere med særlig dårlige levekår
- arbeidet for å sikre at det senest i løpet av år 2000 er tilfredsstillende tilgjengelighet til trygdekantorene, styrket brukermedvirkning i trygdeetaten gjennom oppretting av brukerutvalg i alle fylker og i Rikstrygdeverket samt gjennomføring av nasjonal brukerundersøkelse
- oppnevnt et offentlig utvalg som skal se nærmere på funksjonshemmedes rettigheter i en større sammenheng og vurdere ulike strategier og virkemiddel for å bedre funksjonshemmedes muligheter for deltakelse og likestilling
- igangsatt egne forskningsprogram knyttet til IT for funksjonshemmede for å øke tilgjengeligheten til ny teknologi, livssituasjon for utviklingshemmede ved tusenårsskiftet, samt forskningsprosjekter knyttet til oppfølging av nytt kap. 6 A i sosialtjenesteloven.

3. Satsingsområder og mål for 2000

Mange av tiltakene i St. meld. nr. 8 (1998-99) er igangsatt i 1999. I 2000 vil det bli lagt vekt på å få etablert de resterende tiltak og oppsummere erfaringer fra pågående prosjekter som Nord-norsk IT-enhet, Delta-senteret og Prosjekt treningsleiligheter utenfor institusjon.

Det vil bli en videre satsing på bl.a. informasjon om brukerstyrt personlig assistanse i forbindelse med forslag om lovfesting av ordningen, utvikling av et helhetlig tilbud til hørselshemmede, oppbygging og formidling av kunnskap om funksjonshemning og aldring, og om vold mot funksjonshemmede kvinner.

Utredning om strategier og virkemiddel for å bedre funksjonshemmedes muligheter for deltakelse og likestilling vil bli fulgt opp sammen med utredning om tiltak for å framskaffe kvalifisert personell som kan sikre en videreutvikling av Petø-metodikk (PETØ er et omfattende og intensivt treningsopplegg som retter seg mot hjerneskadde barn).

Grønn Omsorg er utviklet som en modell for samarbeid mellom kommunens helse-, sosial-, og oppvekstetater og enkelte gårdsbruk. Tiltaket innebærer sysselsetting, omsorg og meningsfylt sosialt fellesskap for personer med hjelpebehov som faller utenfor det ordinære tilbudet fra det offentlige, der disse tiltakene ikke har vært tilstrekkelig eller ikke har fungert som tiltenkt. Sosial- og helsedepartementet vil i år 2000 medvirke til en videreutvikling av Grønn Omsorg. Det blir satt ned en politisk arbeidsgruppe med deltakere fra aktuelle departement for å innhente erfaringer fra

igangsatte prosjekt, evaluere og utvikle modeller for organisering, kvalitetssikring og finansiering. Grønn Omsorg er etter Regjeringens syn ett tilbud som kan gi godt grunnlag for tverrsektoriell satsing og samarbeid i den enkelte kommune.

For å styrke rehabiliteringen av unge funksjonshemmede som ønsker å flytte ut av aldersinstitusjonene, tas det sikte på det prosjekt hvor rehabiliteringsinstitusjonene etter nærmere regler kan få dekket utgifter over denne bevilgningen.

Post 60 Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede

1. Formål og oppgaver

Brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ organisering av ulik praktisk og personlig bistand for sterkt funksjonshemmede som har behov for assistanse i dagliglivet både i hjemmet og til ulike aktiviteter utenfor hjemmet. Det som særpreger tjenesten er at brukeren gjennom blant annet å inneha arbeidslederrollen, påtar seg større ansvar for organisering og innhold i forhold til sine behov. Tjenesten er en del av de samlede kommunale omsorgstjenestene, men knyttes til personen og ikke til boligen. Evalueringen fra både Østlandsforskning og Ressurssenter for Omsorgstjenester viser positive tilbakemeldinger fra både brukere, assistenter og kommuner. Brukerne har uttrykt stor tilfredshet ved at ordningen har medført en bedre forutsigbarhet, mindre avhengighet av pårørende og større fleksibilitet og mulighet for å leve et selvstendig liv.

2. Resultatrapport og tilstandsvurdering

I 1999 ble tilskuddet på 35 mill. kroner fordelt på 504 brukere i 228 kommuner i alle fylker. Blant disse var det 220 nye brukere og 284 var videreføring fra tidligere år. Interessen for ordningen har vært klart økende.

3. Satsingsområder og mål for 2000

For 2000 foreslås bevilgningen til personlige assistenter for funksjonshemmede økt med 10 mill. kroner. Bevilgningen vil totalt bli på 45 mill. kroner. I 2000 vil tilskudd som allerede er gitt til godkjente brukere bli videreført samtidig som bevilgningen gir rom for ca 200 nye brukere i 2000.

Departementet tar sikte på å fremme en lovproposisjon høsten 1999 om endring i sosialtjenesteloven som innebærer at kommunene får en plikt til å etablere ordningen med brukerstyrt personlig assistent på linje med andre sosiale tjenester. De administrative og økonomiske konsekvensene vil bli nærmere omtalt i proposisjonen

Ved behandling av statsbudsjettet for 1999 for Sosial- og helsedepartementet gjorde Stortinget følgende vedtak, jf. Innst. S. nr. 11 (1998-99), romertallsvedtak X:

”Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 1999 vurdere endringer i reglene slik at ledsagere til funksjonshemmede med spesielle behov, spesielt blinde og svaksynte, får reduserte billettpriser på offentlige kommunikasjonstilbud, uavhengig om vedkommende er ektefelle.”

Når det gjelder den videre behandling av saken vises det til St. prp. nr. 67 (1998-99) side 77. Saken vil også bli omtalt i Samferdselsdepartementets budsjettproposisjon for 2000.

Kap 0675 Tiltak for eldre og funksjonshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	21 812	9 910	12 600
21	Spesielle driftsutgifter	11 160	22 650	19 900
50	Norges forskningsråd			15 250
70	Tilskudd til spesielle formål	45 116	13 450	13 200
	Sum kap 0675	78 088	46 010	60 950

Overført fra 1998 til 1999:

Post 21: 895 000 kroner

Post 01 Driftsutgifter

Det fremmes forslag om en økning av bevilgningen til 12,5 mill. kroner. Midler benyttes til fylkesmenns, fylkeslegers og departementets oppfølging av handlingsplanen for eldreomsorg.

Midlene til fylkesembetene stilles til rådighet for fylkesmennene som har ansvaret for å forvalte tilskuddet, herunder fordele midler til fylkeslegene. Handlingsplan for eldreomsorgen har de to siste årene pålagt fylkesmennene stadig mer omfattende oppgaver i forbindelse med tildeling av omsorgstjeneste- og skjønnstilskudd, kontroll og oppfølging av kommunenes plan- og budsjettarbeid, rapportering, informasjon, veiledning og tilskuddsforvaltning. Fylkesmennene har et tett samarbeid med Husbanken ved vurdering av søknader om tilskudd til bygging av sykehjem og omsorgsboliger. Oppgavene løses i et nært samarbeid med fylkeslegen i det enkelte fylke, og er samordnet med fylkeslegeembetenes arbeid med bl.a. opptrappingsplan for psykisk helse og handlingsplan for helse- og sosialpersonell. Også på disse områdene er fylkesmannen etter hvert pålagt betydelige oppgaver i forbindelse med tilskuddsforvaltning, rapportering og faglig oppfølging overfor kommunene. Utfra de kommunale planene forventes aktiviteten i forbindelse med handlingsplan for eldreomsorg å nå en topp i 2000.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Bevilgningen omfatter midler som skal gå til informasjons- og FOU- og kompetanseutviklingsformål knyttet til pleie- og omsorgstjenestene, og politikk i forhold til eldre og funksjonshemmede. Bevilgningen er delt i en informasjonsdel og en FOU-del.

Følgende beløp foreslås overført til andre bevilgninger:

- 3 750 000 kroner til kap. 675 ny post 50 til finansiering av utredningsarbeid i regi av Norges forskningsråd.
- 250 000 kroner til kap. 600, post 45 til utvikling av nytt tilskuddsforvaltningssystem.

1. Formål og hovedprioriteringer

- Informasjonsvirksomhet knyttet til pleie- og omsorgstjenesten og tiltak for eldre og funksjonshemmede.
- Forsøks- og utviklingsarbeid og kompetansehevende tiltak innen pleie- og omsorgssektoren.

Midlene til informasjonsvirksomheten benyttes til kurs, konferanser og seminarer for ansatte, folkevalgte og brukere innen pleie- og omsorgssektoren, og til utgivelse av informasjonsmateriale om aktuelle spørsmål innen sektoren. En del av bevilgningen

stilles til rådighet for fylkesmennene til å avholde kurs og konferanser om sosialfaglige spørsmål på regionalt nivå.

Midlene til FOU-virksomheten brukes til å øke kunnskap om og kompetanse i utformingen av et kvalitativt godt pleie- og omsorgsapparat, utvikle bedre praksis i det utførende apparat, fremskaffe informasjon om behovs- og tjenesteutvikling og forbedre kunnskapsgrunnlaget om funksjonshemmede og eldre.

2. Resultatrapportering og tilstandsvurdering

Informasjonsvirksomheten

Fylkesmennene rapportere følgende om informasjonsvirksomhetene:

- For 1999 er midlene bl.a. benyttet til veilednings- informasjons- og kompetansehevingstiltak i forbindelse med oppfølgingen av Handlingsplanen for eldreomsorgen. Fylkesmennene har lagt vekt på å knytte bruken av informasjonsmidlene til oppfølging av forskjellige handlingsplaner for 1999.
- Det er avholdt kurs om bl.a. rettssikkerhetsspørsmål, bruk av tvang og makt, oppfølging av nytt kap 6A i sosialtjenesteloven. I tilknytning til arbeidet med rettssikkerhet og aldersdemens er det avholdt ideseminar. Det ble også utsendt informasjonsmaterieell til kommunene.
- Tilskudd til informasjon og kurs som har omhandlet tilrettelegging av tiltak for funksjonshemmede.
- Tilskudd til seminar m.v. om rettssikkerhet og aldersdemens.
- Det er avholdt kontaktmøter med ledere i den kommunale helse- og sosialtjenesten.
- Fylkesmannen har i samarbeide med fylkeslegen arrangert konferanser med tett oppfølging av kommunenes pleie- og omsorgstjeneste. Det er lagt vekt på informasjon til saksbehandlere i pleie- og omsorgstjenesten/sosialtjenesten og utvikling av tverretattlig samarbeid i kommunene, der målet er bedre rettssikkerhet og bedre tjenester for brukere av kommunale sosiale tjenester.

FOU og kompetanseutvikling:

Prosjekter som avsluttes i løpet av 1999:

- Organisering av kommunale omsorgstjenester og arbeidsmiljøet for tjenesteyterne.
- Innvandrerfamilier med funksjonshemmede.
- Utviklingsprosjektet Eldre innvandrere og deres ønsker, forventninger, behov og opplevelse av alderdom.
- Forskningsprogrammet om tattere. Rapportene er slutført og vil være formidlet i løpet av 1999.
- I regi av NFR er det utarbeidet en status på omsorgsforskningsområdet.
- Basiskurs i omsorgsarbeid for ufaglærte ved Kvinneuniversitet.

3. Satsingsområder og mål for 2000

Informasjonsvirksomheten

De sentrale satsingsområdene i 2000 er:

- Informasjonsvirksomhet knyttet til eldre vil fortsatt følges opp som et ledd i videreføringen av handlingsplanen for eldreomsorg. Følge opp samarbeid mellom fylkesmannen og fylkeslegen om bedre kvalitet for brukerne i pleie- og omsorgstjenesten.
- Bidra til oppfølging av kommunenes og fylkeskommunenes gjennomføring av handlingsplan for helse- og sosialpersonell.
- Informasjonsvirksomhet om reglene om begrenset bruk av tvang og makt overfor enkelte psykisk utviklingshemmede, sosialtjenestelovens kap 6A, vil bli prioritert.
- Rettssikkerhetsspørsmål for øvrig vil også bli prioritert i 2000.
- Gjennomføring av en nasjonal informasjonskampanje med formål å fokusere på funksjonshemmedes behov og situasjon i samfunnet.

FOU og kompetanseutviklingsvirksomheten

Viktige områder i 2000 er:

- Som ledd i oppfølgingen av Handlingsplanen for eldreomsorg vil det bli arbeidet videre med å utvikle og forbedre statistikk- og rapporteringssystemene.
- Bedre kunnskap om kompetansebehov og rekrutteringspotensiale i pleie- og omsorgstjenesten, herunder arbeidsmiljø i pleie- og omsorgssektoren. Kompetanseutvikling for helse- og omsorgspersonell.
- Funksjonshemmede og aldring. Da det har vært lite kunnskapsutvikling på feltet og forskning, forsøk og utviklingsarbeid vil dette fortsatt prioriteres .
- Forskningsprosjekt knyttet til iverksettingen av reglene om begrensninger og kontroll med bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede videreføres.

Prosjekter som ble startet opp i 1999, og som vil bli videreført i 2000

- Forsøksprogrammet med eldreombud og omsorgsombud startet for fullt i 1999, og vil vare ut 2002.
- Bl.a. på bakgrunn av utviklingen når det gjelder kvinners sykefravær og et stigende antall uføretrygdede relativt unge kvinner er det satt i gang utviklingsarbeid i enkelte kommuner om arbeidsmiljø i pleie- og omsorgssektoren.
- Undervisningssykehjem som en del av den geriatriiske satsingen.
- Det er satt i gang et større forskningsprosjekt som skal evaluere praktiseringen m.v. av sosialtjenestelovens kap. 6A om begrenset bruk av tvang og makt.
- Et prosjekt om utprøving av læreplan i autisme omsorg for videreutdanning av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er knyttet til SHDs handlingsplan for helse- og omsorgspersonell . Målsettingen er å prøve ut læreplaner og høste erfaringer med ulike måter å organisere slik opplæring ved Fylkeskommunens etat for opplæring . Området vil fortsette 2000.

Ny post 50 Norges forskningsråd

Tilskudd til langsiktig forskning og utredning i regi av Norges forskningsråd (NFR) har til nå blitt dekket over en rekke forskjellige bevilgninger innenfor dette området. For å få en bedre oversikt over de midlene som skal gå til NFR knyttet til konkrete oppdrag er det ønskelig å samle disse midlene på ny post 50.

Det er foreslått overført midler fra følgende bevilgninger innenfor kategori 09.70 til kap. 675, ny post 50, og til følgende formål:

Tabell II. 22

Formål	Beløp flyttet fra	Beløp
Evalueringsplanen for eldreomsorgen	Kap. 670, post 61	2 000 000
Helseøkonomisk forskning	Kap. 670, post 61	1 000 000
Evalueringsplanen for psykisk utviklingshemmedes levekår	Kap. 673, post 61	3 000 000
Forskning for funksjonshemmede, og aldring og funksjonshemmede	Kap. 674, post 21	5 500 000
Prosjekter om omsorgstjenesteforskning og aldersrelatert forskning	Kap. 675, post 21	3 750 000
SUM		15 250 000

Forskningsprogrammene har normalt en varighet på 4-5 år og gjennomføres i tråd med vedtatte programplaner. Sosial- og helseforvaltningen har representanter i programstyrene. Det mottas årsrapport fra NFR.

Det tas forbehold om justering av beløpene tiltenkt det enkelte program/satsing.

1. Formål og hovedprioriteringer

Forskning i regi av NFR er et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlaget for nasjonale forvaltningsoppgaver og for beslutninger i politikken for eldre og funksjonshemmede. Det er viktig at man kan bygge politikken på langsiktig forskningsbasert kunnskap innenfor området eldre og funksjonshemmede. På den måten vil man få bedre kompetanse til å utforme et kvalitativt godt pleie- og omsorgsapparat, til å fremskaffe informasjon om behovs- og tjenesteutvikling og til å forbedre kunnskapsgrunnlaget om funksjonshemmede og eldre.

2. Satsinger og mål for 2000

- Forskning for funksjonshemmede videreføres som en del av oppfølgingen av Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede, og er utvidet fra 1999. Det vil ta opp bl.a. spesielle problemer vedrørende aldring og funksjonshemmede, og helsetjenester for funksjonshemmede. Problemstillinger knyttet til helsetjenester for kronikere, for personer som ikke selv er i stand til å oppsøke helsetjenester og funksjonshemmede med psykiske lidelser, vil omfatte utvidelsen.
- Livskvalitet for utviklingshemmede, evaluering av utviklingshemmedes levekår ved tusenårsskifte. Det evalueringsprosjektet er startet opp i 1999 og fortsetter i 2000.
- Det er utarbeidet en kunnskapsstatus på området Omsorgstjenesteforskning. På bakgrunn av kunnskapsstatusen vil arbeidet med å planlegge og utvikle nye omsorgstjenesteforskningsprosjekter og aldersrelatert forskning starte opp i løpet av 2000. NFR skal også innarbeide spørsmål knyttet til vold mot eldre på bakgrunn av erfaringene fra Kompetansesenter for voldsofferarbeid.
- Evaluering av handlingsplanen for eldreomsorg startet i 1998, og videreføres i 2000.
- Utredning av økonomiske virkemidler innenfor helse- og sosialsektoren. Det settes av 1 mill. kroner til dette formålet. Dette er en del av den helseøkonomiske satsingen. Se omtale under kap. 739, ny post 50.
- Forskningsbasert kunnskap er viktig for den videre utvikling av geriatri og eldreomsorg. Et forslag til nytt program for aldersforskning er utarbeidet av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Programmet er tverrfaglig (både samfunnsfag og helsefag) og omfatter både grunnforskning og anvendt forskning. I Stortingsmelding nr 39 (1998-99) "Forskning ved et tidsskille" er medisinsk og helse viet særlig oppmerksomhet og skal bl.a. bidra til at samfunnet står bedre rustet til å møte utfordringer som vil oppstå som følge av en eldre befolkning. Forslaget er til vurdering i NFR, som, med finansiering fra Sosial- og helsedepartementet, får utarbeidet en kunnskapsstatus. Denne vil være en del av grunnlaget for NFRs vurdering av programforslaget.

Post 70 Tilskudd til spesielle formål

a. Tilskudd til telefonvirksomhet m.m.

Formålet med bevilgningen er å fremme visse organisasjoners særskilte informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid.

Kirkens SOS i Norge mottar i 1999 7 531 000 kroner til drift av et landsomfattende nett av krisetelefoner. Midlene brukes til rekruttering og opplæring av frivillige telefonoperatører og til drift av 13 regionsentre. Statstilskuddet utgjorde vel 90 pst. av de samlede driftsinntektene for Kirkens SOS i 1998. I 1998 var det om lag 1 200 frivillige som gjorde telefontjeneste. SOS-sentrene mottok i 1998 ca. 123 000 henvendelser mot 125 000 henvendelser i 1997.

Organisasjonen Telefonkontakt mottar i 1999 945 000 kroner til arbeidet med å etablere telefonkontakttjenester lokalt. Gjennom informasjons- og opplæringsvirksomhet skal organisasjonen bidra til slik etablering og derigjennom sikre at hjemmeboende eldre og funksjonshemmede får tilbud om telefonkontakt. I tillegg til den statlige bevilgningen mottar Telefonkontakt også driftsstøtte fra Oslo Kommune.

Sosial- og helsedepartementet

Frelsesarmeens telefontjeneste m.v., Frelsesarmeens ettersøkelsesarbeid, og Norsk helse- og sosialforum mottok til sammen 380 000 kroner i støtte til særskilt informasjons- og opplysningsvirksomhet og kontaktskapende arbeid.

Departementet følger virksomheten gjennom årsmeldinger og regnskap.

Støtten til disse organisasjonene foreslås videreført på samme nivå i 2000.

b. Internasjonale sosiale formål

Bevilgningen brukes til deltakelse i internasjonalt samarbeid for å bedre situasjonen for eldre og funksjonshemmede.

Europarådet

Sosial- og helsedepartementet yter tilskudd til utvikling av det internasjonale samarbeidet på det sosiale området i Europarådet. Norge ble fra 1997 fullt medlem av delavtalen på det sosiale- og helsemessige område, og deltar i komiteen for integrering og rehabilitering av personer med funksjonshemninger. Et prosjekt om vold og overgrep mot funksjonshemmede ble startet opp i 1999.

EØS/EU

Pga. at EU for tiden ikke har langsiktige programmer når det gjelder eldre og funksjonshemmede, har samarbeidet innenfor EØS de siste par år hatt mindre omfang. EU-kommisjonen arbeider med langsiktige programmer som er aktuelle for EØS-samarbeidet.

Norge deltar som observatør i EU-kommisjonens rådgivende embetsmannsgruppe for spørsmål som gjelder funksjonshemmede og dens kontaktgruppe for spørsmål som gjelder eldre. FFO får tilskudd over denne posten til deltakelse i EU-landenes samarbeidsorgan for funksjonshemmedes organisasjoner, European Disability Forum. Samarbeidet gir både mulighet til å påvirke EU's tenkning omkring politikken for eldre og funksjonshemmede og mulighet til å lære av EU-landenes erfaringer.

FNs internasjonale eldreår

1999 var FNs internasjonale eldreår. Målet med FN-året var "Et samfunn for alle generasjoner". Eldreåret ble markert over hele verden for å fremme FNs prinsipper for eldre. Den norske markeringen fokuserte hovedsakelig på lokale aktiviteter hvor eldres livssituasjon og deltakelse i samfunnet var aktuelle temaer. Under ledelse av Sosialministeren ble det satt ned en bredt sammensatt nasjonal komite som besto av en rekke frivillige organisasjoner, representanter fra Sosial- og helsedepartementet, Utenriksdepartementet, Statens eldreråd, FRISAM og andre offentlige etater. Landets ordførere ble oppfordret til å danne lokale komiteer og til å sette i gang arbeidet med eldreåret. Til sammen ble det bevilget 3 mill. kroner. 1 mill. kroner ble avsatt til lokale arrangement, 400 000 kroner til sentrale arrangement og det øvrige gikk til et sentralt sekretariat. Den nasjonale komiteen sto i spissen for 4 sentrale arrangementer: Det ble gjennomført en nordisk konferanse med deltakelse fra Baltikum og Russland. Budstikka '99 ga avspark til lokale arrangement med siktemål å utfordre andre kommuner. Eldreuka ble gjennomført i siste uke av september med en rekke utstillinger og arrangementer, og som munnet ut i det fjerde arrangementet, Eldredagen den 1. oktober

Verdens helseorganisasjon (WHO)

Norge vil være vertskap for WHO-konferansen "Rethinking Care" i 2001. Brukernes plass i utformingen av omsorg, vil stå sentralt. Forberedelsene er påbegynt i 1999 og vil fortsette i 2000. Statens råd for funksjonshemmede står for arrangementet. I samarbeid med WHO er det nedsatt en nasjonal komite med representanter fra Sosial- og helsedepartementet og funksjonshemmedes organisasjoner. Forberedelsene i 2000 vil omfatte møter, fagseminar og konferanser, og samt deltakelse i møter i WHO's enhet for rehabilitering og funksjonshemninger. Nasjonale utgifter vil måtte påregnes i den utstrekning det ikke dekkes av WHO.

Kap 0676 Kompetansesentra for funksjonshemmede

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter		32 753	11 440
21	Kompetansesystem for autister		9 800	10 100
70	Kompetansesentra m.m.		45 050	48 300
	Sum kap 0676		87 603	69 840

En rekke av tiltakene under de tidligere Handlingsplanene for funksjonshemmede er permanente fra 1999. Det gjelder bl.a. de landsdekkende kompetansesentrene for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede. Koordineringen av arbeidsoppgaver mellom sentrene og andre som arbeider med sjeldne diagnosegrupper ivaretas av Etat for rådssekretariater m.m., se omtalen under kap. 604.

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen omfatter følgende Kompetansesentra for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede:

- Tannhelsekompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander (TAKO), Universitetet i Oslo
- Senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SSSS), Rikshospitalet
- Trenings- og rådgivningssenteret (TRS), er med virkning fra 1. juli 1999 overført staten ved Etat for rådssekretariater m.v. Midlene til dette formålet er derfor overført etatens driftsbudsjett (kap. 604, post 01)

1. Formål og oppgaver

Med små og mindre kjente grupper funksjonshemmede menes medfødte tilstander med sammensatte funksjonsproblemer, som maksimalt utgjør 100 kjente individer pr. mill. innbyggere, og som har behov for tverrfaglige og tverretatlige tiltak. Sentrene skal bygge opp livsløpskompetanse på angitte diagnoser og gi informasjon, rådgivning og veiledning til sine brukergrupper, pårørende og til fagpersoner i brukernes lokalmiljø. Kompetansen skal spres til aktuelle instanser som barnehager, skoler, sosial- og helsetjenesten, trygdeetaten, arbeidsmarkedsetaten o.a. Avhengig av hvilke diagnosegrupper sentrene har ansvar for, vil arbeidsoppgavene variere. Noen grupper trenger individuelle behandlings-/rehabiliteringsopphold, mens andre klarer seg med informasjon og rådgivning. I tillegg til kurs for brukerne og pårørende skal sentrene gi kurstilbud til fagpersoner.

2. Resultatrapportering og tilstandsvurdering

Tannhelsekompetansesenteret (TAKO) ved Det Odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo har økende antall henvendelser fra tannhelsetjenesten og fra medisinske miljøer som habiliteringstjenesten i fylkene. Brukergruppene representerte i 1998 ca. 300 ulike diagnoser. I 1998 ble det gitt 917 konsultasjoner fordelt på 594 brukere. TAKO mottok ca. 4 000 telefonhenvendelser fra bl.a. tannhelsetjenesten, brukere og pårørende som krevde oppfølging. Av disse dreide 113 seg om konkrete diagnoser. Antall konsultasjoner og brukere er omtrent det samme som i 1997 og dette vurderes til å være det senteret har kapasitet til med nåværende lokaler og bemanning. Selv om diagnosene er livsvarige er hovedtyngden av brukerne under 20 år.

Det er etablert et samarbeid mellom Institutt for blødere og TAKO for å kunne gi sosialmedisinsk bistand til de mest sjeldne tilstandene som ellers ikke har noen spesiell instans å forholde seg til. I 1998 omfattet dette 7 diagnosegrupper.

Senter for sjeldne sykdommer og syndromer (SSSS), Rikshospitalet, gir informasjon og rådgivning i forhold til 22 diagnosegrupper. I 1998 var det 748 henvendelser

vedrørende 401 brukere. 58 pst. kom fra brukere og pårørende og 35 pst. fra fagfolk utenom Rikshospitalet. Totalt var det pr. 31. desember 1998 registrert 1025 brukere med de ulike diagnosene.

Det utgis oppfølgingsveiledere for hver diagnosegruppe som kan anvendes av fagpersoner på brukernes hjemsted. Det er utviklet informasjonsmaterieil på video om flere av gruppene. Fagkonsulentene reiser til brukernes hjemsted for å delta på møter med brukere og det lokale hjelpeapparatet. Det arrangeres lokale kurs for å spre informasjon eller for å gi veiledning knyttet til diagnosegrupper. I 1998 foretok SSSS 106 reiser. Senteret samarbeider med Frambu om informasjonsopphold for gruppene

3. Satsingsområder og mål for 2000

Virksomheten ved sentrene vil hovedsakelig videreføres på samme måte som i 1999, men med de mulige endringene som følger av Rådgivende utvalgs fordelingsvurdering mellom de landsdekkende virksomhetene. Se omtale under kap. 604, post 01.

Post 21 Kompetansesystem for autisme

Programmet for utvikling av autismekompetanse ble videreført som et varig kompetansenettverk fra 1999 i et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Nettverket skal gi tilbud til og tjenester til mennesker med autisme i alle deler av landet. Nettverket har en sentral faglig enhet lagt til Universitetet i Oslo.

I løpet av 1999 er det inngått avtaler med fagmiljøer rundt i landet, som utfra deres spisskompetanse har fått tillagt spesielle funksjoner, omtalt som knutepunkter. Arbeidet med å bygge opp og utvikle knutepunktmiljøer vil fortsette utover i 2000.

Kompetansenettverket foreslås videreført med 11 mill. kroner. 10,1 mill. kroner foreslås dekket over Sosial- og helsedepartementets budsjett på kap. 676, post 21. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet vil innenfor eksisterende ressursramme under kap. 243 nytte inntil ett årsverk ved hvert av de seks kompetansesentrene med knutepunktfunksjoner og nytte 1 mill. kroner til dette kompetansenettverket.

Kompetansenettverket vil rapportere til departementene gjennom årsmeldinger og regnskap. Det vil bli lagt opp til evaluering av kompetansenettverket.

Post 70 Kompetansesentra m.m.

Bevilgningen skal dekke drift av flere landsdekkende tilbud for små og mindre kjente grupper funksjonshemmede. Dette gjelder Frambu, Institutt for blødere, Nasjonal kompetansesenter for ADHD, Tourette syndrom og narkolepsi, og andre kompetanseutviklingstiltak for sjeldne og mindre kjente grupper funksjonshemmede som styrking av syndromdiagnostikk og etablering av landsdekkende tilbud til mennesker med medfødte progredierende hjernesykdommer som debuterer i barnealderen. Den skal også dekke videreføring av et kompetanse-/samhandlingsnettverk for formidling av datatekniske hjelpemidler i Nord-Norge (NONITE), og fullføringen av utprøvingen av ordningen med funksjonsassistenter til sterkt bevegelseshemmede som ønsker å være yrkesaktive.

1. Resultatrapport og tilstandsvurdering

a) Frambu

Frambu har fra 1995 gitt tilbud til sjeldne diagnosegrupper etter avtale med departementet. Noen av diagnosegruppene er det bare Frambu som gir tilbud til. Smågruppesenteret på Rikshospitalet og Institutt for blødere samarbeider med Frambu om informasjonsopphold for "sine grupper". I 1998 deltok 628 personer med 22 ulike diagnoser på opphold. Til sammen var det 1339 deltakere, inklusiv foreldre og søsken. 24 fagseminarer med til sammen 821 deltakere er avholdt i 1998. Det har vært 1086

henvendelser om informasjonsmateriell, 26 pst. av henvendelsene fra private, 27 pst. fra helsetjenesten, 31 pst. fra skole, barnehage og PPT. I 1999 ble to av diagnosegruppene overført til TRS, og det skal vurderes hvilke nye grupper som skal få tilbud fra Frambu.

b) Institutt for blødere (IFB)

IFB ga i 1998 tilbud til blødere og samarbeidet med TAKO-senteret om sosialmedisinsk oppfølging av 7 diagnosegrupper med meget sjeldne tilstander. Det var registrert 982 personer med arvelige blødersykdommer ved utgangen av 1998. Totalt 235 personer med blødersykdom og 137 pårørende har vært på IFB til konsultasjoner i 1998. I samarbeid med TAKO-senteret var det 44 personer med meget sjeldne tilstander og 26 pårørende på IFB til konsultasjoner. IFB fører slektsregister over mulige arvebærere av hemofili og over døtre av blødere som er automatisk bærere av hemofili. Disse følges opp med tilbud om genetisk veiledning. IFB har holdt kurs for brukere, avlastere og besteforeldre. I tillegg er det holdt kurs for ulike faggrupper. IFB gjennomførte en kartleggingsundersøkelse blant sine brukere med meget sjeldne tilstander som også har oralmedisinske problemer.

c) Nasjonal kompetanseenhet for ADHD, Tourette syndrom og narkolepsi

Kompetanseenheten skal samle, utvikle og spre kompetanse om utredning, opplæring og behandling av diagnosegruppene. Enheten er samfinansiert med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og har hittil vært faglig og administrativt underlagt Styret for de statlige spesialpedagogiske kompetansesentrene. I 1999 pågår det et arbeid for å forankre enheten i et medisinsk fagmiljø. Enheten har arrangert kurs og konferanser for å lære opp pedagogiske og medisinske fagpersoner. I tillegg har det vært gitt veiledning i enkeltsaker og utgitt skriftlig informasjonsmateriell. Henvendelser til kompetanseenheten er økende fra 1205 i 1997 til 1690 i 1998. Henvendelsene kom i 1998 hovedsakelig fra brukere og medisinske fagmiljøer i 1998.

d) Diverse kompetanseutviklingstiltak for sjeldne og mindre kjente grupper funksjonshemmede

I Handlingsplanen for funksjonshemmede ble det utviklet ulike kompetanseutviklingstiltak for sjeldne og mindre kjente grupper funksjonshemmede. Tiltakene består bl.a. av produksjon av informasjonsmateriell om en del sjeldne diagnoser og utredninger vedrørende behov for tilbud til flere diagnosegrupper. Ett av prosjektene fra handlingsplanen er fortsatt i en overgangsfase til varig virksomhet. Det gjelder syndromdiagnostikk – samarbeid mellom genetikere, barneleger i Norge og genetiske miljøer i England.

Arbeidet med utredninger og utvikling av informasjonsmateriell er videreført i samarbeid med kompetansesentrene og Rådgivende utvalg for sjeldne funksjonshemninger.

e) Nord-norsk IT-enhet, NONITE

NONITE er en desentralisert IT-enhet for barn og unge med funksjonshemninger i landsdelen. NONITE har ført til et nettverk som alle funksjonshemmede barn og unge vil ha nytte av, ikke bare potensielle brukere av IT-hjelpemidler. Evalueringen viser til at NONITE er viktig for å samordne tjenestene mellom PP-tjenesten, kommunehelsetjenesten og habiliteringstjenesten. Prosjektet er forlenget for nærmere vurdering av eventuelt permanent organisering.

f) Funksjonsassistenter

Ordningen med funksjonsassistenter ble startet i 1997 som et treårig forsøk. For å få mulighet til å evaluere ordningen i drift over noe tid, samt å vurdere eventuell videreføring, foreslås prøveordningen forlenget med to år. Målet er å øke andelen arbeidstakere med bevegelsehemninger i ordinært arbeid. Funksjonsassistenten skal gi praktisk bistand i arbeidstiden. Dette kan bestå i hjelp til henting/flytting av

arbeidsredskap, kopiering, forflytning mellom møtesteder og arbeidsplass, hjelp til toalettbesøk, spising, av- og påkledning m.m. Arbeidsgiverne og den funksjonshemmede arbeidstaker ansetter funksjonsassistenten i samarbeid, men det er arbeidstakeren som styrer assistenten. Det er bevilget 2 mill. kroner til dette tiltaket i 1999 som inkluderer 21 deltakere med stillingsstørrelse varierende fra 25 pst. til 100 pst. Av disse er 8 arbeidstakere i offentlig virksomhet, 10 i private bedrifter og 3 i organisasjoner. Stillingsandelen til funksjonsassistentene varierer fra 25 pst. til 60 pst.

2. Satsingsområder og mål for 2000

a) og b) Frambu og Institutt for blødere (IFB).

Virksomheten ved Frambu og IFB vil fortsette som i 1999, men med de mulige endringene som følger av Rådgivende utvalgs fordelingsvurdering mellom de landsdekkende virksomhetene (se omtale under kap 604, post 01).

c) Diverse kompetanseutviklingstiltak

Kompetanseenheten for AD/HD, Tourettes syndrom og narkolepsi ble etablert som permanent ordning fra 1. januar 1999. Inntil nærmere avklaring er kompetanseenheten fortsatt plassert ved Torshov kompetansesenter og administrativt underlagt styret for spesialpedagogiske kompetansesentra. Man ønsker fortrinnsvis en tilknytning til et medisinsk fagmiljø og det arbeides i samarbeid med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet om en endelig plassering av kompetanseenheten. Arbeidet ventes avsluttet i løpet av 1999.

d) NONITE

En arbeidsgruppe skal vurdere permanent organisering av NONITE.

e) Funksjonsassistenter

Departementet skal sammen med arbeidslivets parter og representanter for brukerne av ordningen med funksjonsassistenter fremme forslag til hvordan denne ordningen kan organiseres fra 2002.

Programområde 10 Helsevern

Programkategori 10.00 Helsetilsyn m.m.

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)

Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
0700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3700)	229 239	203 357	220 050	8,2
0701	Forskning og forsøksvirksomhet	59 132	97 700	139 400	42,7
0702	Nemnd for bioteknologi	5 000	5 401	5 670	5,0
0703	Helsetjenesten for innsatte i fengsel	62 168	66 550	66 650	0,2
0704	Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 3704)	6 971	9 414	9 570	1,7
0705	Kursvirksomhet og stipendier	88 413	123 100	127 400	3,5
	Sum kategori 10.00	450 923	505 522	568 740	12,5

Utgifter under programkategori 10.00 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)

Post-gr	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
01-23	Statens egne driftsutgifter	304 773	320 857	354 770	10,6
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	691	465	470	1,1
50-59	Overføringer til andre statsregnskap			25 000	
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	126 429	168 700	175 600	4,1
70-89	Andre overføringer	19 030	15 500	12 900	-16,8
	Sum kategori 10.00	450 923	505 522	568 740	12,5

Kap 0700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3700)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	228 548	202 892	219 580
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, kan overføres	691	465	470
	Sum kap 0700	229 239	203 357	220 050

Det er overført fra 1998 til 1999:

Post 45: 103 000 kroner.

1. Formål og hovedprioriteringer

Oppgavene for Statens helsetilsyn og fylkeslegene (etaten) er gitt i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, annen helselovgivning og styringsdokumenter fra departementet.

Visjon:

Tilsyn og rådgivning for trygg helsetjeneste

Hovedmål:

1. En helsetjeneste som fungerer i tråd med nasjonale helsepolitiske mål og som etterlever myndighetenes krav.
2. Et faglig grunnlag for utviklingen av den nasjonale helsepolitikken.

Etaten har disse oppgaver og virkemidler:

1. Tilsyn
 - a) Overordnet faglig tilsyn
 - b) Tilsyn med virksomheter
 - c) Tilsyn med helsepersonell
2. Rådgivning
 - a) Utredning og rådgivning overfor Sosial- og helsedepartementet og andre sentrale myndigheter
 - b) Bidra til iverksetting av politisk bestemte handlingsplaner og prosjekter
 - c) Rådgivning overfor lokale myndigheter, helsetjenesten, helsepersonell og befolkningen
3. Øvrige forvaltningsoppgaver
 - a) Regelverksutvikling
 - b) Løpende forvaltning av lover og forskrifter
 - c) Andre delegerte oppgaver

Etaten vil i årene fremover ha tilsyn, rådgivningsvirksomhet og regelverksutvikling som hovedprioritet og har utarbeidet en handlingsplan for perioden 1999-2001 for å gi grunnlag for denne prioritering. Spesielt tilsynsfunksjonen vil bli vektlagt.

2. Resultatrapport 1998

En helsetjeneste som fungerer i tråd med nasjonale helsepolitiske mål og som etterlever myndighetenes krav

Tilsynsoppgaver

Fylkeslegene gjennomførte i alt 176 større tilsyn i 1998 (tilsvarende ca. 200 systemrevisjoner).

En stor del av tilsynsarbeidet i 1998 har vært knyttet til helsetjenester for eldre og til kapasitetsproblemer på sykehusene, særlig overbelegg på medisinske avdelinger, flaskehalser innen sykehusene, ventetid for undersøkelse for enkelte alvorlige sykdommer og ventetidsgaranti. Innenfor helsetjenesten for eldre, ble det i en tredel av tilsynene påvist at grunnleggende behov som normal døgnrytme, personlig hygiene og naturlige funksjoner ikke var tilfredsstillende ivaretatt i mange av sakene. I tre fjerdedeler ble forvaltningsloven ikke fulgt ved behandlingen av søknad om tildeling av helsetjenester. Tilsyn med ventetidsgarantien har avdekket mangelfulle rutiner for håndtering av forskriftens bestemmelser i 16 fylker. Det manglet retningslinjer for å sikre lik forståelse av forskriftens prioriteringskriterier mellom avdelinger og institusjoner, plikten til å tilby pasienten behandling ved annet sykehus ble brutt, pasient og primærlege fikk ikke den informasjon forskriften krever. De avvik fra lov og forskrift som blir påpekt følges systematisk opp overfor virksomheten. I de aller fleste tilfellene fører kommunikasjon mellom ansvarlig eier og tilsynsmyndigheten til at forholdene rettes. I fire tilsynssaker har Helsetilsynet gitt varsel om pålegg etter tilsynsloven § 5 og i ett tilfelle gitt pålegg.

Helsetilsynet gjennomførte 28 tilsyn på legemiddelområdet. Nye og viktige tilsynsobjekter har vært landets blodbanker samt produsenter av dyrefôr tilsatt legemidler. Det er gitt én advarsel til apotek.

Fylkeslegene avsluttet i 1998 ca 1 400 klage- og tilsynssaker. Saker hvor det er aktuelt å gi reaksjoner etter helsepersonellovgivningen oversendes Helsetilsynet, som i 1998 ferdigbehandlet 232 klage- og tilsynssaker. I 157 tilfeller ble det gitt reaksjoner mot helsepersonell, herav 38 tilfeller av tilbakekall eller suspensjon av godkjenning/autorisasjon og 8 tilfeller av tilbakekall eller tap av forskrivningsrett. I 15 saker ble det rettet systemkritikk mot sykehus/kommunehelsetjeneste/faglig leder. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for klage- og tilsynssaker ved fylkeslegekontorene var i 1998 i underkant av 6 måneder og i Helsetilsynet i underkant av 10 måneder. Dette er kortere enn tidligere år og innenfor resultatmål.

Helsetilsynet utga Tilsynsmelding 1997, og fylkeslegene utga medisinalmeldinger med oversikt over og analyser av helsetilstand og helsetjenester i eget fylke.

Kvalitetsutvikling

Det er ansatt egne rådgivere ved alle fylkeslegekontorene. Kvalitetsrådgiverne skal bidra til å få flere virksomheter til å arbeide systematisk med å sikre at regelverkets krav ivaretas i det daglige (internkontroll).

Ny sykdomsklassifikasjon, ICD-10 (med diagnostiske koder) og nytt prosedyrekodeverk, NCSP (for kirurgiske prosedyrekoder), ble innført 1. januar 1999.

I 1998 mottok Helsetilsynet 5382 meldinger til meldesentralen om avvikshendelser ved sykehus fra sykehusenes kvalitetsutvalg, herunder 344 meldinger om svikt ved og uhell med medisinsk utstyr. For øvrig var 806 av meldingene relatert til legemiddelhåndtering og 430 til komplikasjoner i forbindelse med undersøkelse og behandling. Meldeordningen vedrørende medisinsk utstyr ble i 1998 utvidet til også å omfatte kommunehelsetjenesten. I tillegg til de meldinger som kom til meldesentralen, er det mottatt et fåtall meldinger fra kommuner og fra internasjonale meldeordninger.

Handlingsplaner og prosjekter

Arbeid med opptappingsplanen for psykisk helse, handlingsplaner for barn og helse, eldreomsorg, kvalitetsutvikling m.fl. utgjør en økende del av etatens ressursbruk. Det er bla. ansatt 23 rådgiverstillinger ved fylkeslegekontorene til å bistå kommunene i arbeidet med opptappingsplanen for psykisk helse. Det vises til nærmere omtale under kap. 743 post 21 og post 62.

Prosjektet «Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten» ble avsluttet i 1998. I den forbindelse ble det utgitt flere veiledere.

Ny veileder om miljørettet helsevern i skoler og barnehager er sendt alle landets kommuner, skoler og barnehager.

Regelverksutvikling

På smittevernområdet har Helsetilsynet i 1998 vedtatt nye forskrifter om transport, håndtering og emballering av lik samt gravferd, og om gjennomføring m.m. av undersøkelse for smittsom sykdom av biologisk materiale for ikke-diagnostiske formål.

Det er utarbeidet et standard henvisningsskjema basert på de nye forskriftene om vurderings- og behandlingsgaranti. De nye skjemaene har bidratt til å gjøre søknadene mer ensartet.

Beredskapsarbeid

Fra 1998 er helsetjenestens forberedelser i forhold til år 2000-problematikken fulgt opp med rådgivning og kartlegging av status i samarbeid med departementet og andre involverte sentrale organer. De klare svakheter som er avdekket, følges opp gjennom tilsyn og rådgivning.

Helsetilsynets kriseorganisasjon ved fredstidshendelser er gjennomgått i 1998, og det er utarbeidet en kriseplan for fredstid. Helsemateriellberedskapsprosjektet har vært

gjennomført som planlagt. Krav til beredskap av infusjonsvæsker er endret i tråd med ny beredskapstenkning.

Andre forvaltningssaker

Etaten godkjente 9 928 helsepersonell. Det ble gitt ca 2.000 lisenser til nordiske leger. Vel 1.800 helsepersonell er fordelt til turnustjeneste. Ca. 9000 førerkortsaker ble avsluttet, her av ca. 3000 dispensasjonssøknader med ca 20 pst. avslag. Antall klager til fylkeslegene etter kommunehelsetjenesteloven § 2-4 om nødvendig helsehjelp ligger under 200. Fylkeslegene har avsluttet 767 saker om tvangsmedisinering i psykiatriske institusjoner. Ca 400 saker om billighetserstatning er forberedt for Justisdepartementet. Antallet journalførte dokumenter i alle saker ved fylkeslegekontorene økte med 10 pst. til 163 000.

Et faglig grunnlag for utviklingen av den nasjonale helsepolitikken

Helsetilsynet har gitt bidrag til departementet i arbeidet med nye helselover, apoteklov, lov om sosial og helsemessig beredskap, til en rekke forskrifter og gjennomgang av legemiddelforvaltningen, samt diverse utredninger og prosjekter. Videre har etaten bidratt i utformingen av opptrappingsplan for psykisk helse, handlingsplan for barn og helse, eldreomsorg, kvalitetsutvikling samt til andre utredninger og prosjekter. Helsetilsynet har eksempelvis

- deltatt i arbeidet med rapporten "Kvinner møter med helsetjenesten. En kunnskapsoversikt" er utarbeidet og publisert på oppdrag fra Helsetilsynet. En bibliografi over kvinnehelse er laget og klargjort for Internett. Det er utarbeidet oversikt over eksisterende registre og andre datakilder
- utarbeidet forslag til retningslinjer for håndtering av aborterte fostre
- utarbeidet nytt sett med journal, protokoll og meldeskjema ved begjæring om selvbestemt svangerskapsavbrudd
- fått utarbeidet en rapport om rettslige og rettspolitiske aspekter ved uttak, lagring og bruk av humant biologisk materiale. Arbeidet vil bli videreført med sikte på en evt. rettslig regulering på området
- ferdigstilt utredninger om el-overfølsomhet og "Bruk av tannfyllingsmaterialer i Norge" med Helsetilsynets anbefalinger
- innhentet landsomfattende data for 1997 angående det offentlige tannhelsetilbudet og tannhelseforhold
- kartlagt omfang av gjenbruk av medisinsk engangsutstyr i samarbeid med de øvrige nordiske land
- under streikene sommeren 1998 løpende vurdert situasjonen basert på rapporter fra fylkeslegene om hvorvidt liv og helse var i fare, med videre informasjon til Sosial- og helsedepartementet

Helsetilsynet gir helsefaglige råd til NORAD etter avtale. Hovedområdene er aids, kvinners helse, reproduktiv helse, legemiddelprogrammer og smittsomme sykdommer.

3. Tilstandsvurdering

Endringer i befolkningssammensetning og sykdomspanorama, medisinsk teknologi, samt endrede forventninger og krav til helsetilstand medfører at helsevesenet må tilpasse organiseringen av tjenester og fordeling av ressurser. Sykdomsbildet påvirkes også av endringen i vårt livsmiljø. Dette stiller krav til samarbeid på tvers av tradisjonelle fag- og sektorgrenser. Helsehensyn er i dag ikke tilstrekkelig innarbeidet i plan- og beslutningsprosesser i andre sektorer.

Gjennom nasjonale informasjonssystemer (KOSTRA, SAMDATA, NPR) gis myndighetene mulighet for en bedre oversikt over forbruk av og behov for helsetjenester. Selv om det i Norge generelt er god tilgjengelighet til både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, avdekkes også stadig kapasitetsproblemer og uverdige ventetider. Nasjonal innsats innenfor bestemte

områder (f.eks. kreftbehandling, psykisk helsevern og helsetjeneste for eldre) krever personell. Tiltak innen rekruttering, utdanning og import av personell vil bidra til å møte disse behov. Disse forhold stiller store krav til organisering av tilbudene og aktualiserer arbeidet med regionalt samarbeid innenfor pasientbehandling og utdanning av helsepersonell.

Ventetidsgarantien skal sikre at de som har størst nytte av en tjeneste, skal være sikret rask behandling. Selv om ordningen fungerer langt bedre enn tidligere, har fylkeslegene gjennom sitt tilsyn avdekket at fylkeskommunene og sykehusene til dels har mangelfulle systemer for å sikre at ordningen fungerer etter forutsetningene. Departementet har brukt rapportene som underlagsmateriale i sitt arbeid med forskriftene til den nye pasientrettighetsloven, og vil arbeide videre med å øke bevisstheten om riktig prioritering i fagmiljøene. For øvrig følges tilsynet opp på vanlig måte av Helsetilsynet.

Den kommunale helsetjeneste står foran store oppgaver innenfor forebyggende helsearbeid, en bedre helsetjeneste for eldre og flere oppgaver med oppfølging av pasienter som skrives ut fra institusjoner. Oppfølging av opptrappingsplanen for psykisk helsevern 1999-2006 er kommet godt i gang i kommuner og fylkeskommuner. Det registreres en økt interesse for kompetansehevede tiltak, og rekrutteringen til etter- og videreutdanning i psykisk helsevern er bedret.

Det er nå ca 380 apotek i Norge, herav ca 40 opprettet de siste 5 årene. Ved nyetablering legges det vekt på å redusere ulikhet i tilgjengelighet. De fleste nye apotek opprettes i utkantstrøk.

En gjennomgang av området legemiddelhåndtering i 1998 har dokumentert et betydelig forbedringspotensiale både i sykehus og primærhelsetjeneste, og i skoler og barnehager. Regelverket trenger oppdatering for å fungere hensiktsmessig som grunnlag for tilsyn og rådgivning.

Den statlige legemiddelberedskapen har fram til i dag blitt ivaretatt gjennom et statlig eiet beredskapslager ved Norsk Medisinaldepot (NMD). Etter at staten nå har solgt 17 pst av aksjene i NMD og vil selge seg ytterligere ned til 34 pst, må den statlige delen av legemiddelberedskapen løses på en annen måte. Sett i sammenheng med dagens lager og legemiddelberedskapen for øvrig, vil Helsetilsynet og departementet gjennomgå både omfang og innhold for et framtidig statlig lager. Som det ble varslet i St.prp. nr. 46 (1998-99) Om salg av aksjer i Norsk Medisinaldepot AS, vil en deretter legge oppgaven å etablere og drive et eget beredskapslager ut på anbud. Denne løsningen hvor staten ikke lenger eier noe eget lager, men likevel har eksklusiv tilgang, anses som mer rasjonell enn hvordan en til nå har løst beredskapsbehovet. Inntil ny ordning er på plass, tar en sikte på å forlenge dagens avtale med NMD.

4. Satsingsområder for 2000

En helsetjeneste som fungerer i tråd med nasjonale helsepolitiske mål og som etterlever myndighetenes krav

Tilsyn og rådgivning

Det overordnede faglige tilsynet omfatter overvåking av både helsetjenestens ytelser og vurdering av behovsdekning i forhold til nasjonale mål og prioriteringer. Metodisk og praktisk utvikling av dette tilsynet er en prioritert oppgave, herunder etablering av rutiner for å overvåke helsetjenestetilbud til kvinner.

Fylkeslegene vil ha skolehelsetjenesten og internkontroll i sykehus som de to felles tilsynsområder i 2000.

Innenfor virksomhetstilsynet etterstrebes det at en virksomhet i hver kommune og bydel skal tilsees minst hvert fjerde år og hvert sykehus minst hvert tredje år. Det er videre et mål å utføre ca. 50 tilsyn med legemiddelforsyningskjeden og 5 innen området medisinsk utstyr. Etablering av tilsyns- og kontrollfunksjoner for å følge opp ny

forskrift om produksjon og omsetning av såkalte precursorer (benyttes i illegal produksjon av narkotika), vil også bli prioritert i 2000.

Arbeidet med kvalitetsutvikling av tilsynsmetodikken vil fortsette. Riksrevisjonens rapport om klagesaksbehandlingen i Statens helsetilsyn og ved fylkeslegekontorene vil bli fulgt opp. Dette gjelder effektivisering av saksbehandlingen gjennom bedre rutiner, opprusting av arkivfunksjonen og mer ensartet skjønnsøvelse i klagesakene. Oppfølgingen og prioriteringen av tilsynsområdet forutsetter også ressursmessige omdisponeringer.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid for klage- og tilsynssaker skal ikke overstige 6 måneder i Helsetilsynet ved ca 240 nye saker, og 5 måneder ved fylkeslegekontorene ved ca 1 400 nye saker. Resultatene fra prosjekt om tilsyn med helsepersonell vil bli implementert i form av metoder, opplæring i etaten m.m.

Det skal drives mer effektiv rådgivning og veiledning rettet mot helsestasjoner og skolehelsetjenesten om forebygging av psykososiale problemer, habilitering av barn, svangerskapsomsorg og forebygging av abort og svangerskap. Nye stillinger for forebyggingsrådgivere ved fylkeslegekontorene skal følge opp satsingene på helsestasjon- og skolehelsetjenesten, kost-, mosjon- og røykfrihetprosjektene, samt resultater og erfaringer fra Aksjonsprogrammet barn og helse og andre større forebyggingsprosjekter. Dette skal gi forebyggingsinnsatsen en mer desentralisert profil.

Handlingsplaner og prosjekter

Helsetilsynet og fylkeslegene skal bistå departementet i gjennomføringen av opptappingsplanen for psykisk helse.

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten skal evalueres i år 2000. Kvalitetsrådgiverprogrammet for kommunehelsetjenesten videreføres etter planen med sikte på å bistå kommunene i etablering av helhetlige kvalitetssystemer i helsetjenesten.

Helsepersonell

Det har i de siste årene vært satset stort på rekruttering av utenlandsk helsepersonell til helsetjenesten i Norge. Helsetilsynet vil i år 2000 sette fokus på hvordan arbeidsgiver sikrer at kravene til språkferdighet og andre kvalifikasjoner ivaretas ved ansettelse av helsepersonell fra utlandet.

Turnustjenesten for medisinske kandidater er gjenstand for stor oppmerksomhet både når det gjelder innhold, kvalitet, organisering og finansiering. Helsetilsynet og fylkeslegen i Oslo vil bistå departementet med en større gjennomgang av turnustjenesten.

Samhandling med andre sektorer

Helsetilsynet skal arbeide for synliggjøring av helseaspekter i andre sektors strategier samt samarbeide med andre tilsynsmyndigheter om en bedre koordinering overfor kommunene. Videre vil Helsetilsynet arbeide med bl.a. utvikling og spredning av metoder og eksempler for å legge til rette for en sterkere integrering av helsehensyn i kommunenes ordinære plan- og beslutningsprosesser og i konsekvensutredninger.

Regelverksutvikling

På narkotikaområdet vil Helsetilsynet bidra til oppfølging av de internasjonale konvensjonene som Norge har tiltrådt. Retningslinjer for bruk av sentralstimulerende midler vil bli revidert. Ny veileder for vanedannende midler vil bli fulgt opp gjennom ulike opplærings- og informasjonstiltak.

Det vil bli igangsatt en kartlegging av omfanget av feil legemiddelbruk i Norge. Arbeidet planlegges å munne ut i en plan over tiltak som kan redusere omfanget av feil legemiddelbruk.

Sosial- og helsedepartementet

I år 2000 trer et nytt EU-direktiv om diagnostisk utstyr i kraft. Utforming av regelverk i tilknytning til dette vil gis prioritet.

Gjensidige anerkjennelsesavtaler for regelverk om legemiddelproduksjon og medisinsk utstyr med bl.a. Canada, vil kreve tillitsskapende aktiviteter og medføre internasjonalt fokus på kvalitet og kapasitet i arbeidet i Helsetilsynet som internasjonal fagmyndighet og tilsynsorgan.

Helsetilsynet vil i samarbeid med departementet, foreta en gjennomgang av regelverket om tilsyn og internkontroll, jf. Ot. prp. nr. 10 (1998-99) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Beredskapsarbeid

Etaten vil foreta en gjennomgang av erfaringer fra år 2000-arbeidet i helsesektoren (og Kosovo-krisen), som bakgrunn for vurdering av beredskapsplanverk, øvelser, tilsyn og veiledning. Oppfølging av helsemateriellberedskapsprosjektet vil pågå i 2000 – 2001.

Et faglig grunnlag for utviklingen av den nasjonale helsepolitikken

Helsetilsynet vil bistå Sosial- og helsedepartementet med å følge opp NOU 1999:13 *Kvinnens helse i Norge*, der det i Helsetilsynets arbeid vil bli særlig fokusert på kvalitetssikring og utvikling av helsetjenesten, slik at kvinner og kvinners sykdommer bedre ivaretas. Det etableres et fagråd for kvinnehelse til støtte for Helsetilsynets arbeid med disse spørsmål.

Helsetilsynet har et omfattende arbeid med rådgivning overfor departement og andre helsemyndigheter knyttet til faglige aspekter ved regional helseplanlegging, opptrappingsplanen for psykisk helse, utbygging av sykehus og samordning av spesialfunksjoner i Oslo-regionen.

Det er de siste år innført nye tiltak for å realisere de helsepolitiske mål. Helsetilsynet og fylkeslegene vil vurdere om de iverksatte tiltak fungerer ut fra intensjonene. Fra 1. januar 1999 er det innført kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter. Helsetilsynet og fylkeslegene vil i år 2000 ha oppmerksomheten rettet mot hvilken effekt dette har på behandlingsskjeden.

Nasjonalt geriatriprogram avsluttes i 1999-2000. Som oppfølging av Handlingsplan for eldreomsorg og videreføring av initiativ i Nasjonalt geriatriprogram skal etaten bidra til å tydeliggjøre hvorfor det er behov for helsefaglige premisser for utviklingen av eldreomsorgen. Viktige oppgaver blir å gi helsefaglige innspill til departementet og videreutvikle de helsefaglige krav som skal stilles til de kommunale planene under handlingsplanen samt krav til kompetanse hos personellet. Helsetilsynet skal utarbeide en "Veileder om helsetjenesten for eldre i kommunen".

Handlingsplanen mot selvmord avsluttes i 1999. Imidlertid er det foreslått en fortsatt satsing på selvmordsforebyggende arbeid i ytterligere tre år.

Helsetilsynet skal følge opp deler av Handlingsplan mot uønskede svangerskap og abort i perioden 1999-2003.

Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien avsluttes i år 2000. Helsetilsynet vil sammen med departementet og Folkehelsen forberede avviklingen av denne planperioden i tillegg til å videreføre de løpende oppgavene i år 2000.

Helsetilsynet viderefører satsingen på å styrke tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2000

Post 1 Driftsutgifter

Det foreslås å overføre 6 mill. kroner fra kap. 719 post 21 til dekning av lønnsutgifter til 19 forebyggingsrådgivere på fylkeslegekontorene. Disse rådgiverne skal blant annet

følge opp helsefremmende og forebyggende arbeid i forbindelse med helsestasjon- og skolehelsesatsningen, nasjonal kreftplan og resultatene fra Aksjonsprogrammet Barn og helse.

Post 1 styrkes med 5,7 mill. kroner til følgende områder:

- styrke fylkeslegen i Oslo sitt arbeid med godkjenning av utenlandsk personell
- kompensasjon for merutgifter i forbindelse med Statens hus
- styrking av tilsynsarbeidet i etaten, herunder klagesaksbehandling
- styrking av regnskapsfunksjonen i etaten. Det vil her bli lagt vekt på å rette opp de svakheter Riksrevisjonen har avdekket vedrørende etatens regnskapsarbeid

Det er i tillegg overført 1,45 mill. kroner fra kap. 600 post 1 i forbindelse med omfordeling av midler til lønnskjøringer.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 466 pr. 1. mars 1998 og 479 pr. 1. mars 1999.

Kap 3700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 700)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Salgs- og leieinntekter	6 245		
03	Refusjon fra NORAD	404		
04	Diverse inntekter	12 527		
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	277		
16	Refusjon fødselspenger	1 649		
17	Refusjon lærlinger	92		
70	Refusjon av kontrollutgifter	1 323	750	770
Sum kap 3700		22 517	750	770

Post 03 Refusjon fra NORAD

I forbindelse med de avtaler Direktoratet for utviklingshjelp (NORAD) har med bistandsland om gjennomføringen av forskjellige bistandstiltak, har NORAD behov for sakkyndig bistand innen helsesektoren og tilhørende fagområder. Helsetilsynet stiller den nødvendige sakkyndige bistand til disposisjon.

Post 04 Diverse inntekter

Posten gjelder kurs m.v. som fylkeslegene arrangerer for helsepersonell i kommuner og som dekkes av de berørte kommuner.

Post 70 Refusjon av kontrollutgifter

Posten omfatter inntekter ved kontroll av anlegg m.v. på kontinentalsokkelen, som rettighetshaverne (operatørselskapene m.fl.) skal innbetale m.v. Det vil fortsatt bli gitt fullmakt til å øke utgiftene mot tilsvarende merinntekter.

Kap 0701 Forskning og forskersvirksomhet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
21	Spesielle driftsutgifter	59 132	97 700	114 400
50	Norges forskningsråd			25 000
	Sum kap 0701	59 132	97 700	139 400

Det er overført fra 1998 til 1999:

Post 21: 3 472 000 kroner (jf. også kap. 603, post 21)

Post 21 Spesielle driftsutgifter

For 2000 fordeles bevilgningene på følgende tiltak:

1. Tiltak innen kvalitetsutvikling.
2. Planlegging og forberedelse av fastlegereformen.
3. Utviklingstiltak innen primærhelsetjenesten.
4. Utvikling av tannhelsetjenesten.
5. Oppfølging av plan for helse- og sosialtjenesten for den samiske befolkningen.
6. Spesialisthelsetjeneste i samiske områder.
7. Utredninger, statistikk m.v. på legemiddelområdet.
8. Utredning av omfang av egenbetaling blant storbrukere av helsetjenester.
9. Innovasjonsbistand til Helseregion midt-Norge.
10. Tilskudd til Senter for helseadministrasjon.
11. Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene.
12. Førstehjelpsprosjektet.
13. Informasjon om helsereformer.
14. Tidsskriftet Liv og Helse.
15. Statistikkutvikling innenfor handlingsplan for helse- og omsorgspersonell.
16. Oppfølging av Handlingsplanen for IT i helsesektoren - Mer helse for hver bIT.
17. Oppfølging av utredning om alternativ medisin.

1. Utvikling og sikring av kvaliteten i helsetjenesten

Dokumentet Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten fra 1995 (Nasjonal strategi) klargjør ansvar og oppgaver i den nasjonale satsingen på kvalitetsutvikling. Helsetilsynet er ansvarlig for å organisere gjennomføringen av Nasjonal strategi. Dette innebærer bl.a. å være pådriver for, samt gi råd og veiledning om kvalitetsarbeid.

Resultater for 1998:

Nasjonal strategiprogrammet ble tildelt 11 mill. kr til følgende aktiviteter:

- Informasjonsvirksomhet og opplæring, herunder internkontrollplikten.
- Kvalitetsrådgiverprogrammet for kommunehelsetjenesten ble utvidet til alle fylkeslegekontor. Kvalitetsrådgiverne har i løpet av 1998 styrket kvalitetsarbeidet i kommunene gjennom informasjon, besøk, seminarer og nettverkssamlinger.
- Økonomisk bistand og/eller veiledning til 26 prosjekter i den utøvende helsetjeneste.
- Utvikling av faglige veiledere i prosessforbedring i psykiatrien og veileder av psykiatriske institusjoner.
- Etablering av samarbeid med Den norske lægeforening og Institute for Health Care Improvement i USA for å etablere et læringsnettverk for kliniske forbedringsprosjekter.

Tilstandsvurdering og aktiviteter i 1999

Helsetilsynet har for inneværende år disponert 13.2 mill. kr til oppfølging av Nasjonal strategi. I følge målene skulle alle virksomheter ha etablert internkontroll og helhetlige kvalitetssystemer i virksomheten innen år 2000. Denne tidsplanen har vist seg å være for ambisiøs. Særlig regionsykehusene og flere større sykehus har kommet langt i arbeidet. Øvrige sykehus og kommunehelsetjenesten har i løpet av 1999 signalisert en større satsning på kvalitetsarbeid. Disse er ofte avhengig av ekstern veiledning/erfaringsoverføring og økonomisk bistand for å komme i gang. Det er stor etterspørsel etter veiledningsmateriell om kvalitetsarbeid, oppbygging av kvalitetssystemer, myndighetskrav og systematisk problemløsning. Erfaringene fra Norge og andre land tilsier at sentrale helsemyndigheter bør ha en pådriverrolle i dette arbeidet i flere år fremover.

Kvalitetsrådgiverprogrammet for kommunehelsetjenesten har ført til økt forståelse, interesse og aktivitet i store deler av kommunehelsetjenesten. Et prosjekt om keisersnitt har bidratt til en stigende interesse og aksept for systematisk kvalitetsforbedring innenfor de kliniske fagmiljøene på sykehus.

Departementet har i samarbeid med Helsetilsynet startet et arbeid med å utarbeide en internkontrollforskrift for helsetjenesten. Denne vil bli sendt på høring.

Helsetilsynet skal prioritere følgende innsatsområder og aktiviteter i oppfølgingen av Nasjonal strategi i 2000:

- Informasjonsvirksomhet til helsetjenesten gjennom kurs, foredrag og veiledningsmateriell.
- I samarbeid med andre fortsette arbeidet med å integrere kvalitetstenkning i grunn-, videre- og etterutdanning av helsepersonell.
- Videreføre kvalitetsrådgiverprogrammet i kommunehelsetjenesten.
- Støtte og følge opp kvalitetsutviklingsprosjekter med erfaringsoverføringsverdi.
- Videreføre det nasjonale nettverk for kvalitetsrådgivere
- Videreføre kvalitetsforbedringsprosjekt i psykiatrien.
- Ferdigstille gjennombruddsprosjekt om keisersnitt og om intensiv medisin
- Etablere program for utarbeiding av kliniske veiledere for primærlegetjenesten
- Evaluering av Nasjonal strategi og helsemyndighetenes oppfølging etter år 2000.

I tillegg til midlene som tildeles helsetjenesten gjennom Nasjonal strategi, gis det tilskudd til kvalitetsutvikling for sykehussektoren under kap. 739 post 21 og kap. 760 post 62, for psykisk helsevern under kap. 743 og for pleie- og omsorgssektoren under kap. 675.

2. Planlegging og forberedelse av fastlegereformen

Departementet arbeider med utforming og iverksetting av en landsdekkende fastlegeordning i tråd med Stortingets vedtak våren 1997. Fastlegeordningen skal iverksettes i alle kommuner fra januar 2001.

Høsten 1998 sendte departementet ut høringsnotat med forslag til utforming av fastlegeordningen. Odelstingsproposisjonen ble lagt fram for Stortinget i september 1999. Departementet har hatt et nært samarbeid med Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske lægeforening om utformingen av fastlegeordningen.

Bevilgningen skal dekke departementets forberedelse av reformen, herunder midler til informasjonsarbeid rettet mot kommuner, leger og befolkning samt til oppstart av evaluering av reformen. Kommunenes frie inntekter økes med 10 mill. kroner i 2000 til det kommunale planleggings- og forberedelsesarbeid. Årets bevilgning til stimulerings tiltak for å bedre stabiliteten i primærlegetjenesten jf. kap. 705 post 60 foreslås videreført og styrket i 2000.

(Se også omtale i programkategori 10.10 og St. prp. nr. 1 Folketrygden kap. 2600 Trygdestaten).

3. Utviklingstiltak innen primærhelsetjenesten

I 1999 ble bevilgningen på 2,5 mill. kroner brukt på undersøkelser med sikte forenkling av skjema som brukes i allmennlegepraksis, og samarbeid med instanser som produserer og krever skjema og attester fra helsetjenesten. Videre ble bevilgningen brukt til FoU-virksomhet knyttet til forberedelse og planlegging av fastlegereformen.

I 2000 vil departementet i samarbeid med fagmiljøer og underliggende etater iverksette forenklingstiltak i lys av regjeringens satsing på "Et enklere Norge." I dette arbeidet vil den overordnede målsettingen være å frigjøre legeårsværk til mer pasientrettet arbeid. Forenkling av skjema og attester i allmennlegepraksis er sentrale virkemidler i dette arbeidet. En rekke andre tiltak er under vurdering. Ikke minst er det viktig å utnytte de muligheter for forenkling som informasjonsteknologien gir i denne sammenheng. Videre vil departementet fullføre og starte opp nye forskningsprosjekter som har til hensikt å bedre kunnskaps- og beslutningsgrunnlaget i primærhelsetjenesten bl.a. i forbindelse med arbeidet med fastlegeordningen, samt rekruttering av helsepersonell.

4. Utvikling av tannhelsetjenesten

De største utfordringer innen tannhelsetjenesten er knyttet til 3 forhold: personellsituasjonen, det offentlige tilbud til befolkningen samt kvalitet på tannbehandlingsmaterialer.

I 1999 ble en bevilgning på 7,8 mill. kroner fordelt til følgende tiltak:

- Personellforhold: utredning om framtidig tannlegebehov og tannlegeutdanning i Tromsø, stimuleringsstiltak til de nord-norske fylker, tilskudd til 1-årig tilleggskurs for tannleger fra land utenfor EØS-området og som oppholder seg i Norge, oppstart av rekruttering av EØS-tannleger (kap. 705.post 60), utredning om kompetansesentra og spesialistvirksomheten
- Det offentlige tilbud: økning av offentlig støtte til implantatbehandling for definerte pasientgrupper utført på sykehus med spesialist i oral kirurgi/kjevekirurgi og på de odontologiske fakulteter.
- Kvalitet på tannbehandlingsmaterialer: tilskudd til drift av Bivirkningsgruppa for odontologiske biomaterialer ved UNIFOB, Universitetet i Bergen, bidrag til Nordisk institutt for odontologisk materialprøving (NIOM) til internasjonalt standardiseringsarbeid, oppfølging av Helsetilsynets rapport om tannbehandlingsmaterialer ("amalgamrapporten")

I tillegg var det en økning av midler til tryderefusjon for grupper med sjeldne sykdommer (kap. 2711, post 72).

Personellforhold

Det er tannlegedekningen som er kritisk på personellfeltet i tannhelsetjenesten. Mens etterspørselen har økt (privat sektor) har tannlegeressursene i Den offentlige tannhelsetjenesten blitt redusert som følge av at avgangen av tannleger er større enn tilgangen. Ubalansen har forsterket fordelingsproblemene. I distrikts-Norge generelt og i de nordligste fylker spesielt er problemene med rekruttering og stabilitet alvorlige. Ved utgangen av 1998 var det registrert ca. 120 ledige tannlegestillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten. Dette utgjør ca. 10 pst. av samtlige stillinger. I enkelte fylker har ledigheten til tider vært bortimot 20 pst.. Rekrutteringen fra våre naboland har stoppet opp pga. behov for tannleger i eget land. Andelen studenter som gjennomfører studiet utgjør mellom 70 og 90 pst. Ved uendret utdanningskapasitet og en gjennomføringsprosent på 85 pst. vil det bli drøye 600 færre tannlegeårsværk i 2015.

I samråd med Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet ga Sosial- og helsedepartementet i 1998 Universitetet i Tromsø i oppdrag å utrede framtidig tannlegebehov og eventuell tannlegeutdanning i Tromsø. Universitetet avga sin rapport i august 1999. Rapporten beskriver en framtidssituasjon med netto nedgang i antall tannlegeårsværk. Dette vil ytterligere kunne forsterke den kritiske situasjon i Den offentlige tannhelsetjenesten. For å oppnå samme tannlegeårsværk i 2030 må

utdanningskapasiteten øke med 67 studieplasser (ca. 60 pst. økning) f.o.m. 2001. Dette er en prosentvis økning som ikke er ulik den vi har hatt innen mange av helsefagutdanningene på 90-tallet. Rapporten foreslår etablering av tannlegeutdanning i Tromsø fra 2001 med 40 studieplasser, og at Bergen og Oslo øker med til sammen 27 plasser. Rapporten er sendt på høring. Departementet vil i samarbeid med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet framlegge saken for Stortinget på egnet måte.

Fylkeskommunene som arbeidsgivere har en stor utfordring gjennom bruk av lønns- og personalpolitikken til å sørge for at Den offentlige tannhelsetjenesten er en attraktiv arbeidsplass for nyutdannede tannleger. Resultatet av forhandlingene mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske tannlegeforening (NTF) vinteren 1999 har åpnet for nye muligheter. I tillegg har fylkeskommunene selv ulike virkemidler. Situasjonen i de nordligste fylker har vært kritisk over 10 – 20 år. Det er derfor nødvendig at staten bidrar med tilskudd til ulike stimulerings tiltak til disse fylker. Midlene foreslås trappet opp i 2000. Departementet har etablert et samarbeid med KS og NTF om valg av tiltak for å bedre rekrutteringen til distriktene og om bruk av stimuleringsmidler. 1.6 mill. kroner foreslås overført fra kap. 701, post 21 til kap. 705, post 60 (stimulerings tiltak). Departementet foreslår at midlene utvides med en forsøksordning med vikarer fra privat sektor for å dekke mangelen i de mest utsatte deler. Videre foreslås en forsøksordning med nedskrivning av studielån utover det som er etablert i Finnmark og Nord-Troms (se kap. 705, post 71). Departementet vil også vurdere en geografisk utvidelse av tilskuddsordningen.

Departementet vil videreføre tiltakene for å rekruttere tannleger fra EØS-land og tilbud om 1-årig tilleggskurs for tannleger fra land utenfor EØS-området og som allerede bor eller oppholder seg i Norge.

Odontologiske kompetansesentre

I forbindelse med interpellasjonsdebatt 7. mai 1998 fattet Stortinget vedtak om at Regjeringen anmodes om å vurdere å fremme forslag om opprettelse av odontologiske kompetansesentra i alle helseregioner. Sosial- og helsedepartementet har gitt Statens helsetilsyn i oppdrag å utrede odontologiske spesialisttjenester, utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentre. I mandatet inngår å vurdere spesialisert virksomhet innen tannhelsetjenesten for øvrig, samt å gjennomgå behovet for de ulike spesialiteter, utdanning av spesialister (herunder finansieringsordninger) og regelverket for godkjenning av spesialister. Utredningen planlegges avsluttet tidlig i år 2000. Det vil bli gjennomført høring i løpet av 2000. Deretter vil saken bli fremmet for Stortinget på egnet måte.

Det offentlige tilbud

Departementet har startet et arbeid med gjennomgang av regelverket om kontantstøtte gjennom trygderefusjon og av lov om tannhelsetjenesten og forskrift om vederlag hjemlet i denne lov. I arbeidet vurderes behovet for å endre fordelingen mellom bidrags- og refusjonsordninger, eventuell utvidelse av det fylkeskommunale tilbud til pasienter med kommunale hjemmetjenester. Dette som følge av at pleie- og omsorgstjenesten i større grad enn før benytter hjemmebaserte tjenester. Forslag til endringer i regelverket og til forsøksordning med fylkeskommunalt tilbud vil bli sendt på høring i løpet av vinteren 1999/2000. Departementet vil komme tilbake til Stortinget med konkrete forslag til slik utprøving.

Offentlige tilskudd til implantatbehandling ved de odontologiske fakulteter videreføres.

Kvalitet på tannbehandlingsmaterialer

Bruk av tannbehandlingsmaterialer har vært debattert med stor intensitet de siste 10 – 15 år i Norge og i Norden, spesielt bruken av amalgam. I Norden har det siden 1972 gjennom Nordisk Råd vært et samarbeid om prøving og testing av tannbehandlingsmaterialer. Slik kvalitetskontroll har blitt utført av Nordisk institutt for odontologisk materialprøving (NIOM) som er plassert i Norge. Kontrollen har vært en

markedskontroll, og testingen har vært foretatt i forhold til krav i internasjonale standarder.

Det har i flere år blitt hevdet at kvikksølv som frigis i munnen fra tannfyllingsmaterialet amalgam hos mange mennesker fører til forgiftning eller sykdom og lidelser. Samtidig er det mange innen fagmiljøet som frykter at den økte mengde plastfyllinger som brukes kan føre til en økning i allergier, ikke minst hos tannhelsepersonell. Daværende Helsedirektoratet utga i 1991 en faglig veileder vedrørende bruk av amalgam og andre tannbehandlingsmaterialer. I 1993 etablerte Sosial- og helsedepartementet en Bivirkningsgruppe for odontologiske biomaterialer som prøveprosjekt ved Universitetet i Bergen. Formålet var å innhente registreringer av bivirkninger samt utvikle, iverksette og etterprøve pasientundersøkelser og prosjekter som angår mulige skadevirkninger av tannbehandlingsmaterialer. Gruppen har hatt et nært samarbeid med Haukeland sykehus. Den ble gjort permanent fra 1998.

Statens helsetilsyn overleverte departementet høsten 1998 en rapport om bruk av tannbehandlingsmaterialer. Rapporten var utarbeidet på oppdrag fra departementet. Flere fagmiljøer og pasientorganisasjonen Tenner og Helse deltok i prosjektgruppen som var opprettet for utredningsarbeidet. Formålet med utredningen var å samle relevant, oppdatert kunnskap som kan utgjøre et beslutningsgrunnlag for avgjørelser om framtidig bruk av tannbehandlingsmaterialer i Norge. Det sentrale tema i rapporten er mulige bivirkninger fra amalgam, dvs kvikksølv frigjort fra amalgamfyllinger. Hovedkonklusjonen som trekkes er at de vitenskapelige, etterprøvbare metoder som diagnostikk og behandling baseres på, ikke kan avsløre årsakssammenheng mellom amalgam og rapporterte helseskader. Men en slik konklusjon utelukker ikke at amalgam kan spille en rolle som årsak til sykdom. Det er sannsynliggjort at for et mindretall i befolkningen kan den naturlige biologiske reaksjon på kvikksølv fra amalgamfyllinger utvikles til helseplager. Det er i dag ingen anerkjente metoder som påviser slik reaksjon.

Rapporten gjennomgår vitenskapssamfunnets troverdighet som premissleverandør, "det offentlige dilemma" og brukermedvirkning, pasientens situasjon, vitenskapelige konklusjoner, miljøhensyn, tannhelseforhold i befolkningen, medisinske forhold, økonomiske aspekter, føre-var prinsippet, substitusjonsprinsippet, gjeldende regelverk og trenden med en naturlig utfasing i bruk av amalgam.

Helsetilsynet foreslår følgende tiltak:

1. Tiltak for individer med symptomer antatt relatert til tannbehandlingsmaterialer

- helsetjenesten må utvikle et tilbud om utredning av eventuell behandling til dem som er syke også når årsaken til symptomene er uklar – Bivirkningsgruppen i Bergen bør ha en sentral rolle i dette
- symptomene er av allmenn karakter - utredning og behandling bør følge de samme finansieringsprinsipper som gjelder for den øvrige helsetjenesten

2. Tiltak på befolkningsnivå – plan for redusert bruk av amalgam

Helsetilsynet har angitt fire alternative måter å redusere bruken av amalgam:

- I. ingen ekstra tiltak – amalgambruken fases ut i tråd med siste års utvikling
- II. faglige anbefalinger som vil resultere i redusert bruk
- III. sette en dato for når det skal være slutt med å legge amalgam
- IV. forbud mot amalgam og tilbud om utskifting til de som ønsker

I rapporten ble alt. II drøftet og begrunnet, med Helsetilsynets tilrådning. De faglige anbefalinger gjelder:

- valg av andre materialer på barn og ungdom 0-18 år
- innskjerping av tannlegenes plikt til å innhente informert samtykke før behandling
- tilbakeholdenhet med omfattende bruk av tannbehandlingsmaterialer på gravide
- tilbakeholdenhet med bruk av amalgam på pasienter med spesielle helseproblemer
- amalgam bør kun brukes på spesielle indikasjoner
- velfungerende amalgamfyllinger bør ikke skiftes ut
- faglig veileder om tannbehandlingsmaterialer bør revideres

3. Tiltak for kvalitetsutvikling vedrørende produkter og tjenester

- videreføre bivirkningsregistreringen ved Bivirkningsgruppa
- utrede eventuelt produktregister
- oppfordre kjøpere av produkter til å stille krav til produkter
- oppfølging til arbeidsgivere innen tannhelsetjenesten angående materialer og arbeidsmiljø
- oppfølging overfor undervisningsinstitusjonene om bruk av alternativer til amalgam, utvikling av kunnskap, holdninger og ferdigheter angående kliniske situasjoner
- øke forskningsinnsatsen på feltet – spesielt om eventuelle bivirkninger
- utarbeide aktuell informasjon til befolkning og pasienter
- oppfølging av pasienter som får trygdestøtte til utskifting av tannbehandlingsmaterialer

Sosial- og helsedepartementet har bedt Helsetilsynet iverksette alle tiltak av faglig karakter under alt. II (pkt. 2) og pkt.3. Departementet har videre bedt om en vurdering og konsekvensanalyse av alternativ I, III og IV under pkt. 2 om tiltak på befolkningsnivå. Videre har departementet bedt Helsetilsynet arrangere en konsensuskonferanse med internasjonal deltagelse av anerkjente forskere på fagfeltet. Utgangspunktet for konferansen er forslagene i utredningen. Formålet er å oppnå konsensus om fremtidige forskningsoppgaver på området på bakgrunn av den kunnskap som nå foreligger. Utvikling av et internasjonalt samarbeid om bivirkningsregistrering blir også tema. Konferansen vil bli avholdt i løpet av første halvår 2000. Helsetilsynet vil i 1999 og 2000 få stilt midler til rådighet for å følge opp departementets oppdrag.

Departementet foreslår at bevilgningene til Bivirkningsgruppen i Bergen trappes opp, slik at den kliniske utredningsvirksomhet utvides og utprøvende behandling startes opp. Det forutsettes også at informasjonsvirksomheten utvides.

Videre foreslås bevilgninger til NIOM's deltagelse i internasjonalt standardiseringsarbeid. Gjennom iverksetting av EØS-direktiv om medisinsk utstyr fra juni 1998 har NIOM's oppgaver og funksjon endret karakter. Det pågår for tiden en evaluering av virksomheten med henblikk på oppgaver i den kommende 3-årsperiode. NIOM's virksomhet er organisert gjennom NIOM Certifisering og NIOM Laboratorium. Førstnevnte er et teknisk kontrollorgan godkjent av EU for sertifisering av produkter eller kvalitetssystemer hos produsenter. Slik sertifisering gir produsentene rett til å sette CE-merke på produktene. NIOM Laboratorium har en sentral rolle som rådgiver overfor de nordiske helsemyndigheter, testing av materialer, deltagelse i standardiseringsarbeid og forskningsvirksomhet på tannbehandlingsmaterialer. Norge er domicil-land for NIOM. Departementet ser det som aktuelt å vurdere NIOM's tilknytning til andre forskningsmiljøer og andre nordiske institusjoner i løpet av 2000. NIOM's deltagelse i forskningsvirksomheten i oppfølgingen av Helsetilsynets rapport vil også bli vurdert.

5. Oppfølging av Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning

Regjeringen har under utarbeiding en handlingsplan for oppfølging av NOU 1995:6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge. Planen utarbeides i samarbeid med Sametinget, og vil inneholde tiltak på flere departementers områder. Dokumentet blir sendt på høring høsten 1999.

For 1999 disponeres 5 mill. kroner til sektorovergripende forsøks- og utviklingsarbeid, hvorav 4.4 mill. kroner er overført til Sametinget. Det legges stor vekt på personellrettede tiltak, som opplæring i samisk språk- og kulturforståelse, samt utarbeiding av læremidler og etterutdanningstilbud i samisk historie og samfunnsforhold. Det pågår flere lokale utviklingsprosjekter i kommuner, fylkeskommuner og utdanningsinstitusjoner. Tilskuddsmidlene anvendes også til informasjonsarbeid og tolketjeneste. Sametinget vil høsten 1999 arrangere en erfaringskonferanse for prosjektene. Det er gjort en utredning om samisk helseforskning. Departementet har bidratt til delfinansiering av NIBRs brukerundersøkelse om tospråklig service i det samiske forvaltningsområdet, jamfør omtale under kap. 541 post 70 i KRDs budsjett.

I tråd med NOU 1995:6 bør det eksisterende tjenestetilbudet tilpasses brukernes behov med hensyn til samiskspråk og kultur. Opplæringstiltak og utviklingsarbeid i fylkeskommunene og kommuner med stor samisk befolkning må derfor videreføres. Det er et stort behov for koordinering av oppfølgingstiltakene ettersom flere aktører deltar. Regional helseplan for region Nord vil være et viktig verktøy i den sammenheng. Departementet vil på bakgrunn av en høringsrunde vurdere framtidig organisering av samisk helseforskning.

For 2000 foreslås følgende nye tiltak:

- Oversetting av helse- og sosialinformasjon til samisk, informasjonsrådgivning og formidling av samisk kompetanse i sektoren til personell og publikum.
- Etablering av tverrfaglig fora av samiske helse- og sosialarbeidere.

6. Spesialisthelsetjeneste i samiske områder

Det foreslås avsatt 2,8 mill. kroner til Finnmark fylkeskommune til drift av spesialistlegesenter og Barne- og ungdomspsykiatriske senter i Karasjok.

7. Utredninger, statistikk m.v. på legemiddelområdet

Etterutdanningstilbudet som gis av Komitéen for farmasøytisk etterutdanning (KFFE) er av stor betydning når det gjelder å opprettholde og videreutvikle kompetansen på farmasøytiske arbeidsplasser i Norge. Det settes av 0,5 mill. kroner.

Det settes av 6 mill. kroner til kjøp av/tilskudd til tjenester som tidligere ble finansiert av NMD, men som selskapet ble fritatt for i forbindelse med omdannelsen til et statsaksjeselskap i 1993.

I 1999 forvalter NMD blant annet følgende tjenester på vegne av helsemyndighetene:

- Beredskapstjenester - planlegging og administrasjon av sentrale og regionale beredskapslagre, herunder kontroll og rullering.
- Statistikk over legemiddelforbruket i Norge.
- Narkotikakontroll - kontroll og statistikkfunksjon for omsetning av narkotika.
- WHO-arbeid.
- Støtte til Samarbeidskomiteen for legemiddelinformasjon.

Legemiddelstatistikk er et sentralt verktøy for statlige legemiddelmyndigheter og fylkeslegene. Slik statistikk kan gi viktig informasjon om bl.a. legemiddelomsetning, forskrivning og bruk av legemidler, legemiddelpriser, pasienters egenbetalinger m.m.

For å føre tilsyn med forhold vedrørende folketrygdens refusjoner, distribusjonsleddenes omsetningsmarginer, forskrivning av narkotiske og vanedannende midler m.m., er det nødvendig med større viten om det faktiske salget av legemidler fra apotek til publikum enn man har i dag. Den enkelte lege har i dag liten mulighet til å skaffe seg informasjon og systematisk oversikt over egen forskrivning, både med tanke på selvevaluering og kollegabasert læring gjennom sammenholdelse med andre legers forskrivning.

Apotek registrerer allerede idag alt salg på resept til enkeltkunder eller på rekvisisjon til sykehusavdeling/helseinstitusjon. Opplysningene er tilgjengelige i det enkelte apotek, men utnyttes i liten grad. Det vil bli iverksatt et arbeid for gradvis oppbygging av et system for utnyttelse av disse data til statistikk og tilsynsformål. Spørsmål knyttet til opprettelse av register og ivaretagelse av personvern vil bli nøye vurdert. Det avsettes 2 mill. kroner til videreutvikling av legemiddelstatistikk. Sosial- og helsedepartementet vurderer en fremtidig hensiktsmessig organisering/plassering av disse oppgavene.

Det settes av 1 mill. kroner til utarbeidelse av handlingsplan for sikrere legemiddelbruk.

Det antas at feilbruk av legemidler er årsak til mange sykehusinnleggelser. Dette er kapasitet som alternativt kunne vært benyttet til annen behandling. Det er derfor viktig å minimalisere omfanget av feilbruk av legemidler. Det vil derfor bli foretatt en kartlegging av omfanget av feil legemiddelbruk som ledd i et nystartet arbeid med å utarbeide en handlingsplan for sikrere legemiddelbruk. Tiltaket er en oppfølging av vedtak fattet i Stortinget ved behandlingen av statsbudsjettet for 1999.

Midler til farmakologisk forskning (2 mill. kroner) som tidligere har vært belastet denne posten er flyttet til kapittel 701 post 50.

Sosial- og helsedepartementet har startet forberedelse av en bred evaluering av referanseprissystemet for legemidler. Evalueringen vil bli vurdert satt ut til eksternt miljø. Det settes av 500 000 kroner til formålet. For en analyse av de budsjettmessige virkningene av utvidelsen av referanseprissystemet fra 15.3.98, vises det til omtalen av Rikstrykdeverkets evaluering under kap. 2751 post 70.

Norsk Medisinaldepot har til nå hatt ansvaret for et statlig beredskapslager av legemidler. Etter omdannelsen til statlig aksjeselskap fra 1.1.93 har staten betalt for disse beredskapstjenestene. I St. prp. nr. 46 (1998-99) om salg av aksjer i Norsk Medisinaldepot AS, ble det varslet at departementet tar sikte på å legge ansvaret for etablering og drift av eget beredskapslager ut på anbud blant grossistene. Departementet vil, med bistand fra Statens Helsetilsyn, utarbeide en kravspesifikasjon med hensyn til dimensjonering og sammensetning av et slikt lager. Videre er det behov for å styrke beredskapssituasjonen i forhold til viktige blodfaktorprodukter, slik at vi bedre kan håndtere evt. leveringssvikt av slike livsviktige produkter. Departementet vil derfor vurdere behovet for å bygge opp et statlig eiet bufferlager av livsviktige blodfaktorprodukter. Til sammen er det satt av om lag 30 mill. kroner for å sikre den statlige legemiddelberedskapen.

8. Utredning av omfang av egenbetaling blant storbrukere av helsetjenester

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 1999 fattet Stortinget følgende vedtak, jf. Budsjett-innst. S nr. 11 (1998-99):

”XII

Stortinget ber Regjeringen igangsette en gjennomgang av bruken av egenbetaling for å finne frem til ordninger som bedre skjermer kronikere. I denne forbindelse skal det vurderes et avgiftsak 2 for utgifter funksjonshemmede og kronisk syke har utover det som dekkes av frikortordningen.”

Det er igangsatt et kartleggingsarbeid for å få oversikt over omfang av egenbetaling til helse og sosiale formål blant storbrukere av helsetjenester, i tråd med vedtak fattet av Stortinget i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 1999. Statistisk sentralbyrå er engasjert for å gjennomføre en intrvjuundersøkelse. Kartleggingen ventes

avsluttet sommeren 2000. Det legges opp til at analysen og bedre skjermingstiltak for storbrukere kan presenteres for Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet 2001.

Det avsettes 1 000 000 kroner til dette arbeidet.

9. Innovasjonsbistand til Helseregion midt-Norge

Sosial- og helsedepartementet og Næringsdepartementet har i fellesskap igangsatt et prosjekt for innovasjonsbistand til helsesektoren. Siktemålet er å styrke det lokale næringslivets muligheter for leveranser til helsesektoren over et bredt produktspekter. I første omgang vil dette bli organisert i regi av SINTEF og innrettet mot Helseregion 4. I en oppbyggingsfase er det nødvendig med statlig finansiering. Det er avsatt 1,5 mill. kroner for 1999. Det bevilges tilsvarende beløp over Næringsdepartementets budsjett.

10. Tilskudd til Senter for helseadministrasjon

Det er inngått avtale mellom Sosial- og helsedepartementet og Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo om å bidra til å bygge ut nasjonal kompetanse på høyt nivå innenfor fagområder av betydning for utøvelse av god administrasjon og ledelse.

Avtalen har en tidsramme på fem år med virkning fra 1. januar 1997, med en årlig økonomisk ramme på 500 000 kroner.

11. Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene

Utvikling og drift av "Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene" videreføres. Også i 1999 har Sosial- og helsedepartementet sendt ut et rundskriv med nasjonale mål og hovedprioriteringer (rundskriv I-11/99). Satsingsområdene for 1999/2000 er forbedringer av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser, utvikling av pleie- og omsorgstjenesten og oppfølging av tiltak overfor rusmiddelmisbrukere. Det arbeides også med å forbedre statistikkgrunnlaget for tjenestene. Det forutsettes at fylkesmenn og fylkesleger følger opp enkeltkommuner for å fremme en positiv utvikling av helse- og sosialtjenesten i tråd med signalene i rundskrivet.

Departementet har i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Statens helsetilsyn publisert en landsomfattende samling med nøkkeltall fordelt kommunevis (I-0956/1B-6B).

I år 2000 tar en sikte på en samordning av rundskrivet med nasjonale mål og hovedprioriteringer (I-11/99) og rundskrivet om tilskuddsordningene til kommunene (I-1/99) i forbindelse med programmet "Et enklere Norge".

12. Førstehjelpprosjektet

Førstehjelpsprosjektet med gratis utdeling av lærebok i førstehjelp til alle 8-klassinger, læreveiledning og video vil bli videreført etter at boken er evaluert av Folkehelsa. For 2000 avsettes det 1,9 mill. kroner.

13. Informasjon om helsereformer

Det planlegges informasjonstiltak om fastlegereformen til befolkningen, legene og kommunesektoren m.v. Det vil også bli gjennomført informasjonstiltak om handlingsplanene knyttet til kreft og eldre og om de nye helselovene som er vedtatt i Stortinget i 1999. For 2000 avsettes det 1,0 mill. kroner.

14. Tidsskriftet Liv og helse

Liv og Helse er Sosial- og helsedepartementets nye satsing på informasjonssiden. Tidsskriftet kommer ut med seks nummer i året, og skal informere om sosial- og

trygdepolitikk, sosial- og helsereformer, lovarbeider og viktige prosjekter. Stoffet presenteres i form av reportasjer, fagartikler og kortnotiser. Målgruppe er kommune og fylkesnivå. Liv og Helse vil ha et opplag på ca. 30 000. For 2000 avsettes det 2 mill. kroner til produksjon og distribusjon.

15. Statistikkutvikling m.v. knyttet til handlingsplan for helse- og sosialpersonell

Sosial- og helsedepartementet har i 1999 etablert et samarbeid med Statistisk Sentralbyrå og Kommunenes Sentralforbund om å utvikle en helhetlig personellstatistikk for helse- og sosialsektoren på grunnlag av data fra statens og kommunenes lønns- og personalsystemer og rapporter fra private helsevirksomheter. På bakgrunn av at legemarkedet fra 1.1.99 er undergitt regulering, har en startet med et eget prosjekt for legegruppen. Statistikken skal være tilpasset de krav som stilles i HELSEMOD og KOSTRA. Det tas sikte på å fullføre dette arbeidet i løpet av 2000/2001. Organisasjonene vil bli invitert til å delta i arbeidet.

16. Oppfølging av Handlingsplanen for IT i helsesektoren.

I mars 1999 vedtok departementet en statlig tiltaksplan for oppfølging av "Mer helse for hver bIT". Planen er gitt benevnelsen "Informasjonsteknologi i helse- og sosialsektoren: Utfordringer og statlige tiltak". Det er lagt vekt på at IT-tiltaksplanen er en videreføring av IT-handlingsplanen "Mer helse for hver bIT", og at målene i IT-handlingsplanen også gjelder for denne planen.

For-målet med IT-tiltaksplanen er å feste et organisatorisk grep i forhold til de viktigste utfordringene i videreføringen av "Mer helse for hver bIT":

- klargjøre statens ansvar, roller og oppgaver i videreføringen
- styrke samordning på det statlige nivået og i forhold til sektoren for øvrig gjennom et "Partnerskap for IT"
- bedre fokusering og prioritering av de tiltakene som videre skal gjennomføres
- legge til rette for finansiering- og støtteordninger som stimulerer til de nødvendige IT-investeringene lokalt
- kanalisere midler dit det har størst effekt i forhold til tiltaksplanens innsats- og tiltaksområder.

Det grep som Sosial- og helsedepartementet her tar og de tiltak som her foreslås iverksatt av departementet og gjennomført i samarbeid med sektoren for øvrig, er fokusert inn mot bred realisering på tre innsatsområder i sektoren:

1. Elektronisk behandling av pasientopplysninger. Sikre at samspillende kliniske og pasientadministrative IT-systemer lokalt – spesielt den elektroniske pasientjournalen – vil utgjøre kjernen i de informasjons- og kommunikasjonssystemene som må til for å nå de mål som er satt for IT-handlingsplanen.
2. Elektroniske informasjonssystemer for beslutningsstøtte. Standardisert metode- og datagrunnlag for innrapportering og tilbakerapportering av informasjon som skal gi et best mulig grunnlag for både politisk/administrativ beslutningsstøtte og klinisk/faglig behandling.
3. Elektroniske pasient- og publikumstjenester. En mer åpen helsetjeneste forutsetter at pasienter og publikum har tilstrekkelig tilgang på relevant informasjon både om egen livs- og behandlingssituasjon og om helsetjenestene.

Det er laget prioriterte tiltak for oppfølging av de tre ovennevte innsatsområder og oppfølgingsarbeidet er påbegynt.

17. Oppfølging av utredning om alternativ medisin

På bakgrunn av fire romertallsvedtak ved Stortingets behandling av helsemeldingen (St.meld. nr. 5 (1993-1994)) ble det nedsatt et utvalg som skulle utrede ulike sider ved alternativ medisin. Utvalget leverte sin innstilling NOU 1998:21 Alternativ medisin til departementet 15. desember 1998.

Utvalget har flere forslag til hvordan alternativ medisin skal reguleres og samvirke med det etablerte helsevesenet. Blant annet drøftes reguleringsformer som godkjennings-/autorisasjonsordning og refusjon av behandlingsutgifter gjennom folketrygden. Det foreslås imidlertid ikke noen særskilt godkjenningsordning for utøvere av alternativ medisin eller innføring av trygderefusjon for alternativ medisinsk behandling. Derimot foreslås etablering av en registerordning for behandlere som bruker alternativmedisinske metoder. Andre sentrale forslag er opphevelse av kvakksalverloven, undervisning om alternativ medisin i helsefaglig utdanning, økning av offentlige midler til alternativmedisinsk forskning samt opprettelse av et senter for slik forskning.

Innstillingen har vært på høring. Departementet er i ferd med å oppsummere høringssvarene til utredningen, og Regjeringen vil legge fram forslag til oppfølging for Stortinget på egnet måte, jf. Innst. O. nr. 58 (1998-99).

Departementet vil videreføre et samarbeid med organisasjoner innen alternativ medisin. Våren 1999 ble det inngått en avtale mellom Norge og Kina om samarbeid på helsesektoren. Alternativ medisin og tradisjonell kinesisk medisin omfattes av dette samarbeid. Departementet vil bidra til kunnskapsutvikling mellom fagmiljøene i de to land. Se også omtale av forskningsprogrammet innen alternativ medisin, kap. 701 post 50.

Post 50 Norges Forskningsråd

Forskning i regi av Norges forskningsråd er et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlaget for nasjonale forvaltningsoppgaver, beslutninger i politikkutforming og utvikling av prioriterte fagfelt. Bevilgningsforslaget er totalt på 25 mill. kroner, og skal dekke igangværende forskningsprogrammer og andre langsiktige satsinger knyttet til Sosial- og helsedepartementets programkategori 10.00 og 10.40. Midlene var i 1999 plassert under kapitlene 701 og 743 og administreres av Norges forskningsråd.

Forskningsprogrammene har normalt en varighet på 4-5 år og gjennomføres i tråd med vedtatte programplaner. Sosial- og helseforvaltningen har representanter i programstyrer. Det mottas årsrapport fra Norges forskningsråd.

Det tas forbehold om justering av beløpene tiltenkt det enkelte forskningsprogram.

Program for forskning innen alternativ medisin

Programmet for forskning om alternativ medisin er nå inne i andre år av andre programperiode (1997-2000). Hensikten med programmet er å stimulere til forskning innen alternativ medisin for å vurdere effekt, eventuelt mangel på effekt av alternativ medisinsk behandling. Det er også et mål å oppmuntre til samarbeid mellom utøvere av alternativ medisin og skolemedisin. Programmet har i 1998 hatt en kurskoordinator som har arrangert kurs og møter av generell interesse for utøverne. Programmet har en 20 pst. veilederstilling knyttet til universitetet i Tromsø. Dette er særlig viktig for programmet, da de fleste utøverne ikke har universitetstilknytning.

Det foreslås bevilget 2,25 millioner kr til programmet for 2000. Se også omtale av alternativ medisin under kap. 701 post 21, pkt. 17.

Farmakologisk forskning

Satsingens mål er å øke den forskningsbaserte kunnskapen innen farmakologi, farmakoterapi og farmasi, som grunnlag for å dokumentere legemidlers nytteeffekt. I

satsingen prioriteres basal og klinisk forskning med relevans for utvikling, bruk av legemidler eller forståelse av legemidlers virkning. Forskningen er i stor grad av langsiktig karakter og spenner over mange problemstillinger. I 1998 omfattet forskningen blant annet prosjekter knyttet til legemidler som påvirker nivået av den kardiovaskulære risikofaktoren homocystein, kreftbehandling med antiøstrogener, syrehemmende medikamenter og radiofarmasi.

2,0 mill. kroner foreslås tildelet Forskningsrådet over kap. 701 post 50.

Helsetjeneste forskningsprogrammet

Programmet ble opprettet for å fremme forskning som kan utvikle og utvide kunnskapsgrunnlaget for å oppnå en bedre, mer effektiv og mer rettferdig helsetjeneste i Norge. Programmets mål er å styrke forskning om fordeling av helsetjenester, om evaluering av ytelsesformer i helsetjenesten og å styrke utvikling av forskningsmetoder. Budsjett for 1998 var 8,5 mill. kroner, hvorav 4,5 mill. kr fra SHD og 4 mill. kr fra KUF. Sentrale FoU oppgaver er helsetjenestetilbud i det psykiske helsevern og helseøkonomi. Programmet finansierte i 1998 i alt 24 prosjekter, hvorav 20 dr.gradsstipend ett postdoktorstipend. Det ble mottatt 19 nye søknader til søknadsbehandling for 1999. Fem søknader, for til sammen 1,3 mill. ble innvilget. Det er igangsatt forskning på alle programmets områder. To forskningsledere har vært engasjert i 50 pst. stilling for å ivareta helsetjenesteforskning i det psykiske helsevern. Her ble det i år mottatt 6 søknader hvorav 1 ble innvilget. I helseøkonomi er det igangsatt en større satsing ved to hovedmiljøer i Oslo og Bergen for å bygge opp et kompetansmiljø på området. Disse har rapportert god fremdrift etter første halve år. Det foreslås bevilget totalt 3,8 mill. kroner til programmet i 2000, hvorav 2 mill. kroner som er overført fra kap. 743 post 70 skal brukes til psykisk helse området.

Programmet foreslås også tildelt midler på kap. 739 post 50 og kap. 675 post 50

Mental helse-programmet

Programmets mål er å bidra til en bedre folkehelse og fremme kvaliteten på de helsetjenestetilbud som gis personer med psykiske lidelser. Det skal blant annet satses på klinisk behandlingsforskning, forskning om barn og unges mentale helse, biologisk forskning samt rettspsykiatri/rettspsykologi. Programmets totale budsjett i 1998 var 14,2 mill, hvorav 12,1 mill. fra SHD og 2, mill. fra KUF. Midlene har gått til 37 doktorgradsstipend (10 mill. kr), 4 postdoktorstipend (1,9 mill. kr) og til finansiering av drift og utstyr (5,2 mill. kr). Programmet finansierte i 1998 i alt 48 prosjekter. Det er nå flest søknader i forhold til klinisk forskning og forskning i forhold til barn og ungdommer. Det er fortsatt for få gode studier med sentrale problemstillinger innen rettspsykiatri/rettspsykologi. Det er igangsatt en serie nettverksmøter innen psykobiologisk forskning for å styrke området. Tilsvarende vil bli iverksatt innen barn og unges mentale helse i 1999. Det foreslås bevilget 15,45 mill. kroner til programmet i år 2000. Midlene er overført fra kap. 743 post 70.

Informasjonsteknologi i medisin og helse

Programmet var tidligere ført opp under kapittel 701 post 21.

Hensikten med programmet er at det skal gi et vesentlig bidrag til å nå overordnede mål i helsevesenet gjennom utvikling og bruk av IT-løsninger og IT-produkter basert på eksisterende og fremtidige brukerbehov. Programmet skal bidra til kompetanseheving og til nyskaping for norsk industri med helsesektoren som markert. Programmet har støttet FoU-prosjekter innenfor blant annet telemedisin, bildediagnostikk, kliniske informasjonssystemer og multimedia og styringsproblemer og informasjonssikkerhet.

Den første programperioden gikk ut i 1999. Bevilgningen i 2000 ansees en midlertidig videreføring før man foretar eventuelle justeringer og endringer i programmet i forbindelse med en ny programperiode.

Departementet foreslår 1,5 mill. kroner til programmet i 2000.

Kap 0702 Nemnd for bioteknologi

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	5 000	5 401	5 670
	Sum kap 0702	5 000	5 401	5 670

1. Formål og hovedprioriteringer

Bioteknologinemnda er et rådgivende frittstående organ oppnevnt av Regjeringen og hjemlet i genteknologiloven og bioteknologiloven. Nemnda består av 19 medlemmer fra ulike organisasjoner og fagmiljøer, samt observatører fra 6 berørte departement. Nemnda har et permanent sekretariat som arbeider for nemnda, og virksomheten i sekretariatet styres av nemndas prioriteringer.

Bioteknologinemndas overordnede formål er i henhold til St.meld. nr. 25 (1992-93) *Om mennesker og bioteknologi* å drøfte etiske og samfunnsmessige spørsmål i tilknytning til bioteknologisk virksomhet, samt informasjons- og debattskapende aktiviteter. Nemnda er høringsinstans for norske myndigheter i forbindelse med søknader om markedsføring av genmodifiserte organismer i EØS-området, lovsaker mv.

2. Resultatrapportering 1998

Bioteknologinemnda har i 1998 særlig arbeidet med xenotransplantasjon, bioteknologisk industri, genteknologi i havbruksnæringen, EUs patentdirektiv, spredning av gener fra planter til miljøet, samt tolkning av genteknologiloven.

3. Tilstandsvurdering

Moderne bioteknologi er i meget rask utvikling, og kan bidra til store bidrag og fremskritt innenfor blant annet landbruk, havbruk, helse, industri og miljø. På den annen side reiser teknologien viktige etiske og samfunnsmessige spørsmål som krever offentlig debattering. Det forventes at moderne bioteknologi i den nære framtid vil finne stadig nye og kontroversielle anvendelser på disse og andre områder, eksempelvis xenotransplantasjon, kloning av dyr og humane celler, og gentesting. Behovet for debatt- og opplysningsvirksomhet forventes derfor å øke.

4. Satsningsområder og resultatmål for 2000

Bioteknologinemnda vil intensivere innsatsen når det gjelder informasjon og debattskapende virksomhet. I nemndas første oppnevningsperiode ble det satset på informasjonsmateriale beregnet på videregående skole. Informasjonsmateriellet som hittil har vært produsert har vært beregnet på skoler og høyskoler, men det vil nå i tillegg bli satset på de andre nivåene i utdanningssystemet.

Nemnda ønsker i større grad å satse på samarbeid med institusjoner og organisasjoner om arrangementer og debattskapende tiltak innenfor aktuelle tema.

Sentrale tema for Bioteknologinemndas arbeid i 2000 vil være bruk av moderne bioteknologi innenfor industri, spesielt næringsmiddelindustri, men også miljøkjemi, finkjemikalier, olje og gass. I tillegg vil nemnda arbeide med aktuelle anvendelsesområder for bioteknologi som er av betydning for landbruk, havbruk og medisin.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2000

Antall årsverk var pr. 1. mars 1999 5 faste stillinger.

Driftsutgiftene foreslås styrket med 175 000 kroner for å styrke sekretariatets kompetanse i forbindelse med innføringen av nytt økonomisystem.

Kap 0703 Helsetjenesten for innsatte i fengsel

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	5 122	5 450	5 550
60	Tilskudd til kommuner og fylkeskommuner, <i>kan nyttes under post 01</i>	57 046	61 100	61 100
	Sum kap 0703	62 168	66 550	66 650

1. Formål og hovedprioriteringer

Målsettingen for fengselshelsetjenesten er at innsatte skal gis et likeverdig helsetilbud som befolkningen for øvrig. Tjenesten drives som en integrert del av den kommunale og fylkeskommunale helsetjenesten. Integreringen av fengselshelsetjenesten i den ordinære helsetjenesten gir en bedre faglig forankring for helsepersonellet i fengslene, en kvalitativt bedre tjeneste og letter rekrutteringen til et tungt arbeidsområde. Staten skal fortsatt beholde det overordnede ansvar for tjenesten. Det er behov for en videre oppbygging av kompetansen på dette fagfeltet.

2. Tilstandsvurdering

Det er betydelige helsemessige problemer blant innsatte i norske fengsler. Både psykiske og somatiske lidelser, alkohol- og stoffmisbruk er langt mer utbredt enn i befolkningen for øvrig.

3. Virkemidler

Fra 1. januar 1995 har kommuner med fengsler en lovpålagt plikt til å yte helsetjenester til innsatte i fengsler. Spesialisthelsetjeneste og tannhelsetjeneste til innsatte i fengsler, skal fortsatt være et fylkeskommunalt ansvar etter sykehusloven, lov om psykisk helsevern og lov om tannhelsetjenesten.

Det blir gitt øremerkede tilskudd til kommuner og fylkeskommuner for å sikre at kommuner som har fengselsanstalter makter å gi et like bra helsetilbud til innsatte som til resten av befolkningen. F.o.m. 1997 administreres tilskuddene av departementet. Tilskuddet for 1999 til den enkelte kommune og fylkeskommune ble fordelt på bakgrunn av tildelt tilskudd og rapporter om virksomheten for 1998. Tilskudd til legemidler og medisinsk utstyr ble innlemmet i det øremerkede tilskuddet. Tilskuddet ble vurdert og justert på bakgrunn av de avtaler som gjaldt inntil lovendringen fra 1994 trådte i kraft, kommunenes rapportering om virksomheten i 1998 og den nevnte kartlegging.

4. Resultatrapportering for 1998

Departementet har utviklet et nytt rapporteringssystem for bruken av det øremerkede tilskuddet til helsetjenesten for innsatte i fengsel som ble gjort gjeldende f.o.m. tilskuddsåret 1997. Rapportene viser at enkelte kommuner ikke har hatt gode nok registreringsrutiner for virksomheten i 1998 men vil bedre denne i 1999. Resultatene gjengitt nedenfor baserer seg på kommunenes egne opplysninger. Fordi enkelte kommuner ikke har kunnet gi fullstendige opplysninger må resultatene tas med forbehold.

Departementet har per 1. august 1999 mottatt rapporter fra 35 av 44 fengsler. Av disse fremgår at kommunene i forbindelse med helsetjenesten til innsatte i fengsel har brukt 16 legeårsværk, 52 årsværk for sykepleiere, 9 årsværk for fysioterapeuter og 19 årsværk av annet personell. Det er gitt 16 151 legekonsultasjoner og 34 274 sykepleierkonsultasjoner, 1 084 henvisninger til somatisk spesialisthelsetjeneste og 627

henvisninger til psykisk helsevern. Det har vært foretatt vel 180 og vel 170 innleggelser i hhv. somatisk sykehus og psykiatrisk institusjon.

Det øremerkede tilskuddet for 1999 til kommuner og fylkeskommuner med fengsel ble utbetalt etter at disse hadde sendt inn rapport og regnskap for bruken av 1998-midlene.

Psykiske lidelser og rusmisbruk er det dominerende helseproblemet i de fleste fengslene. Antallet psykotiske innsatte i fengsel her i landet er ikke stort. Statens helsetilsyn antar at inntil ca. 5-8 innsatte på landsbasis til enhver tid oppfyller vilkårene i lov om psykisk helsevern for tvangsinnleggelse. For disse er det ofte en viss ventetid før de overføres til sykehus. I de senere år er ventetiden blitt vesentlig forkortet men kan i enkelte tilfeller variere en del.

Ved den utbyggingen av tjenestetilbudet som skal skje gjennom Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 vil også behandlingstilbudet til innsatte med psykiske lidelser bli vesentlig styrket.

5. Satsingsområder

Det er fortsatt nødvendig å styrke almenhelsetjenesten i en del anstalter for å kunne sikre forsvarlige helsetjenester. Arbeidet med å styrke kompetansen og kapasiteten til behandling av sedelighetsdømte innenfor det ordinære behandlingsapparat må videreføres. Det vises her til nærmere omtale under kap. 743 post 60. Det er fortsatt behov for å styrke innsatsen på dette området. Videre er det viktig å bedre samspillet mellom helsetjenesten for innsatte og psykiatriske institusjoner for å sikre rask tilgang til psykiatrisk institusjonsbehandling for alvorlig sinnslidende.

6. Merknader til de enkelte poster for 2000

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen skal dekke medisiner, medisinsk utstyr og kompetanseoppbygging innen fagfeltet.

Post 60 Tilskudd til kommuner og fylkeskommuner

Bevilgningen fordeles til kommuners og fylkeskommuners tjenester innen 1. linjetjenesten, psykisk helsevern og tannhelsetjeneste.

Kap 0704 Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 3704)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	6 971	9 414	9 570
	Sum kap 0704	6 971	9 414	9 570

Det er overført fra 1998 til 1999:

Post 01: 372 000 kroner.

1. Formål og hovedprioriteringer

Giftinformasjonssentralen skal gi informasjon og rådgivning i forbindelse med akutte forgiftninger og ved fare for forgiftninger. Dette gis i hovedsak over telefon. Det besvares også spørsmål om kjemiske forbindelser og legemidler som kan gi fosterskader eller misdannelser, kronisk toksisitet (giftvirkning) og andre toksikologiske problemer. I tillegg til å besvare henvendelser i direkte tilknytning til forgiftninger, besvarer institusjonen generelle spørsmål om toksisitet i forbindelse med

barnesikring i hjemmene, merking av produkter både fra produsenter og myndigheter, og fra verneombud når det gjelder kjemikalier i arbeidslivet. Videre gis det skriftlig informasjon til sykehus, leger og allmennheten.

2. Resultatrapportering 1998

I de senere år har det vært en jevn og tidvis stor økning i antall henvendelser til Giftinformasjonssentralen:

Tabell II. 23: Henvendelser til Giftinformasjonssentralen

År	Totalt antall henvendelser	Henvendelser utenfor vanlig arbeidstid (på "vaktene")	Henvendelser om akutte tilfeller
1994	16.435	10.090	11.961
1995	18.534	11.705	13.163
1996	20.452	13.274	14.302
1997	23.773	15.718	15.840
1998	24.162	16.575	16.136

Tallene for 1998 er foreløpig ikke analysert. En gjennomgåelse av de 15.840 henvendelser om akutte tilfeller i 1997 viste at bl.a. følgende råd var gitt:

Ingen behandling nødvendig/behandling hjemme - 10.981
 Behandling hos lege - 1.852
 Sykehusinnleggelse - 1.547

Oppstillingen viser at råd og veiledning fra Giftinformasjonssentralen kan redusere antall behandlinger av forgiftningsuhell hos lege og i sykehus.

For å øke kunnskapen om giftige stoffer og forhindre forgiftningsuhell utarbeider Giftinformasjonssentralen informasjonsmaterieell (brosjyrer, plakater m.v.) som distribueres gjennom apotek, helsestasjoner, skoler, barnehager og frivillige organisasjoner. I 1998 ble det delt ut 192 000 brosjyrer, plakater m.v. Giftinformasjonssentralens nyhetsskriv ble utgitt i 3 nummer i 1998 og sendt til sykehus og kommuneleger, til sammen 1 800 eksemplarer.

Antidotlisten (motgift) og behandlingsdokumenter for en rekke sentrale forgiftninger sendes til sykehus og faxes til leger i forbindelse med akutte forgiftningstilfeller. 1 200 eksemplarer ble sendt ut i 1998.

Medarbeidere ved Giftinformasjonssentralen har forelest ved legemøter på sykehus, ved kongress for anestesisykepleiere, ved autorisasjonskurs for brukere av plantevernmidler, ved kurs i medisinsk opplæring for sjøoffiserer, ved kurs i sikkerhet for laboratoriepersonale, for farmasistudent, kjemikere, toksikologer, i hagelag og på helsestasjoner.

3. Tilstandsvurdering

Både i Norge og i det internasjonale samfunn blir det stadig mer fokusering på forgiftninger og forgiftningsfare. Både ved uhell, selvpåførte forgiftninger og når forgiftningsfarer blir slått stort opp i mediene, er det viktig at enkeltmenneskene har et sted å henvende seg for å få nøktern og klar informasjon og veiledning.

Giftinformasjonssentralen står i de nærmeste år overfor en del utfordringer av internasjonal karakter:

- Besvarelse av et økende antall henvendelser, bl.a. på grunn av økt internasjonal samhandel med kjemikalier og legemidler og harmonisering av reguleringsbestemmelser i de forskjellige land.
- Økt behov for internasjonalt samarbeid med søsterorganisasjoner for utveksling av erfaringer og informasjon i vanskelige tilfeller og for å kunne arbeide for sikrere bruk og håndtering av kjemikalier.

- Økt behov for å kunne bistå giftinformasjonssentraler i utviklingsland med forskjellige former for støtte.

4. Satsingsområder og mål for 2000

Giftinformasjonssentralen skal prioritere sin informasjons- og veiledningsfunksjon ved direkte kontakt med brukerne.

Utarbeidelse av det nødvendige bakgrunnsmaterialet prioriteres. Det er nødvendig for at en skal kunne svare raskt og tilfredsstillende på henvendelsene.

Institusjonen skal imøtekomme det økende antall forespørsler når det gjelder forelesnings- og foredragsvirksomhet innenfor sitt spesialområde.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2000

Post 01 Driftsutgifter

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 13 pr. 1. mars 1998 og 12 pr. 1. mars 1999.

Kap 3704 Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 704)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Diverse inntekter	19		
16	Refusjon av fødselspenger	85		
	Sum kap 3704	104		

Kap 0705 Kursvirksomhet og stipendier

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
60	Rekruttering m.m. av helsepersonell	7 462	26 000	32 100
61	Utdanningstiltak, turnustjeneste m.v.	61 921	48 400	48 400
62	Bedriftsintern utdanning m.v.		33 200	34 000
71	Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet m.m.	19 030	15 500	12 900
	Sum kap 0705	88 413	123 100	127 400

Post 60 Rekruttering m.m. av helsepersonell

Det foreslås bevilget 32,1 mill. kroner til rekruttering av helsepersonell m.v. Formålet med bevilgningen er å bedre rekrutteringen til helsetjenesten og å øke stabiliteten i helsepersonellstillinger. I bevilgningen inngår tiltak for å bedre helsepersonellsituasjonen i Nord-Norge og tiltak for økt rekruttering av helsepersonell fra utlandet. Posten dekker også direkte utgifter knyttet til forvaltningen av midlene.

I 1999 ble bevilgningen på 26 mill. kroner fordelt på følgende tiltak:

Tilskudd til rekruttering og stabiliseringstiltak for helsepersonell

Tilskuddet på 4,5 mill. kroner fordelte seg på:

- Godkjenning av utenlandsk medisinsk grad – ressurser til Det medisinske fakultet, UiO.
- Rekruttering av tannleger fra EØS-land – Arbeidsdirektoratet

- Rekruttering og utveksling av utenlandske legespesialister – Haukeland sykehus

Rekrutterings- og stabiliseringstiltak i primærlegetjenesten

For å bedre rekrutteringen til og stabiliteten i allmennlegetjenesten i utkantkommunene er det i 1999 avsatt 20 mill. kroner til ulike tiltak:

- Veiledning av turnuskandidater for å stimulere unge nyutdannede leger til å arbeide i primærlegetjenesten i utkantkommuner i de fire nordligste fylker.
- Tilskudd til interkommunalt legevaktsamarbeid for å redusere vaktbelastningen i utkantkommuner/distriktkommuner. 90 kommuner i 11 fylker mottar støtte til slike samarbeidsprosjekter.
- Vikarordning for formidling av norske legevikarer i 12 utkant-/distriktkommuner i Nord-Norge. Ordningen administreres av fylkesarbeidskontoret i Nordland.
- Tilskudd til etter- og videreutdanning av allmennleger innen spesialistutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Tiltaket administreres av Den norske lægeforening og gjelder for leger i de fire nordligste fylker (unntatt Tromsø) med kommunal driftsavtale.
- Utvikling av ressurskommuner i Nord-Norge. Erfarne kommuneleger tilbys 20pst.-stilling som universitetslektorer tilknyttet Universitetet i Tromsø.
- Opplæring i nasjonale fag. Leger fra EØS-land gis innføring i lover, forskrifter og fag som er spesifikke for norske forhold. Ordningen administreres av Universitetet i Tromsø.

Tilskudd til psykiatrisk forskningssenter i Troms og Finnmark

Forskningsaktiviteten innen psykisk helse er et prioritert område. Virksomheten ved senteret skal fremme klinisk psykiatrisk og psykologisk forskerutdanning med relevans for helsetjenesten i Troms og Finnmark fylke. Virksomheten har vist en jevn utvikling, og målsettingene har i økende grad blitt nådd siden etableringen i 1993. Mangfoldet i forskningsaktiviteten og spredningen i landsdelen har økt. Midlene blir brukt til støtte av diverse pågående forskningsprosjekter. Bevilgningen på 1,5 mill. kroner foreslås videreført i 2000.

Satsningsforslag 2000

I år 2000 foreslås bevilgningen fordelt på følgende tiltak:

Stimuleringstiltak i primærlegetjenesten videreføres og vurderes utvidet til også å gjelde andre deler av landet med rekrutterings- og stabiliseringsproblemer, for eksempel Sogn og Fjordane. I tillegg foreslås en forsøksordning med nedskrivning av studielån i enkelte distriktkommuner utover de ordninger som eksisterer i dag (det vises til kap. 705 post 71 for omtale av ordningen) og etablering av medisinsk forskningsprogram for allmennmedisin og samfunnsmedisin i de nordligste fylkene. Videre er det nødvendig å videreføre og styrke stimuleringstiltak som tar sikte på bedring av tannlegedekningen i distriktene. Det foreslås overført 1,6 mill. kroner fra kap. 701 post 21 samt en styrking på 1 mill. kroner i 2000 til 2,6 mill. kroner.

Rekruttering av tannleger og annet helsepersonell (sykepleiere) fra EØS-land videreføres og utvides.

Ressurser til det medisinske fakultetet, UiO, foreslås økt som følge av økning i antallet godkjenningssaker.

Departementet ser i 1999 på mulighetene for å forenkle godkjenningsordningen for søkere med utenlandsk medisinsk utdanning. De medisinske fakultetene ved universitetene i Oslo og Trondheim fikk tidligere i år i oppdrag fra departementet å utarbeide en rapport/utredning om hva det vil kreve og hva som kan oppnås ved eventuell forhåndsgodkjenning av læresteder i utlandet som i dag ikke er forhåndsgodkjent. Rapporten er nå avgitt med en vurdering av læresteder i Ungarn og Polen. Departementet vurderer nødvendig oppfølging av rapporten.

Post 61 Utdanningstiltak, turnustjeneste m.v.

Formålet med bevilgningen er å bedre tilgangen på kvalifisert personell til helsetjenesten.

Turnustjenesten for helsepersonell

De siste årene har det blitt tiltagende vanskelig å skaffe tilstrekkelig antall turnusplasser i sykehus for jordmorkandidater, fysioterapikandidater og spesielt medisinerne. Dette skyldes bl.a. en økning i antall utdannede kandidater. Det er viktig å sikre at gjennomføringen av turnustjenesten ikke blir en flaskehals. I 1997 ble det derfor innført en tilskuddsordning for å kompensere for sykehusenes kostnader til veiledning av turnuskandidater fra de tre gruppene. Det gis tilskudd til sykehus og godkjente opptreningsinstitusjoner pr. turnuskandidat for kandidater som er utdannet i Norge og i utlandet. I 1998 ble det gitt tilskudd for ca. 660 turnusårsverk. Bevilgningen foreslås videreført i 2000. Prognoser viser at antall medisinske kandidater som går ut i turnustjeneste kan øke fra ca 350 i 1997 til over 700 i 2003. (Dette inkluderer kandidater fra andre EØS-land.) Den store økningen medfører problemer med fordeling av kandidater samt krav fra turnusstedene om økt økonomisk kompensasjon. Departementet vil vurdere obligatorisk turnustjeneste i psykiatri, eventuell utvidelse av turnustjenesten, samt tilpasning av tjenesten til fastlegeordningen. Departementet vil høsten 1999 starte et utredningsarbeid.

Videreutdanninger for høgskoleutdannet personell

(Det vises til tilskudd til bedriftsintern videreutdanning for sykepleiere og til stipendieordningen for stråleterapi omtalt under kap. 705, post 62.)

I tråd med Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001, ble det i 1999 bevilget 11 mill. kroner til følgende prioriterte etter- og videreutdanninger for høgskoleutdannet personell: eldreomsorg, miljøarbeid, rehabilitering og rusmiddelomsorg. Midler til videreutdanninger i høgskolesystemet ble i 1999 overført til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet for videre overføring til høgskolene. Dette foreslås også gjort i 2000. En del av midlene ble i 1999 overført til kommuner/fylkeskommuner etter søknad til fylkesmann. Dette foreslås også gjort i 2000. Midler til etterutdanning i rehabilitering ble i 1999 overført til Høgskolen i Oslo. Bevilgningen foreslås videreført. Sosial- og helsedepartementet vil vurdere om det skal gjøres endringer mht hvilke utdanninger som skal prioriteres.

Resultatrapport for 1998: Det ble tatt opp 137 studenter i geriatri/eldreomsorg og 16 studenter i miljøarbeid. Høgskolen i Sør-Trøndelag brukte de tildelte 1 mill. kr til videreutdanning i klinisk cytologi for bioingeniører til å dekke utgifter til innkjøp av utstyr og planlegging av nytt studium som på sikt vil øke studiekapasiteten.

Etter- og videreutdanninger for personell med helse-/sosialfag fra videregående skole

Prosjektet "Bedriftsintern videreutdanning av operasjonshjelpepleiere" ved Ullevål sykehus er avsluttet. Det er utdannet 10 hjelpepleiere i operasjonsteknikk. Evalueringsrapporten foreligger. Departementet vil avvente en eventuell oppfølgingsundersøkelse av operasjonshjelpepleiernes oppgaver som foreslått i evalueringsrapporten. Departementet vil i første omgang bidra til å spre erfaringer og utdanningsplan fra prosjektet til sykehus som selv måtte være interessert i å ta selvstendig ansvar for utdanningen. Det vises i denne sammenheng til følgende tiltak:

For 1999 ble det i tråd med Handlingsplan for helse- og sosialpersonell tildelt 11 mill. kroner i økonomisk støtte til etterutdanningstilbud for hjelpepleiere og andre med helse-/sosialfag fra videregående opplæring. Tilskuddsordningen omtales i rundskriv I-1/99. Bevilgningen foreslås videreført i 2000. Tilskuddene er fordelt av fylkesmann/fylkeslege etter en nærmere vurdering av innsendte planer. Tilskuddene kan også nyttes til bedriftsinterne videreutdanninger for disse personellgrupper.

I 1999 ble det bevilget 2 mill. kroner til å utvikle læreplaner for videreutdanninger for personell med videregående opplæring. Målgruppen er hjelpepleiere og andre med helse- og sosialfag. Bevilgningen foreslås videreført i 2000. I samarbeid med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet har SHD i 1999 invitert interesserte fylkeskommuner til å forestå utprøving av læreplaner for videreutdanninger innen autismeomsorg, rehabilitering, psykiatri og eldreomsorg. SHD tar sikte på at flere fylkeskommuner kan stå for utprøving av læreplaner innen nye fagområder i årene fremover.

Desentralisert sykepleierutdanning

I tråd med Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001, ble det i 1999 bevilget 4 mill. kroner til å øke kapasiteten i de desentraliserte sykepleierutdanningene. Hensikten er å sikre nødvendig kvalifisert og stabil arbeidskraft i distriktene. Bevilgningen foreslås videreført i 2000. Utdanningen skal legges særlig til rette for erfarne hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Midlene ble i 1999 som i 1998 overført til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, som fordelte beløpet til høyskoler som tilbyr desentralisert sykepleierutdanning, fortrinnsvis på deltid. Tilskuddet dekker deler av høyskolenes merkostnader som følge av å tilby studiet desentralt fremfor sentralt. Bevilgningen ble i 1998 fordelt på 170 nye studieplasser. For 2000 foreslås en styrking av tiltaket fra 4 mill. kroner til 5 mill. kroner.

Post 62 Bedriftsinterne utdanninger for høyskoleutdannet personell

Bedriftsinterne videre utdanninger av helsepersonell

Tilgangen på helsepersonell med nødvendig videreutdanning er fortsatt en begrensende faktor i forhold til å øke aktiviteten på sykehusene. Utdanningen av spesialsykepleiere m.v. finansieres av sykehuseier. Staten stimulerer utdanningsvirksomheten ved å gi tilskudd. I 1999 var det avsatt 24 mill. kroner til slike tilskudd. Det ble gitt støtte til 620 studenter i videreutdanning i anestesi-, intensiv-, operasjons-, onkologisk og pediatriisk sykepleie. Som ledd i gjennomføringen av Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001 er tilskuddet for 1999 overført til fylkesmannen. Midlene fordeles til fylkeskommunene. Hensikten med overføringen til fylkesmann/fylkeslege er i større grad å kunne vurdere fordelingen i forhold til fylkeskommunens behov og se disse i sammenheng med behovet for etter- og videreutdanning av personell med videregående opplæring. For fortsatt å stimulere til rekrutteringen i videreutdanningene, foreslås bevilget 23,2 mill. kroner til formålet i 2000. Midlene kan også nyttes til bedriftsinterne videreutdanninger for personell med videregående opplæring og reaktiveringstiltak for helsepersonell.

Utdanning av stråleterapeuter

Antallet studieplasser og stipendandeler til utdanning i stråleterapi ble i studieåret 1997/98 øket til 24 fra 12 studenter foregående år. Utdanningskapasiteten for stråleterapeuter ble ytterligere utvidet skoleåret 1998/99 ved etablering av en ny utdanning ved Haukeland sykehus med 8 studenter. Antallet studieplasser ved Det Norske Radiumhospital var 22 i studieåret 1998/99. Det er planlagt opptak med 22 studenter ved Det Norske Radiumhospital og 14 studenter ved Haukeland sykehus i studieåret 1999/2000. For 2000 foreslås en økning av tilskuddet til 9,5 mill. kroner til stimulering av utdanningskapasiteten for stråleterapeuter som ledd i oppfølgingen av Nasjonal kreftplan.

Utdanning av jordmødre i ultralyd

Bruk av ultralyd i svangerskapet krever utførelse av personell med spesialkompetanse. Det ble i 1998 bevilget 1 mill. kroner til et prøveprosjekt ved Regionsykehuset i Trondheim i ultralyddiagnostikk for jordmødre. Prosjektet kom noe forsinket i gang og fordeler seg derfor over to år. Studentopptak ble foretatt i november 1998 og i mars 1999, totalt 13 studenter. Når evaluering av prosjektet er gjennomført, vil departementet

ta standpunkt til evt. videreføring av tiltaket. For 2000 fremmes derfor ikke forslag om bevilgning.

Resterende midler på posten (1,3 mill. kroner) brukes til helsepersonelltiltak for å øke stråleterapikapasiteten.

Post 71 Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet

Diverse kursvirksomhet

Statens helsetilsyn og Statens institutt for folkehelse ble i 1999 bevilget henholdsvis 3,55 mill. kroner og 0,7 mill. kroner. Bevilgningen til Statens institutt for folkehelse har gått til etterutdanning i folkehelsearbeid for helsesøstre og sykepleiere. Etterutdanningen er under evaluering og skal følges opp i høgskolesystemet. Tilskuddet opphører f.o.m. 2000.

Formålet med Helsetilsynets bevilgning har vært å øke helsepersonells kompetanse innenfor ulike prioriterte fagområder.

Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg

I 1999 var Norges bidrag til Nordiska Hälsvårdshögskolan 10,5 mill. kroner, i tråd med nordisk avtale. Bevilgningen foreslås videreført i 2000.

Nedskrivning av studielån for leger og tannleger i Nord-Norge

I 1992 ble det innført en prøveordning med nedskrivning av studielån for leger i utvalgte kommuner i Troms, Nordland, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Nedskrivning av studielån er benyttet som virkemiddel for å styrke rekrutteringen til legestillinger i de utvalgte kommunene. Ordningen er blitt videreført, og det ble i 1998 bevilget 0,25 mill. kroner til formålet. Bevilgningen er videreført i 1999.

Det er på landsbasis et stort antall ledige legestillinger og tannlegestillinger i henholdsvis kommunehelsetjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten. Det er særlig problemer med rekrutteringen til slike stillinger i Nord-Norge. Som stimuleringsiltak for å øke rekrutteringen foreslår departementet, i tillegg til ovennevnte nedskrivningsordning, en prøveordning med nedskrivning av studielån over 5 år i områder av landet med stor ledighet og mangel på stabilitet. For å motivere leger og tannleger til å bli værende i landsdelen i en 5-års periode vil nedskrivningsbeløpet siste året være betydelig større enn de 4 foregående år. Det vises til kap. 705 post 60.

Programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)					
Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
0710	Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 3710)	308 232	290 664	305 300	5,0
0711	Statens rettsstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711)	63 975	56 284	57 260	1,7
0712	Statens helseundersøkelser (jf. kap. 3712)	45 245	40 839	40 459	-0,9
0713	Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 3713)	18 365	23 288	36 770	57,9
0714	Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 3714)	30 881	34 092	41 690	22,3
0715	Statens strålevern (jf. kap. 3715)	67 355	43 307	45 400	4,8
0716	Kreftregisteret (jf. kap. 3716)	33 649	26 711	27 983	4,8
0717	Til gjennomføring av lov om svangerskapsavbrudd	29 429			
0718	Rehabilitering		136 300	115 527	-15,2
0719	Helsefremmende og forebyggende arbeid	126 315	174 213	121 600	-30,2
	Sum kategori 10.10	723 446	825 698	791 989	-4,1

Reduksjonen under kap. 719 og i summen skyldes at 71,9 mill. kroner til mammografiscreening er overført til kap. 739.

Utgifter under programkategori 10.10 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)					
Post- gr	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
01-23	Statens egne driftsutgifter	615 525	581 423	590 950	1,6
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	6 901	10 135	10 629	4,9
50-59	Overføringer til andre statsregnskap			24 200	
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	53 921	181 440	111 000	-38,8
70-89	Andre overføringer	47 099	52 700	55 210	4,8
	Sum kategori 10.10	723 446	825 698	791 989	-4,1

1. Overordnet formål med programkategorien

Kommunehelsetjeneste

Kommunehelsetjenesten skal fremme folkehelse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Den skal være en pådriver overfor andre sektorer og medvirke i helsefremmende og forebyggende arbeid. Befolkningen i kommunen skal gis et dekkende, faglig forsvarlig og effektivt tilbud med utgangspunkt i lokale behov.

Kommunehelsetjenestens oppgave er også å sikre trygghet for at alle får hjelp til å diagnostisere og så langt som mulig behandle og rehabilitere sykdom. De kommunale

tjenestene er ledd i en behandlingskjede sammen med tjenester på andre nivåer og i andre sektorer. Det er viktig å sikre kvalitet i alle ledd.

Helsetjenestens grunnmur skal være en godt utbygget allmennhelsetjeneste. En stadig mer spesialisert og oppstykket helsetjeneste stiller store krav til ivaretagelse av et helhetsperspektiv i forhold til pasienten. I september 1999 la Regjeringen fram en lovproposisjon om fastlegeordningen. Formålet med fastlegeordningen er å bidra til å sikre befolkningen en god og tilgjengelig allmennlegetjeneste og bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved at kommunene blir forpliktet til å være tilknyttet en fast lege eller legepraksis. Fastlegeordningen skal bidra til bedre utnyttelse av helseressursene gjennom systematisering og kvalitetsutvikling i samarbeidet mellom 1.- og 2. linjetjenesten.

For å sikre rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenesten er det ønskelig å legge til rette for endringer i organiseringen av kommunal legevakt. Sosial- og helsedepartementet har i 1999 tildelt prosjektmidler til interkommunalt legevaktsamarbeid (se kap. 0705 post 60). På oppdrag fra departementet vil Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (GRUK) opprette et legevaktsregister for informasjonsspredning om forsøks- og utviklingssamarbeid knyttet til organisering av legevaktsentraler.

På bakgrunn av organisatoriske endringer innen legevakt er det nedsatt et utvalg som i løpet av høsten 1999 skal utrede de praktiske og økonomiske konsekvensene av endringer i legens honorering på natt, som beslutningsgrunnlag for forhandling mellom partene.

I forbindelse med Stortingets behandling av statsbudsjettet for 1999 ble innføringen av fastlegereformen utsatt til 1. januar 2001. Utsettelsen betyr at både departementet, kommunene og den enkelte lege får bedre tid til å forberede og legge forholdene til rette for den nye reformen. Alle landets innbyggere skal få tilbud om å velge fast lege i løpet av høsten 2000. Innbyggerne skal kunne føle seg trygge på at de blir behandlet og fulgt opp på en god og forsvarlig måte, og at de blir henvist til spesialisthelsetjenesten hvis det er nødvendig. Regjeringen legger til grunn at fastlegeordningen skal være i full drift i alle landets kommuner fra januar 2001. Det vises til videre omtale under kap. 701 post 21 og St.prp. nr 1 Folketrygden kap. 2600.

Midlene til dekning av utgifter til kommunenes helse- og sosialtjeneste blir i all hovedsak gitt gjennom rammetilskuddet, jf. kap. 571 post 60 under Kommunal- og regionaldepartementet.

Bevilgninger til finansiering av oppgaver innenfor kommunehelsetjenesten er omtalt flere steder i budsjettforslaget. Bevilgninger til eldreomsorgen blir omtalt under kategori 09.70 Eldre og funksjonshemmede, og kommunale helsetjenester for personer med psykiske lidelser omtales under kategori 10.40 Psykisk helsevern. Folketrygdens finansiering av allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten omtales under kategori 30.50. Videre vises det til omtale av fastlegereformen og andre fagutviklingsprosjekter under kap. 701 og kap. 719.

Helsefremmende og forebyggende arbeid

Regjeringen konstaterer at livsstilssykdommer og såkalte "sam"-sykdommer er store utfordringer i dag, og vil derfor gi helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid økt prioritet. Ved behandlingen av St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, jf. Innst. S. nr. 118 (1993-94), vedtok et enstemmig Storting følgende fire hovedinnsatsområder i det forebyggende og helsefremmende arbeidet: skader etter ulykker, psykososiale problemer, belastningsslidelser og astma, allergi og inneklimateykdommer.

Det er vedtatt følgende mål for innsatsområdene:

- Samordnet planlegging og utvikling av sikkerhetskultur i alle beslutningsnivåer og sektorer skal føre til nedgang i antall skader som fører til dødsfall, sykehusinnleggelser og legebehandling på grunn av ulykker.

Sosial- og helsedepartementet

- Positive levevaner, styrking av sosiale nettverk og reduksjon av helseskadelig atferd skal bidra til nedgang i sykehusinnleggelser, sykemeldinger, legebesøk og uføretrygding som skyldes mentale lidelser eller psykososiale problemer.
- Helsefremmende atferd, forebyggende tiltak i arbeidslivet, nærmiljøtiltak og tidlig intervensjon overfor de som rammes, skal føre til nedgang i langtidssykemeldinger og uføretrygding på grunn av muskel-/skjelettlidelser.
- Samordnet planlegging og tiltak mot helseskadelig innemiljø sammen med helsefremmende kunnskap og atferd og tidlig intervensjon overfor de som rammes, skal føre til stopp i økningen av forekomst av astma og allergi hos barn under 7 år og til mindre sykkelighet og bedre funksjon i alle aldersgrupper.

I tillegg er følgende sentrale mål fastsatt:

- Reduksjon i for tidlig dødelighet (dvs. før 65 år) av hjerte-karsykdommer og kreft.
- Redusert inntak av fett i kosten og økt forbruk av frukt og grønnsaker.
- Reduksjon i andelen daglig røykere blant unge.

I helseministerens redegjørelse til Stortinget om folkehelsen i mai 1999, ble det understreket at forebygging går som en rød tråd gjennom alle de helseplaner Regjeringen har lagt fram. Det ble samtidig lagt vekt på intensivert innsats for å heve kunnskapsnivået bl.a. når det gjelder årsaker til sosial ulikhet i helse, og med hensyn på effekter av forebyggende tiltak.

Smittsomme sykdommer er fortsatt et prioritert felt gjennom oppfølging av smittevernloven, samt for arbeid med å utvikle en handlingsplan for å motvirke antibiotikaresistens og plan for tiltak mot pandemisk influensa. Samfunnet må opprettholde en beredskap som følge av bl.a. økt internasjonalisering. Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996 -2000 fokuserer på 2 hovedmål: Å redusere antall HIV-nysmittede og å bedre livskvalitet og forlenge levetid til personer med HIV og AIDS i forhold til perioden 1990-95.

Som oppfølging av St. meld. nr. 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsbrudd m.v., jf. Innst. S. nr. 231 (1995-96), skal forebygging av uønsket svangerskap og abort styrkes. I mars 1999 ble det lagt fram en handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort for perioden 1999-2003. Handlingsplanen har to overordnede mål: nedgang i abortraten, dvs antall svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner i målgruppene, og at alle skal ha et best mulig utgangspunkt for å velge ønskede svangerskap gjennom god kunnskap om samliv, seksualitet, prevensjon og graviditet.

Sosial- og helsedepartementet har ansvar for næringsmiddeloven og lov om samordnet næringsmiddelkontroll. Dette omfatter bl.a. hygiene ved produksjon og frambud av næringsmidler, merking og markedsføring av mat, bestemmelser om innhold av tilsetningsstoffer m.m. og drikkevann. Statens næringsmiddeltilsyn forvalter den samlede lovgivning om næringsmidler og kosmetikk. Landbruksdepartementet har det samlede budsjett- og administrative ansvar for Statens næringsmiddeltilsyn, og det vises til St.prp. nr. 1 Landbruksdepartementet.

Rehabilitering

Rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med definerte mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider om å gi den nødvendige bistand og tilrettelegging for brukeren i hans eller hennes innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og sosial deltakelse. Hovedprinsippene for organisering av rehabiliteringsarbeidet er følgende:

- bistand til rehabilitering skal gis i et brukerperspektiv og med brukerens medvirkning
- bistanden fra helsetjenesten bør koordineres med tjenester fra andre etater i så planlagte prosesser som mulig
- rehabiliteringsbistand til den enkelte skal koordineres med utgangspunkt i brukerens nærmiljø, og kommunenes ansvar og rolle skal tydeliggjøres

- opptreningsinstitusjonene, helsesportssentra og spesielle helseinstitusjoner skal inngå som deler av behandlings- og rehabiliteringskjeden
- kunnskaps- og kompetansegrunnlaget skal sikres gjennom forskning og utdanning
- kommuner og fylkeskommuner har hver for seg og i samarbeid ansvar for de ulike tiltak på rehabiliteringsområdet
- det skal legges til rette for nasjonale prioriteringer/styringssignaler på området

2. Tilstandsbeskrivelse/resultatrapport 1998/99

Kommunehelsetjenesten

Det har i de senere årene vært en aktivitetsøkning i kommunehelsetjenesten målt i antall utførte årsverk.

I allmennlegetjenesten har antall utførte årsverk økt fra 3 345 i 1997 til 3 444 i 1998. Det har skjedd en overgang til flere driftsavtalehjemler mens antall utførte årsverk av fastlønte leger er redusert. Kommunehelsetjenestestatistikken (SSB) viser at det har det siste året vært en beskjeden vekst i antall utførte årsverk i allmennlegetjenesten. Utviklingen i retning av flere driftsavtalehjemler og færre fastlønnsstillinger har fortsatt. Departementet er opptatt av å følge utviklingen i primærlegetjenesten fram mot innføring av fastlegeordningen og har bl.a. bedt kommunene rapportere behov for nye legeårsverk. Økt fokus på legedekningen har også gitt kommunene bedre oversikt over legetjenesten blant avtaleløse leger. Dette gjelder spesielt for Oslo kommune. Registrert vekst i antall årsverk blant avtaleløse leger fra 1997 til 1998 er ikke reell, men skyldes under-rapportering fra tidligere år. Antall utførte årsverk av fysioterapeuter er økt fra 3 247 i 1997 til 3 367 i 1998.

Tabell II. 24

	1990	1993	1995	1996	1997	1998
Allmennleger, antall årsverk						
(inkl. turnuskandidater)	3 016	3 211	3 301	3 305	3 345	3 444
- m/avtale.....	1 530	1 714	1 927	2 068	2 176	2 294
- fastlønn	1 150	1 133	966	830	756	676
- u/avtale.....	154	179	209	213	222	259
Fysioterapeuter, antall årsverk						
(inkl. turnuskand.)	2 695	2 892	3 032	3 208	3 232	3 367
- m/avtale.....	2 072	2 059	2 017	2 016	2 041	2 256
- fastlønn	420	610	757	827	856	953
- u/avtale.....	102	154	175	200	215	51
Utførte årsverk i skole- og helsestasjonstjenesten (ekskl. leger og fysioterapeuter)	1 416	1 712	2 096	2 147	2 214	2 283
Jordmødre, antall årsverk	109	161	201	222	236	260
Helsesøstre, antall årsverk	1 193	1 355	1 502	1 538	1 571	1 609

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsesøstre, jordmødre og annet personell står for ca 82 pst. av årsverkene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2 283 årsverk), mens fysioterapeutene og legene står for ca. 18 pst. I perioden 1990-98 har helsestasjons- og skolehelsetjenesten hatt en vekst på om lag 61 pst. målt i antall årsverk. Dette gjennomsnittet skjuler en stor variasjon mellom kommunene. Tallene forteller heller ikke noe om fordeling av antall årsverk brukt i helsestasjon, grunnskole og videregående skole.

Økningen kan ses på bakgrunn av oppfølgingsarbeidet knyttet til St. meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunene har m.a. blitt

stimulert gjennom ulike prosjektsatsninger til å gjennomføre forebyggende arbeid knyttet til ulykker og sykdom særlig rettet mot barn og unge. Mye av dette oppfølgingsarbeidet i kommunene er knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. I 1999 startet opptrappingsplan for psykisk helse som også omfatter styrking av helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Helsestasjon for ungdom har vært en satsing i handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort. En kartlegging i kommunene fra 1991 viste at bare 12 kommuner den gangen hadde etablert slik tjeneste, i 1998 hadde ca. 170 kommuner etablert slik virksomhet.

Skader etter ulykker

Ut fra personskaderegisteret ved Statens institutt for folkehelse er det anslått at det årlig forekommer 450.000 ulykkesskader som trenger medisinsk behandling. Om lag 55.000 av disse krever sykehusinnleggelse. Det er i særlig grad barn, unge og eldre som rammes, og det synes å være sosiale forskjeller i forekomsten av skader etter ulykker. Hjem-, skole- og fritidsulykkene dominerer og utgjør mellom 70 og 95 pst. av alle ulykker. Nasjonal statistikk viser nedgang i ulykker med dødelig utgang både for kvinner og menn. Ulykker som krever sykehusinnleggelse viser økning for begge kjønn, og bruddskader er vanligste skadediagnose.

Den tverrdepartementale handlingsplanen for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid (1997-2002) er et styringsverktøy i den nasjonale satsingen for å få skadetallene ned og begrense skadekonsekvenser for den enkelte og for samfunnet. Handlingsplanen gir en samlet framstilling av ni deltakende departementers ansvar, virkemidler og innsats på feltet. Styrking av tverrsektoriell innsats og stimulering av kommunebasert utviklingsarbeid er vektlagt. Et sentralt virkemiddel i dette arbeidet er WHO-opplegget Safe Community, som er en arbeidsmetode for ulykkesforebyggende arbeid på lokalplanet. Nærmere 50 kommuner er i gang med utviklingsarbeid innenfor rammen av Trygge lokalsamfunn. Erfaringer viser at handlingsrettet og målrettet innsats må ta utgangspunkt i lokale problemer og utfordringer. Oversikt over problemomfanget, herunder nasjonal statistikk og lokale skadetall, kunnskap om forebyggende tiltak og effekt av disse er viktige suksesskriterier. Statens institutt for folkehelse er gitt en viktig oppgave i overvåking, forskning og rådgivning og som faglig støttespiller for kommunene i det praktiske arbeidet, herunder sekretariatsfunksjonen for Trygge lokalsamfunn.

Psykososiale problemer

Det er fortsatt stor usikkerhet rundt både årsaksforhold og effektive forebyggende og rehabiliterende tiltak med hensyn til mentale lidelser og psykososiale problemer. For å styrke kunnskapen om psykososiale problemer og sosiale miljøfaktorerets betydning for psykisk helse, er det satt av midler til forskning på dette området, jf. omtale under kap. 719.50.

Når det gjelder utbredelse av disse lidelsene, har vi bare data fra enkeltundersøkelser. Høsten 1999 vil det bli lagt fram en faktarapport som oppsummerer eksisterende kunnskap om årsaker til og utbredelse av psykososiale problemer og psykiske lidelser. Det er høsten 1999 ferdigstilt et undervisningsopplegg om forebygging av spiseforstyrrelser som distribueres til alle landets ungdoms- og videregående skoler og til helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Det arbeides videre med en strategiplan for styrking av tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser. Strategiplanen inkluderer også helsefremmende tiltak.

Belastningslidelser

Muskel- og skjelettlidelser eller belastningslidelser er fortsatt helseproblemer som angår flest mennesker. Om lag 20 prosent av befolkningen i yrkesaktiv alder rapporterer slike plager. Hvert år har noe i overkant av 50 prosent av sykmeldingene vært begrunnet i diagnosegruppen muskel- og skjelettlidelser.

Den tverrdepartementale handlingsplanen for forebygging av belastningslidelser ble avsluttet i 1998. Handlingsplanen har bidratt til å se utvikling av belastningslidelser i et samfunnsperspektiv og synliggjort departementenes ansvarsforhold. Mange av prosjektene som ble gjennomført under handlingsplanen, har hatt fokus på forhold som har betydning for befolkningen generelt og ulike gruppers muligheter til fysisk aktivitet. Dette arbeidet videreføres av Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. Kap. 713).

Informasjonsprosjektet Barn i bevegelse ble avsluttet i 1998 og er under evaluering. Prosjektet har vakt stor oppmerksomhet og utløst aktiviteter på flere nivå.

Departementet vil følge opp innsatsområdet belastningslidelser i samarbeid med andre departementer, herunder nevnes kunnskapsformidling, videre utvikling av helsefremmende skoler (HEFRES) og forskningssatsingen Helse i arbeidslivet (jf kap. 719 post 50).

Astma, allergi og inneklimasykdommer

Mellom 7 og 9 pst. av skolebarna i Norge har astma, mens forekomsten av høysnue er 15-18 pst. Ut fra tilgjengelig datagrunnlag er det ikke mulig å avgjøre med sikkerhet om befolkningens sykелighet av astma og allergi har økt på 1980- og 1990-tallet, selv om flere i dag får slike diagnoser. Det arbeides med å kunne måle endringer gjennom nasjonalt helseindikatorsystem. Som gruppe er astma, allergi og luftveissykdommer en folkesykdom og årsak til betydelig kronisk sykелighet og ressursforbruk. Allergiske sykdommer anses å være en av de hyppigste kroniske plager hos barn.

Kunnskapsgrunnlaget på området er mangelfullt, og i regi av Norges forskningsråd er det satt igang to forskningsprogrammer med relevans for området: Inneklima og helse og Miljøforurensing og helse, jf. omtale under kap. 719.50. Sosial- og helsedepartementet har i samarbeid med sju andre departementer utarbeidet en handlingsplan for forebygging av astma, allergi- og inneklimasykdommer for perioden 1998-2002. Handlingsplanen er et verktøy for å koordinere statlig virksomhet på feltet, og sette forebygging av astma, allergi og inneklimasykdommer på dagsorden. Egenaktivitet og mestring er også sentralt for folk med slike plager.

Mat, ernæring og drikkevann

Fettinnholdet i kosten er redusert fra 40 energi-pst. i 1975 til 34 energi-pst. i dag. Den positive utviklingen i perioden ser nå ut til å ha flatet ut. Nedgangen i fettinnholdet de siste 20 årene, samt forandringer i kostens fettsyresammensetning, kan forklare en vesentlig del av reduksjonen i dødelighet av hjerteinfarkt i denne perioden.

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF) har utarbeidet en utredning om helsemessig betydning av økt forbruk av frukt og grønnsaker. For å kunne følge utviklingen i matvarenes sammensetning, befolkningens kosthold og forekomsten av helseproblemer knyttet til kosthold, har SEF, i nært samarbeid med Statens næringsmiddeltilsyn, et system for å overvåke dette. Som en oppfølging av St.prp. nr. 61 (1997-98) om Nasjonal kreftplan, har SEF i 1998 styrket sitt arbeid med forebygging av kreft. Tiltak for å øke frukt- og grønnsaksforbruket og ulike skole- og ungdomstiltak er viktige satsinger, likeså kost, mosjon og røykfrihetprosjektet i samarbeid med fylkeslegene.

Lov av 19. mai 1933 nr. 3 om tilsyn med næringsmidler m.v. ble endret f.o.m. 1.1.1999 for blant annet å møte krav i forbindelse med utvidelsen av EØS-avtalen vedlegg I og for å kunne regulere, herunder forby produksjon, import og omsetting av visse typer næringsmidler som f.eks. genmodifisert mat og bestrålt mat.

Det er etablert en godkjenningsordning for genmodifiserte og nye næringsmidler. Folkehelse er styrket med tanke på overvåking av næringsmiddelbårne sykdommer.

Arbeidet med å påvirke kommuner og private vannverkseiere til å foreta den nødvendige utbedringen av vannverk som ikke tilfredsstiller de krav som gjelder har fortsatt i regi av Program for vannforsyning. I programmets 4 første år er det satt i gang eller gjennomført utbedring av ca. 250 vannverk med forsyning til ca. 810 000 personer.

Ved utløpet av 1998 gjensto det utbedring av ca. 775 registrerte vannverk med forsyning til ca. 550 000 personer. Per juni 1999 får samlet ca. 3,3 millioner nordmenn vann fra 840 vannverk som er tilfredsstillende, eller som er i ferd med utbedringer som vil gjøre dem tilfredsstillende. Ca. 0,5 millioner får vann fra 750 vannverk som ikke er tilfredsstillende. Resten av befolkningen får drikkevann fra egne brønner/bekker eller små vannverk som ikke er godkjennings-/registreringspliktige. Revisjon av drikkevannsforskriften er også under arbeid.

Tobakksskader

I 1998 røykte 33 prosent av den norske befolkningen mellom 16 og 74 år daglig, 34 prosent av mennene og 32 prosent av kvinnene. I tillegg kommer 11 prosent av- og til røykere. I de siste årene har andelen dagligrøykere, både menn og kvinner, vært stabil. Det må i fremtiden satses strategisk på økt tobakksskadeforebyggende arbeid for å få redusert andelen røykere i Norge. Regjeringen har derfor vedtatt en ny strategiplan for det tobakksskadeforebyggende arbeidet 1999-2003.

Internasjonalt har Norge forpliktet seg til medvirkning og støtte til WHO's utvikling av en rammekonvensjon for tobakksproduktkontroll. En interdepartemental forhandlingskomite vil bli opprettet og et forberedende ekspertmøte vil bli holdt i Norge i februar 2000.

Utdanning er fortsatt en av de viktigste faktorene for å forklare forskjeller i tobakksbruk. I befolkningen som helhet er det mer enn dobbelt så mange dagligrøykere blant de med kun grunnskoleutdanning som blant de med universitets- eller høyskoleutdanning. Det er også store fylkesvise variasjoner i røykevanene, blant dagligrøykerne topper Finnmark statistikken med 46 prosent, på motsatt side Akershus med 29 prosent. Oslo og Nord-Trøndelag har en andel dagligrøykere på 30 prosent.

Viljen til å slutte er stor. To av fem dagligrøykere sier at de vurderer å slutte å røyke i løpet av et halvt år. Hver tiende dagligrøyker vurderer å slutte i løpet av en måned. 85 prosent av alle dagligrøykerne forteller at de angrer på at de begynte å røyke. Likevel er det lokale tilbudet om hjelp til røykeslutt fortsatt dårlig utbygd. Det er derfor et sterkt behov for en styrket innsats i kommunene. Som oppfølging av St prp nr 61 (1997-98) om Nasjonal kreftplan har Statens tobakksskaderåd styrket sitt arbeid med forebygging av kreft, blant annet gjennom kost, mosjon og røykfrihetsprosjektet i samarbeid med fylkeslegene.

Holdningen til røyking i hjemmet er noe av det som har endret seg mest gjennom de siste årene. I 1998 svarte 71 prosent av de spurte at de ikke synes man bør røyke hjemme med barn til stede, mot 53 prosent i 1993. Tilsvarende tillater stadig færre at det røykes hjemme hos dem. På få år har det skjedd store holdningsendringer i forhold til passiv røyking.

For første gang i Norge selges det nå mer ferdigsigaretter enn rulletobakk. Dette kan skyldes at avgiften har økt mer for rulletobakk enn for ferdigsigaretter de senere årene, men andre forhold kan også spille inn som f eks økt kjøpekraft.

Kreft

I 1996 fikk henholdsvis 10 230 kvinner og 10 541 menn kreft. Forekomsten av kreft har økt fra 7500 tilfeller totalt sett i 1955, og utgjør en årlig økning på 1,2 prosent for kvinner og 1,7 prosent for menn frem til i dag. Andelen som lever fem år etter diagnose har i samme periode økt fra 37 prosent til 55 prosent. De vanligste kreftformene er brystkreft for kvinner og prostatakreft for menn, samt lungekreft og tykk- og endetarmskreft for menn og kvinner. Økningen er betydelig for de fleste kreftformer, med ondartet føyflekkkreft på topp.

Røyking utgjør en betydelig risikofaktor, og røykeslutt er den enkeltfaktor som vil kunne forebygge flest krefttilfeller. Også kostholdets sammensetning og fysisk aktivitet har stor innvirkning på både forekomst og dødelighet av ulike kreftformer.

Smittevern

Smittsomme sykdommer er fremdeles under bedre kontroll i Norge enn i de fleste andre land. God personlig hygiene, vaksinasjon, sunt kosthold og trygge næringsmidler vil bidra til å bevare denne gunstige situasjonen. I mange andre land forverres situasjonen. I Nordens østlige nærområder kan det ventes økning i seksuelt overførbare sykdommer, inkludert HIV-infeksjon, og fortsatt høy forekomst av tuberkulose og i noen tilfelle med bakterier som er resistente mot vanlig behandling. Sykehusinfeksjoner og smittestoffers resistens mot antibiotika er en vedvarende trussel. Utvidelse av internasjonal handel kan gi økt risiko for flere tilfeller av næringsmiddelbårne infeksjoner i Norge. Det er derfor nødvendig med sterkere internasjonalt samarbeid om smittevernet, både med nærområdelandene, EU og WHO. Bedre medikamenter mot HIV gjør at HIV-smittede i Norge lever lenger, både før de får AIDS og etter at de har utviklet AIDS. Selv om det rapporteres om økende problemer med terapisivikt, resistensutvikling og alvorlige bivirkninger, har den gunstige utviklingen holdt seg gjennom 1998. Et bekymringsfullt utviklingstrekk i 1998 var at 65 pst. av de som ble diagnostisert HIV-positive i 1998, antas smittet i utlandet.

Miljørettet helsevern

Sosial- og helsedepartementet har i samarbeid med Miljøverndepartementet utarbeidet en handlingsplan for miljø og helse. Dette er en oppfølging av Helsinkideklarasjonen fra 1994, og ble fremlagt på ministerkonferansen i London i juni 1999. Den nasjonale handlingsplanen er en felles handlingsplan for helse- og miljøvernmyndighetene med formål å integrere mål og aktiviteter innen helse, miljø og utvikling. I forbindelse med bl.a. Lokal Agenda 21 og Handlingsplanen miljø og helse tyder mye på at arbeidet med miljørettet helsevern i kommunene må intensiveres. Dette innebærer såvel faglig som organisatorisk oppgradering. Flere av landets kommuner har et utstrakt samarbeid med det kommunale næringsmiddeltilsynet i dette arbeidet. Det er behov for fornyet regelverk og faglige retningslinjer på feltet.

Uønsket svangerskap og abort

I 1998 ble det utført 14 028 svangerskapsavbrudd i Norge. Dette er en økning på 0,3 pst. i forhold til 1997. Siden loven om selvbestemt abort ble innført i 1979, har antall svangerskapsavbrudd variert mellom 13 531 i 1982 og 16 208 i 1989. Ny handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 1999-2003 ble fremlagt i mars 1999, jf. omtale under kap. 719.71.

Strålevern

Statens strålevern har et omfattende delansvar i arbeidet med realisering av handlingsplan for atomsikkerhet som ledes av Utenriksdepartementet. Handlingsplanen er en oppfølging av St.meld. nr. 34 (1993-94) Atomsikkerhet og kjemiske våpen i våre nordlige nærområder. Strålevernets oppgaver består i å realisere atomsikkerhetsprosjekter bl.a. i Russland, samt å delta som fagekspertise og være rådgiver i det generelle atomsikkerhetsarbeidet internasjonalt. En utfordring er faren for radioaktiv forurensing fra våre nærområder - fra kjernekraftverk, atomdrevne fartøy og anlegg for lagring eller behandling av atomavfall og kjernevåpen.

Den generelle loven innen strålevern, lov om bruk av røntgenstråler og radium m.v., er fra 1938. På grunn av lovens alder og den utvikling som har skjedd innen strålebruk de siste tiårene, har departementet lagt fram Ot. prp. nr. 88 (1998-99) Om lov om strålevern og bruk av stråling. Lovforslaget gir et rettslig grunnlag for en strålevernforvaltning tilpasset dagens krav.

Konsesjon for drift av Institutt for energiteknikk sine atomanlegg utgår 31.12.99, og konsesjonssøknad for fortsatt drift av anleggene er under behandling.

Rehabilitering

For mange brukere oppleves rehabiliteringstilbudet som utilstrekkelig og lite adekvat i forhold til egne behov. Rehabiliteringsfeltet beskrives ofte som fragmentert og uten tydelig organisering av ansvar og myndighet. Mangelen på målrettet samhandling mellom bistandsyttere med ulike oppgaver og ulik etatstilknytninger er trolig en av de viktigste årsakene til at bistanden ikke er god nok.

Rehabilitering og habilitering i kommunene er hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunene, men uten presise krav til kommunenes oppgaver og koordineringsrolle. Det er store forskjeller mellom kommunene med hensyn til dimensjonering, organisering og kompetanse. Det tverrfaglige samarbeide og samordningen er ikke tilfredsstillende i mange kommuner.

Fylkeskommunenes ansvar for å yte rehabilitering/habilitering følger av ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester. Gjennomgang av fylkeskommunenes planer for rehabilitering og habilitering, kartlegging av eksisterende tilbud og evaluering av tilskuddsmidler for styrking av feltet viser at fylkeskommunene har fulgt opp sine planer på området. Voksenhabiliteringstjenester er opprettet i alle fylker. Det samme er tilfellet med barnehabilitering og tilbudet til slagpasienter. Egne rehabiliteringsavdelinger er opprettet i 15 fylker. Stimuleringstilskuddet som ble innført i 1994 til fylkeshelsetjenesten har også bidratt til å styrke tilbudet til prioriterte målgrupper og til mer systematisk planlegging av tilbudet. Gjennom departementets forsknings- og utviklingssatsing de senere år er det spesielt satt fokus på forhold som angår rehabilitering, noe som har bidratt til å gi dette feltet økt oppmerksomhet. Viktige utviklingsområder for fylkeskommunal habilitering og rehabilitering de nærmeste årene vil bl.a. være relasjonen til de kommunale tjenester på området, forholdet til opptreningsinstitusjonene og de spesielle helseinstitusjonene, samt kunnskaps- og kompetanseoppbygging.

Kartlegginger som departementet har foretatt viser at det fortsatt, er store kunnskaps- og kompetansemangler på rehabiliteringsfeltet. Den kunnskap som finnes, er vanskelig å få oversikt over. Det har ikke vært en samlet prioritering når det gjelder kunnskapsutvikling på feltet, og det er store sprik med hensyn til hva de ulike yrkesgrupper som deltar i rehabiliteringsprosessen lærer gjennom grunn-, videre- og etterutdanning. Organisering av kunnskaps- og kompetanseutvikling og formidling blir dermed viktig for å kunne utvikle rehabiliteringsfeltet. Det vises til nærmere omtale av tiltak i St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring og Innst. S. nr. 178 (1998-99).

3. Virkemidler og forventede resultater

Kommunene skal bl.a. sørge for deltjenestene helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skoler. Tjenestene omfatter forebyggende og helsefremmende arbeid for spedbarn, småbarn og skolebarn, målrettede undersøkelser, vaksinasjoner, hjembesøk til familier, foreldreveiledning, helseopplysning og habilitering. Virksomhetene skal også omfatte samarbeid om å bedre oppvekstvilkårene for barn og unge.

Helsestasjon for barn og ungdom settes i fokus i 1999-2003

Det er et mål at helsestasjon for barn og ungdom skal bli et kraftsenter og en møteplass for helsefremmende og forebyggende arbeid for barn, ungdom og deres familier, for virksomhetens personell med styrking og utvikling av ny kunnskap og arbeidsmetoder, og som pådriver for å styrke det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidet for å fremme barn og ungdoms helse og oppvekst. En slik fagutvikling med helsestasjonen som møteplass vil også kunne bidra til å styrke skolehelsearbeidet. I 1999 ble kap.719, post 21 styrket med 2 mill. kroner til satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Departementet har høsten 1999 utarbeidet en samlet oversikt over den nasjonale strategi for utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten "Helsestasjon for barn og ungdom 0-20 år i fokus" (1999-2003) som blir sendt til landets kommuner. Oppfølging av innsatsene fortsetter i 2000 i samarbeid med fylkeslegene.

Tobakksskadeforebygging

For å redusere bruken av tobakk er det utarbeidet en nasjonal strategiplan for det tobakksskadeforebyggende arbeidet 1999-2003 "*Røykfrihet – en rettighet*". De strategiske områdene er:

- Røykfrie arbeidsplasser
- Voksne som rollemodeller
- Røykfrie gravide og røykfrie småbarnsforeldre
- Røykfrie skoler
- Videreutvikling av Røyketelefonen
- Røykfrie restauranter og serveringssteder
- Regulering av markedsføring og omsetning av tobakksvarer
- Oppfølging av aldersgrensen for salg av tobakksvarer
- Tobakksskadeforebygging lokalt
- Internasjonalt arbeid i WHO og EU

Fra 1. juli 1999 er det innført en egen takst for individuell strukturert røykeavvenning som ledd i behandling av sykdom og av gravide, jf. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.

Mat og ernæring

Ernæringsarbeidet ivaretas på flere måter. Informasjon er hovedvirkemidlet for å nå de ernæringsmessige målene. Tiltak for å øke frukt- og grønnsaksforbruket generelt og skole- og ungdomstiltak spesielt er viktige satsinger. Oppfølging av St prp nr 61 (1997-98) Nasjonal kreftplan har et særlig fokus mot styrking av det lokale engasjementet på ernæringsfeltet. Sosial- og helsedepartementet deltar i jordbruksforhandlingene for å bidra til at ernæringsmessige hensyn blir ivarettatt.

På næringsmiddelområdet vil oppfølging av NOU 1996:10 Effektiv matsikkerhet stå sentralt. Gjennomgang av dagens næringsmiddellover skal bidra til et mer tjenlig lovverk og en mer hensiktsmessig organisering av tilsynsvirksomheten på næringsmiddelområdet.

Smittevern

Innenfor smittevern fortsetter forskriftsarbeidet til smittevernloven av 1995. Det skal utarbeides nye forskrifter om skadedyrbekjempelse og karantenetiltak. Arbeidet med å styrke norsk smittevernberedskap skal fortsette.

Det er utarbeidet et forslag til plan for å motvirke antibiotikaresistens som nylig har vært på høring. Oppfølgingsarbeidet involverer flere departementer og statlige etater, og vil resultere i en handlingsplan med tiltak rettet mot flere sektorer.

Forslag til plan for tiltak mot pandemisk influensa ("Pandemiplanen") ble avgitt til departementet sommeren 1999, og er sendt på en omfattende høring. Kommunene vil bes om å ta hensyn til denne under utarbeiding av sine smittevernplaner.

Det er igangsatt en omfattende uavhengig evaluering av Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000 for å få vurdert om den forebyggingspolitikken som har vært ført, har vært vellykket og bør danne grunnlaget for den framtidige HIV/AIDS-politikken i Norge.

Departementet har satt ned en arbeidsgruppe som i løpet av 1999 skal vurdere revisjon av tuberkuloseforskriften. Arbeidet er et ledd i oppfølgingen av NOU 1998: 3 Utryddelse av tuberkulose? Strategi for fremtidig tuberkulosekontroll.

Andre forebyggingsområder

Når det gjelder miljørettet helsevern, vil oppfølgingen av Handlingsplan for miljø og helse fortsette i 2000. Det vil videre bli utviklet regelverk og veiledningsmateriale. Samarbeid om Lokal Agenda 21 om miljø og helse vil fortsette.

De nasjonale hovedinnsatsområdene innenfor det helsefremmende og forebyggende arbeidet følges i hovedsak opp gjennom tverrdepartementale handlingsplaner og andre tverrsektorielle tiltak. Handlingsplaner er et viktig virkemiddel på innsatsområdene når kunnskapsgrunnlaget på områdene er mangelfullt og når det forutsettes et nært samarbeid mellom sektorer, faggrupper og forvaltningsnivåer for å oppnå resultater. Handlingsplan for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid (1997-2002), herunder WHO-konseptet Trygge lokalsamfunn, og Handlingsplan for forebygging av astma, allergi og inneklimasykdommer (1998-2002) fortsetter i 2000. Handlingsplanen for forebygging av belastningslidelser ble avsluttet i 1998, mens arbeidet med å styrke fysisk aktivitet i befolkningen fortsetter. Forebyggingsinstitusjonene bidrar aktivt innenfor oppfølgingen av handlingsplanene.

Oppfølgingsarbeid på bakgrunn av faktarapporten om forebygging av psykiske lidelser og psykososiale problemer vil stå sentralt i 2000.

Noen hovedelementer i Handlingsplan mot selvmord vil bli videreført i 2000 etter at handlingsplanperioden avsluttes i 1999.

Departementet ser det som en prioritert oppgave å følge opp utredningen om styrking av folkehelsearbeidet i kommunene, NOU 1998:18 Det er bruk for alle.

For å forebygge forekomsten av uønsket svangerskap og abort er det utarbeidet en ny handlingsplan for perioden 1999-2003. Stortingets behandling av St. meld. nr. 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd m.v. vil blant annet bli fulgt opp gjennom den nye handlingsplanen ved å styrke holdningsskapende arbeid, undervisning om samliv, seksualitet og prevensjon og ved å gjennomføre et forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i Trondheim. Tilskuddsordningen for abortforebyggende tiltak til organisasjoner o.l. vil bli videreført i 2000.

Til tiltak mot radon i privatboliger er det i 1999 opprettet en tilskuddsordning på kap. 581, post 71 som skal fortsette som del av forebyggingssatsingen i Nasjonal kreftplan.

Det er også etablert et prosjekt ved Statens institutt for folkehelse som har som målsetning å utvikle noen indikatorer for aktivitet innenfor det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunene. Det er et behov for bedre informasjon om innholdet i det forebyggende helsearbeidet. En målsetning er å innarbeide noen indikatorer i relevante løpende styrings- og informasjonssystemer.

Sosial- og helsedepartementet mener det er behov for å vurdere enkelte sider ved arbeidsfordelingen mellom nivå 2-institusjonene på forebyggingsområdet, med sikte på å få til en mer hensiktsmessig oppgavefordeling. Departementet har derfor initiert en grensesnittsanalyse for å finne en best mulig arbeidsfordeling mellom disse institusjonene. Resultatet av en slik analyse vil ligge til grunn for den fremtidige vurdering av ansvars- og oppgavefordelingen mellom de berørte institusjoner.

Ny lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger

Elektronisk informasjon- og kommunikasjonsteknologi (IKT) tas i økende grad i bruk i helsesektoren. Utviklingen i informasjons- og kommunikasjonsteknologi gjør det langt lettere enn tidligere å registrere, lagre og utveksle helseinformasjon. Utviklingen av informasjonsteknologi må antas å medføre at vi i fremtiden vil registrere flere helseopplysninger enn tidligere, og at disse opplysninger får en høyere omløpshastighet. Den informasjonsmengde som finnes om hver enkelt pasient, er økende. Dette kan medføre at det blir vanskeligere å ivareta helseopplysningenes taushetsvern og konfidensialitet. Samtidig er innføring og riktig bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helseforvaltningen og helsetjenesten en viktig faktor som kan bidra til at helseforvaltningen og helsetjenesten bedre skal kunne møte de kravene som stilles til den i fremtiden.

Dette er bakgrunnen for at Regjeringen vil legge fram et forslag til lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger. Et viktig formål med loven vil være å legge til rette for fullgod informasjonssikkerhet ved behandling av helseopplysninger.

For å ivareta helseforvaltningen og helsetjenestens formål skal loven bidra til:

- å gi helseforvaltningen informasjon og kunnskap for administrasjon, styring, planlegging og kvalitetssikring av helsetjenesten,
- kunnskap om årsaker til nedsatt helse og utvikling av sykdom, blant annet ved å fremme forskning og statistikk og sikre at data om helseforhold har god kvalitet,
- å sikre en effektiv og forsvarlig pasientbehandling - alle relevante og adekvate opplysninger som trengs for å tilby og gi pasienten nødvendig helsehjelp, må være tilgjengelig når opplysningene trengs.

Rehabilitering

St meld nr 21 (1998-99) Ansvar og meistring ble behandlet av Stortinget juni 1999. Meldingen ga en utfyllende beskrivelse og vurdering av rehabiliteringsfeltet med sikte på en mer helhetlig politikk og målbevisst satsing. Regjeringen er tilfreds med at Stortinget har gitt sin tilslutning til tilnærmet alle forslagene som ble lagt fram. Stortinget har videre sluttet seg til at verdier og mål som brukerinnsflytelse, tverrsektorielt arbeid og størst mulig lokal forankring av tiltakene skal prege utøvelsen av tjenestene. En egen plan for oppfølging av meldingen er utarbeidet i departementet. Av prioriterte tiltak kan nevnes utarbeidelsen av et nytt forslag til finansieringsordning av opptreningsinstitusjonene (jf. omtale under kap. 2711.75 Opptreningsinstitusjoner), utforming av forskrifter for kommunens og fylkeskommunens ansvar, tilrettelegging for individuell planlegging, samt gjennomgang av de fire helseinstitusjonene (inkl helsesportsentra) som driver rehabiliteringsrelevant arbeid.

Tilskuddene til fylkeskommunene videreføres, jf. omtalen under kap. 718 post 60 (tidl. 720 post 62).

I regi av Statens helsetilsyn pågår det arbeid med veiledere for ulike deler av rehabiliteringsfeltet. Departementets FoU foregår på prioriterte områder jf. tilstandsbeskrivelsen ovenfor, og med særlig fokus på kunnskaps- og kompetansespørsmål. Det er påbegynt et arbeid med å få til et mer helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Resultater av forskning om rehabilitering i regi av Norges forskningsråd vil blant annet kunne si noe om virkning av tiltak og ulike organiseringsmåter.

Tilpasning til fastlegereformen og tiltak for å bedre stabiliteten i allmennlegetjenesten

Fastlegeordningen skal iverksettes i alle kommuner fra 1. januar 2001. Departementet står overfor et omfattende reformarbeid og iverksettingsprosjekt som berører hele befolkningen, alle kommuner og allmennleger.

Fastlegereformen angår først og fremst det kurative legearbeidet, men organiseringen vil også innvirke på vilkårene for offentlig legearbeid. I tilpasningen til reformen må kommunene kartlegge behovet for legetjenester og planlegge det samlede primærlegetilbudet i fastlegeordningen. Kommunene bør som ledd i planleggingen til fastlegeordningen utarbeide en plan for kurative legetjenester og behov for leger til offentlige legeoppgaver. Det er sendt ut rundskriv til kommunene med oppfordring om å ta fatt på planleggingsarbeidet jf. rundskriv I-38/97 og I-39/98. Kommunene har blitt bedt om å rapportere planleggingsdata til fylkeslegene. Disse ble sist oppdatert i mars 1999. Tilbakemeldingen viser at kommunene har startet planleggingsarbeidet til fastlegeordningen og rapportene gir en samlet oversikt over kommunenes forventede legebehov. Departementet antar nå, på bakgrunn av data fra kommunene, at det vil være behov for inntil 400 nye legehjemler i allmennlegetjenesten i forbindelse med innføringen av *fastlegereformen*. Det er også usikkerhet om hvor mange avtaleløse leger som vil inngå fastlegeavtale med kommunene. For å legge til rette for innføring av fastlegeordningen vil kommunehelsetjenesten prioriteres i videre tildeling av legehjemler jf. omtale av statlig regulering av legemarkedet.

Stabilitet i primærlegetjenesten er vesentlig for å kunne gi fastlegeordningen et reelt innhold. Det er derfor problematisk at flere kommuner har vanskeligheter med å

rekruttere leger til faste stillinger. Dette gjelder særlig kommuner i de nordligste fylker, men også for utkantkommuner i andre deler av landet. For å dekke behovet for nødvendige allmennlegetjenester leies det inn korttidsvikarer. Dette gir lite kontinuitet i lege-pasient forholdet og kan gi et kvalitativt dårlig helsetjenestetilbud, spesielt for kronikere og pasienter med psykiske lidelser. For å bedre rekrutteringen og stabiliteten i primærlegetjenesten er det fra 1999 startet opp spesielle stimuleringsiltak, se omtale under kap. 705 post 60.

Regjeringens langsiktige strategi for å sikre stabilitet i legetjenesten er å øke tilgangen på leger. Det vises til at utdanningskapasiteten for medisinerer er økt i Norge og til at det er inngått avtaler om kjøp av utdanningsplasser i andre land. Videre har Arbeidsdirektoratet igangsatt et prosjekt for rekruttering av utenlandske leger fra EØS-land. Dette gjennomføres i samarbeid med SHD, KS og Dnlf. Samtidig vil staten opprettholde en stram regulering av legemarkedet for å hindre overetablering av leger i sentrale strøk med tilsvarende vansker for utkantkommunene. For nærmere omtale av statlig regulering av legemarkedet og oppretting av nasjonalt råd, se kap. 733 post 21.

Overgang til fastlegeordning vil innebære endring i legekantorenes driftsinntekter. Dette har bidratt til å skape usikkerhet om framtidige inntekter for leger i utkantstrøk. Det understrekes at det i utformingen av fastlegeordningen legges opp til tilpasninger som skal bidra til å sikre legene rimelige inntektsmuligheter også i kommuner med få innbyggere. Det kan være behov for et relativt større antall leger i slike kommuner for å sikre nødvendig vakt- og beredskapstjeneste. Det legges også opp til utjamningstilskudd for privat praksis i utkantkommuner. Kommunal drift av legekantorer kan også være aktuell tilpasning. Det vises også til at fastlønn fortsatt vil være et alternativ til privat drift i mindre kommuner. For nærmere omtale av fastlegereformen vises det til kap. 701 post 21, samt St. prp. nr. 1 Folketrygden kap. 2600.

Kap 0710 Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 3710)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	212 411	191 114	194 100
21	Formidlingsvirksomhet	92 345	94 800	106 300
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 476	4 750	4 900
	Sum kap. 0710	308 232	290 664	305 300

Overført fra 1998 til 1999:

Post 21: 55 000 kroner

Post 45: 1 244 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens institutt for folkehelse har som mål å bedre befolkningens helse og bidra til en god forvaltning av samfunnets ressurser i helserelaterte spørsmål. Instituttet driver egen forskning og produktutvikling, omsetter forskningsresultater til praktisk bruk og sammenstillter og formidler kunnskap.

Folkehelsa gir råd, veiledning og informasjon om forebygging og helsefremming til Sosial- og helsedepartementet, andre myndigheter, beslutningstakere og fagpersonell i helsetjenesten og en rekke andre brukere i offentlig og privat sektor. Folkehelsa deltar i et omfattende internasjonalt samarbeid om helseovervåking, forskning og tjenesteyting.

Hovedmål 1: Forebygge og bekjempe sykdommer som skyldes mikroorganismer.

Hovedmål 2: Forebygge sykdommer og helseskader som skyldes kjemiske og fysiske miljøfaktorer.

Hovedmål 3: Hjelp samfunnet å treffe beslutninger om forebygging og behandling.

Tidligere hovedmål 3 og 4 er slått sammen til nytt hovedmål 3 fra og med år 2000.

2. Resultatrapport 1998/99

Hovedmål 1 Forebygge og bekjempe sykdommer som skyldes mikroorganismer

Et nasjonalt dataregisteringsprogram for sykehusinfeksjoner er ferdigstilt.

I samarbeid med landets mikrobiologiske laboratorier, enkelte infeksjonsleger, sykehushygienikere og Helsetilsynet har Folkehelsa utarbeidet forslag til program for et "Nasjonalt overvåkingssystem for resistens hos mikrober" (NORM). Folkehelsa har ledet arbeidet med å utvikle "Plan for å motvirke antibiotikaresistens", som ble overlevert departementet i januar 1999.

I samarbeid med Helsetilsynet og aktuelle fagmiljøer har Folkehelsa utarbeidet forslag til nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa.

Arbeidet med næringsmiddelbårne infeksjoner er styrket i forbindelse med et forventet økt smittepress når matvaremarkedet i økende grad blir globalisert.

I 1998 har det vært mulig å ta i bruk vaksineproduksjonslokalene. Prøveproduksjon av vaksine mot meningokokker gruppe B er startet. Forekomsten av meningokokksykdom har avtatt betydelig her i landet i de senere år. På denne bakgrunn foretok Smittevernrådet en ny vurdering om ikke å starte et vaksinasjonsprogram med gruppe B og C vaksine i ungdomsskolen. Rådet understreket imidlertid at arbeidet med å ferdigstille en meningokokk B vaksine må fortsette som planlagt.

Folkehelsa har bidratt til gjennomføring av Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000. Det vises til omtale under kap. 719.70.

Hovedmål 2 Forebygge sykdommer som skyldes kjemiske og fysiske miljøfaktorer

Folkehelsa har utgitt rapporter om matvareallergi og -intoleranse. Rapporten fra et internasjonalt ekspertmøte om husstøvmidd i relasjon til astma og allergi er ferdigstilt. Rapporten om anbefalte faglige normer for inneklime er trykket og distribuert til alle landets kommuner, sentrale forvaltningsorganer og relevante fagmiljøer.

Planlegging av et meldesystem for allergiske reaksjoner på matvarer har begynt. Det vil være operativt fra 1. januar 2000 og vil omfatte alvorlige reaksjoner i alle aldersgrupper.

En stor kunnskapsbase om sammenhengen mellom miljøforhold og helseskade/sykdom er utarbeidet i forbindelse med Nasjonal handlingsplan for miljø og helse. Kunnskapsbasen er sendt til alle landets kommuner, sentrale forvaltningsorganer og relevante fagmiljøer. Støykapitlet i kunnskapsbasen om miljø og helse er lagt ut på Internett og blitt publisert i tidsskriftet Miljø & Helse. I forbindelse med ny forskrift om røyking på restauranter og andre serveringssteder m.v. har Folkehelsa stått for formidling, rådgivning og oppfølging av nikotinmålinger i inneluft.

Folkehelsa har ansvar for utvikling og drift av det nasjonale personskaderegisteret. Dette gir mulighet til å følge utviklingen av skadetallene og vil bidra til mer systematisert og kunnskapsbasert skadeforebygging i Norge. Funksjonen til Sekretariat for Trygge lokalsamfunn ble i 1998 flyttet fra Fylkeslegen i Troms til Folkehelsa.

Arbeidet med å påvirke kommuner og private vannverkseiere til å foreta den nødvendige utbedringen av vannverk som ikke tilfredsstiller de krav som gjelder, har fortsatt i regi av Program for vannforsyning. I programmets 4 første år er det satt i gang eller gjennomført utbedring av ca. 250 vannverk med forsyning til ca. 810.000 personer.

Hovedmål 3 Fremme helse og trivsel, og forebygge sykdommer og skader som skyldes sosiale miljøfaktorer

En bredt sammensatt arbeidsgruppe under ledelse av Folkehelsa har levert et samlet forslag til et nasjonalt helseindikatorsystem, som kan være operativt fra år 2000.

Innføringen av de nye meldeskjemaene ved Medisinsk fødselsregister (MFR) for svangerskapsavbrudd og fødsel kunne av praktiske årsaker ikke gjennomføres innen 1. april 1998, men ble i stedet igangsatt 1. desember 1998. Innføringen innebærer en mer komplett registrering av svangerskapsutfall.

Datainnsamlingen i Nord-Trøndelag, som er en del av CONOR, er fullført og dataene er gjort analyseklare.

Nyfødtkohortprosjektet "Den norske mor og barn undersøkelsen" igangsettes i 1999 i Hordaland.

Hovedmål 4 Hjelp samfunnet å treffe beslutninger om forebyggende og kurative helsetjenester

Instituttet leder for tiden den internasjonale Cochrane-organisasjonen som samler kunnskap om effekten av tiltak med virkning på helse og sykdom. Cochrane-databasen oppdateres fire ganger årlig.

Arbeidet med å gjøre det lettere å få tak i og dra nytte av denne kunnskapen er konsentrert om fire målgrupper. Det gjelder helsepersonell, beslutningstakere, helsejournalister og publikum.

Instituttet utvikler i samarbeid med noen fylkeshelsesjefer en tjeneste som skal yte kunnskapsbasert beslutningsstøtte for fylkeshelsetjenesten.

3. Tilstandsvurdering

Det vises til omtale under programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering.

4. Satsingsområder og resultatmål for 2000

Hovedmål 1 Forebygge og bekjempe sykdommer som skyldes mikroorganismer

Oppfølging av tiltakene i "Plan for å motvirke antibiotikaresistens" i samarbeid med relevante fagmiljøer. Prøveprosjektet for Norsk overvåkningssystem for resistens hos mikrober (NORM) er igangsatt ved Regionsykehuset i Tromsø i samarbeid med Folkehelsa.

Intensivere arbeidet med å møte et forventet økt smittepress i forbindelse med folks økende reisevirksomhet og økt internasjonal handel med dyr og næringsmidler – bl.a. gjennom et utvidet samarbeid med Veterinærinstituttet i den nylig etablerte "Zoonoseenheten".

Delta i EUs nye nettverk for overvåking og kontroll av smittsomme sykdommer.

Folkehelsa har en viktig rolle å spille i det videre arbeidet med å forberede avvikling av Handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien ved utgangen av år 2000.

Oppbygging av det laboratoriebaserte epidemiologiske tuberkulosearbeidet med sikte på å møte den økende trusselen som tuberkulose utgjør, herunder også multiresistente tuberkelbasiller.

Ferdigstille arbeidet med dokumentasjon til WHO som kan gjøre at Norge blir erklært poliofritt i år 2000.

Implementere systemer for elektronisk melding om smittsomme sykdommer i Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og automatisk resultatpresentasjon på Internett for å styrke informasjonen om smittevernet til helsepersonell.

Oppfølging av tiltakene i Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa i samarbeid med relevante fagmiljøer. Formålet med planen i tilfelle en epidemi er bl.a. å redusere sykkelighet og død, ta hånd om et stort antall syke og gi fortløpende informasjon til helsevesen, befolkningen og media.

Det vises til sosialkomitéens merknad i Innst.S. nr. 236 1998/99, der det bes om en redegjørelse for arbeidet med å ferdigstille meningokokk B-vaksinen i statsbudsjettet for år 2000. Arbeidet med ferdigstilling av vaksine mot meningokokksykdom gruppe B fortsetter. Oppskalering og gjennomføring av prosessen i nye lokaler med nytt utstyr har medført en del problemer, men produksjon for kliniske utprøvinger er nå planlagt i begynnelsen av år 2000. Kliniske utprøvinger må gjøres for å dokumentere at vaksinen tilsvarende den som ble produsert under tidligere forhold, og er en forutsetning for at legemiddelmyndighetene skal kunne godkjenne produktet. Den ferdige vaksinen tenkes brukt i forbindelse med utbrudd. Hvis forekomsten av meningokokksykdom igjen skulle øke, vil et nasjonalt vaksinasjonsprogram bli aktuelt. Da meningokokk B epidemien her i landet var på det høyeste, var én bakteriestamme årsak til nesten alle tilfellene. Denne stammen er utgangspunkt for den norske vaksinen. Over tid varierer imidlertid stammene, og i andre utbrudd dominerer andre stammer. Parallelt med ferdigstilling av produksjonsprosessen for vaksinen pågår derfor arbeidet fram mot å kunne produsere tilsvarende meningokokk B vaksiner fra andre bakteriestammer. Målet er å kunne tilpasse vaksinen til den stammen som til en hver tid gir mest sykdom, eventuelt også øke effektiviteten ved å benytte flere stammer i vaksinen.

Folkehelsa deltar for øvrig i en arbeidsgruppe ledet av departementet, hvor ulike sider ved vaksineprogrammene og ved Folkehelsas egen vaksineproduksjon vurderes. Dette vil danne grunnlaget for en mer fylldig redegjørelse om vaksineprogrammene, herunder vaksineproduksjonen på Folkehelsa, i revidert nasjonalbudsjett 2000.

Hovedmål 2 Forebygge sykdommer og helseskader som skyldes kjemiske og fysiske miljøfaktorer

Folkehelsa har sekretariatet for Program for vannforsyning 1995-99. Programmet er foreslått forlenget for en ny fireårsperiode. I løpet av år 2000 skal vannverk til 100.000 personer med utilfredsstillende vannforsyning utbedres til å bli tilfredsstillende.

Oppfylle samarbeidsavtalen overfor Statens forurensningstilsyn vedrørende løpende rådgivning om helseeffekter av eksponering for nye og eksisterende kjemikalier, herunder bistå i oppfølgingen etter kartleggingen av kjemikaliearbeidets organisering i Norge, og om helseeffekter av eksponering for forurensninger i henhold til grenseverdiforskriftene.

Oppfylle samarbeidsavtalen overfor Statens næringsmiddeltilsyn vedrørende løpende rådgivning om helseeffekter av fremmedstoffer (tilsetningsstoffer, naturlige gifter og forurensninger) i mat og drikkevann.

Føre tilsyn etter genteknologiloven om innesluttet bruk av genmodifiserte organismer.

Bistå sentrale og lokale helsemyndigheter med rådgivning om gjennomføringen av Nasjonal handlingsplan for miljø og helse, Lokal Agenda 21 og kommunehelsetjenesteloven med forskrifter.

Bidra til kompetanseheving innen ulykkes- og skadeforebygging, blant annet gjennom å fremskaffe og formidle statistikk og forskningsbasert kunnskap, samt delta i internasjonalt statistikkarbeid. Bidra til å styrke lokal ulykkesforebyggende innsats ved å bistå statlige og fylkeskommunale etater i fylkene og kommunene med rådgivning, hjelpeverktøy og oppfølging i det praktiske arbeidet. Følge opp nytt regelverk om skadedyrbekjempelse og kompetanseoppbygging innen for dette området.

Hovedmål 3 Hjelp samfunnet å treffe beslutninger om forebygging og behandling

Det nasjonale helseindikatorsystemet (NHIS) skal gi en samlet oversikt over de viktigste helsedataene til samfunnet, og bidra til å bedre grunnlaget for prioritering av målgrupper, innsatsområder og strategier i helsefremmende og forebyggende arbeid. NHIS skal være i operativ drift fra år 2000, forankret på Folkehelsa. Det skal være oppdatert, brukervennlig og lett tilgjengelig via Internett. I tilknytning til dette vil en i løpet av året utrede og anbefale metoder for å overvåke utviklingen av sosial ulikhet i helse over tid. Dette koordineres med arbeid i regi av EU. Det vil også utarbeides norske rapporter til EUs folkehelse rapport og til EUs rapport om helse og levekår hos spesielt utsatte grupper. Tildelingen til arbeidet med NHIS foreslås økt til 2 mill. kr i år 2000 over kap. 719, post 21.

Igangsetting av hovedprogrammet i nyfødtkohorten "Den norske mor og barn undersøkelsen", inkludert styrket infrastruktur og omfattende informasjonstiltak til publikum, under forutsetning av ekstern finansiering.

Evaluerer tiltak for å øke bruken av ordningen med aktiv sykemelding.

Avslutte prosjektet med å utvikle indikatorer på kommunenes innsats i forebyggende og helsefremmende arbeid, med sikte på å innarbeide indikatorene i relevante statistikk- og rapporteringssystemer, bl.a. KOMMUNE-STAT-RAPPORTERING (KOSTRA). Gjennomføre pilotundersøkelse i noen få, utvalgte kommuner, og på bakgrunn av erfaringene gi en tilråding til SHD om hvordan indikatorer og statistikk for miljørettet helsevern, helsestasjons- og skolehelsetjeneste bør se ut.

Ivareta sekretariatsfunksjonen til et offentlig utvalg som skal utrede biologisk prøvetaking i arbeidslivet. Utvalget skal legge frem sin innstilling i 2000.

Faglig styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten for barn og unge gjennom tilførsel av pålitelig kunnskap og kompetanseoppbygging for personellet.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2000

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 410,8 pr. 1. mars 1998 og 426 pr. 1. mars 1999. Post 21 foreslås styrket med 8,9 mill. kr til fullfinansiering av ny kikhostevaksine.

Kap 3710 Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 710)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Salgs- og leieinntekter	81 621	63 850	65 640
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	1 643		
16	Refusjon av fødselspenger/adopsjonspenger	1 438		
	Sum kap. 3710	84 702	63 850	65 640

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Posten omfatter bl.a. salg av medisinske produkter, vaksiner, salg av dyr og dyreprodukter samt godtgjørelse for undersøkelser og andre oppdrag.

Kap 0711 Statens rettsstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	61 728	52 424	53 333
45	Større utstysanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	2 247	3 860	3 927
	Sum kap 0711	63 975	56 284	57 260

Overført fra 1998 til 1999:

Post 01: 110 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Instituttet har et nasjonalt ansvar for analyse av rusmidler, medikamenter og gifter i prøver fra personer hvor analysesvaret kan få strafferettslige eller tilvarende konsekvenser. Instituttet er akkreditert siden 1996. Videre har instituttet ansvar for tolkning av analyseresultatene slik at rekvirentene best mulig får besvart de praktiske spørsmål som stilles i enkeltsakene.

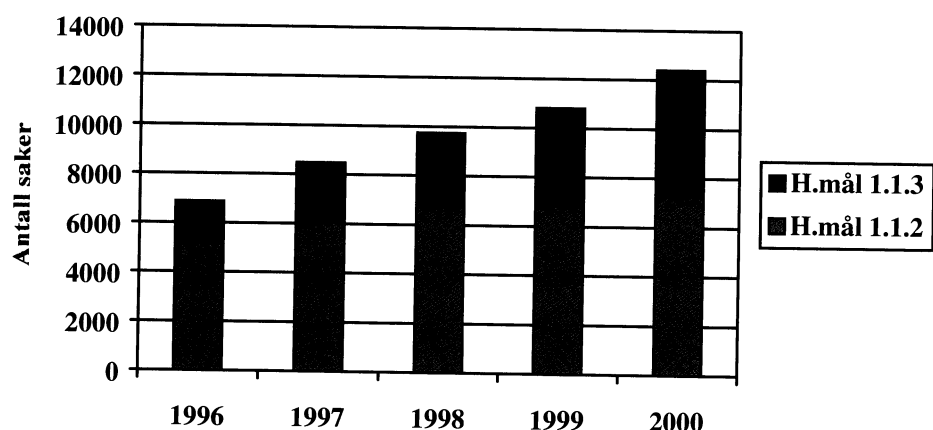
Rekvirentene er politiet, rettsvesenet, kriminalomsorgen, yrkeslivet og sosialomsorgen. Instituttet er nasjonalt kontrollaboratorium for andre laboratorier som utfører rusmiddelanalyser i landet. Metodologisk og rusmiddelepidemiologisk forskning er prioriterte oppgaver som bidrar til å avklare rusmiddelsituasjonen i landet. Instituttet driver også biomedisinsk forskning vedrørende rusmidlenes virkninger. Instituttet formidler kunnskap om rusmidlenes omsetning i kroppen og deres biomedisinske virkninger gjennom undervisning og informasjonsvirksomhet overfor en rekke målgrupper.

Det overordnede mål for virksomheten er: Færre rusmiddel- og medikamentskader.

Hovedmål 1:	Avgi rettssikre besvarelser på spørsmål om skadelig bruk av rusmidler og medikamenter hos enkeltindivider
Hovedmål 2:	Øke kunnskapen i samfunnet om virkningene av rusmidler og medikamenter

2. Resultatrapport 1998

Totalt antall mottatte saker for analyse og fortolkning var omtrent det samme som i 1997 (ca. 40.000). I saker med primær mistanke om kun alkoholpåvirkning, ble det mottatt ca 15 pst. færre saker enn året før. Hovedårsaken til denne nedgangen er måling av alkohol i utåndingsluft i stedet for i blod.

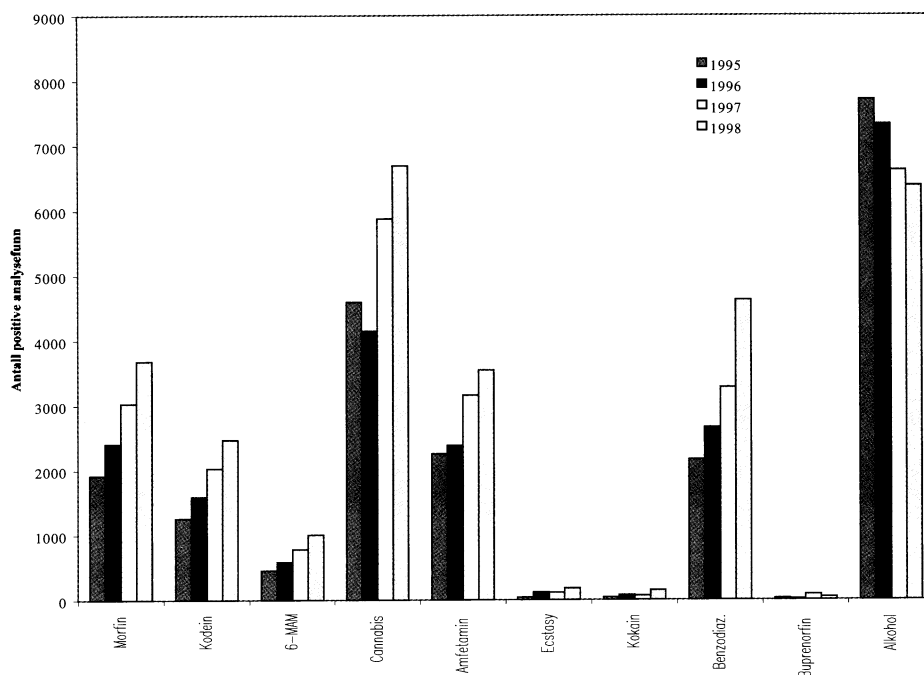


Figur II. 1. Totale antall saker som omfatter påvirkning (H.mål 1.1.2) og bruk (H.mål 1.1.3) av andre rusmidler enn alkohol. Mottatte saker i perioden 1996 – 1998 og forventet antall saker for 1999 og 2000.

	1996	1997	1998	1999	2000
Påvirkning av andre rusmidler enn alkohol	5254	6121	6719	7000	7300
Bruk av alkohol	1616	2358	3024	3400	3750

Som vist i Fig. II.1 var antall saker med mistanke om påvirkning av andre rusmidler enn alkohol ca. 10 pst. høyere enn i 1997. Antall saker med mistanke om bruk av narkotiske stoffer (brukssaker) har øket med 28 pst. fra året før. Utviklingen innen de øvrige sakskategoriene (rettsmedisin, kriminalomsorg, yrkesliv og sosialmedisin) viser liten endring fra året før.

Sosial- og helsedepartementet



Figur II. 2. Samlet oversikt over positive analysefunn fra alle sakskategorier 1995-1998

	1995	1996	1997	1998
Morfin	1916	2406	3028	3678
Kodein	1253	1589	2032	2470
6-MAM	455	580	780	1001
Cannabis	4590	4145	5877	6692
Amfetamin	2249	2379	3157	3542
Ecstasy	36	120	110	178
Kokain	38	74	65	147
Benzodiaz.	2165	2657	3275	4616
Buprenorfin	21	15	83	43
Alkohol	7702	7320	6609	6375

Som vist i Fig. II.2 er det en betydelig økning i totalt antall positive analysefunn i perioden 1995-98. Eksempelvis er forekomsten av cannabis i de prøvene som kommer til SRI økt med ca. 14 pst. (fra 1997 til 1998) og er nå mer hyppig enn alkohol. Dette skyldes sannsynligvis en økning i brukshyppigheten og ikke bare deteksjonshyppigheten. Dette underbygges av tilsvarende økning i rusmiddelbeslag og rapportert rusmiddelbruk fra andre (Kripos, SIFA). Heroin (morfin), amfetamin og benzodiazepiner påvises nå omtrent 1/2-parten så hyppig som alkohol. Forekomsten av kokain og ecstasy økte med over 60 pst. fra 1997 til 1998. Selv om disse analysene utgjør en liten del av det totale antall analyser, indikerer denne økningen at disse stoffene er i ferd med å etablere en mer dominerende plass i misbruksmønsteret i Norge. Antallet beslag av noen rusmidler som tidligere forekom relativt sjelden, for eksempel LSD har øket kraftig de siste årene. Det er derfor utviklet ny metode for bestemmelse av LSD i blod som øker både selektivitet og sensitivitet.

Som et resultat av det løpende metodeutviklingsarbeidet er andelen av akkrediterte analysemetoder utvidet. SRI utøver kvalitetskontroll av 36 andre analyselaboratorier i Norge. Alle disse laboratoriene har et mer begrenset analysetilbud enn SRI.

SRI har stor pågang fra rekvirenter og andre om blant annet trender for rusmiddelbruk i vegtrafikken og om den relative toksisiteten av medikamenter som anvendes i befolkningen. Derfor driver instituttet egen FoU virksomhet for å opprettholde og styrke denne fagkompetansen. Instituttet deltar i et EU prosjekt for å utvikle veikantundersøkelser/hurtigtester som kan påvise andre rusmidler enn alkohol.

3. Tilstandsvurdering

- Norge ligger fortsatt på verdenstoppen når det gjelder oppdaget påvirket kjøring som følge av medikamenter og andre rusmidler enn alkohol. Dette skyldes først og fremst at norsk politi er meget oppmerksomme på slik kjøring, og at politiet og SRI har et godt samarbeid på dette feltet.
- Det er øket frekvens av rusmiddelfunn og større grad av blandingsbruk i slike trafikksaker som antakelig reflekterer at denne sakskategorien i stor grad omfatter rusmiddelmisbruk.
- Betydelig økning av brukssaker viser at politiet, spesielt i deler av landet, har intensivert arbeidet mot enkeltpersoners bruk av rusmidler.

4. Satsingsområder og resultatmål for 2000

Som vist i Fig. II.1 forventer SRI at antall saker der det spørsmål om påvirkning og bruk av andre rusmidler enn alkohol også vil øke med ca. 10 pst. i året som kommer. Det forventes også at antall rusmidler som blir påvist i hver sak vil øke og at stadig nye stoffer vil gjøre seg gjeldende. Dette vil medføre store utfordringer for SRI i årene som kommer med hensyn til å ha analysemetoder med høy kapasitet og å etablere nye metoder med tilfredsstillende rettssikkerhet. Det er noe usikkerhet knyttet til utviklingen for de øvrige sakskategoriene. Når det gjelder kriminalomsorgssaker tar SRI høyde for å ta seg av 20 prosent flere saker enn de som ble mottatt i 1999. For yrkeslivssaker er signalene fra andre land at antallet saker vil øke i årene som kommer.

Instituttet vil videreføre arbeidet med å effektivisere analysevirksomheten ved bl.a. å gjøre volumproduksjonen mer strømlinjeformet. En større del av ressursene kan derved settes inn på å løse spesialsaker, øke antall nye metoder, styrke kvalitetssikringsarbeidet og bedre oppfølgingen av utviklingsprosjektene. Dette vil kunne gi seg utslag i kortere svartid både for rutinesaker og spesialsaker, og gjøre instituttet i stand til å analysere flere typer legemidler og rusmidler, samt styrke kvalitetsikringen og tolkningen av analyseresultater.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2000

Post 01 Driftsutgifter

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 84,6 pr. 1. mars 1998 og 91 pr. 1. mars 1999.

Kap 3711 Statens rettstoksikologiske institutt (jf. 711)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
03	Diverse lønnsinntekter	8 402	710	730
16	Refusjon fødselspenger	709		
17	Refusjon lærlinger	127		
	Sum kap 3711	9 238	710	730

Post 03 Diverse lønnsinntekter

Inntektene gjelder sakkyndighetsuttalelser til rettsvesen og påtalemyndighet.

Kap 0712 Statens helseundersøkelser (jf. kap. 3712)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	44 112	39 739	39 340
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	1 133	1 100	1 119
	Sum kap 0712	45 245	40 839	40 459

Overført fra 1998 til 1999:

Post 01: 1 527 000 kroner

Post 45: 1 028 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Visjonen til Statens helseundersøkelser (SHUS) er: «Bedre helse nå og i fremtiden.» SHUS har et hovedmål: «SHUS skal arbeide for å fremme helse og å redusere risiko for sykdom.»

Hovedmålet til SHUS kan utdypes slik:

1. SHUS skal samle inn, registrere og kvalitetssikre data og biologisk materiale fra ulike grupper.
2. SHUS skal gi råd og rettleiding til myndighetene om tiltak for å redusere sykdom, om trender og om sykdomsutvikling.
3. SHUS skal gi befolkningen og den enkelte deltaker i undersøkelsene råd om tiltak som virker inn på helsen.

2. Resultatrapport 1998

I 1998 hadde SHUS andre hovedmål. I forhold til disse kan følgende rapporteres:

Hovedmål 1 - Helseundersøkelser

- Det ble i 1998 gjennomført Hjerte-karundersøkelser av 40-42-åringer med nærmere 41 000 fremmøtte i sju fylker. Resultater fra undersøkelsene er offentliggjort i egne publikasjoner for Nordland, Troms, Hedmark, Oppland og Finnmark. Fremmøtet var lavere enn i forrige runde i de samme fylkene. Resultatene viser lavere samlet infarktisk basert på total kolesterol, røyking, blodtrykk og arv, men økende vekt og kroppsmasseindeks (BMI) og en mindre gunstig utvikling mot for mye fettstoffer i

Sosial- og helsedepartementet

- blodet. Funnene viser klar reduksjon i gjennomsnittlig blodtrykk og reduksjon av andel inaktive. Andelen dagligrøykere viser ikke noe klart utviklingsmønster.
- SHUS holdt i 1998 frem med CONOR (Cohort of Norway)-undersøkelsen i Hordaland. Ca. 14 000 personer ble undersøkt.
 - Tuberkuloseundersøkelsene omfattet i 1998 Troms og Akershus fylker. Det ble gjennomført ca. 5500 selektive undersøkelser. Det ble beskrevet lungefunn hos 17 pst., og 3 pst. ble anbefalt etterundersøkelse. I tillegg kommer nærmere 6000 andre undersøkelser på bl.a. asylsøkere. Her ble det beskrevet lungefunn hos 4 pst., og 3 pst. ble anbefalt etterundersøkelse.
 - Støvlungeundersøkelsen gjøres ved skjermbildefotografering av arbeidstakere ved bedrifter som omfattes av lovhjemlet påbud om regelmessig røntgenkontroll av lungene, fordi arbeidstakerne kan være utsatt for kvarts- og asbeststøv. Det ble i 1998 utført nærmere 10 000 slike undersøkelser i sju fylker. Det ble beskrevet lungefunn hos 6 pst., og vel 1 pst. ble anbefalt etterundersøkelse.
 - SHUS sendte i 1998 ut vel 108 000 invitasjoner og purringer til kvinner mellom 50-69 år i forbindelse med deltakelse i mammografiscreeningen, og ca. 330 000 oppfølgingsbrev og purringer i forbindelse med livmorhalskreft-screening.
 - SHUS gjennomførte i 1998 en evaluering av 40-årsundersøkelsene og sitt engasjement innen hjerte- og karundersøkelser, og konkluderte med at disse undersøkelsene skulle avvikles. SHUS foreslo i stedet et konsept basert på bredere helseundersøkelser i form av et landsomfattende kohortsystem, primært etter modell av CONOR-undersøkelsene. Departementet sendte saken ut på en bred høring våren 1999. Høringsinstanser var bl.a. sentrale helseforvaltningsorganer, forskningsinstitusjoner, fylkeskommunene og fylkeslegene. Se nærmere redegjørelse under pkt. 4.

Hovedmål 2 - Helseopplysning og helsefremmende arbeid

- SHUS fortsatte i 1998 med metodeutvikling og kompetanseheving mht. hvordan voksne kan bli bedre allierte for barn og unge. Dokumentasjon av metoden kommer i 1999.
- Metodeutvikling og kompetanseheving i brukermedvirkning (PLA-metoden) fortsatte i 1998 i samarbeid med Fylkeslegen i Finnmark og Høgskolen i Nordland.
- Metodeutvikling innen kurs for kvinner i faresonen for belastningslidelser har fortsatt, med kurs for personell ved Sentralsykehuset i Akershus (SiA).
- Etablering av formelt samarbeid med høgskolene i Vestfold og Akershus med sikte bl.a. på formidling av metoder i helsefremmende arbeid og tilgang på helsedata for studentene ble startet opp.
- Forum for helsefremmende arbeid i regi av sykehus ble etablert.

Hovedmål 3 - Helseforskning

Av institusjonens forskningsresultater i 1998 fremheves kort:

- Det var en svært gunstig utvikling i dødelighet av hjerteinfarkt i alderen 40-69 år i samtlige helseregioner fra perioden 1986-90 til perioden 1991-94.
- Befolkningsrettede tiltak for å redusere saltinntaket i befolkningen vil sannsynligvis gi helsegevinster bl.a. ved en reduksjon av blodtrykksnivået og derav redusert forekomst av hjertekarsykdommer og økonomiske innsparinger for samfunnet.
- Personer med stor vektvariasjon har økt risiko for lårhalsbrudd.
- En ny studie viser at overdødeligheten etter lårhalsbrudd er avgrenset til personer med økt sykkelighet og redusert fysisk kapasitet før bruddet, mens ellers friske lårhalsbruddpasienter ikke har økt dødelighet. Den praktiske delen av studien om vitamin D-tilskudd har en forebyggende effekt på lårhalsbrudd, ble avsluttet sommeren 1999, og analysene vil starte høsten 1999.
- En studie basert på data fra undersøkelser i Sogn og Fjordane og Oppland i 1985-88 viste at 3,6 pst. av post- eller perimenopausale kvinner i alderen 40-54 år brukte hormontilskudd. Disse kvinnene hadde gunstigere nivåer av HDL- og total kolesterol enn dem som ikke brukte hormontilskudd. Røykere hadde mindre gunstige nivåer uavhengig av om de var brukere eller ikke-brukere av hormontilskudd. Resultatet vil bli lagt til grunn for videre studier på nyere data.

3. Tilstandsvurdering

Det vises til omtale under programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering.

4. Satsingsområder og mål for 2000

Helseundersøkelser

På bakgrunn av den gjennomførte evalueringen av hjertekarundersøkelser foreslås disse nedlagt fra og med år 2000. I år 2000 vil SHUS gjennomføre en større helseundersøkelse (HUBRO), samt to andre delundersøkelser i Oslo. HUBRO inngår i CONOR-undersøkelsene, og omfatter alderskohortene 15-16, 30, 45, 59-60 og 75-76 år. Undersøkelsen vil bl.a. se nærmere på forskjellene mellom helse og helserelatert adferd mellom bydeler og regioner i Oslo. De to delundersøkelsene er knyttet opp mot en oppfølging av tidligere helseundersøkelser i Oslo og mot fysisk aktivitet.

I tillegg vil SHUS i år 2000 gjennomføre en tilsvarende helseundersøkelse som i Oslo i Oppland og i Hedmark.

Departementet arbeider nå med å vurdere en eventuell permanent omlegging i retning av større og mer omfattende helseundersøkelser ved institusjonen etter mønster av CONOR. Det tas sikte på å fremme en samlet vurdering i St. prp. nr 1 for år 2001. Som det fremgår av punkt 2 foran, har saken vært på en ekstern høring. Høringen viser at det er behov for å foreta en kritisk vurdering knyttet til kostnader, nytteverdi, databehov, metodebruk og problemstillinger av juridisk og etisk art. Det er også et behov for å vurdere slike undersøkelser i forhold til andre undersøkelser, registre og rapporteringsopplegg som finnes i Norge. Gjennomføringen av undersøkelsene i Oppland og Hedmark vil så langt som mulig bli gjenstand for et evalueringsopplegg med sikte på å avklare de spørsmål som er reist i høringsrunden.

Helseopplysning

Satsingsområder for helsefremmende arbeid i år 2000 vil være:

- Publikasjon av vitenskapelig artikkel om lyttemetode (parsamtale) for hvordan voksne kan bli bedre allierte for barn og unge.
- Gjennomføre en nasjonal konferanse om brukermedvirkning
- En samlet evaluering av kvinnevern tiltak mot belastningslidelse ferdigstilles.
- Støtte til nettverk innen helsefremmende arbeid ved sykehus.
- Informasjonsarbeid knyttet til prosjektene i Oslo, herunder HUBRO, og omstilling av SHUS sine helseundersøkelser.
- Utarbeidelse av veileder for oppfølging av satsingen på forebygging og behandling av osteoporose (benskjørhet) jf. kap. 719.21.

Tuberkuloseundersøkelser

En arbeidsgruppe under ledelse av departementet har begynt en gjennomgang av gjeldende tuberkuloseforskrift som ledd i oppfølgingen av NOU 1998:3 Utryddelse av tuberkulose? - Strategi for fremtidig tuberkulosekontroll. Gruppen vil sende forslaget på høring i 2000. SHUS sin virksomhet vil fortsette overfor høyrisikogruppene, eldre og innvandrere.

Støvlungeundersøkelser

Det har i 1999 vært en større etterspørsel av denne type undersøkelser enn tidligere. Undersøkelsene vil derfor inntil videre bli videreført som nå.

Kreftscreening

SHUS' oppgaver innenfor mammografiscreeningsprosjektet og livmorhalskreftscreening vil videreføres i 2000.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2000

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 69,7 pr. 1. mars 1998 og 75 pr. 1.mars 1999.

I forbindelse med nedleggingen av hjerte- og karundersøkelsene vil egenandelene ved disse undersøkelsene bortfalle. Det foreslås at kap. 712.01 reduseres med 1 mill. kroner og tilsvarende 1 mill. kroner på kap. 3712.02.

Kap 3712 Statens helseundersøkelser (jf. kap. 712)

(i 1 000 kr)			
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999 Forslag 2000
02	Salgs- og leieinntekter	7 314	3 270
16	Refusjon fødselspenger	200	2 360
	Sum kap 3712	7 514	3 270

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Inntektene gjelder støvlungeundersøkelser, oppdragsinntekter m.v.

Kap 0713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 3713)

(i 1 000 kr)			
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999 Forslag 2000
01	Driftsutgifter	18 365	23 288
	Sum kap 0713	18 365	23 288

Overført fra 1998 til 1999:

Post 01: 182 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF) er et kompetanse- og forvaltningsorgan under Sosial- og helsedepartementet i spørsmål som angår mat, ernæring og fysisk aktivitet i relasjon til helse. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet skal gi faglige råd og vurderinger om sammenhengen mellom mat, kosthold, fysisk aktivitet og helse til offentlige myndigheter, forskningsmiljøer, helse- og sosialtjeneste, skole- og barnehagesektoren, partene i arbeidslivet, frivillige organisasjoner, storhusholdninger, matvarebransjer, dagligvarehandel, media, og forbrukere, samt i internasjonale spørsmål.

Hovedmål

Stimulere til en samfunnsutvikling som kan bidra til bedre ernæring og et høyere fysisk aktivitetsnivå i befolkningen.

Delmål 1 Dokumentasjon

Styrke kunnskapen om sammenhengen mellom mat, ernæring, fysisk aktivitet, og helse. Gi anbefalinger for et helsefremmende kosthold og aktivitetsmønster for hele befolkningen.

Delmål 2 Overvåkning - epidemiologi

Styrke kunnskapen om forekomsten av helseproblemer relatert til kosthold og inaktivitet i ulike grupper av befolkningen, identifisere risikogrupper, følge kostholdsutviklingen, matvarenes sammensetning og graden av fysisk aktivitet i befolkningen.

Delmål 3 Helserelaterte tiltak

Styrke ernæring og fysisk aktivitet som fagfelt i det helsefremmende og forebyggende arbeid, og ved behandling av sykdom, både nasjonalt og gjennom internasjonalt samarbeid.

SOHO – samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver

Fra år 2000 foreslås SOHO overført fra kap. 604 til Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, kap. 713. SOHO består av 29 medlemsorganisasjoner. Blant disse er 20 frivillige organisasjoner, Kommunenes Sentralforbund og 8 statlige forebyggingsinstitusjoner som arbeider på det helsefremmende feltet. 3 departement har observatørstatus.

SOHOs hovedmål er økt samarbeid mellom frivillige organisasjoner og offentlig sektor om helsefremmende oppgaver gjennom å motivere og engasjere medlemsorganisasjonene, utvikle gode møteplasser, og videreutvikle erfarings- og informasjonskanalene.

2. Resultatrapport 1998

Delmål 1 Dokumentasjon:

SEF har i 1998 blant annet gjennomført to kostnad-nytteanalyser. En kostnad-nytte vurdering av tiltak for å øke forbruket av frukt og grønnsaker for å redusere forekomsten av kreft ble slutført i januar 1999. Rapporten konkluderer med at rundt 200 000 kreftfrie leveår kan vinnes i løpet av en 15-års periode, dersom befolkningen øker forbruket av frukt og grønnsaker gradvis opp til 65 pst. over dagens forbruk. En kostnad-nytte vurdering ved redusert saltforbruk viser at i et tidsperspektiv på 25 år forventes det bl.a. en gevinst på mer enn 7 000 unngåtte dødsfall av hjerteinfarkt og 4 500 dødsfall av hjerneslag, og en total reduksjon i antall hjerte-karsykdomstilfeller på 40.000 over 25 år. Det er dessuten foretatt en vurdering av EU-direktivet om sammensetning av barnemat.

Delmål 2 Overvåking:

Den årlige rapporten Utvikling i norsk kosthold og rapport om inntaket av fettsyrer i 14 europeiske land (Transfair) er publisert. Data fra de nasjonale kostholdsundersøkelsene Ungkost 1993 og Norkost 1993-94 er publisert i vitenskapelige tidsskrift og inngår i to doktoravhandlinger forsvart i 1998 og 1999. Det ble gjennomført en pilotundersøkelse om spedbarns kosthold i 1997/98, og en nasjonal undersøkelse om kostholdet blant barn i alderen 6-24 måneder gjennomføres i 1998/99 (Spedkost). Kartlegging av kreftpasienters kosthold er påbegynt og planlegges ferdig i år 2000.

Delmål 3 Tiltak:

Nær 200 grunnskoler i fire fylker har i 1998 etablert abonnementsordning for frukt og grønnsaker. 40 pst. av skolene i Østfold, 36 pst. av skolene i Oslo, 26 pst. av skolene i Buskerud og 50 pst. av skolene i 9 kommuner i Sogn og Fjordane deltar. Samarbeid om forebyggende ernæringsarbeid er etablert med fem fylkeslegekontorer. En rådgiver er ansatt ved hvert kontor. Ca. 1 av 5 ungdomsskoler hadde kantine i 1997. Det er utgitt 60 000 gratis kokebøker i heimkunnskapsundervisningen til 9. klassinger.

Det er utarbeidet informasjonsmateriell om viktigheten av folatinntak for kvinner som planlegger graviditet, og en informasjonspakke om matvareallergi og -intoleranse beregnet på helsepersonell.

SOHO

For SOHO som medlemsorganisasjon utgjør medlemmenes engasjement og oppfatning av medlemskapet basis i aktiviteten. Ved å sette fokus på medlemskontakten utvikles SOHO som møteplass for læring og erfaringsutveksling, og det oppnås et økt engasjement og fellesinnsats i det helsefremmende arbeidet. SOHOs forsøksprogram i fire fylker, "Hvordan utvikle samarbeid om helsefremmende oppgaver?" (1996-98), er fullført. Nord-Trøndelagsforskning har følgeevaluert programmet.

3. Tilstandsvurdering

Det vises til omtale under programkategori 10.10 Kommunchelsetjeneste, forebygging og rehabilitering.

4. Satsingsområder og mål for 2000

Det vil bli gjennomført en mål- og resultatstyringsanalyse. Dette henger blant annet sammen med det nye arbeidsområdet fysisk aktivitet i etaten og at SOHO fra år 2000 foreslås overført til Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, kap. 713. Hensikten er at SOHO skal knyttes sterkere til de øvrige forebyggingsetatene og deres samarbeid med frivillige organisasjoner.

Dokumentasjon

Oppfølgingsarbeid på bakgrunn av resultatene fra to utredninger om sammenhengen mellom vekt og helse og om spedbarnsernæring vil stå sentralt i 2000. SEF vil i 2000 ferdigstille nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet for barn og voksne.

Overvåkning

I 2000 vil resultatene fra en stor kostholdsundersøkelse blant spedbarn og småbarn danne utgangspunktet for planlegging av tiltak for denne gruppen. Det er videre planlagt en kostholdsundersøkelse i aldersgruppen 3 - 15 år og en undersøkelse om innvandreres kosthold. Det vil bli igangsatt en kartlegging av aktivitetsnivået og holdninger til fysisk aktivitet i ulike grupper av befolkningen.

Helserelaterte tiltak

Som et ledd i oppfølgingen av Nasjonal kreftplan vil SEF rette innsatsen mot forbedring av rutiner for ernæringsbehandling og kostrådgivning til kreftpasienter, kompetanseoppbygging for helsepersonell, og pasientrettet informasjonsarbeid og tiltak for å forebygge utvikling av overvekt. SEF vil sammen med Statens tobakksskaderåd fortsette samarbeidet med fylkeslegekontorene for å styrke innsatsen innenfor kost, mosjon og røykfrihet som planlegges utvidet til alle landets fylker i 2000. Målene med tiltakene vil være:

- 20 pst. økning av forbruket av frukt og grønnsaker i befolkningen i forhold til 1995.
- Tilbud om abonnementsordning for frukt og grønnsaker i alle landets fylker innen 2001/2002.
- Tilbud om frukt og grønnsaker ved over 80 pst. av landets bedriftskantiner og frukt og grønt som møtemat innen 2002.
- Økt fysisk aktivitet i befolkningen.

Det skal legges vekt på samspill mellom kommunene og frivillige organisasjoner. Medfinansiering av konkrete prosjekter vil bli vektlagt.

SOHO – samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver

Styrking av medlemskontakten:

- ha en etablert møteplass for frivillige organisasjoner og offentlig instanser som ivaretar helheten på det helsefremmende og forebyggende feltet.
- utvikle kontakt og samarbeid mellom medlemsorganisasjonene, og nettverk på fylkesnivå.

I samarbeid med Statens tobakksskaderåd, SEF, Statens helsetilsyn og fylkeslegene skal SOHO videreutvikle arbeidet med sikte på økt lokalt engasjement i kommunene innen områdene kosthold, fysisk aktivitet og røykfrihet. Siktemålet er varige ordninger for lokalt forebyggende og helsefremmende arbeid.

Styrke kontakten med fylkesnivå:

- ha direkte kontakt med nøkkelpersoner på fylkesnivå
- ha et landsomfattende kontaktnettverk bestående av fylkesnettverk og nøkkelpersoner på fylkesnivå
- oppbygging av en database over nøkkelpersonell i fylkene.

5. Merknader til budsjettforslag for 2000

Post 01 foreslås styrket med 13 mill. kroner, 3 mill. kroner foreslås overført fra kap. 719.21 til oppfølging av området fysisk aktivitet, 4 mill. kroner foreslås overført fra kap. 604, post 01 og er knyttet til overflyttingen av SOHO og 8 mill. kroner foreslås til styrkingen av det lokale engasjement i det kreftforebyggende arbeidet, jf. St. prp. nr. 61 (1997-98) og Innst. S. nr 226 (1997-98) om Nasjonal kreftplan. 2 mill. kroner foreslås overført fra kap. 713.01 til nytt kap. 719.50 Tilskudd til Norges forskningsråd, til nytt forskningsprogram for å utvikle kompetanse om effekter av lokale tiltak innenfor det kreftforebyggende arbeid, når det gjelder mat og helse. I forbindelse med overflyttingen av SOHO flyttes 2 stillinger fra kap. 604.01 til kap. 713.01.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 12 pr. 1. mars 1998 og 14 pr. 1.mars 1999.

Kap 3713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 713)

(i 1 000 kr)			
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999 Forslag 2000
02	Salgs- og leieinntekter	377	62
	Sum kap 3713	377	62
			65

Kap 0714 Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 3714)

(i 1 000 kr)			
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999 Forslag 2000
01	Driftsutgifter	30 881	34 092
	Sum kap 0714	30 881	34 092
			41 690

Overført fra 1998 til 1999:

Post 01: 1 160 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens tobakksskaderåd er et kompetanse- og forvaltningsorgan under Sosial- og helsedepartementet i spørsmål som angår tobakk og helse. Tobakksskaderådet skal arbeide for å redusere forbruket av tobakk i Norge og dermed redusere omfanget av helseskader som skyldes tobakk. I Statens tobakksskaderåd er det opprettet et fagråd som er et faglig rådgivningsorgan for virksomheten.

Statens tobakksskaderåd har følgende hovedmål:

- Tobakksfrie barn og unge
- Røykfritt inne
- Tobakksfrie voksne
- Tobakksfritt samfunn

Hovedprioriteringene det siste året har vært tiltak rettet mot:

- å hindre barn og unge i å begynne med tobakk
- å sikre og styrke vernet mot ufrivillig passiv røyking
- å hjelpe motiverte røykere til å slutte.

2. Resultatrapport 1998

Hovedmål 1 Tobakksfrie barn og unge

Helsestasjonsundersøkelsen som ble gjennomført i november 1997 viser at tilbudet om hjelp til røykeavvenning fortsatt er svakt utbygd i Norge. Det er utviklet et nytt dagskurs for helsepersonell som jobber i svangerskapsomsorgen og med småbarn. Det treårige undervisningsprogrammet VÆR røykFRI i ungdomsskolen har fra høsten 1998 blitt tilbudt 8. og 9. klassetrinn. Nesten 50 prosent av elevmassen er med. Det er utviklet et skreddersydd røykesluttopplegg for eldre tenåringer, og gjennomført kompetansehevingskurs for helse-/tannhelsepersonell og andre som arbeider med ungdom i 15 fylker.

26 pst. av videregående skolene har et tilbud om røykeslutt for elever eller lærere som ønsker å slutte, og 48 pst. av videregående skoler gjennomfører opplysningstiltak om røyking i tillegg til den obligatoriske undervisningen.

“Charter for tobakksfri idrett” er vedtatt av styret i Norges Idrettsforbund (NIF), 17 idrettskretser og 12 særforbund, hvorav nesten alle de store forbundene. Evalueringen konkluderer med at samarbeidet mellom NIF og Statens tobakksskaderåd har vært vellykket.

Hovedmål 2 Røykfritt inne

Fra 1. januar 1998 trådte innskjerpingene i forskriften om røyking på restauranter og andre serveringssteder i kraft. Etter dette tillates det nå bare røyking ved inntil halvparten av bordene. Det er foretatt en evaluering av tilsynsmyndighetenes oppfølging av forskriften, og en delrapport om eiers og drivers holdninger til og gjennomføringen av forskriften er under arbeid. Rapport om gjestens syn og holdninger til røykfrie serveringslokaler skal igangsettes.

Det ble i 1998 gjennomført en kampanje som et samarbeidsprosjekt mellom kommunene i Nordland og Arbeidstilsynet 11. distrikt for påvirkning av kommunene når det gjelder oppfølging av forskriften.

Hovedmål 3 Tobakksfrie voksne

Røyketelefonen hadde i 1998 148 000 innringere, en økning på 33 pst. i forhold til året før. I løpet av 1998-99 arbeides det med to evalueringer av Røyketelefonen.

Statens tobakksskaderåd startet i januar 1998 å utrede hvordan bruk av erstatningsrett stiller seg i forhold til mulige norske saksøkere.

I 1998 og 1999 er det etablert en rådgiverstilling ved fem fylkeslegekontorer i samarbeid med Statens helsetilsyn, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet og SOHO for å følge opp kost, mosjon og røykfrihetprosjektet som oppfølging av Nasjonal kreftplan. Frivillig sektor er en viktig samarbeidspartner i denne oppfølgingen.

3. Tilstandsvurdering

Det vises til omtale under programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering.

4. Satsingsområder og mål 2000

For å nå målet om under 20 prosent røykere i Norge vil det bli lagt opp til et utvidet samarbeid med de frivillige organisasjonene. Det vil bli satset sterkt på arbeidet for røykfrie arbeidsplasser, i samarbeid med næringslivet og arbeidstakerorganisasjonene.

Statens tobakksskaderåd, Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, Statens helsetilsyn, fylkeslegekontorene og SOHO har et nært samarbeid for å få kommunene engasjert i det kreftforebyggende arbeidet. Det vil bli arbeidet for å etablere og skolere ressursgrupper som skal bistå i det tobakksskadeforebyggende arbeidet. Ressursgruppene vil være sentrale i den lokale kompetanseoppbyggingen og kursvirksomheten i regi av fylkeslegene. Samarbeid med frivillige organsasjoner vil bli tillagt økt vekt bl.a. gjennom samfinansiering av prosjekter og tiltak.

Det er en målsetning å effektivisere overholdelsen av tobakksskadeloven med forskrifter. Sanksjoner ved brudd på reklameforbudet, merkebestemmelser, samt brudd på forbudet mot salg av tobakk til barn under 18 år vil bli vurdert.

Ovennevnte satsing inngår i Regjeringens nasjonale strategiplan for det tobakksskadeforebyggende arbeidet perioden 1999-2003. Statens tobakksskaderåd vil være sentral i oppfølgingen av tiltakene i planen.

Hovedmål 1: Tobakksfrie barn og unge

- Økt andel røykfrie svangerskap sammenlignet med 1999
- Ytterligere økning av antall helsestasjoner med svangerskapskontroll med fast tilbud om hjelp til røykeslutt i Buskerud, Rogaland, Vest-Agder, Vestfold og Troms.
- Etablert tilbud om hjelp til røykeslutt ved 50 pst. av helsestasjoner som arbeider med ungdom, og ved 40 pst. av offentlige tannklinikker.
- Igangsette planlegging av undervisningspensum for høgschooler som utdanner helsepersonell og pedagogisk personell
- Minst 45 pst. av klassene på alle ungdomsskoletrinn i skoleåret 2000 – 2001 påmeldt og gjennomført programmet VÆR røykFRI.
- Arbeide for å forankre det tobakksskadeforebyggende arbeidet i videregående skoler, herunder røykfrie utemiljøer.

Hovedmål 2: Tobakksfritt inne

- Følge opp evalueringsrapportene om forskriften om restauranter og serveringssteder m.v, og i samarbeid med ulike organisasjoner og bransjen selv starte opp med å kartlegge og informere om røykfrie restauranter og serveringssteder.
- Etablere et samarbeid med fagforbund, offentlige og private bedrifter, skoleverket og helseinstitusjoner i arbeidet for røykesluttkurs, normendring, røykfrie arbeidsplasser og bedre arbeidsmiljø.
- Etablere tilbud om røykesluttkurs for ansatte ved alle landets sykehus, for kommuneadministrasjoner og sykehjem, og for private bedrifter.
- Gjennomføre informasjonstiltak med fokus på røykfritt arbeidsliv.

Hovedmål 3: Tobakksfrie voksne

- Informasjonstiltak for å bevisstgjøre voksne om at de fungerer som rollemodeller i forhold til ungdom og røykestart.
- Videreutvikle samarbeidet med de frivillige organisasjonene om hjelpetilbud lokalt til folk som ønsker å slutte å røyke.
- Utvide samarbeidet mellom Røyketelefonen og satsingsfylkene, og utvikle en database over ulike røykeavvenningstilbud i landet.
- Minst 50 pst. av landets sykehus skal ha tilbud om hjelp til røykeslutt for pasienter, samt økt kompetanse blant de ansatte.
- Alle sykehusene i de fem satsingsfylkene skal ha hjelp til røykeslutt som del av behandlingsopplegget for pasienter med røykerelaterte sykdommer.

Hovedmål 4: Tobakksfritt samfunn

- Videreføre utredning om bruk av erstatningsrett som rettslig virkemiddel, herunder samfunnsøkonomiske virkninger av røykerelaterte helseskader.
- Vurdere regelverk vedrørende omsetning og markedsføring av tobakksvarer.
- Aktivt støtte opp om WHO's "Tobacco Free Initiative", herunder bidra til utviklingen av en internasjonal rammekonvensjon om tobakk.
- Samarbeid med frivillig sektor.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2000

Driftsbudsjettet foreslås økt med 7 mill. kroner til styrking av det lokale engasjement i det tobakksforebyggende arbeid, jf. St prp nr 61 (1997-98) og Innst S nr 226 (1997-98) om Nasjonal kreftplan.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 9,6 pr. 1. mars 1998 og 13 pr. 1. mars 1999.

Kap 3714 Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 714)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Salgs- og leieinntekter	773	41	45
	Sum kap 3714	773	41	45

Kap 0715 Statens strålevern (jf. kap. 3715)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	67 310	43 307	45 400
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, kan overføres	45		
	Sum kap 0715	67 355	43 307	45 400

Det er overført fra 1998 til 1999:

Post 45: 2.000.000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens strålevern er landets fagmyndighet på området strålevern og atomsikkerhet. Strålevernet skal betjene alle departementer i spørsmål som angår stråling og

atomsaker. Institusjonens overordnede mål er: Nyttig strålebruk, godt strålevern og atomsikkerhet.

Statens strålevern har følgende hovedmål:

- Berettiget og optimalisert strålebruk.
- Vern av arbeidstakere, befolkning og miljø mot skadelige effekter av stråling.
- Et samfunn vel forberedt på atomulykker, andre strålingsulykker og bruk av atomvåpen.
- Ny viten om strålevern og strålevirkninger.

Hovedprioriteringer er å:

- føre tilsyn med bruk av strålekilder og spaltbart materiale.
- koordinere beredskap mot atomulykker og radioaktivt nedfall.
- overvåke naturlig og kunstig stråling i miljø og yrkesliv.
- øke kunnskap om forekomst, risiko og effekt av stråling.

2. Resultatrapport 1998

Hovedmål 1:

Innen den industrielle sektor er det i 1998 gjennomført 33 tilsyn. Ved samtlige tilsyn ble det påvist feil og mangler i varierende alvorlighetsgrad. Innen medisinsk sektor er det i 1998 gjennomført tilsyn ved 34 brukersteder. Ved to røntgenavdelinger er det utført tilsyn rettet mot ny digital teknologi i avbildningsprosessen og strålevern. Det er gjennomført systemtilsyn innen høyenergetisk stråleterapi. Erfaringene viser at fornyet innsats rettet mot dokumentasjon av prosedyrer og internkontroll er nødvendig. Med ny lov og ferdigstillelse av regelverk for høyenergetisk stråleterapi vil muligheten for bedre strålevern innen dette området øke.

Innen tannhelsetjenesten er det utført 15 tilsyn, og i mammografiprojektet er det gjennomført tilsyn/statuskontroll ved 15 screeningenheter.

Det er i 1998 mottatt rapport om 9 uhell ved bruk av radioaktive kilder i brønnlogging på norsk sokkel. 3 av disse uhell resulterte i gjenstøpning av brønnen. Innen medisinsk bruk er det ikke rapportert om uhell.

Hovedmål 2:

Arbeidet med å bistå kommunene med utvikling av målestrategier og gjennomføring av radonkartlegginger er videreført. I samarbeid med kommunene har Strålevernet til nå kartlagt problemomfanget i ca. 45 kommuner. Undersøkelser tyder på at radonnivåene i dagens boligmasse er noe høyere enn det tidligere landsomfattende kartlegging viste. Målingene av radon i norske barnehager ble avsluttet våren 1998, og totalt er det gjennomført målinger i over halvparten av landets barnehager. Resultatene tyder på at radonnivåene i barnehager er på samme nivå som i boliger og at ca. 9 pst. ligger over tiltaksnivå. En foreløpig analyse av radon i husholdningsvann viser at ca. 15 pst. av verdiene ligger over anbefalt tiltaksnivå.

Strålevernet sluttbehandlet søknaden til Institutt for energiteknikk (IFE) om konsesjon for drift av avfallsanlegget i Himdalen vinteren 1998, og Regjeringen ga driftskonsesjon i april. Offisiell overlevering til IFE skjedde 24. september 1998.

Strålevernet deltok aktivt i arbeidet med rammeavtalen med Russland vedrørende sikkerhetsprosjekter, og på det første møtet i den norsk-russiske kommisjonen for oppfølging av avtalen. Strålevernet hadde stor aktivitet i arbeidet knyttet til Regjeringens handlingsplan for atomsaker. Det geografiske området er utvidet til også å omfatte Baltikum og Arkangelskområdet. Samarbeidet med den russiske tilsynsmyndigheten har utviklet seg i positiv retning etter samarbeidsavtalen høsten 1997.

Hovedmål 3:

Det ble gjennomført opplæring av personell ved de regionale atomberedskapsutvalgene. Strålevernet har deltatt i forprosjekter som skal utvikle Nordisk kjernesikkerhetsforsknings nye prosjektperiode. Arbeidet med målestrategier er slutført. Biologisk dosimetritjeneste til bruk ved strålingsulykker er etablert, foreløpig med et begrenset antall kalibreringskurver for f.eks. forskjellige aldersgrupper.

Hovedmål 4:

Strålevernet deltar nå i 9 prosjekter under, eller i tilknytning til EUs strålevernprogram. I tillegg deltar Strålevernet i 4 prosjekter finansiert av Norges forskningsråd. Strålevernprogrammet i Norges Forskningsråd er i løpet av året omstrukturert fra å være et selvstendig programområde til å bli en del av programmet Forurensning: kilder, spredning, effekter og tiltak.

3. Tilstandsvurdering

Ny lovgivning vedrørende strålevern og bruk av stråling vil styrke forvaltningen av området. For strålebruk innen industrisektoren er prinsippene om internkontroll godt etablert. Innen det medisinske bruksområdet er internkontroll mindre utviklet.

Samfunnets økte satsing på kreftbehandling gjennom St.prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus medfører volumøkning og økte krav til kvalitetssikring innen stråleterapi. Her har Strålevernet fått økte ressurser og ansvar for å bistå klinikkene med kvalitetssikringen.

Utviklingen innen miljøsektoren tilsier at også radioaktiv forurensning må vurderes på linje med andre miljøgifter når det gjelder utvikling av kriterier for beskyttelse av det ytre miljø. Et samarbeid mellom helse- og miljømyndighetene er etablert på dette området.

Kartlegging og sanering av radon i inneklime i eksisterende bygninger krever aktiv innsats fra kommunene. Statlig finansieringsordning for investering i tiltak (jf. tilskuddsordninger under Husbanken kap. 581.71), og nye byggforskrifter vil bidra til at problemomfanget reduseres i årene som kommer.

Strålevernet vil i løpet av 1999 begynne flyttingen av Strålemedisinsk avdeling fra Rikshospitalets lokaler i Pilestredet til en midlertidig lokalisering ved Ullevål sykehus.

Det vises for øvrig til omtale under programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering.

4. Satsingsområder og mål for 2000*Hovedmål 1 - Berettiget og optimalisert strålebruk*

Strålevernet skal med grunnlag i ny lov om strålevern og bruk av stråling vektlegge arbeidet med revisjon av det formelle regelverk for bruk av strålekilder i virksomheter. Dette omfatter gjennomgang av eksisterende forskrifter og utvikling av nytt regelverk. Arbeidet med å bistå landets stråleterapienheter med kvalitetssikringstiltak både innen fysikk og medisin vil bli videreutviklet, bl.a. med regelmessige samarbeidskonferanser og tilsyn.

Hovedmål 2 - Vern av arbeidstakere, befolkning og miljø mot skadelige effekter av stråling

Oppfølging av Norges internasjonale forpliktelser i forbindelse med atomsikkerhet og i henhold til konvensjoner og avtaler under FN's Internasjonale atomenergibyrå (IAEA) krever oppfølging av rapportering vedrørende sikkerhet ved våre forsøksreaktorer og avfallsanlegg, og at Strålevernet deltar i granskning av andre lands rapporter. Strålevernet vil fortsatt ha en ledende rolle i prosjekter for øket atomsikkerhet under

Regjeringens handlingsplan. Strålevernet vil arbeide både nasjonalt og internasjonalt med utvikling av kriterier og strategier for vern av det ytre miljø. Målet er å utarbeide en strategi for vern av det ytre miljø i løpet av 2 år. Det vil blant annet bli utviklet dosemodeller for å kvantifisere bestrålingen av utvalgte deler av flora og fauna i det ytre miljø. I løpet av år 2000 vil et koordinert nasjonalt miljøovervåkningsprogram for radioaktiv forurensing være operativt.

Hovedmål 3 - Et samfunn vel forberedt på atomulykker, andre strålingsulykker og bruk av atomvåpen

For å begrense konsekvensene ved en eventuell atomulykke vil Strålevernet ytterligere styrke beredskapen ved gjennomføringer av øvelser, kvalitetssikring av varslingsrutiner og videreutvikling av planverk. En oppgradering av tekniske hjelpemidler som målestasjoner, IT-verktøy og telesystemer og drift av dette er en nødvendig del av beredskapen. Eventuelle pasienter etter strålingsulykker forutsettes i hovedtrekk å skulle bli behandlet innenlands. Dette forutsetter nasjonal kompetanse for nødvendig vurdering, herunder fastlegging av stråledose. Samtidig skal det gjennomføres opplæringstiltak ved regionsykehusene.

Hovedmål 4: Ny viten om strålevern og strålevirkninger

Det er et mål å sikre en basisfunksjon i strålevern- og beredskapsrelevant strålemedisin, også for de svakt dekkede strålingsformer. Informasjonsopplegg om elektromagnetiske felt og helsemessige konsekvenser vil bli ferdigstilt og fulgt opp i samarbeid med berørte bransjer o.a. informasjonsopplegget vil fokusere på informasjonsprodukter og formidling.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2000

Det ble i 1999 undertegnet en samarbeidsavtale mellom Sosial- og helsedepartementet, Miljøverndepartementet og Statens strålevern på området radioaktiv forurensning av miljøet. Avtalen innebærer overføring av 1,35 mill. kroner fra kap. 1470.01 til kap. 715.01 for å dekke utgifter forbundet med faste oppgaver Statens strålevern utfører for Miljøverndepartementet.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 82,6 pr. 1.mars 1998 og 81 pr. 1. mars 1999.

Kap 3715 Statens strålevern (jf. kap. 715)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Salgs- og leieinntekter	5 450	615	630
03	Diverse lønnsinntekt	25 033		
16	Refusjon fødselspenger	449		
	Sum kap 3715	30 932	615	630

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Inntekter på post 02 er inntekter fra persondosimetrien.

Kap 0716 Kreftregisteret (jf. kap. 3716)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	33 649	26 286	27 300
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>		425	683
	Sum kap 0716	33 649	26 711	27 983

Det er overført fra 1998 til 1999:

Post 01: 888.000 kroner-

Post 45: 654.000 kroner-

1. Formål og hovedprioriteringer

Kreftregisteret, Institutt for epidemiologisk kreftforskning, har som overordnet mål å etablere viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom.

Kreftregisteret har følgende hovedmål:

- Registrering: Registrere alle tilfeller av kreft i Norge, samt forstadier til kreft.
- Forskning: Etablere ny viten om kreftsykdommenes årsaker, naturlige forløp, diagnose og behandlingseffekter.
- Informasjon: Skaffe samfunnet oversikt over krefttilfellene i Norge og belyse utviklingen over tid.

2. Resultatrapport for 1998*Hovedmål 1: Registrere alle tilfeller av kreft i Norge*

98 prosent av alle kreftdiagnoser i Norge er registrert i Kreftregisteret. Dette er i tråd med mål om registerets kompletthet. 100 prosent av alle brystkreftprøver tatt i prøvefylkene for mammografiscreening og livmorhalsprøver er rapportert.

Diagnosemeldinger fra patologene rapporteres til Kreftregisteret. Tiden fra prøve er tatt og/eller kreft er påvist til dette er registrert i Kreftregisteret ligger på omlag 10 mnd. Når det gjelder meldinger fra behandlere (klinikere) er det fortsatt en tendens til manglende spontanmelding. Dette følges opp regelmessig av Kreftregisteret.

Arbeid med rapportering til Rikstrygdeverket om nye krefttilfeller som kan være forårsaket av pasientens yrke er startet opp, og rutiner er innarbeidet.

Forprosjekt for registrering av første tilbakefall og forløp av kreftsykdommer er etablert. Det forberedes et landsdekkende meldesystem for forløpet av kreftsykdommene.

Pilotprosjektet for tykk- og endetarmskreftscreening er etablert i Telemark og Oslo.

Hovedmål 2: Etablere ny viten om kreftsykdommenes årsaker, diagnose, naturlige forløp og behandlingseffekter

Kreftregisteret driver forskning om risikofaktorer for kreftutvikling som virus, bakterier, toksiner, hormoner, sporstoffer, yrke, stråling, arv, kosthold og røyking. De senere år har det vært satset på registerbasert klinisk forskning.

Fra studier kan fremheves en del resultater:

- En doktoravhandling indikerer at endrede behandlingsrutiner av lokalisert prostatakraft gir dårligere overlevelse enn de tidligere rutiner som var mer omfattende og mer plagsomme for pasienten. Samme studie viser at høyt fettinnhold i kostholdet øker risikoen for å få prostatakraft.

- En doktoravhandling viser at hormonelle forhold tidlig i fosterlivet og øvrige forhold i perioden omkring svangerskap og fødsel har betydning for utvikling av testikkelkreft.
- En undersøkelse om kreftforekomst i de nordiske land viser at 5 500 nye krefttilfeller i Norge i år 2000 kunne vært forebygget. De største forebyggingsgevinster ligger i å redusere sigarettøyking, redusere solforbrenning, i mer fysisk aktivitet og større inntak av frukt og grønnsaker.
- Det er fremlagt rapport om kreftbildet i Agderfylkene. Rapporten viser en høy økning i forekomst av lungekreft hos yngre kvinner, der sigarettøyking er viktigste risikofaktor. Menn i Agder har den høyeste forekomsten av lungekreft i landet.
- En doktoravhandling viser at Humant Papilloma Virus gir forhøyet risiko for kreft i munnhulen.
- Ny kirurgisk behandlingsmåte gir dramatisk reduksjon i tilbakefall for pasienter med endetarmskreft.

Forebyggende undersøkelser mot livmorhalskreft ble etablert som en landsdekkende funksjon i 1995. Evaluering av resultatene fra første 3-års periode av programmet skal ferdigstilles i 1999. I første runde av mammografiscreeningen (2 år) ble 160 000 kvinner invitert til screening. Dette utgjør i underkant av 40 prosent av kvinner i alderen 50-69 år i Norge. Gjennomsnittlig oppmøte var 79,9 prosent. Funn og status i fylkene er gitt i årsrapporten fra Mammografiundersøkelsen, jf. omtalen under kap. 739, post 66.

Hovedmål 3: Skaffe samfunnet oversikt over krefttilfellene i Norge og belyse utviklingen over tid

Cancer in Norway 1996 ble utarbeidet i 1998 og trykket første kvartal 1999. Rapporten presenterer tall for forekomst og overlevelse for kreft i Norge i 1996, og for hele landet og hvert fylke siden 1954.

En brukerundersøkelse i 1998 vedrørende Kreftregisterets servicefunksjon overfor kliniske miljøer og forskningsmiljøer viste at brukerne i stor grad er fornøyd med Kreftregisterets tjenester. Det er utarbeidet en strategisk informasjonsplan for Kreftregisteret for 1999-2002, med siktemål å styrke både internt og eksternt informasjonsarbeid.

3. Tilstandsvurdering

Hyppigheten av de fleste kreftformer har økt i den seneste 5-årsperioden. De hyppigste kreftformene er prostatakreft hos menn og brystkreft hos kvinner. Dessuten er forekomsten høy for tykk-/endetarmskreft hos begge kjønn. Hos yngre kvinner observeres en rask vekst av lungekreft.

Det vises for øvrig til samlet tilstandsbeskrivelse i programkategori 10.10 Kommunehelsetjenester, forebygging og rehabilitering.

4. Satsningsområder og mål for 2000

Hovedmål 1: Registrere alle tilfeller av kreft i Norge

I løpet av første halvdel 2000 skal alle nye tilfeller av kreft i 1998 være registrert i Kreftregisteret på bakgrunn av innsendte meldinger fra klinikere og patologer.

Det satses på å utvikle metode for å rapportere nye tilfeller av kreft som kan være forårsaket av pasientens tidligere yrke eller arbeidsplass. Disse meldes til Rikstrygdeverket snarest mulig for vurdering av eventuell yrkesskadeerstatning.

Forprosjektet for registrering av tilbakefall for kreft ferdigstilles i løpet av 1999 og videreføres i år 2000, bl a med sikte på å iverksette nytt melde- og overvåkingssystem for å studere såvel naturlig forløp av kreft som diagnostikk og behandling, jf. St.prp. nr 61 (1997-98) om Nasjonal kreftplan og Budsjett-innst. S. nr. 11 (1997-98).

Hovedmål 2: Etablere ny viten om kreftsykdommenes årsaker, naturlige forløp, diagnose og behandlingseffekter

Forskningen fremover er konsentrert om risikofaktorer for kreftutvikling, betydningen av diagnostikk og forløpet av kreftsykdommen:

- Tverrvitenskapelige studier av risikofaktorer for kreft som arvelige faktorer, mikroorganismer, yrkes- og miljøgifter, levevaner inklusive kostholds faktorer, samt fysiologiske betingelsers betydning for kreftutvikling.
- Masseundersøkelsen mot brystkreft utvides med 3 nye fylker i år 2000. Det er et mål å oppnå minst 80 prosent frammøte i mammografiscreeningen. Det vises til nærmere omtale under kap. 739, post 66 Mammografiscreening.
- Evaluering av masseundersøkelsen for livmorhalskreft ferdigstilles.
- Foreløpig evaluering av screeningprosjektet for tykk- og endetarmskreft påbegynnes.
- Vurdere oppstart av forsøk med prostatascreening.
- Kliniske studier vedrørende diagnostiske utredninger, behandling, sykdomsutbredelse ved diagnose og over tid, samt leveutsikter – især tykk- og endetarmskreft, brystkreft og barnekreft.

Hovedmål 3: Skaffe samfunnet oversikt over krefttilfellene i Norge og belyse utviklingen over tid

I løpet av 2000 skal publikasjonen "Cancer in Norway 1997" utgis. Det arbeides med videreutvikling av publikasjonen og tilgjengeligheten av data, herunder etablering av kompetanse og rutiner for oppdatering av informasjon på Kreftregisterets Internettsider.

5. Merknader til de enkelte postene

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 49,1 pr 1 mars 1998 og 53 pr 1 mars 1999.

Post 716.01 er styrket med 800.000 til dekning av økt husleie. Midlene foreslås overført fra 739, post 66 Mammografiscreening.

Post 716.45 er styrket med 250.000 kr. til kjøp av ny telefonsentral, ISDN-tilknytning og Internett. Midlene er overført fra post 716.01.

Kap 3716 Kreftregisteret (jf. kap. 716)

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
03	Oppdragsinntekter	8 456	1 100	1 130
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	207		
16	Refusjon fødselspenger	148		
	Sum kap 3716	8 811	1 100	1 130

Kap 0717 Til gjennomføring av lov om svangerskapsavbrudd

(i 1 000 kr)				
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	229		
70	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap m.v.	18 360		
71	Stiftelsen AAN-Alternativ til abort i Norge	10 840		
	Sum kap 0717	29 429		

Overført fra 1998 til 1999:

Post 01: 1000 kroner.

Postene 01, 70 og 71 er fra 1999 flyttet til Kap. 719 hhv postene 01, 71 og 72.

Kap 0718 Rehabilitering

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
21	Spesielle driftsutgifter		18 800	12 227
60	Rehabilitering		117 500	103 300
	Sum kap 0718		136 300	115 527

Under kap. 718 er det ført opp bevilgningsforslag til utredning og utvikling på rehabiliteringsfeltet og midler til rehabilitering i fylkeskommunene. Bevilgningsforslaget til forskning på rehabiliteringsområdet er for 2000 ført på kap. 719.50 med 3,9 mill. og kap. 2600.50 med 1.5 mill. Bevilgninger på kap. 718.60 er redusert i 2000, bl.a. for å gi som for økt bevilgning på kap. 2700.75 opptreningsinstitusjoner.

Post 21 Spesielle driftsutgifter

Rehabilitering fordrer et tverrfaglig perspektiv og samarbeid med brukerne i valg og utforming av tiltak (brukermedvirkning). Det er behov for kunnskap som kan knytte vurderinger og tiltak til forståelse av ressurser, livsløp, funksjon, mestring og mellommenneskelige forhold. Det er også stort behov for å styrke samarbeidet mellom ulike aktører i tjenesteapparatet og mellom dem og brukerne. Resultatmålene for satsingen på rehabilitering vil være knyttet til evaluering av følgende oppfølgingskriterier: brukernes livskvalitet og mestringsevne, relevansen i tjenestetilbudet og muligheter for tverretattlig tilnærming, mulige reduksjoner i sykefravær og utbetalinger av ulike trygdeytelser og ved at brukerne tilbakeføres til lønnet arbeid.

1. Formål og oppgaver

Formålet med bevilgningen er å støtte forsøksvirksomhet, utrednings- og utviklingsarbeid innenfor rehabilitering. Den er knyttet til følgende hovedområder;

- Bedre kunnskapsgrunnlaget for politikkutforming. Bevilgningen skal benyttes til å finansiere tidsbegrensede prosjekt og utredninger med et anvendt siktemål.
- Kunnskaps- og idèspredning om rehabilitering som helhetlig, tverrfaglig og tverretattlig virksomhet med sikte på å bedre brukernes mestringsevne.

2. Resultatrapportering for 1998

I 1998 ble det i all hovedsak satset på utviklingsarbeid, forsøk og forskning som retter fokus mot tverrsektorielle og tverrfaglige problemstillinger, herunder rehabilitering med særlig vekt på kvinners helse og helse/kultur.

Bedre kunnskapsgrunnlag for politikkutforming

Kvinnehelse og oppfølging av Kvinnehelseutredningen

OU 1999:13 Kvinners helse i Norge, som ble lagt frem i slutten av januar 1999, inneholder en bred drøfting av kvinners medisinske forhold, levekårsforhold og hvordan helsetjenester og velferdsordninger fungerer for kvinner. Utredningen påpeker mangel

Sosial- og helsedepartementet

på kjønnsperspektiv både i forskning og innenfor helse- og velferdspraksis. Oppfølgingsplan vil foreligge ved årsskiftet etter at utredningen har vært på en omfattende høring og vil bli iverksatt i løpet av 2000. Den vil omfatte en gjennomgang av beslutningssystemer innenfor helse- og sosialfeltet for å sikre at kjønnsperspektivet ivaretas i tilstrekkelig grad i utformingen av praktisk politikk. Helsetilsynet vil bistå departementet med å følge opp Kvinnehelseutvalget. Det vil bli arbeidet med å styrke kvinne- og kjønnsperspektiv i relevante utdanninger og i FoU-virksomhet.

Helse og kultur

Forsøksvirksomhet gjennom Helse-kultur satsingen er et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet, Kulturdepartementet, Norsk kulturråd, Rikskonsertene, kommuner og fylkeskommuner. Det er igangsatt forsøksvirksomhet for å få dokumenterbare erfaringer på hvordan kulturelle virkemidler kan brukes i det forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende arbeidet. Målet er å øke selvrespekt og mestringsevne for grupper med kroniske funksjonshemmende lidelser spesielt, samt å øke folks deltagelse i lokalsamfunnet mer generelt. I 1999 har departementet finansiert 18 kultur- og helseprosjekter. Deltakelse i et helse/kulturprosjekt har for mange brukere ført til økt selvfølelse og mot til å prøve seg på andre arenaer, eksempelvis utdanning, deltagelse i arbeidsmarkedstiltak eller arbeid. Evalueringen av kultur/helsesatsingen ble igangsatt i 1998, og forventes ferdig i første kvartal år 2000.

Tverrfaglig fengselsprosjekt

I 1997 ble det startet opp et utviklingsprosjekt i Oslo kretsfengsel. Målgruppen for prosjektet er innsatte som i særlig grad "soner tungt" - isolerer seg fra andre innsatte og ikke synes å kunne ta del i de aktiviteter og gjøremål som innsatte vanligvis gjør. Prosjektet er 3-årig, og evalueringen av prosjektet ble startet opp i slutten av 1998 og vil bli ferdigstilt 1. kvartal år 2000. F.o.m. år 2000 vil tiltaket bli en permanent del av Oslo Kretsfengsels virksomhet og finansiert over fengselets eget budsjett.

Det nytter- prisen

"Det nytter-prisen" ble i 1999 delt ut for tiende gang. Det kom i 1999 inn 102 søknader til prisen, og første pris gikk til brystpoliklinikken ved sentralsykehuset i Rogaland. Det nytter- magasinet presenterer vinnere av "Det nytter-prisen" for 1999. "Det nytter-prisen" er et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes sentralforbund.

Kunnskaps- og idèspredning om rehabilitering som helhetlig, tverrfaglig og tverretattlig virksomhet.

Tverrfaglig etterutdanningstilbud innen rehabilitering

Høgskolen i Oslo gjennomførte i 1998/99 i alt 19 kurs. I 1999 ble det avholdt 6 kurs i seks forskjellige fylker (i regi av Kommunal Kompetanse og Høgskolen i Bergen). I tillegg er Høgskolen i Bergen og Høgskolen i Oslo ansvarlig for lokalt forankrede kurs i henholdsvis Hordaland og Oslo. Til sammen ble det altså avholdt åtte kurs i 1999. Kursene henvendte seg til fagpersonell som arbeider med rehabilitering på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå innen helse-, pleie- og omsorgs- og sosialsektoren, barnehage- og skolesektoren, kultur- og fritidssektoren og trygde- og arbeidsetaten. Prosjektene er evaluert av Arbeidsforskningsinstituttet, og er blitt svært positivt vurdert.

Individuelle rehabiliteringsplaner

Departementet satte i 1998 i gang et utviklingsprosjekt i regi av Rehab Nord i 3 kommuner og 2 fylkeskommuner. Arbeidet ses i sammenheng med hvordan rehabilitering organiseres som virksomhet i kommunen, og skal også forbedre samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten.

3. Tilstandsvurdering

Det vises til omtale under programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering

4. Satsningsområder og mål i 2000

Bedre kunnskapsgrunnlaget for politikkutforming.

Satsningsområdene på kap. 718.21 vil i år 2000 i stor grad være knyttet til oppfølging av St.meld. nr. 21 (1998-99), Ansvar og Meistring, Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk og Stortingets vedtak i forhold til denne. Med bevilgning fra denne posten vil prosjekter/tiltak/utredninger i første rekke innen følgende områder være aktuelle:

- Prosjekt/tiltak for utvikling av individuelle planer som redskap i rehabiliteringsarbeidet
- Tiltak med sikte på å tydeliggjøre og styrke kommunenes rolle som koordinator og iverksetter av rehabiliteringspolitikk
- Fylkeskommunenes rolle i rehabiliteringsarbeidet skal utvikles og samarbeidet med kommunene skal stå sentralt
- Institusjonssektoren skal gjennomgå, og ny finansieringsordning skal etableres for opptreningsinstitusjonene (se kap. 2711.75 og 78)
- Kunnskapsgrunnlaget for rehabilitering skal styrkes

Nasjonalt kompetansemiljø for utvikling og spredning av rehabiliteringskompetanse.

Som en oppfølging av rehabiliteringsmeldinga og Stortingets behandling av denne skal det etableres et statlig kunnskaps- og utviklingssenter for rehabilitering (SKUR). Senteret er tenkt som et knutepunkt i et kunnskapsnettverk som omfatter en rekke etablerte kompetansemiljøer innen rehabiliteringsfeltet, både innen brukerorganisasjonene, helse- og sosialsektoren og innen samarbeidende sektorer som utdanningssektoren, trygde- og arbeidsmarkedssektoren, kultursektor og frivillig sektor. Viktige oppgaver for senteret vil for øvrig bl.a. være å stimulere til og gjennomføre rehabiliteringsrelevant forskning og utviklingsarbeid, planlegge og gjennomføre undervisning på universitets- og høyskolenivå, og å holde seg a jour med utviklingen innen feltet nasjonalt og internasjonalt.

Utredningsarbeidet vil være gjennomført i løpet av 1999, og midler til etablering/oppstart avsettes på budsjettet for år 2000.

Støtte til forskning

Midler til forskning foreslås for år 2000 bevilget over kap. 719.50 Norges forskningsråd

Kvinnehelse – Satsing år 2000

Departementet vil vurdere virksomheten på de aktuelle områdene som berører kvinner spesielt og også hvordan kjønnsperspektiv ivaretas i kunnskapsgrunnlaget som helse- og sosialpolitikken utformes på bakgrunn av: forskning, statistikk og utredning. NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge er sendt på bred høring.

Viktige problemstillinger fra NOU 1999:13 vil bli tatt opp i stortingsmeldingen om Helse 2000.

Oppfølging vil videre skje gjennom ulike tiltak og prosjekter for å styrke ivaretagelse av kjønnsperspektiv innenfor helse- og velferdsfeltet på alle nivå og gjennom spesifikt kvinnerettede tiltak. Forberedelse, oppstart og videreføring av relevante prosjekter vil kreve ressurser i 2000. For øvrig vises det også til Helsetilsynets kvinnehelsesatsing som vil inngå som et element i praktisk oppfølging av utredningen.

Helse og kultur - Satsing år 2000

Helse/kultursatsingen startet opp i 1995. De fleste prosjektene avsluttes ved årsskiftet 1999-2000. Noen av prosjektene vil også få midler i år 2000.

Det foreslås opprettet en koordinatorstilling knyttet til en av forsøkskommunene eller fylkeskommunene. Denne koordineringsfunksjonen skal fungere som et knutepunkt for nettverket av kultur og helsekommuner som har blitt skapt i prosjektperioden, samt for nye kommuner som ønsker å delta i nettverket. I tillegg skal koordinatoren blant annet drive med informasjonsvirksomhet på feltet. Evalueringsrapport av hele helse/kultursatsingen vil foreligge våren år 2000.

Individuelle planer - satsing år 2000

St. meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring peker på behovet for å utvikle og formidle verktøy for individuell planlegging på rehabiliteringsfeltet. For år 2000 vil departementet videreføre satsingen på tiltak og innhenting av erfaringer/utredninger/tiltak på dette området

Forsøksvirksomhet i kommunene og fylkeskommunene

Med utgangspunkt i rehabiliteringsmeldingen vil fokus her være på å utvikle samarbeidsordninger mellom og innen de to forvaltningsnivåene.

Rehabiliteringsinstitusjoner

Utredninger o.a. knyttet til ny finansieringsordning for opptreningsinstitusjoner (jf. kap. 2711 post 75) og gjennomgang av de spesielle helseinstitusjonene (jf. kap. 2711 post 78).

Forebygging av bostedsløshet

I samarbeid med Oslo kommune har departementet startet opp et utviklingsprosjekt rettet mot vanskeligstilte kommunale leietakere. UNGBO modellen utprøves i 4 bydeler i forhold til vanskeligstilte kommunale leietagere. Samtidig kartlegges ressurser og oppfølgingsbehov i de øvrige bydelene som deretter tilbys veiledning og opplæring av sine ansatte. Målsettingen med utviklingsarbeidet er å forebygge bostedsløshet. Det skal utvikles en metodikk som skal kunne overføres til andre byer. Hovedprosjektet startet i 1999, mens hovedsatsningen vil bli i år 2000 og 2001.

*Kunnskaps- og idèspredning om rehabilitering som helhetlig, tverrfaglig og tverretatlig virksomhet***Konferanser**

Som en del av oppfølgingen av rehabiliteringsmeldingen og Stortingets behandling av denne, vil Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med bl.a. andre departement, KS og brukerorganisasjoner arrangere en rekke lokale konferanser og seminarer. Pedagogiske virkemidler er spesielt viktige i gjennomføringen av politikken på et område preget av ulik virkelighetsforståelse, og der brukermedvirkning og tverretatlig samarbeid er sentralt.

Tverrfaglig etterutdanning

Etterutdanning har til nå hatt prosjektstatus, men vil fra år 2000 videreføres på permanent basis. Dette innebærer et større lokalt ansvar for kursene. Samtidig vil Høgskolen i Oslo fremdeles være ansvarlig for kurslederkursene, slik at et helhetlig perspektiv på rehabilitering opprettholdes og sikres.

”Det nytter”-prisen

Også for 2000 foreslås det avsatt midler til denne prisen.

Utviklingsprosjekter - informasjons- og beslutningsstøttesystemer

Det foreslås igangsatt et utredningsarbeid med sikte på utvikle bedre statistikk på rehabiliteringsområdet.

Post 60 Rehabilitering i fylkeskommunene m.v

Det foreslås bevilget 103,3 mill. kroner.

1. Formål og oppgaver

Formålet med denne bevilgningen er å bidra til oppbygging og styrking av rehabiliterings- og habiliteringstilbudet i fylkeskommunene og tilbudet til revmatikere. Tilbudet innen rehabilitering i fylkeskommunen skal være samordnet og tilpasset brukerne. Fylkeskommunene forutsettes å organisere sine tilbud slik at de for de enkelte brukergruppene vil kunne utgjøre en tiltakskjede sammen med de kommunale tilbud.

2. Resultatrapportering for 1998

I 1998 ble det over denne bevilgningen gitt støtte til oppbygging og styrking av rehabiliteringsavdelinger, slagenheter og rehabiliteringsteam. I tillegg ble det gitt støtte til styrking av tilbudet for særskilte grupper som til nå ikke har hatt et tilfredsstillende tilbud i fylkeskommunen. Det er også gitt tilskudd til utdanningsstillinger innen rehabilitering, herunder tilskudd til utdanningsstillinger i revmatologi. Det har vært en forutsetning for tildeling av midler at den enkelte fylkeskommune har utarbeidet en helhetlig plan for rehabilitering.

3. Tilstandsvurdering

Det vises til omtale under programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering

4. Satsningsområder og mål i 2000

Fra og med 1999 er midlene over denne posten bevilget etter objektive kriterier hvor fylkeskommunen selv prioriterer hvilke rehabiliteringstiltak som skal gis støtte innenfor de rammer som er lagt i de overordnede mål. Departementet vil gjennom tildelingsbrevet for år 2000 be fylkeskommunene om å bygge opp et tilbud til pasientgrupper som til nå ikke har fått et tilstrekkelig tilbud. Dette gjelder blant annet personer med progredierende nevrologiske lidelser, lidelser i muskel- og skjelettsystemet, multitraumetilstander, traumatiske og moderate hodeskader, følgetilstander etter kreft og personer med sansetap slik det fremgår i St.meld. nr. 21 (1998 – 99) Ansvar og meistring – Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk. En annen viktig oppgave for fylkeskommunen i år 2000 er å bidra til kompetanseheving i kommunehelsetjenesten på rehabiliteringsfeltet gjennom ambulant veiledning og rådgivning.

Bevilgningen for år 2000 vil bli gitt med krav om rapportering av bruk av midlene. Rapporteringen skal inneholde oversikt over personellbruk, antall kurdøgn, antall pasienter i døgnavdelinger, antall pasienter i dagbehandling og i ambulant behandling, samt eventuelt andre forhold etter nærmere spesifikasjoner i tildelingsbrevet til den enkelte fylkeskommune. Rapportene skal også inneholde status i samarbeidet med kommunene og i hvilken grad rehabilitering blir ivaretatt i de fylkeskommunale helseplanene.

Kap 0719 Helsefremmende og forebyggende arbeid

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter		233	240
21	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren, <i>kan overføres</i>	54 495	57 340	34 250
50	Norges forskningsråd			24 200
61	Mammografiscreening	43 712	56 240	
66	Handlingsplan mot selvmord, <i>kan overføres</i>	10 209	7 700	7 700
70	Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien og smittevern, <i>kan overføres</i>	17 899	21 600	25 200
71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap m.v.		20 000	18 600
72	Stiftelsen AAN-Alternativ til abort i Norge		11 100	11 410
	Sum kap 0719	126 315	174 213	121 600

Det er overført fra 1998 til 1999:

Post 21: 853 000 kroner

Samlet innsats til forebygging av uønsket svangerskap og abort er ikke redusert, men 2 mill. kroner er overført til post 50 til forskningsprogrammet hvor abortforebygging inngår.

Post 01 Driftsutgifter

Midlene under denne posten nyttes henholdsvis til godtgjørelser og reiseutgifter til landets abortnemnder og steriliseringsnemnder. De siste år har antall saker behandlet i abortnemndene anslagsvis ligget rundt 400 og saker som kommer opp i klagenemnd rundt 25.

Post 21 Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren m.v., kan overføres

Posten foreslås redusert med 23,3 mill. kroner som ledd i en omlegging av bevilgningene til formålet. Det er foreslått overført 6 mill. kroner til å dekke lønnsutgifter til 19 stillinger for forebyggingsrådgivere ved fylkeslegekontorene for oppfølging av helsefremmende og forebyggende arbeid generelt, satsingen på kost, mosjon og røykfrihet spesielt, samt helsestasjons- og skolehelsetjenestesatsingen m.v. (kap 700), 14,3 mill. kroner for å samle forskningsbevilgninger til programmer knyttet til forebyggende helsearbeid og rehabilitering (kap 719 ny post 50) og 3 mill. kroner til styrking av arbeidet med fysisk aktivitet (kap. 713).

1. Formål og hovedprioriteringer

For nærmere spesifisering av mål og prioriteringer vises til tilsvarende avsnitt under Programkategori 10.10 (foran).

2. Resultatrapport 1998/99

Departementet la fram en ny folkehelserapport våren 1999 samtidig som det ble holdt en helsepolitisk redegjørelse for Stortinget. Når det gjelder resultater og tilstandsvurdering på områdene psykososiale problemer, belastningslidelser, ulykker, astma, allergi- og inneklimesykdommer, tobakkskadeforebygging, ernæring, smittevern, miljørettet helsevern og strålevern vises til omtalen under programkategori 10.10.

3. Satsingsområder og mål 2000

I 2000 vil innsatsen særlig være rettet mot å stimulere det tverrsektorielle samarbeidet i kommunene og formidle erfaringer fra utviklingsprosjekter for å få til helsefremmende og forebyggende arbeid med særlig vekt på å fremme barns og ungdoms helse. Dette formidlings- og samordningsarbeidet, som er en fortsettelse av Aksjonsprogrammet barn og helse 1995-99, vil være en sentral oppgave for forebyggingsrådgivere på fylkeslegekontorene i samarbeid med kommunene, jf. kap. 700. Det legges opp til å videreføre stimuleringsarbeid og kompetanseheving innenfor de ulike innsatsområdene, forankre det tverrsektorielle samarbeidet i kommunens ledelse, og stimulere til lokale tiltak i det kreftforebyggende arbeid, jf. oppfølging av Nasjonal kreftplan (St. prp. nr. 61 (1997-98)). Prøveordningen ved 5 fylkeslegekontorer med rådgiverstillinger for kost-, mosjon- og røykfrihetprosjektene vil dermed utvides til alle fylker og inngå i forebyggingsrådgivernes arbeid. Innsatsen for å forebygge psykososiale problemer og fremme barn og unges psykiske helse skal også fokuseres, jf. Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-1998)). Oppsummering av erfaringene fra arbeidet i fylkene og kommunene samt å legge strategi for videreføring av arbeidsmåter skal følges opp i satsingen på helsestasjon- og skolehelsetjenesten for barn og ungdom. Det vises til kategori 10.10 under Virkemidler og forventede resultater. I tillegg vil handlingsplanene på hovedinnsatsområdene ulykkesforebygging og astma, allergi og inneklimasykdommer bli videreført.

Norge er blant de land i verden som har høyest forekomst av lårhalsbrudd, håndleddsbrudd og ryggvirvelbrudd. Det er mangelfull kunnskap om årsakene til og konsekvensene av disse bruddene. Det foreslås avsatt midler til å utarbeide en strategiplan for forebygging og behandling av osteoporose.

Det foreslås videre avsatt midler over denne posten til deler av EUs folkehelseprogram.

Et nasjonalt indikatorsystem for folkehelse etableres på permanent basis i 2000, forankret på Folkehelsa. Det vises til nærmere omtale under kap. 710.

For øvrig vises til programkategori 10.10.

Post 50 Norges forskningsråd

Forskning i regi av Norges forskningsråd er et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlaget for nasjonale forvaltningsoppgaver og politikkutforming. Bevilgningen er totalt på 24,2 mill. kroner og skal dekke igangværende og nye forskningsprogrammer knyttet til programkategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering. Forskningsprogrammene har normalt en varighet på 4-5 år og administreres av Norges forskningsråd.

Forskning er ett av flere virkemidler for å styrke grunnlaget for helsefremmende og forebyggende arbeid og rehabilitering. Denne forskningen skal bidra til innovasjon, bedre dokumentasjon av effekter av forebyggings- og rehabiliteringstiltak og mer systematisk og kritisk bruk av etablerte virkemidler.

Forskningsprogrammene gjennomføres i tråd med vedtatte programplaner. Sosial- og helsedepartementet har representanter i programstyrene. Det mottas årsrapport fra Norges forskningsråd.

Midler til dette formålet var tidligere plassert på 713.01, 718.21, 719.21, og 719.71.

Følgende forskningsprogrammer i regi av Norges forskningsråd foreslås dekket over posten:

Forebyggende helsearbeid

Bevilgningen til dette programmet var tidligere ført opp under kap. 719 post 21 og 71.

Programmet har som overordnet mål å fremme god forskning om virkemidler i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet. I tillegg omfatter programmet også

Sosial- og helsedepartementet

epidemiologiske problemstillinger med helsefremmende eller forebyggende komponenter.

Forebygging av uønsket svangerskap og abort har vært prioritert i 1998 og 1999. 2 mill. kroner er foreslått overført fra kap. 719, post 71 til kap. 719, post 50 til dette delprogrammet. Programmet i NFR ble styrket med kr 1,5 mill. i 1999 til forskning om forebygging av psykososiale problemer og kr 1,5 mill. til osteoporose. Andre prioriterte områder var tobakkskadeforebyggende arbeid, kosthold og tiltak for å endre kostholdet, forebygging av helseforskjeller mellom ulike sosiale lag, og forebygging av ulykker og vold. Det har vært en nedgang i søknadsmengden, spesielt fra etablerte miljøer innenfor forebyggende og helsefremmende arbeid. Prioriterte områder i 2000 er forebygging av uønsket svangerskap og abort, osteoporose, psykososiale problemer og helseøkonomiske vurderinger i det forebyggende arbeidet. Det foreslås bevilget til sammen 6,8 mill. kroner til dette programmet i 2000 over denne posten.

Helse og sykdom i et kulturelt perspektiv

Bevilgningen til dette programmet var tidligere ført opp under kap. 718.21.

Programmet skal gi innsyn i forestillinger om friskt og sykt, normalt og unormalt, trygt og farlig, hva som kan mestres og tåles og hva som utløser behandlingsbehov. Forskingen skal belyse hvordan helse- og sykdomsoppfatninger skapes og fortolkes kulturelt og skal klargjøre hvordan helse- og sykdomsrelevante forestillinger formes av påvirkninger så som medisinsk teknologi, mediefokusering på risiko, reklamens formatering av kroppsideal osv. Innenfor programmets rammer ligger delprogram om forskning på kroniske smertetilstander og forskning på kvinners helse. Det er gitt støtte til oppbygning av to forskningsmiljøer: et tverrfakultært miljø ved Universitetet i Bergen og til Seksjon for medisinsk antropologi ved Universitetet i Oslo. Det foreslås bevilget 3,5 mill. kroner til dette programmet i 2000.

Kommunale beslutningsprosesser og statlig intervensjon

Bevilgningen til dette programmet var tidligere ført opp under kap. 718 post 21. Programmet er tverrdepartementalt finansiert. Det foreslås bevilget 0,4 mill. kroner til dette programmet i 2000.

Helse i arbeidslivet

Bevilgningen til dette programmet var tidligere ført opp under kap. 719 post 21.

Programmet skal ivareta bredden i arbeidsmiljøforskningen, herunder fange opp helsemessige konsekvenser av endringer i arbeidslivet. Intervensjoner og tiltak for å redusere muskel- og skjelettplager, psykisk og psykosomatiske plager og sykefravær, samt helsekonsekvenser av nye organisasjonsformer og produksjonsformer, prioriteres. Programmet er foreløpig forlenget til og med 2000. Programmet har i stor grad lyktes i å etablere tverrfaglig samarbeid og integrere ulike forskningstradisjoner. To store paraplyprosjekter som omfatter ulike intervensjonstiltak, både individuelle og organisatoriske, er under avslutning. Det er lagt frem utredninger om forskning på tiltak og intervensjoner med oversikter over oppnådde resultater og beskrivelse av ulike typer intervensjonsforskning. Disse dekker både fysiske, kjemiske, teknologiske, organisatoriske og sosiale forhold. Det foreslås bevilget 2 mill. kroner over kap. 719.50 til dette programmet i 2000. For øvrig er programmet finansiert fra Kommunal- og regionaldepartementet.

Miljøforurensning og helse og inn klima og helse

Bevilgningen til disse programmene var tidligere ført opp under kap. 719 post 21.

Forskningen innenfor programmet Miljøforurensning og helse skal framskaffe kunnskap om sammenhengen mellom miljøforurensninger og helse ved å karakterisere human eksponering for miljøforurensning, påvise helsemessige virkninger, bidra til risikovurdering av eksponeringer og skape et forvaltningsmessig bedre beslutningsgrunnlag. Prioriterte områder i 1998 var betydning av luftforurensning for

astma, allergi og inneklimesykdommer, støy som helseproblem, helseeffekter av hormonlignende stoffer og forskning om forurensning av mat.

Programmet Inneklima og helse skal stimulere til forskning som gir innsikt i årsaksforhold og omfang av inneklime relaterte helseproblemer, og forskning som gir grunnlag for å redusere inneklime relaterte helseproblemer gjennom kunnskapsoverføring, rådgivning og effektive tiltak. Prioriterte områder innenfor programmet Inneklima og helse var epidemiologisk-klinisk inneklimeforskning. Det er satt i gang en rekke tverrfaglige prosjekter, og det er bygget opp faglige nettverk som legger grunnlaget for samarbeid på tvers av faggrenser og disipliner. Det er behov for økt forskning om helseeffekter av fukt i bygninger. Det foreslås bevilget 3 mill. kroner til disse programmene samlet i 2000.

Mat og helse

Bevilgningen i dette programmet var tidligere ført opp under kap. 713 post 01.

Forskningsprogrammet Mat og helse er et nytt forskningsprogram fra 2000. Bakgrunnen for programmet er at sammensetningen av kostholdet spiller en viktig rolle for flere av dagens folkesykdommer. Samtidig dokumenteres stadig nye sammenhenger mellom kostfaktorer og helse. Forbrukernes bevissthet om kostholdets betydning er økende, men de faktiske kostholdsendringene er vanskelig å få til. De forskningsmessige utfordringene er for det første knyttet til hvordan kostholdet påvirker normale fysiologiske funksjoner, risiko og sykdomsforløp for kroniske sykdommer, og for det andre hvilke typer strategier og tiltak som påvirke valg av matvarer og kosthold i gunstig retning. Det foreslås bevilget 2 mill. kroner til dette programmet i 2000.

Drikkevannsforskning

Bevilgningen i dette programmet var tidligere ført opp under kap. 719 post 21.

Målsettingen for programmet er å bringe den nasjonale kunnskapen opp på et nivå som kan bidra til at nasjonale målsettinger etterleves og internasjonale forpliktelser oppfylles. Programmet er en del av den nasjonale satsningen for å oppgradere norsk vannforsyning, og skal bringe fram kunnskap for å bedre drikkevannskvaliteten. Prioriterte områder er forskningsoppgaver knyttet til vannkvalitet og helse, og hvordan disse utfordringene kan møtes med vannbehandlingsteknologi.

Prioriterte områder for tildelingen i 1998 var vannkvalitet og helse, behandling av drikkevann, vedlikehold og økonomi, distribusjonssystemer og vannkvalitetsovervåking. Det foreslås bevilget 3 mill. kroner til dette programmet i 2000.

Kraftutveksling og nettmonopoler (EFFEKT) - Elektromagnetiske felt og helse

Bevilgningen i dette programmet var tidligere ført opp under kap. 719 post 21.

Sosial- og helsedepartementets engasjement i prosjektporteføljen Biologiske og medisinske virkninger av elektromagnetiske felt (EMF) er en delvis oppfølging av NOU 1995:20 Elektromagnetiske felt og helse. Forslag til en forvaltningsstrategi. Det er besluttet at det fortsatt skal drives forsknings- og utviklingsarbeid på saksfeltet EMF og helse, og at området skal gjennomgås innen år 2000. Forskningsprogrammet EFFEKT avsluttes i år 2000, og forskningen om EMF og helse vil gi nyttig kunnskap til denne gjennomgangen.

Det foreslås bevilget 0,5 mill. kroner til dette programmet i 2000.

EUs strålevernprogram

Bevilgningen var tidligere ført opp under kap. 719 post 21.

Programmet har som målsetting å bringe fram vitenskapelig kunnskap for objektivt å kunne vurdere effekter av radioaktiv stråling, og utvikle metoder for å bedre

beskyttelsen mot stråling. Innsatsen vil bli rettet mot hvordan strålingen opptrer fra naturlige, medisinske og industrielle kilder, og forståelse av helsemessige konsekvenser og behandling av overeksponering.

Majoriteten av prosjektene er knyttet til radioaktiv forurensning fra atomanlegg i Russland og andre SUS-stater. Flere prosjekter foregår i risikoområder som Majak, Kola og Karahavet. Det foreslås bevilget 1 mill. kroner til dette programmet i 2000.

Antibiotikaresistens

Selv om vi kjenner ulike resistensmekanismer og hvordan antimikrobiell resistens kan utvikles og spres, mangler vi vesentlig kunnskap som grunnlag for å velge de riktige og nødvendige tiltakene for å få kontroll med det truende resistensproblemet. Videre er det få tiltak hvor effekten er målt. Det er derfor et behov for å styrke forskningsinnsatsen på dette området. Det foreslås et femårig satsingsprogram i regi av Norges forskningsråd. Denne satsingen er et ledd i regjeringens handlingsplan for å motvirke antibiotikaresistens, og det foreslås bevilget 2 mill. kr i 2000.

Post 61 Mammografiscreening

Posten er fra 2000 flyttet til kap. 739 post 66.

Post 66 Handlingsplan mot selvmord, og videre oppfølging etter planperioden, kan overføres

1. Formål og hovedprioriteringer

Hovedmålsetning med videreføring av enkelte elementer i Handlingsplan mot selvmord, som avsluttes i 1999, er å sikre at den kompetansen som er bygd opp opprettholdes og videreføres. Det vil være nødvendig med videre arbeid for å etablere gode og godt forankrede rutiner for oppfølging av mennesker innlagt etter selvmordsforsøk. Særlig høy selvmordsfrekvens i enkelte grupper ved utgangen av handlingsplan perioden tilsier fortsatt satsing. Videreføringen av satsingen blir et tre års prosjekt. Statens Helsetilsyn får ansvar for gjennomføringen. Satsingen finansieres ved å videreføre 6.2 mill. kroner pr år av de midlene som har vært bevilget til handlingsplanen. Ett nasjonalt kompetansesenter og tre regionale ressursmiljøer for selvmordsforebyggende arbeid videreføres. Behov for et nasjonalt kompetansesenter på permanent basis vurderes i løpet av treårsperioden.

2. Resultatrapport 1998

- Ressurs sentrene ved NTNU – Trondheim, Psykiatrisk institutt ved Universitetet i Bergen og Åsgård Sykehus fikk i løpet av året en bemanning på 2 stillinger. Dette var en økning for de to førstnevnte. Det nasjonale kompetansesenteret for selvmord ved Universitet i Oslo har 4 ½ stilling, som i 1997.
- Økt og systematisk forskning. Bedret koordinering av den totale forskningsinnsatsen. Rundt 15 suicidologiske forskningsprosjekt er startet opp i tilknytning til handlingsplanen. Disse har en betydelig grad av tverrfaglig tilnærming. Database med forskningsresultater og oversikt over igangsatte prosjekter opprettet ved Universitet i Oslo, seksjon for selvmordsforebygging.
- Det er etablert tverrfaglige forskningsfora ved alle de fire sentrene. Det avholdes møter to ganger årlig i hver region.
- Økt og systematisk kunnskapsformidling. Det er utviklet utdanningsprogrammer på grunn, videre og etterutdanningsnivå både for helsefag og andre grupper, som f eks lærere. Fagfeltet suicidologi er styrket for leger og psykologer.
- Det er etablert tverrfaglige/tverretatlige nettverkskonferanser for sentrale fagpersoner innen forebygging to ganger årlig i alle helseregioner.
- Systematiske modellforsøk med behandlings- og oppfølgingstiltak prøvd ut i 17 fylker etter ulike modeller. Arbeid med erfaringsoverføring igangsatt.

- Det er drevet informasjonsvirksomhet gjennom møter/konferanser, utsendelse av materiell og samarbeide med media, bl annet gjennom en ungdomskampanje på NRK Petre.
- Prosessevaluering foretatt av Agenda Utvikling og Utredning. Rapport forelå høsten 1998.

3. Satsingsområder og resultatmål

- Det videre forebyggende arbeidet rettes spesielt mot grupper som er særlig utsatt; barn og unge, eldre, homofile og lesbiske, samt personellgrupper som kommer i kontakt med mennesker i selvmordskriser. Resultatmål: Redusert forekomst av selvmord og selvmordsforsøk i disse gruppene.
- De regionale ressursmiljøene får ansvar for videre arbeid med å etablere systematiske oppfølgingsrutiner for pasienter i faresonen. Resultatmål: Antall helseinstitusjoner som etablerer slike rutiner og antall pasienter som følges opp gjennom disse.
- Det skal etableres etterutdanningstilbud i suicidologi. Hovedansvaret legges til Det nasjonale kompetansesenteret for selvmord ved Universitet i Oslo. Resultatmål: Antall etterutdanningstilbud som etableres og antall personer som deltar i disse.
- Det skal vurderes å opprette en bredt sammensatt helsepolitisk og helsefaglig gruppe på området selvmordsforebygging.
- Forskning på arbeidsplassen som arena for å motvirke helseskadelige prosesser skal økes. Resultatmål: Antall igangsatte forskningsprosjekter.

Post 70 Handlingsplan mot HIV/AIDS epidemien og smittevern m.v., *kan overføres*

Det foreslås bevilget 25,2 mill. kroner til disse formålene i 2000. Arbeidet med å motvirke antibiotikaresistens er styrket med 5 mill. kr hvorav 2 mill. kr går til forskningstiltak over kap. 719 post 50 og 3 mill. kr over post 70.

1. Formål og hovedprioriteringer

Hiv/Aids-epidemien

Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000 fokuserer på 2 hovedmål: Å redusere antall HIV-nysmittede og bedre livskvalitet og forlenge levetid til personer med HIV og AIDS for perioden 1996-2000 sett i forhold til perioden 1990-1995. Handlingsplanen som avsluttes ved utgangen av år 2000 er gjenstand for en omfattende ekstern evaluering. Evalueringen vil bidra til å stake ut den framtidige HIV/AIDS-politikken i Norge.

Smittevern generelt

I samarbeid med Landbruksdepartementet, Miljøverndepartementet og Fiskeridepartementet arbeider Sosial- og helsedepartementet med å utvikle en handlingsplan for å motvirke antibiotikaresistens. Hovedmålene for arbeidet med å bekjempe antibiotikaresistens vil være; mindre og riktigere bruk av antibiotika fordi all bruk øker risikoen for resistensutvikling, prioritering av forebyggende tiltak for å begrense opptreden av infeksjoner, og hindre spredning av antibiotikaresistens via forflytting av biologisk materiale.

2. Resultatrapport 1998/1999

Sentrale helsemyndigheter har de siste årene fått foretatt uavhengige evalueringer av de fleste større HIV/AIDS-forebyggende aktivitetene. Sammen med den pågående evalueringen av Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000 vil det foreligge et godt grunnlag for framtidig HIV/AIDS-politikk.

Hovedmål 1: Redusere antall HIV-nysmittede.

Det er i 1998/99 gitt økonomisk støtte til Aidsinformasjonstelefonen, Aidsinformasjonsbussen og markering av Verdens AIDS-dag 12. desember 1998. Videre er det gitt økonomisk støtte og faglig veiledning til HIV/AIDS-forebyggende arbeid i afrikanske miljøer gjennom bl a Oslo Røde Kors Internasjonale Senter og ved at Statens helsetilsyn har etablert en referansegruppe av ressurspersoner i ulike afrikanske organisasjoner. Det er gitt økonomisk støtte til Helseutvalget for homofile, Pluss (HIV-positives interesseorganisasjon) og Landsforeningen mot AIDS. Statens institutt for folkehelse har i 1998/99 arbeidet for å styrke smitteoppsporingen ved HIV-diagnose gjennom et frivillig samarbeid mellom legen og den HIV-positive. Institusjonen har fortsatt med å overvåke HIV/AIDS-epidemien gjennom Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og undersøkt HIV-testeaktiviteten i grupper med risikoatferd. Statens institutt for folkehelse og Statens helsetilsyn har samarbeidet med Olafiaklinikken om prøveprosjekt for bruk av hurtigtest for påvisning av HIV-infeksjon.

Hovedmål 2: Bedre livskvalitet og forlenge levetid for personer med HIV og AIDS

Det arbeides videre med å bedre kunnskapsgrunnlaget om levetid og dødelighet for HIV-positive samt at det utvikles modeller for nysmitte og diagnostisering av HIV. Pluss har sammen med Landsforeningen mot AIDS fått midler til å gjennomføre en undersøkelse om HIV-positives levekår.

Statens institutt for folkehelse har fått midler til et prosjekt som tar sikte på å styrke smittevernet for flyktninger, asylsøkere og andre med innvandrerbakgrunn gjennom metodeutvikling, informasjonstiltak og skoleringsarbeid overfor landets kommuner. Sosial- og helsedepartementet deltar sammen med Statens institutt for folkehelse i EUs folkehelseprogram om forebygging av AIDS og visse andre smittsomme sykdommer.

Smittevern

En rapport "Plan for å motvirke antibiotikaresistens", utarbeidet av en prosjektgruppe som har vært ledet og drevet av Statens institutt for folkehelse, ble overlevert Sosial- og helsedepartementet i januar 1999. Rapporten har vært på bred høring, og arbeidet med å utvikle en handlingsplan følges opp av en interdepartemental embetsgruppe.

En arbeidsgruppe har utformet forslag til en nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa etter oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. Rapporten er sendt på høring med frist november 1999.

Oppfølging av NOU 1998: 3 Utryddelse av tuberkulose? Strategi for fremtidig tuberkulosekontroll skjer gjennom en arbeidsgruppe som skal vurdere revisjon av tuberkuloseforskriften, ledet av Sosial- og helsedepartementet.

Videre arbeides det med forskrifter om bekjempelse av skadedyr og kompetanseoppbygging innen dette området av smittevernet.

3. Tilstandsvurdering*Hovedmål 1: Redusere antall HIV-nysmittede*

Den epidemiologiske situasjonen er preget av stabilitet, og antall smittede er lavt. En har ikke indikasjoner på at antall smittede har økt i noe større omfang for noen risikogruppe siden 1996. Der det synes å være størst endring, er smitte gjennom heteroseksuell praksis.

Per 31. desember 1998 var det siden 1984 kumulativt meldt 1869 HIV-positive personer til Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) - 1386 menn og 483 kvinner. Tilveksten i 1998 var 98 mot 112 i 1997. Antall diagnostiserte homoseksuelle menn gikk ned i forhold til gjennomsnittet de siste fem år og var på samme nivå som i 1997.

For heteroseksuelle er antall HIV-positive i 1998 noe lavere enn i 1997, men på samme relativt høye nivå som i 1996. Blant sprøytemisbrukere synes HIV-epidemien fortsatt å være under god kontroll med få nysmittede, selv om det pågående hepatitt A- og B-utbruddet i gruppen bekrefter at det fortsatt skjer mye sprøytedeling i miljøet. Den tredje største gruppen er personer fra "høyendemisk fødeland". Den norske HIV-epidemien preges stadig sterkere av den internasjonale situasjonen. Av 1998-tilfellene antas 65 prosent å være smittet i utlandet mens alle sprøytemisbrukere er smittet i Norge. Helsemyndighetene har de senere årene fokusert sterkere på at HIV-smitte i Norge påvirkes av den internasjonale situasjonen. Dette gjelder både personer fra land med høy forekomst av HIV og personer som bor eller reiser til slike områder.

Hovedmål 2: Bedre livskvalitet og forlenge levetid for personer med HIV og AIDS

Mer effektive behandlingsformer mot HIV-infeksjon ble tilgjengelige fra 1996 og fører nå til sterkt fall i både AIDS-insidens og antall dødsfall forårsaket av AIDS. Per 31. desember 1998 hadde 639 (534 menn og 105 kvinner) utviklet AIDS, 509 var døde. Det ble diagnostisert 32 nye AIDS-tilfeller mot 34 i 1997 og 56 i 1996. Det er bekymringsfullt at halvparten av AIDS-tilfellene i 1998 ikke var klar over at de var HIV-smittet før de utviklet AIDS. Selv om det rapporteres om økende problemer med terapivikt, resistensutvikling og alvorlige bivirkninger knyttet til de nye medikamentene, har den gunstige AIDS-utviklingen holdt seg gjennom 1998.

Generelt smittevern

Situasjonen for andre smittsomme sykdommer i Norge skiller seg lite fra forholdene i sammenlignbare land. En viktig utfordring er de nå landsomfattende hepatitt A- og B-utbruddene. Hepatitt er en virusinfeksjon som smitter som HIV, og som særlig er utbredt blant injiserende sprøytemisbrukere. Når det gjelder antibiotikaresistens er situasjonen bedre i Norge enn i nesten alle andre land. Det kreves imidlertid stadig større innsats for å opprettholde denne situasjonen, bl.a. fordi økt reiseaktivitet og internasjonal handel med dyr og næringsmidler kan øke importen til Norge av resistente bakterier.

4. Satsingsområder og mål for 2000

Hovedmål 1: Redusere antall HIV-nysmittede

Helsemyndighetene ønsker fortsatt å markedsføre HIV-testing i de gruppene som er under størst risiko for å bli smittet. Det vil også i 2000 bli satset på å forsterke veiledningen av leger om smitteoppsporing etter diagnostisert HIV-infeksjon samt å styrke informasjonen overfor leger for å gjøre dem bedre i stand til å gjenkjenne symptomer på HIV-infeksjon.

Forebyggende tiltak overfor menn som har sex med menn skal prioriteres også i 2000 og i tråd med resultatene fra evalueringen av Helseutvalget for homofile og Pluss samt den pågående evalueringen av handlingsplanen. En viktig oppgave i 2000 er å komme fram til hvilken rolle de frivillige organisasjonene skal ha i det framtidige HIV/AIDS-arbeidet.

Med utgangspunkt i MSIS arbeides det med en studie om nordmenn smittet av HIV i utlandet som grunnlag for målretting av forebyggende tiltak. Også tiltak i samarbeid med det kommunale smittevernet og reiselivsbransjen er aktuelt.

Prosjekt om styrking av informasjons- og kompetanseoppbygging på smittevernfeltet i forhold til flyktninger, asylsøkere og andre fremmedspråklige vil bli videreført. Det vil bli vurdert hvordan myndighetene best kan sørge for at befolkningen generelt får tilstrekkelig kunnskap om HIV/AIDS-problematikken. Fylkeslegene vil stå sentralt i arbeidet med å ansvarliggjøre landets kommuner til å arbeide med HIV-forebygging og smittevern.

Hovedmål 2: Bedre livskvalitet og forlenge levetid til personer med HIV og AIDS

Det er en prioritert oppgave å støtte den aktiviteten som angår HIV-positives og AIDS-sykes situasjon i den nye organisasjonen Pluss-LMA. Det er fortsatt behov for mer kunnskap om HIV-positives og AIDS-sykes levekår, og hvordan livssituasjonen har endret seg for mange pga de bedre medikamentelle behandlingsmulighetene. Det har i de senere årene vist seg at den antivirale behandlingen mot HIV har medført utvikling av resistens, en resistens av forskjellig grad og intensitet og med konsekvenser for behandlingsopplegget til den enkelte pasient. Som en del av departementets plan for å motvirke antibiotikaresistens vil det bli initiert forskning og utvikling av kliniske prosedyrer for å takle resistensutviklingen.

Smittevern

I forbindelse med fredstidskriser, krigshandlinger, masseturisme og økt migrasjon vil forekomsten av smittsomme sykdommer i Norge raskt kunne endres.

Innenfor feltet antibiotikaresistens vil en viktig oppgave i 2000 være å følge opp Handlingsplan for å motvirke atibiotikaresistens. Oppfølging av nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa blir også viktig.

Arbeidet med skadedyrforskriften vil fortsette.

Det vises ellers til omtalen under kap. 710 Folkehelsa hvor smittevernet er mer utfyllende omtalt.

Post 71 Tilskudd til opplysningstiltak, forebygging av uønskede svangerskap m.v.

Posten benyttes til å gjennomføre lov om svangerskapsavbrudd, å følge opp Handlingsplan for forebygging av uønskt svangerskap og abort 1999-2003, herunder Innst. S. nr. 213 (1995-96) til St.meld. nr. 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd m.v., hjelpetelefonene og tilskuddsordningen for abortforebyggende tiltak. Det foreslås bevilget til sammen 18,6 mill. kroner til disse formålene i 2000. Samlet innsats til formålet er ikke redusert i forhold til 1999 da 2 mill. kroner til forskning om abortforebygging er overført til kap. 719, post 50

1. Formål og hovedprioriteringer

De overordnede målene for arbeidet med å forebygge uønskede svangerskap og abort er at abortraten skal reduseres, og at alle skal ha et best mulig utgangspunkt for å velge ønskede svangerskap gjennom god kunnskap om samliv, seksualitet, prevensjon og graviditet.

2. Resultatrapport 1998/99

Resultatrapporteringen for handlingsplanen er en oppsummering av hele perioden fra 1995 til 1998.

Handlingsplan 1995-98 for forebygging av uønskede svangerskap og abort

Handlingsplanen, som utløp ved årsskiftet 1998/99, har hatt som mål å redusere forekomsten av svangerskapsavbrudd i aldersgruppen 15–19 år med 5 prosent og i aldersgruppen 20–24 år med 8 prosent.

Det har vært en reduksjon i forekomsten av abort fra treårsperioden 1991–1993 til 1997 på over 16 prosent for aldersgruppen 20–24 år, mens forekomsten av abort blant tenåringer nærmest har vært uendret i denne perioden. De siste tallene fra SSB viser at abortraten (antall aborter per 1000 kvinner) for gruppen 20-24 år har økt noe fra 1997 til 1998, men at den samtidig er noe redusert for tenåringene.

Majoriteten av virksomheten i denne handlingsplanperioden har vært rettet mot målgrupper i alderen 15–24 år. Sammenlignet med forrige handlingsplanperiode (1991–1994) har en større del av tiltakene vært rettet mot unge voksne og grupper med særlig risiko for uønsket svangerskap og abort. Mesteparten av aktiviteten har vært konsentrert om fylker med høye aborttall, og det har spesielt vært lagt vekt på å øke aktiviteten i Finnmark og Oslo.

Omtrent halvdelen av midlene er benyttet til landsdekkende tiltak, bl. a. til SUSS-telefonen som er en nasjonal rådgivningstelefon for ungdom om seksualitet og samliv, etablering av en veiledningstelefon for unge voksne og flere større kampanjer. Veiledningstelefonene har vært det mest kostnadskrevenende prosjektet i planperioden. For øvrig er midlene benyttet til å utvikle materiell til målgruppene, tiltak rettet mot massemedia, landsdekkende og kommunale veiledningstilbud, forsøk med ung til ung undervisning, og undervisning av sentralt nøkkelpersonell.

Oppfølging av St. meld. nr. 16 (1995-96) om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd

Senter for samfunnsforskning ved Universitetet i Bergen (SEFOS) har etter oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet foretatt en evaluering av det offentlige og private informasjons- og rådgivningstilbudet til abortsøkende kvinner, jf. Stortingets vedtak i Innst.S. nr. 231 (1995-96). Evalueringen av det offentlige tilbudet blir fulgt opp i Handlingsplan for førebygging av uønskt svangerskap og abort 1999-2003 der informasjon og veiledning til gravide utgjør ett av fem innsatsområder.

Som en oppfølging av stortingsvedtaket om å utarbeide standardisert informasjonsskriv ble det i 1998 laget tre informasjonsbrosjyrer til abortsøkende kvinner. Videre ble det, i samarbeid med KUF og Nasjonalt læremiddelsenter, satt i gang et arbeid med å utvikle læremateriell til bruk i undervisning om samliv og seksualitet. Dette arbeidet videreføres i den nye handlingsplanen.

Samlivs- og prevensjonsforsøket startet opp med et pilotprosjekt i mars 1998, og hovedprosjektet startet 31. august 1998 i Trondheim kommune med Drammen som kontrollkommune. Forsøket hvor bl.a. helsesøstre og jordmødre har fått begrenset forskrivningsrett på lavdoserte p-piller, forventes avsluttet i 2001.

3. Tilstandsvurdering

Utviklingen i aborttallene

I 1998 ble det utført 14 028 svangerskapsavbrudd i Norge. Dette er en økning på 0,3 prosent sammenlignet med 1997. Siden bestemmelsen om selvbestemt abort ble innført i 1979, har antall svangerskapsavbrudd variert fra 13 531 i 1982 til 16 208 i 1989.

Abortraten, antall svangerskapsavbrudd per 1 000 kvinner, varierer sterkt med alder. Aldersgruppen 20–24 år har hatt den høyeste forekomsten av abort i alle år etter at registreringen startet i 1979. Abortraten for denne aldersgruppen økte sammenhengende fra 1981 til 1989, men etter 1989 har trenden snudd og nivået er nå som på midten av 1980-tallet. Mens tenåringer hadde høyere forekomst av abort enn kvinner i aldersgruppen 25–29 år på begynnelsen av 1980-tallet, er forholdet omvendt på 1990-tallet. I Norge har forekomsten av abort blant tenåringer gått klart ned fra midten av 1980-årene og inn i 1990-årene. Det er f. eks. slik at av de som er født i 1974 er det en klart lavere andel som har gjennomført ett svangerskapsavbrudd enn de som er født i 1964 og 1969. Reduksjonen i abortraten blant tenåringer har imidlertid flatet ut på 1990-tallet.

Abortraten for landet som helhet var i 1998 på 13,2 for kvinner i alderen 15-49 år. Det er imidlertid store variasjoner fra fylke til fylke. Oslo ligger høyest med 19,5 svangerskapsavbrudd per 1.000 kvinner i alderen 15-49 år. Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Rogaland og Agderfylkene hadde den laveste abortraten som ligger mellom 9,3 og 9,8 svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner i 1998.

4. Satsingsområder og mål 2000

Handlingsplan for forebygging av uønskt svangerskap og abort 1999-2003

Mål og innsatsområder for handlingsplanen bygger på resultater fra nyere forskning, utvikling i aborttallene og erfaringer fra det forebyggende arbeidet på 1990-tallet. Hovedinnsatsen i planen er rettet mot å forebygge uønskede svangerskap fordi det er her potensialet for forebygging er størst, men det blir også lagt vekt på å forebygge abort gjennom å sikre gode rutiner for informasjon, og ved å sikre at det finnes et godt tilbud om veiledning til de som ønsker det.

Ungdom og unge voksne og grupper med særskilt risiko for uønskete svangerskap og abort er hovedmålgruppene for arbeidet med å forebygge uønskede svangerskap. Det styrende prinsippet skal være at målgruppene skal ha best mulig utgangspunkt for å velge ønskede svangerskap. Når det gjelder forebygging av abort er målgruppen alle gravide, spesielt kvinner og par som vurderer abort. De sentrale innsatsområdene i kommende periode er å:

- arbeide for å gjøre barn og unge bevisste på sin egen kropp og seksualitet, og legge grunnlag for etiske valg.
- gi opplæring og formidle verdier til ungdom om samliv og seksualitet, noe som kan fremme ungdom og unge voksne sin evne til å ta avgjørende og etisk reflekterte livsvalg om samliv og seksualitet.
- bedre tilgangen til prevensjon og prevensjonsrettledning.
- sikre god informasjon i sammenheng med abort, og sikre at gravide kvinner eller par som ønsker det, får tilbud om veiledning.
- støtte opp om forskning og evaluering av spørsmål knyttet til forebygging av uønskede svangerskap og abort.

Tiltak for å følge opp St.meld. nr. 16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd m.m. er inkludert i handlingsplanen - herunder arbeidet med å styrke undervisning i emnene samliv, seksualitet og prevensjon på ungdomstrinnet 8.-10. klasse og i den videregående opplæringen i samarbeid med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Nasjonalt læremiddelsenter.

Forsøk med samlivs- og prevensjonsveiledning i kommuner 1997-2000 er godt i gang i utvalgte bydeler i Trondheim kommune. Det overordnede målet med forsøket er å redusere antall uønskede svangerskap og aborter og bidra til økt ansvarsbevissthet. Dette skal bl.a. oppnås ved økt satsing på samliv- og prevensjonsopplysning og utdeling av gratis prevensjonsmidler fra helsestasjon. Jordmødre og helsesøstre er fra 1. juli 1998 gitt begrenset adgang til å forskrive/utlevere p-piller som ledd i forsøksvirksomheten. Forskning om forebygging av uønsket svangerskap og abort m.v. er etablert som et eget område under forskningsprogrammet Forebyggende helsearbeid i regi av Norges forskningsråd. 2 mill. kroner av bevilgningen er derfor foreslått overført fra kap. 719, post 71 til kap. 719, post 50.

Tilskuddsordning til abortforebyggende tiltak

Det foreslås avsatt 2 mill. kroner til tilskudd til organisasjoner o.a. som gjennomfører ulike typer abortforebyggende tiltak. Tilskuddet skal ikke gå til ordinær drift. Senter for samfunnsforskning ved Universitetet i Bergen fikk i 1998 i oppdrag å evaluere tilskuddsordningen. Evalueringsrapporten skal foreligge innen utgangen av mars 2000.

Hjelpetelefonene

SUSS-telefonen for ungdom er evaluert i 1998. Tilbudet når ut til en stor ungdomsbefolkning over hele landet og gir opplysning om bl.a. samliv, seksualitet og prevensjon. Telefonen er gratis og anonym og betjenes av kvalifisert personell. Resultater av evalueringen viser at tilbudet har høy faglig kvalitet, og at en mer permanent organisasjonsform med fordel kunne vurderes. Dette er fulgt opp i 1999 ved

å la hjelpetelefonene være mere permanente tiltak og ikke prosjekter i handlingsplanen. Rådgivningstelefonen Seksuell helse er en hjelpetelefon rettet mot voksne. Den ble etablert høsten 1997 og betjenes av leger. Begge hjelpetelefonene drives av stiftelsen Senter for ungdom, samliv og seksualitet SUSS.

Post 72 Stiftelsen AAN - Alternativ til abort i Norge

AAN er en frivillig organisasjon som arbeider med en målsetting om å verne det ufødte liv ved å tilby rådgivning, hjelp og støtte til kvinner eller par som er blitt uønsket gravide. AAN har 19 distriktskontor med ansatte rådgivere og frivillige som arbeider for organisasjonens målsetting. I 1998 utgjorde dette ca 32 årsverk fordelt på 46 ansatte. Rådgiverne har minimum treårig relevant høyskole-/universitetsutdanning, tre års yrkeserfaring og rådgivningsferdigheter.

AAN hadde i 1998 et budsjett på tilsammen 15 519 270 kroner. Offentlig støtte utgjør ca 90 pst. av inntektene og private gaver og andre inntekter 10 pst. Det statlige tilskuddet er gitt som rundsumtilskudd. AAN legger vekt på å være et rådgivningskontor for gravide, og samtaletilbudet er rettet mot kvinner eller par både før og etter valget om abort eller svangerskap. AAN har både et gruppetilbud og tilbud om praktisk hjelp. Disse tilbudene er i hovedsak rettet mot kvinner som velger å fullføre svangerskapet, og det er frivillige som står bak aktivitetene.

AAN ga 9 332 individuelle konsultasjoner i 1998. Totalt ble AAN kontaktet av 6 470 brukere. Av disse ønsket 6 056 individuelle samtaler, mens de øvrige oppsøkte gruppetilbudene. Det var i 1998 en økning i antall individuelle konsultasjoner på 5,3 prosent, og det var kontorene i Drammen, Kristiansand og Ålesund som hadde størst økning i antall henvendelser.

Det foreslås bevilget 11,41 mill. kr til AAN i 2000.

Programkategori 10.20 Rehabilitering

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)

Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
0720	Rehabilitering	124 183			
	Sum kategori 10.20	124 183			

Utgifter under programkategori 10.20 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)

Post- gr	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	124 183			
	Sum kategori 10.20	124 183			

Programkategori 10.20 Rehabilitering er blitt slått sammen med kategori 10.10 Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering.

Programkategori 10.30 Somatiske spesialisttjenester

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på kapitler:

		(i 1 000 kr)			
Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
0730	Fylkeskommunenes helsetjeneste	13 299 101	15 148 300	16 495 100	8,9
0731	Rikshospitalet	2 251 295	1 201 900	998 000	-17,0
0733	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger		4 459	4 530	1,6
0734	Det norske Radiumhospital	753 494	272 800	297 900	9,2
0735	Statens senter for epilepsi (jf. kap. 3735)	118 896	120 392	123 470	2,6
0737	Barnesykehus (jf. kap. 3737)	48 014	43 013	42 700	-0,7
0738	Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 3738)	11 878	11 099	11 280	1,6
0739	Andre utgifter (jf. kap. 3739)	499 437	607 980	848 800	39,6

Utgifter under programkategori 10.30 fordelt på postgrupper:

		(i 1 000 kr)			
Post- gr	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
01-23	Statens egne driftsutgifter	3 104 503	255 353	247 263	-3,2
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	137 318	3 160	3 217	1,8
50-59	Overføringer til andre statsregnskap		1 474 700	1 314 200	-10,9
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	13 614 637	15 571 600	17 147 000	10,1
70-89	Andre overføringer	119 352	105 130	110 100	4,7
90-99	Utlån, statsgjeld m.v.	6 305			
	Sum kategori 10.30	16 982 115	17 409 943	18 821 780	8,1

Programkategori 10.30 omfatter tiltak innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste, uavhengig av hvilket forvaltningsnivå tjenesten er forankret i og refusjoner til offentlige psykiatriske poliklinikker, under kap. 730, post 61 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v.

Under denne programkategorien er nå samlet:

- den fylkeskommunale somatiske spesialisthelsetjeneste
- somatiske helseinstitusjoner som enten eies av staten eller der staten etter gjeldende regler dekker samtlige driftsutgifter
- prioriterte områder der behandlingsskapiteten skal økes

1. Overordnet formål med programkategorien

Regjeringen legger til grunn de overordnede og langsiktige mål som Stortinget har sluttet seg til. Den særlige satsningen i budsjettet er rettet inn mot to områder; kreftomsorgen og utstyrssituasjonen i sykehusene. I tillegg fremmes forslag om videre satsning gjennom innsatsstyrt finansiering.

De overordnede målsetningene for den somatiske spesialisthelsetjenesten er:

- skape trygghet for at hjelp og behandling er tilgjengelig når sykdom rammer og funksjonsevnen svikter
- tilby en tilstrekkelig behandlingsskapitet innenfor denne delen av helsetjenesten
- sikre god faglig kvalitet på de somatiske spesialisthelsetjenestene
- forbedre omstillingsevne og fleksibilitet for å møte de nye utfordringer helsevesenet står overfor i sykdoms- og omsorgspanoramaet

- bidra til kompetanseheving ved å sikre gjennomføring av turnustjenesten og samarbeid for å øke kapasiteten for spesialistutdanning av leger og annet helsepersonell
- bedre effektiviteten og organiseringen av tjenesteproduksjonen i og mellom de ulike forvaltningsnivåer på en slik måte at en både sikrer kvaliteten gjennom hele behandlingskjeden og i størst mulig grad gir mulighet for behandling i nærmiljøet
- videreføre reformene med et desentralisert og lokalt forankret helsevesen, og styrke det regionale planarbeidet.

Sosial- og helsedepartementet vil styrke de statlige styringsmidlene for å sikre at overordnede mål for helsetjenesten nås. Gjennom innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg og styrking av planarbeidet i helseregionene, er rammevilkårene for sykehusene i endring. Regjeringen vil blant annet på denne bakgrunn vurdere forslag fremmet av et utvalg som har vurdert økt grad av fristilling av, og ulike tilknytningsformer for sykehus.

2. Tilstandsbeskrivelse

Aktivitet: Utvikling i behandlingsaktivitet i somatiske sykehus

Antall opphold i norske somatiske sykehus var i 1998 ca 790 000, fordelt på ca 130 000 opphold med inn- og utskrivning samme dag, og ca. 660 000 opphold med et døgn varighet eller mer. Antall opphold med varighet et døgn eller mer, økte med ca 3 pst. i forhold til 1997. Antall polikliniske konsultasjoner var ca 3,3 mill. i 1998, en økning på 5 pst. i forhold til 1997

Tabell II. 25: Utvikling i antall opphold og polikliniske konsultasjoner i somatiske sykehus 1995-98

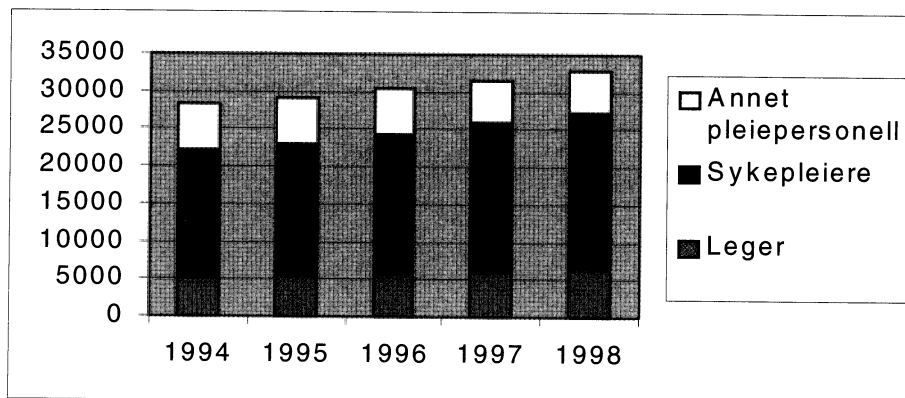
	1995	1996	1997	1998
Opphold	674 893	698 969	740 840	789 941
- herav inn- og utskrevet samme dag	63 583	71 427	96 739	127 166
- herav m/liggetid på et døgn eller mer	611 355	627 542	644 101	662 775
Polikliniske konsultasjoner	3 033 866	3 160 892	3 171 746	3 330 528

Kilde: Norsk Pasientregister og Statistisk sentralbyrå

Sannsynligvis er veksten i antall behandlinger høyere enn veksten i antall behandlede pasienter. Det er også grunn til å tro at behandling av pasienter ved innleggelse er mer ressurskrevende enn tidligere, fordi stadig mer kan gjøres ved dagbehandling og poliklinikk. Innsatsstyrt finansiering (ISF) har gitt sykehuset et økonomisk incentiv til å registrere pasientens tilstand mer utførlig enn tidligere da dette gir økt refusjon fra staten. Det er dermed vanskelig å slå fast i hvilken grad økningen i pasienttyngde skyldes endring i den faktiske pasientsammensetningen eller endringer i registrering. Økningen i antall eldre pasienter, samt økt behandling på poliklinikk og gjennom dagtilbud, gir imidlertid grunn til å tro at pasientene som behandles inneliggende blir mer ressurskrevende. En del av aktivitetsveksten skjer dermed som følge av at hver enkelt pasient får mer behandling enn tidligere.

Tradisjonelt har sykehusene behandlet pasienter enten ved korte polikliniske konsultasjoner eller gjennom innleggelse. En stadig større andel av pasientene får imidlertid etter hvert en mer omfattende behandling uten innleggelse, da dette reduserer kostnadene betydelig. Tabellen over viser en stor vekst i antall dagbehandlinger. Veksten skyldes i stor grad endringer i registreringsrutiner som følge av ISF. Volumet for 1998 er imidlertid et godt uttrykk for omfanget av denne aktiviteten i sykehusene.

Figur II. 3. Antall årsverk fordelt på ulike personellkategorier. 1994-1998



Kilde: SAMDATA sykehus, rapport 3/99

Figuren over viser at årsverksinnsatsen for leger og sykepleiere har vokst i de senere år. Antall årsverk økte med 15 pst. fra 1994-98. Antallet leger og sykepleiere økte betydelig kraftigere med henholdsvis 28 pst. og 21 pst. Samtidig er innsatsen for pleiepersonell uten høyskoleutdanning fortsatt synkende. Denne tendensen kan bl.a. forklares ved at sykehuspasientene er tyngre enn tidligere og derfor krever mer innsats av høyspesialisert personell. Ser en på utviklingen i antall ansatte leger og sykepleiere, og antall behandlete pasienter, viser det seg at antallet behandlete pasienter per årsverk går ned. Særlig bekymringsfullt er det at sykehusene i 1998 bare behandlet to pasienter mer i uken for hvert nytt legeårsverk. Dersom ikke utnyttelsen av legeårsverkene i den somatiske sykehussektoren blir bedre, vil det være vanskelig å skaffe tilstrekkelig med leger til den planlagte utbyggingen av helsetjenestene for psykiatriske pasienter og til styrkingen av primærlegetjenesten gjennom fastlegeordningen.

Tilgjengelighet: Utvikling i ventelistesituasjonen i somatiske sykehus

For pasienter som ikke har behov for øyeblikkelig hjelp gjelder den såkalte vurderingsgarantien. Den gir sykehusene plikt til å vurdere pasienten innen 30 virkedager fra henvisning er mottatt og gi beskjed til pasienten og henvisende lege om utfallet av vurderingen. Tilgjengelig informasjon indikerer at sykehusene vurderer henvisningene godt innenfor fristen på 30 dager, men Helsetilsynet har vist at informasjonen som sendes pasienten ofte er mangelfull og at henvisende lege heller ikke rutinemessig informeres om utfallet av vurderingen. Når den nylig vedtatte pasientrettighetsloven trer i kraft vil pasientene ha rettskrav på å bli vurdert innen 30 dager og å få informasjon om når behandling kan forventes å finne sted.

Forskriften om ventetidsgarantien slår også fast at pasienter som ikke trenger øyeblikkelig hjelp skal føres på venteliste, og at pasienter som er alvorlig syke skal behandles innen 3 måneder (90 dager). Pasientrettighetsloven som ble vedtatt 2. juli 1999 inneholder en bestemmelse om rett til behandling. Når loven trer i kraft, er departementet innstilt på at den nasjonale ventelisteføringen opprettholdes.

Tabell II. 26: Ventetider for planlagt sykehusbehandling i Norge 1998

Ventetider	Poliklinikk	Innleggelse på et døgn eller mer	Dagbehandling dvs inn- og utskrevet samme dag	Alle omsorgsnivåer
0 – 1 dag	61 508	6 176	16 974	84 658
2 – 30 dager	210 329	30 814	17 144	258 287
30 – 90 dager	212 823	27 832	17 681	258 336
Over 90 dager (garantipasienter)	26 699	9 229	2 756	38 684
Over 90 dager (pasienter uten garanti)	143 157	25 804	23 134	192 095

Kilde: NPR

Tabellen over viser hvor lenge ventelistepasientene i 1998 ventet fra henvisning til behandlingen startet. I tillegg til ventelistepasientene, behandlet sykehusene ca. 2 mill. "øyeblikkelig hjelp henvendelser" innen 24 timer. Dette omfatter også pasienter som ble behandlet poliklinisk. Nesten halvparten av ventelistepasientene ble behandlet innen 30 dager, og over 2/3 ble behandlet innen 3 måneder. Likevel måtte 230 000 pasienter vente mer enn 3 måneder, men nesten 200 000 av disse hadde ikke så alvorlige lidelser at de ble tildelt behandlingsgaranti. Antall brudd på behandlingsgarantien er redusert med ca. 20 000 siden årsskiftet 1996/97. Reduksjonen i garantibrudd skyldes flere forhold, blant annet økt behandlingsskapasitet, færre garantipasienter og en mer bevisst prioritering av garantien i sykehusene.

Finansieringen av somatiske sykehus

Ressursinnsatsen i norske somatiske sykehus har i faste priser økt med 4,9 pst. fra 1997 til 1998, og driftsutgiftene utgjorde i 1998 mer enn 27 mrd. kroner. Tabellen under illustrerer situasjonen etter innføringen av innsatsstyrt finansiering: fylkeskommunens andel av finansieringen er redusert på grunn av reduksjon i rammeoverføringene fra staten til fylkeskommunene. Tilsvarende økning kan sees i den statlige andelen.

Tabell II. 27: Finansiering av somatiske sykehus 1994-1998 (faste 1998-mill. kroner)

Finansieringskilde:	1990	1995	1996	1997	1998
Fylkeskommunen (frie inntekter)	16 486	15 836	16 841	15 723	11 767
Poliklinikkrefusjon fra staten	1 599	2 017	2 140	2 574	2 705
DRG-refusjon fra staten (ISF)				2 661	8 639
Øvrige statlige tilskudd	1 209	3 714	4 360	4 112	3 172
Annet	1 573	1 403	1 247	1 268	1 348
Sum	20 867	22 970	24 588	26 338	27 631

Kilde: Sintef Unimed – Norsk institutt for sykehusforskning (NIS)

Tabellen ovenfor viser bl.a. effekten av overgang fra rammefinansiering til ISF når det gjelder kostnadsfordelingen mellom statlige tilskudd og refusjoner på den ene siden og fylkeskommunenes bruk av "frie" midler på den andre. Dersom en korrigerer for at fylkeskommunens rammer er redusert i forbindelse med ISF, vil det gå frem at fylkeskommunene har økt overføringene til somatiske sykehus.

3. Virkemidler og forventede resultater

Sosial- og helsedepartementets budsjettsatsing i 2000 innen somatikken er først og fremst gjennom kreft- og utstyrsplanen og den videre satsingen på innsatsstyrt finansiering. Det er fortsatt ønskelig å stimulere til mer aktivitet i den somatiske spesialisthelsetjenesten, både for innleggelser og for polikliniske behandlinger.

Nasjonal kreftplan og utstyrsinvesteringer ved norske sykehus

Handlingsplanen for en bedre kreftomsorg har tre sentrale hovedmål:

- å redusere antall nye krefttilfeller
- øke mulighetene for bedre helbredelse ved tidlig diagnose
- øke behandlingsskapiteten, herunder lindrende behandling.

I handlingsplanperioden skal innsatsen mot tobakk og tiltak for et riktigere kosthold økes for på sikt å redusere økningen i antall krefttilfeller. Mammografiscreening er planlagt utvidet til et landsdekkende tilbud til kvinner i alderen 50-69 år. Innen 2003 skal tidlig diagnose ved masseundersøkelser og utbygging av tiltak for påvisning av arvelig kreft gi et bedre system for tidlig diagnose og redusert dødelighet av kreft. Innen 2003 skal det bygges opp til en tilstrekkelig strålebehandlingsskapitet på landsbasis. I tillegg til utbygging ved regionsykehusene, skal det utvikles stråleterapi som satellittavdelinger ved noen sentralsykehus. Det skal videre etableres kompetansesentra innen lindrende behandling ved alle landets regionsykehus. Innen 2003 skal utdanning/videreutdanningskapasiteten ha økt slik at Norge utdanner tilstrekkelig helsepersonell til å utvikle landsdekkende mammografiscreening og sikre driften av strålemaskinene. I budsjettet for 2000 foreslås det om lag 346,4 mill. kroner til tiltak mot kreft, spesielt for å styrke stråleterapitilbudet. I dette beløpet inngår 71,9 mill. kroner til mammografiscreening.

Ved behandlingen av St. prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus, jf. Budsjett-Innst. S. nr. 226 (1997-98) vedtok Stortinget en 5-årig plan for å bedre utstyrssituasjonen i norske sykehus. Planen skal iverksettes i perioden 1998-2002 med en samlet bevilgningsramme på 2,9 mrd. kroner.

Bevilgningen utformes som en refusjonsordning der staten dekker 60 pst. av de fylkeskommunale utgifter til medisinsk teknisk utstyr i 5-års perioden. Medregnet fylkeskommunal medfinansiering, legges det opp til ca. 5,3 mrd. kroner til investeringer i medisinsk teknisk utstyr i løpet av planperioden. I budsjettet for 2000 foreslås det en bevilgning på 795 mill. kroner til fornyelse og nyanskaffelse av medisinsk teknisk utstyr.

Innsatsstyrt finansiering

Aktivitetstall fra landets somatiske sykehus per 1. tertial 1999 indikerer en aktivitetsvekst på vel 3 pst sammenlignet med 1998. Høyere aktivitetsnivå i 1999 er videreført i budsjett 2000. Det er videre budsjettert med en aktivitetsvekst på 2 pst. i 2000. Det legges inn et krav om økt produktivitet tilsvarende 180 mill. kroner. Finansierungsbehovet på posten er anslått til 11 045 mill. kroner i budsjett 2000. Dette beløpet inkluderer også 2 mill. kroner knyttet til evaluering av ISF. Refusjonsandelen i ISF er for 2000 videreført med 50 pst. som i 1999.

Etter innføringen av ISF har datakvaliteten på medisinske data blitt bedre. Dette er en ønsket utvikling. Med bakgrunn i tall for 1998 og for 1. tertial 1999 vil sannsynligvis alle fylkeskommuner overstige DRG-kryp grensen i løpet av 2000. For å gjenopprette riktige økonomiske incentiv i ordningen endres reglene for DRG-kryp i 2000. Omleggingen finansieres innenfor uendret bevilgningsramme.

Formalisert regionalt samarbeid

Ved behandlingen av St. meld. nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet, ble det lagt opp til styrket regional samordning og sterkere nasjonal styring av spesialisthelsetjenestene. Stortinget vedtok ved behandlingen av Ot. prp. nr. 10 (1998-99) jf. Innst. O. nr. 65 (1997-98) å formalisere de regionale helseutvalgene (med representasjon fra de deltakende fylkeskommunene i hver region) og at de regionale helseutvalgene på vegne av fylkeskommunene i regionen skal utarbeide regional helseplan. Sosial- og helsedepartementet skal vedta de regionale helseplanene etter at de er behandlet av de regionale helseutvalgene og de respektive fylkesting. I tilfeller av uenighet mellom fylkeskommunene, eller der planen ikke i tilstrekkelig grad følger opp

Sosial- og helsedepartementet

nasjonal helsepolitikk, kan departementet gjøre endringer i planen. Målet med reformen er å oppnå økt kvalitet og bedre utnyttelse av behandlingsskapasiteten i spesialisthelsetjenesten gjennom en mer effektiv og bedre regional samordning. Departementet har fulgt opp lovendringen gjennom forskrift om regional helseplan som trådte i kraft 10. februar 1999, og i rundskriv I-19/99 og I-34/99, der det er stilt krav til innhold og utforming av de regionale planene.

Den regionale helseplanprosessen er koordinert med fylkestingsvalgene og det er lagt opp til en komprimert planprosess i 2000. Dette forutsetter en stor grad av kommunikasjon mellom departementet og helseregionene/fylkeskommunene underveis, og endelig vedtak av planene i januar/februar 2001.

I rundskriv I-20/99 har departementet stilt krav om at både større utbyggingsprosjekter og utstyrsinvesteringer som kan påvirke organisering og funksjonsfordeling mellom sykehus, skal utredes og vurderes i et regionalt perspektiv. Aktuelle prosjekter skal behandles i de regionale helseutvalgene før godkjenning i departementet. Når regionale helseplaner er vedtatt i 2001, vil departementet ved behandling av søknad om godkjenning av institusjoner og/eller helsetjenester, vektlegge at disse inngår i vedtatt regional helseplan.

Det foreslås bevilget 10 mill. kroner til statlig oppfølging av det regionale planarbeidet og gjennomføring av regionale samordningstiltak for 2000 (jf. kap. 730, post 66 Helseregionale og andre samarbeidstiltak). Sosial- og helsedepartementet vil med dette gjøre aktuell felles styringsinformasjon for det regionale planarbeidet tilgjengelig for alle aktører (stat, helseregionene, fylkeskommunene og sykehusene). Departementet vil gjennomføre en bred evaluering av det regionale samarbeidet og de regionale planene.

Kvalitets- og styringsinformasjon

Det skal arbeides videre med å forbedre og utvikle styringsdata. Et viktig satsingsområde for 2000 er etableringen av nasjonale kvalitetsindikatorer, og departementet mener tiden nå er moden for å etablere en nasjonal konsensus om rapportering og publisering av et begrenset utvalg kvalitetsindikatorer for den somatiske helsetjenesten. Departementet vil i samarbeid med Kommunenes sentralforbund sette ned en arbeidsgruppe for dette. Det er av avgjørende betydning at indikatorene har bred oppslutning i både de medisinske fagmiljøene og i forvaltningen ellers. Kvalitetsindikatorer skal først og fremst gi sykehus og avdelinger et varsel om at det kan være nødvendig å gå igjennom rutiner og prosedyrer. På kort sikt er det neppe en realistisk målsetning at indikatorene kan brukes til å rangere sykehusene.

Erfaringene med de medisinske kvalitetsregistre i Norge viser at slike registre både bidrar til at pasientene sparer lidelser og helsevesenet sparer ressurser, ved at medisinske inngrep gjennomføres etter de beste og mest virkningsfulle metodene med en gang. Departementet ønsker derfor at det skal etableres medisinske kvalitetsregistre for alle de viktigste fagområder. Statens helsetilsyn vil med basis i sin medisinsk faglige kompetanse ha en sentral rolle i dette arbeidet, selv om selve registerføringen skal foregå i den utøvende delen av helsetjenesten.

I tillegg til arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer og medisinske kvalitetsregistre, satses det også på å gjøre nasjonal styringsinformasjon om sykehusene tilgjengelig på Internett. Se omtalen av dette under avsnittet om regional helseplanlegging.

Samordning av regionsykehusfunksjonene i Oslo

Som en oppfølging av Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av St. meld. nr. 37 (1997-98), jf. Budsjett-Innst. S. nr. 231 (1997-98), om den nye inndelingen av helseregionene på Sør-Østlandet, ble det i februar 1999 satt i gang arbeid med en samordning av regionsykehustjenestene for Helseregion Sør og Øst. Man har startet med de fagområdene som er karakterisert ved 1) et høyt pasientvolum og eksisterende problemer med kapasitet/ventetider, og 2) høye investeringskostnader. Ut fra dette er fagområdene ortopedi, kreftbehandling, nevrokirurgi og medisinsk genetikk prioritert.

Innen ortopedi foreslås det å organisere all den ortopediske virksomheten ved Ullevål sykehus og Rikshospitalet under én faglig ledelse som et prøveprosjekt over to år fra 1. januar 2000. Dette innebærer at det vesentlige av elektiv kirurgi samles i en avdeling lokalisert til Rikshospitalets senter for ortopedi (Sophies Minde og Kronprinsesse Märthas Institutt). Traumatologi (øyeblikkelig-hjelp) vil foregå ved en seksjon ved Ullevål sykehus. På sikt er det forventet at samordningen både vil gi kvalitetsgevinster og kapasitetsøkning med ca. 600 operasjoner pr. år og 2-3000 polikliniske konsultasjoner. Det er ikke lagt opp til økte driftsutgifter. Investeringer til ny operasjonsstue og utstyr er ikke endelig kostnadsberegnet, men vil beløpe seg til ca 12 mill. kroner som i hovedsak dekkes innenfor utstyrsplanen og av midler til regionale samarbeidstiltak. 4 mill. kroner vil bli foreslått dekket over 1999-budsjettet for regionale samarbeidstiltak. Det blir også aktuelt med fortsatt leie av lokalene ved Sophies Minde. Innen kreftbehandling er det tatt utgangspunkt i fordeling av strålekapasiteten mellom Ullevål sykehus og Radiumhospitalet, og mellom disse enhetene og satellittavdelingene i Helseregion Sør og Øst. Ullevål sykehus skal betjene befolkningen i Oslo, Hedmark, Oppland og Østfold. Radiumhospitalet skal dekke Akershus, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Det er også foreslått prinsipper for fordeling av pasienter mellom sykehusene for flere kreftformer. Forslagene følges opp innenfor rammene av kreftplanen.

Innen nevrokirurgi er det foreslått å slå sammen avdelingene ved Ullevål sykehus og Rikshospitalet til én nevrokirurgisk avdeling under felles faglig ledelse med felles ansvar for pasienter i Helseregion Sør og Øst. Funksjonsfordelingen innebærer i hovedtrekk at skader behandles ved Ullevål sykehus, sykdommer og misdannelser ved Rikshospitalet. Det er bred enighet om behovet for å øke kapasiteten innen nevrokirurgi. I forbindelse med dette vil også utredningskapasiteten bli vurdert. Forslaget innebærer at funksjoner som overføres til Rikshospitalet fra Ullevål sykehus, erstattes med mer høyspesialisert behandling av bl.a. rygg- og hodeskader. Det forutsettes samtidig en utvidelse av nevrokirurgisk avdeling ved Nytt Rikshospital. Det må arbeides videre med tilretteleggingen av den foreslåtte funksjonsfordelingen og en gradvis opptrapping av den nevrokirurgiske virksomheten. Dette vil departementet komme tilbake til Stortinget med ved senere budsjettframlegg.

De foreliggende prinsipper for funksjonsfordeling legges til grunn for videreføring av prosessen med samordning av regionsykehustjenestene i helseregion Sør og Øst, herunder medisinsk genetikk. Eventuelle endringer i institusjonelle ordninger mellom sykehusavdelinger ved statssykehusene og Oslo kommunes sykehus, vil bli vurdert i forlengelse av oppfølgingen av utredning fra Sørensenutvalget som har vurdert tilknytningsformer for offentlige sykehus.

Utvikling av ledelse og organisering i sykehus

NOU 1997: 2 *Pasienten først – ledelse og organisering i sykehus*, framhevet at bedre ledelse og organisering i sykehus i vesentlig grad kunne bidra til å bedre sykehusets oppgaveløsning: å svare på pasientbehov med kvalitet, effektivitet og service. Utredningen fikk bred tilslutning i høringsrunden. På bakgrunn av dette har departementet de siste årene arbeidet med tiltak som skal legge til rette for bedre ledelse og organisering i sykehus. Utvalget konkluderte med at utviklingen av ledelse og organisering primært måtte skje lokalt i sykehusene, men at det nasjonalt burde etableres et bredt sammensatt forum som kunne understøtte utviklingsarbeidet. Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund nedsatte høsten 1997, med bakgrunn i denne tilrådingen, Forum for organisasjonsutvikling i sykehus. Det er under kap. 739 foreslått videreføring av arbeidet. Det er departementets oppfatning at det nå i sykehusene er en utstrakt vilje til å gjennomføre forbedringstiltak innen områdene ledelse og organisering. I perioden som det nå går inn i vil det bli lagt vekt på å trekke erfaringer ut av tiltak som gjennomføres, med sikte på at det kan nedfelles kunnskap om hva som er gode løsningstiltak og at også sykehus kan lære av hverandre.

Styring av offentlige sykehus

Departementet vil følge opp utredningen fra et utvalg som har utredet tilknytningsformer for offentlige sykehus (Sørensenutvalget). Det vil ved årsskiftet bli fremmet en odelstingsproposisjon med forslag om en sykehusspesifikk selskapslov. Sosial- og helsedepartementet ønsker ikke å pålegge offentlige sykehuseiere å benytte én bestemt tilknytningsform for sykehus.

Fra 1. januar 1999 er det innført nettobudsjettering for de to statssykehusene Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Ordningen bygger på regelverket for forvaltningsorgan med særskilte fullmakter.

Et sentralt siktemål ved omleggingen er at den statlige eierstyringen skal baseres på mål- og rammestyring med vekt på klart resultatansvar. Det vil være behov for å videreutvikle styringsdialogen mellom eier og sykehusledelse på bakgrunn av de roller og fullmaktsforhold som innføringen av nettobudsjettering innebærer.

Fastsettingen av tilskuddsbeløp til sykehusene i budsjettet for 2000 er utarbeidet med utgangspunkt i vedtatt budsjett for 1999, regulert for de ordinære justeringer for pris- og lønnsregulering, evt. andre godkjente endringer. Fastsettelse av netto utgiftsnivå vil fortsatt skje i henhold til fastsatt aktivitetsnivå. Reglene for håndtering av overskudd/underskudd innebærer at sykehusene beholder overskudd og dekker underskudd innenfor rammene i senere års budsjett.

Departementet viser til omtalen av planene for oppfølging av utredningen fra Sørensenutvalget. Departementet har merket seg utvalgets synspunkter om behovet for reformer i styringen av offentlige sykehus. Når det gjelder de statlige sykehusene merker departementet seg også at flertallet i utvalget mener at organisering som statsforetak bør være et alternativ, men uten at det fra utvalgets side gis tilråding om hvorvidt denne organisasjonsformen bør brukes.

Med bl.a. bakgrunn i Sørensenutvalgets vurderinger og de mottatte høringssvarene, vil departementet vurdere om de største statssykehusene (Rikshospitalet og Radiumhospitalet) bør organiseres som statsforetak.

Nye helselover

Stortinget vedtok flere nye lover for helsetjenesten i 1999. De nye lovene er psykiatriloven, pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven. Felles for lovene er at man ønsker å sette pasienten først gjennom å styrke pasientens stilling gjennom rett til behandling, medvirkning og informasjon, og gjennom å gi helsevesenet større frihet til å organisere personell og institusjoner i forhold til pasientens behov.

Ved behandlingen av pasientrettighetsloven vedtok Odelstinget (Innst. O. nr. 91, 1998-99) at pasienter skal ha et eget rettskrav på nødvendig helsehjelp også i spesialisthelsetjenesten. Departementet tar sikte på å sende ut utkast til forskrifter om innholdet i denne retten i løpet av høsten. Departementet vil fortsatt registrere hvor mange pasienter som venter på sykehusbehandling, og hvor mange pasienter som får rett til behandling. Dette er nødvendig for styringsformål, bl.a. for å sikre informasjonsgrunnlaget for det frie sykehusvalget.

Muligheten til å velge sykehus, bl.a. for å kunne redusere eventuelle lange ventetider, vil bli et positivt bidrag for å bedre befolkningens tilgjengelighet til sykehus. Pr. i dag har flere fylkeskommuner vedtatt at fylkets innbyggere skal ha fritt sykehusvalg i hele landet, andre fylkeskommuner har fritt sykehusvalg innen egen helseregion, men det finnes også fylkeskommuner som ikke gir pasientene denne muligheten.

Det er også vedtatt bestemmelser om rett til nødvendig utdanning for å ivareta forsvarlig virksomhet, rett til annenhånds vurdering og rett til å få utarbeidet individuelle helseplaner. I tillegg til disse bestemmelsene om rett til økt tilgjengelighet til helsevesenet, er det vedtatt bestemmelser som styrker den rettsstilling en har *etter* en har blitt pasient.

Sosial- og helsedepartementet

Departementet er i ferd med å utarbeide forskrifter for de nye lovene, og lovene vil tre i kraft etter hvert som de viktigste forskriftene er på plass. Pasientrettighetsloven skal etter planen tre i kraft i løpet av 2000. Når det gjelder de øvrige lovene tas det sikte på ikrafttredelse 1. januar 2001. De økonomiske konsekvensene av loven vil først og fremst være knyttet til innføring av fritt sykehusvalg. Fritt sykehusvalg skal gi pasientene valgfrihet og sikre en bedre utnyttelse av den samlede kapasiteten i helsevesenet. Sykehusstrukturen skal imidlertid fremdeles reguleres gjennom politiske vedtak og som en del av det regionale plansystemet for helsevesenet. For at ordningen med fritt sykehusvalg skal bli en realitet for alle pasienter uavhengig av bosted og inntekt, vil departementet etablere et system der pasienten betaler en maksimal egenandel på kr. 400 (tur/retur) for hvert behandlingsopphold. Ordningen vil føre til økte utgifter for Folketrygden. Dette er nærmere omtalt i budsjettproposisjonen for Folketrygden (kap. 2750, post 77) og i innledningen til denne proposisjonen. Departementet forutsetter en bedre kapasitetsutnyttelse og dermed aktivitetsvekst i sektoren som følge av fritt sykehusvalg. Departementet forutsetter at fylkeskommunene får dekket inn ekstrautgiftene i forbindelse med denne aktivitetsveksten gjennom de statlige tilskuddene (ISF og poliklinikkrefusjoner). Fritt sykehusvalg er dermed en av flere årsaker til at det foreslås å øke rammene på disse budsjettpostene. Departementet vil også finansiere opprettelsen av et eget informasjonssystem som skal hjelpe henvisende leger og pasienter til å finne frem til sykehus med kortest ventetider for de vanligste behandlingstypene. I tillegg forventer departementet at helseregionene organiserer en fast informasjonstjeneste for veiledning til enkeltpasienter m.v. Øremerkede tilskudd til regionale samarbeidstiltak ble i 1999 overført til fylkeskommunenes rammetilskudd.

Pasientrettighetsloven inneholder også en lovfesting av en individuell rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Retten er imidlertid begrenset til å gjelde pasienter som etter Lønningutvalgets kriterier bør prioriteres, og det er også satt begrensning i forhold til helsesektorens kapasitet. Departementet anser dermed at en innføring av rett til behandling vil sette strengere krav til organisering og prioritering i spesialisthelsetjenesten (jf. flertallets merknader i Innst. O. nr. 91, 1998-99), men at de ressurser som allerede settes av til spesialisthelsetjenesten er tilstrekkelige til at retten skal kunne innfris. I følge pasientrettighetsloven skal alle fylker ha ordning med pasientombud. Per i dag gjenstår to fylker.

Spesialisthelsetjenesteloven inneholder flere bestemmelser (bl.a. om informasjons- og veiledningsplikt og individuelle planer) som vil stille nye krav til organisering og samarbeid i helsevesenet. Intensjonen med lovene er at bestemmelsene skal gi en bedre og mer effektiv helsetjeneste. Regjeringen går inn for at kommunesektoren skal få kompensasjon for eventuelle merutgifter (jf. Ot. prp. nr. 10, 11 og 12, 1998-99), og departementet vil derfor nøye vurdere konsekvensene av de nye helselovene for spesialisthelsetjenesten i forbindelse med kommuneøkonomiproposisjonen.

Livshjelp

Livshjelpsutvalget, som har utredet behandling, pleie og omsorg til uhelbredelig syke og døende, avga sin innstilling 20.01.99. Utvalget har utarbeidet et forslag til plan for å styrke tilbudet til denne pasientgruppen.

Det tyder på at mange uhelbredelig syke og døende ikke får god nok symptomlindring og oppfølging. Å gi et bedre tilbud innebærer både en ressursmessig styrking og styrking av kompetansen. For å styrke den helhetlige innsatsen på dette området er en rekke tiltak nødvendig.

Nevnte utredning har vært på høring. Departementet vil i en Stortingsmelding om verdigrunnlaget for helsetjenesten som skal legges frem ved årsskiftet 1999/2000, komme tilbake med en mer helhetlig plan for feltet. Departementet har sett det som viktig at det i budsjettet for 2000 settes av midler til arbeidet med oppbygging av kompetanse. I 1999 ble det avsatt 5 mill. kroner til oppbygging av kompetanse innen lindrende kreftbehandling, og satsningen vil bli ført videre i 2000. I tillegg foreslås avsatt ytterligere 5 mill. kroner til å styrke regionsykehusenes kompetanse om lindrende

behandling ved andre sykdommer enn kreft, jf. kap. 739, post 65 Nasjonal kreftplan. I 1999 ble det også etablert en takst for lindrende kreftbehandling i pasientens eget hjem, og i 2000 er det satt av 4 mill. kroner til formålet. Særskilte tilbud for uhelbredelig syke og døende pasienter innenfor spesialisthelsetjenesten – enheter for lindrende behandling/hospicetilbud i sykehus – er inkludert i de ordninger som gjelder for finansiering. Dette gjelder ISF for innlagte pasienter og poliklinikketakst for undersøkelse/behandling i offentlig poliklinikk.

Kronikeromsorg/dagmedisin

I den nye loven om spesialisthelsetjenesten fastslås det at sykehusenes arbeidsoppgaver er særlig å ivareta pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

De siste tiårene har en av de viktigste omleggingene i sykehusorganisasjonen vært overføring fra sykehusinnleggelser til poliklinisk behandling. Den medisinske og teknologiske utviklingen med etablering av ny diagnostikk og nye behandlingstilbud påskynder denne utviklingen. Videre gjør også bygging av nye sykehotell det praktisk mulig å utvide behandlingstilbudet på dagtid til nye pasientgrupper.

Det er behov for å gå nærmere inn på dagens finansiering av dagmedisinsk aktivitet ved sykehusene. Det er behov for refusjonsordninger som stimulerer til økt ressursinnsats innenfor pasientopplæring og –undervisning. Dette vil over tid gi et bedre tilbud til grupper av kronikere og forhindre unødig innleggelse. Fra 2000 innføres en egen poliklinisk takst for tverrfaglig behandling av diabetikere. Erfaringer fra tiltakene vil ligge til grunn for videre arbeid med helhetlige løsninger for stimulering av behandling og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer.

Rituell omskjæring av gutter

I St. meld. nr. 17 (1996-97), ble det fremholdt at selv om omskjæring ikke er behandling av sykdom, bør inngrepet innpasses i virksomheten ved offentlige sykehus fordi det kan begrense mulige skadevirkninger som kan oppstå dersom inngrepet foretas privat. Stortinget behandlet den 16. februar 1999 Innst. S. nr. 82 (98-99) fra sosialkomiteen om Dok 8:6 (1998-99) som inneholder et forslag om å be Regjeringen legge frem lovforslag med forbud om omskjæring av gutter som ikke er medisinsk begrunnet. Stortinget vedtok i samsvar med komiteens tilråding å avvise forslaget.

Departementet har foretatt en bred vurdering av de etiske, juridiske og økonomiske sidene av saken etter å ha innhentet Helsetilsynets vurdering av de medisinske spørsmålene. Vurderingene dreier seg om omskjæring av gutter, og har ikke noe å gjøre med omskjæring av kvinner. Saken er forelagt for Norsk sykepleierforbund, Den norske Lægeforening, Det mosaiske Trossamfunn, Islamsk Råd Norge, Islamsk Kvinnegruppe Norge, Antirasistisk samfunn, Det teologiske fakultet og Institutt for religionsvitenskap ved Universitetet i Oslo. Innspillene fra disse miljøene ga full tilslutning til Helsetilsynets vurderinger og er lagt til grunn for departementets vurderinger.

I Norge praktiseres omskjæring på religiøst, tradisjonelt grunnlag av muslimer og jøder. Det mosaiske samfunnet utfører omskjæringen selv. Helsetilsynet forutsetter at dette tilbudet er behandlingsmessig tilfredsstillende. Det er ikke etablert noen tilsvarende ordning innenfor de muslimske miljøene i Norge. Omskjæringen foretas vanligvis på det sykehuset der barnet er født uten at det skjer i en rituell situasjon.

I vurderingene har departementet lagt vekt på at omskjæring internasjonalt er blitt praktisert i rituell og religiøs sammenheng i 3500 år. I store deler av verden praktiseres omskjæring på tradisjonelt grunnlag, også i kristne samfunn i Europa. I koptiske samfunn foretas omskjæring for å oppfylle det gamle testamentet. I Norge har jøder praktisert omskjæring på religiøst og tradisjonelt grunnlag siden 1860. I og med at det både i jødisk og muslimsk tradisjon eksisterer et religiøst påbud om omskjæring av gutter, er inngrepet avgjørende for guttenes kulturelle og religiøse identitet: "Smerten ved ikke å oppnå slik identitet, vurderes som langt sterkere enn den kortvarige fysiske smerten ved inngrepet." Å forbli uomskåret vil stigmatisere guttene/mennene i forhold

til familie og venner både i Norge og i andre land. Derfor vil foreldrene bli påført et etisk dilemma dersom omskjæring blir forbudt eller vanskelig å gjennomføre av praktiske eller økonomiske grunner. I USA der tradisjonell omskjæring har vært meget utbredt også utenfor jødiske og muslimske miljøer og uten religiøs begrunnelse, har en del menn i de senere år reagert mot at de er blitt omskåret som barn. De har dannet en organisasjon som arbeider på prinsipielt grunnlag mot rituell omskjæring. Så langt departementet har kunnet bringe på det rene, har ikke dette problemet oppstått i land der omskjæring bare foretas på religiøst grunnlag, og det er ikke kjent fra Europa. Departementet har kommet til at omskjæring ikke kan sies å representere et etisk problem i forhold til norsk kultur og tradisjon. Ut fra en etisk vurdering bør derfor adgangen til å foreta rituell omskjæring av gutter opprettholdes av respekt for religiøse minoriteters kulturelle og religiøse tradisjoner.

Den omskjæringsmetoden som Helsetilsynet vurderer som den beste ut fra medisinske kriterier og som også praktisk sett er den enkleste og raskeste, eger seg for barn under to-tre måneder. Dersom inngrepet blir utført senere, blir det mer komplisert og krever dessuten mer tids- og personalressurser. Hvis omskjæring foretas mens moren og barnet oppholder seg på sykehus i forbindelse med fødselen, er man best sikret at inngrepet foretas under betryggende forhold, ved den enkleste medisinske metoden og at inngrepene enkeltvis og totalt sett krever ubetydelige personalmessige ressurser. Kartlegging av praksis og beregning av hvor mange omskjæringer det for tiden kan bli aktuelt å foreta på landsbasis, viser at det totalt dreier seg om ca. 6 ukeverk på landsbasis pr år. Departementet har derfor lagt til grunn at det kreves meget små ressurser for å foreta omskjæring innenfor offentlige sykehus. Dette er tillagt avgjørende vekt ved vurdering av den økonomiske siden av saken og for spørsmålet om behovet for lovregulering. Departementet legger til grunn at det foreligger en reell fare for at familiene vil ty til ukyndige operatører dersom det ikke foreligger et lett tilgjengelig offentlig tilbud. Flere av innspillene som departementet har fått, viser at alternativet til et offentlig tilbud for mange vil være omskjæring i hjemlandet i forbindelse med ferier og lignende. Inngrepet kan da bli foretatt uten bedøvelse når guttene er blitt eldre, noen steder helt opp i 13 –14 års alder. Dette vil øke faren for medisinske komplikasjoner.

I og med at manglende medisinsk indikasjon tradisjonelt ikke har vært til hinder for å utføre medisinske inngrep, har departementet kommet til at dette heller ikke bør tillegges avgjørende vekt når det gjelder omskjæring. Pasienten (eller foreldrene) har ikke rettslig krav på å få utført omskjæring som er religiøst eller rituelt begrunnet. I utgangspunktet bør dessuten inngrep som retter seg mot tilstander som etter allmenn oppfatning ikke er sykdom gis laveste økonomiske prioritet. Etter departementets vurdering bør imidlertid behovet for et lett tilgjengelig medisinsk forsvarlig tilbud kort tid etter fødselen tillegges avgjørende vekt, særlig tatt i betraktning at omskjæring totalt sett krever så lite ressurser. I dagens situasjon er det etter departementets vurdering riktig å legge til rette for offentlig finansiert omskjæring på fødeavdelingen/barselavdelingen.

Ut fra en samlet vurdering der det er lagt vekt på både etiske, medisinske, juridiske og økonomiske forhold, har departementet kommet til at offentlige sykehus bør tilby at omskjæring av gutter kan foretas i forbindelse med opphold på føde- eller barselavdeling når foreldrene ber om det og gir skriftlig samtykke.

Rituell omskjæring er inngrep av en art som kan medføre etiske dilemma for helsepersonell, både fordi det dreier seg om inngrep på friske personer og fordi helsepersonellens personlige holdninger, religiøse og moralske, kan skape et etisk dilemma for den enkelte. Derfor bør helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved omskjæring, få anledning til å reservere seg.

I og med at det bare er aktuelt å foreta et mindre antall omskjæringer i året og at det ikke kreves ressurser av betydning, har departementet kommet til at det ikke er nødvendig eller hensiktsmessig å lovfeste en rett til å få utført rituell omskjæring av gutter. Derfor er det heller ikke hensiktsmessig å lovfeste en reservasjonsrett for helsepersonell. Departementet antar at organisering av omskjæring kan løses

administrativt på sykehusene på bakgrunn av Helsetilsynets veiledning. Dersom det senere viser seg at foreldre som ønsker omskjæring i forbindelse med opphold på fødeavdeling/barselavdeling ikke oppnår dette, eller at helsepersonell ikke får anledning til å reservere seg, vil departementet vurdere spørsmålet om lovfesting på nytt. Etter departementets vurdering ligger det innenfor foreldreansvaret å bestemme om et guttebarn skal omskjæres. Foreldrene kan derfor samtykke på vegne av barnet. Selv om muntlig samtykke i prinsippet er tilstrekkelig, bør sykehuset sørge for at det skjer skriftlig. Pasientrettighetsloven som trer i kraft i løpet av 2000 viderefører denne rettstilstanden, men gir departementet adgang til å foreta regulering i forskriften.

Egenbetaling vil bli drøftet nærmere i stortingsmeldingen om Verdigrunnlaget for den norske helsetjenesten (Helse 2000).

Styrking av patologiske avdelinger

Ved behandling av statsbudsjettet for 1999 ba Stortinget Regjeringen om å fremme konkrete forslag til hvordan en skal øke obduksjonsraten generelt ved norske sykehus og spesielt ved regionsykehusene. Flere forhold kan påvirke obduksjonsfrekvensen. Følgelig kan ulike tiltak bidra til å øke obduksjonsraten. Det er en egen takst i takstheftet for offentlige poliklinikker når det gjelder obduksjon. I 1999 er taksten for rutineobduksjoner økt med 100 kroner. Denne taksten kan ikke nyttes ved obduksjon av personer som dør i sykehus. I forbindelse med innføring av innsatsstyrt finansiering ble obduksjon inkludert i felleskostnadene som er fordelt på de ulike kostnadsvektorer. Et tiltak som kan bidra til å øke antall obduksjoner er økning i antall stillinger, både utdanningsstillinger for leger og overlegestillinger. For 1999 er kreft, psykiatri og fastlegereformen gitt prioritet. Innenfor området kreft vil det kunne opprettes stillinger innen spesialiteten patologi. Innenfor spesialiteten patologi er det i dag stillinger tilsvarende 188,8 årsverk. I 1997 ble det innvilget opprettet 3 overlegestillinger og 2 utdanningsstillinger. I 1998 ble det innvilget opprettet 2 overlegestillinger og 4 utdanningsstillinger. For området kreft er det i 1999 fordelt 25 stillinger. Av disse skal minst 15 være utdanningsstillinger; jf. også forslag om stimuleringsstilskudd for utdanningsstillinger innen blant annet patologi (jf. kap. 739, post 65).

Obduksjon av personer som dør utenfor sykehus har ikke vært regulert. Dette spørsmålet vil bli vurdert i forbindelse med arbeidet med endring av transplantasjonsloven, som vil bli lagt fram for Stortinget ved årsskiftet 1999/2000.

Departementet vurderer også ordningen som gjelder dekning av utgifter for bårtransport ved obduksjon. Rettslige obduksjoner belastes det enkelte politikammer. For øvrig må utgifter til ekstra transportavstand som følge av obduksjon dekkes av den som har forlangt obduksjonen. Departementet vil vurdere å endre regelverket for dekning av transportutgifter slik at det etableres en finansieringsordning for transport i forbindelse med alle obduksjoner, både for dødsfall i og uten for sykehus, samt rettslige obduksjoner.

Statens helsetilsyn vil nedsette en arbeidsgruppe for å utarbeide retningslinjer for rekvirering av obduksjon både i og utenfor sykehus.

4. Tilskuddsordninger innenfor somatiske spesialisthelsetjenester

Programkategori 10.30 omfatter mange tilskudd innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste. Tabell 4 gir en samlet oversikt over tilskudd (60- og 70-poster) og midler til ulike prosjekter og tiltak. En budsjettpost inneholder ofte flere tilskuddsordninger. For oversiktens skyld er derfor undertitler på budsjettposten tatt med.

Ved siden av ordinære tilskudd innen programkategori 10.30 som vist i tabellen ovenfor, gis også en rekke større og mindre bevilgninger til ulike prosjekter og tiltak innenfor samme programkategori. På programkategori 10.30 er disse i hovedsak samlet på kap. 739 Andre utgifter, post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren. Nedenfor gis

en oversikt over størstedelen av de tilskuddsordninger og midler som er samlet på denne budsjettposten.

Tabell II. 29: Midler til ulike prosjekter og tiltak over kap. 739 Andre utgifter, post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren.

Kap	Post	Tittel	Undertittel
739		Andre utgifter	
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren	– Tilskudd til Norsk institutt for sykehusforskning – Senter for medisinsk metodevurdering – Nasjonalt senter for innovasjonsbistand og næringsutvikling i helsesektoren – Norsk pasientregister – Forum for ledelse og organisering i sykehus – Landsdekkende kommunikasjonssystemer i helsetjenesten – Nasjonalt medisinsk museum – Utvikling og evaluering av kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre – Støtte til WHO's arbeid gjennom senter for informasjon om helsereformer – Utredning av felles radionett (TETRA) – Kompetansenettverk sykehusplanlegging – Div. mindre tilskudd

Kap 0730 Fylkeskommunenes helsetjeneste

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
60	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	8 313 030	10 300 000	11 045 000
61	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v.	2 963 856	2 728 000	2 815 500
62	Tilskudd til regionsykehus	1 400 080	1 500 800	1 496 900
63	Refusjon godkjente kapitalutgifter	283 491	281 000	288 500
64	Tilskudd til utstyr på sykehus, <i>kan overføres</i>	275 176	284 000	764 000
66	Helseregionale og andre samarbeidstiltak, <i>kan overføres</i>	45 480	12 000	39 000
67	Andre tilskudd	17 988	42 500	46 200
	Sum kap 0730	13 299 101	15 148 300	16 495 100

Overført fra 1998 til 1999:

Post 64: 243 654 000 kroner

Post 66: 4 694 000 kroner

Post 60 Innsatsstyrt finansiering av sykehus

1. Formål og hovedprioriteringer

Innsatsstyrt finansiering (ISF) startet opp 1. juli 1997 og har virket i vel 2 år. Hovedmålsettingen med finansieringsordningen er å øke aktiviteten ved landets somatiske sykehus. Økt aktivitet skal bidra til å redusere unødig venting og sikre innfrielse av ventetidsgarantien.

Nærmere om finansieringsordningen

Finansieringsordningen omfatter pasienter behandlet ved innleggelse, og fra 1. januar 1999 i tillegg pasienter behandlet med dagkirurgi og enkelte dagmedisinske prosedyrer. Behandlingen skal skje på oppdrag fra fylkeskommunene ved fylkeskommunale, statlige eller andre offentlig godkjente somatiske sykehus og fødestuer (andre offentlig godkjente sykehus vil i praksis si Volvat, Klinikk 8, Røde kors klinikk, Feiring klinikken og Hjertesenteret). Av de statlige sykehus er Rikshospitalet og Det Norske Radiumhospital inkludert. Fylkeskommunalt henviste pasienter som behandles i utlandet grunnet kapasitetsproblemer ved egne sykehus, inngår i ordningen. Poliklinisk behandling hvor takst finnes skal *ikke* finansieres gjennom ISF. Innlemming av nye pasientgrupper og markerte kapasitetsutvidelser i ordningen vurderes etter søknad og skal være gjenstand for godkjenning i departementet før eventuell innlemming i ISF.

Det er etablert eget regelverk for finansieringsordningen. Retningslinjer for koding og refusjon vil bli beskrevet i "*Prisliste DRG 2000 med kodeveiledning*". Det forutsettes at legefordelingsordningen følges lojalt. Departementet vil vurdere å holde tilbake midler dersom åpenbare brudd på ordningen finner sted.

Fylkeskommunene mottar akontoutbetalinger basert på innmeldte aktivitetsplaner og forventede refusjoner i driftsåret. Plantallene må være så realistiske som mulig for å minimere justeringer i avregningene. I påfølgende år gjøres endelig avregning av forhåndsutbetalte (akonto) refusjoner sammenlignet med faktisk aktivitet. Det vil bli foretatt en foreløpig avregning i november 2000 basert på aktivitetsdata per 2. tertial 2000. Endelig avregning 2000 vil bli gjort i april 2001. Utbetalingsgrunnlaget er pasientdata innrapportert fra sykehusene. Norsk pasientregister (NPR) og departementet gjennomgår hvert tertial aktivitetstallene for å sikre at de er i tråd med gjeldende retningslinjer for ordningen. Fylkeskommunene og sykehusene gis tilbakemelding om aktivitetstallene etter de tertialvise innrapporteringer. Departementet vil legge opp til tidlig varsling dersom det avdekkes avvik fra gjeldende regler. Dersom regelverket ikke følges, eller det avdekkes omgåelse av regelverket eller utilsiktede effekter, i strid med intensjonen for ordningen, vil departementet gjøre reduksjoner i utbetalingene i henhold til dette. Fylkeskommunene oppfordres til forsiktig inntektsføring av utestående ISF-refusjoner ved regnskapsavslutningen.

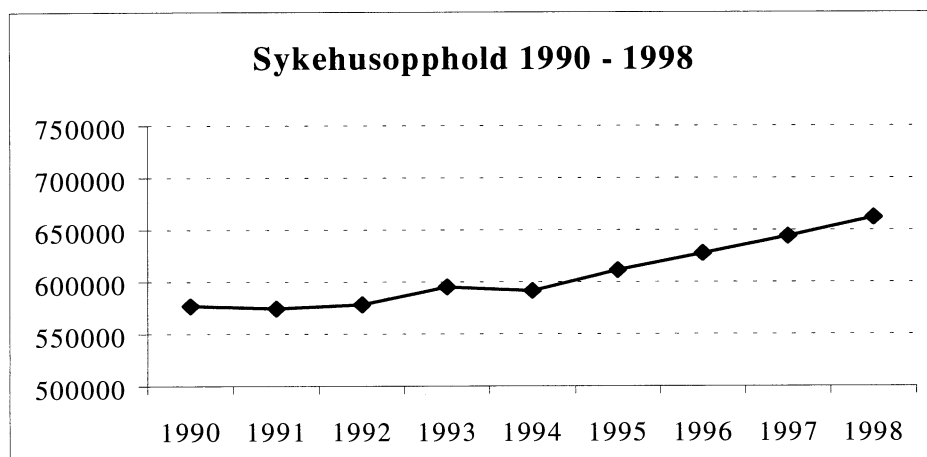
I 1999 er det tatt i bruk nytt medisinsk kodeverk. I tillegg er det innarbeidet endringer i pasientklassifiseringssystemet for dagkirurgi, nyfødtmedisin/pediatri og rehabiliteringspasienter. Som en konsekvens av endringene er det også gjort justeringer i refusjonssatsene. Disse forholdene innebærer at det er en viss usikkerhet knyttet til hvordan samlede utbetalinger blir i 1999. Departementet har på bakgrunn av innrapporterte aktivitetsdata fra sykehusene per 1. tertial 1999 gitt tilbakemelding til alle sykehus og fylkeskommuner om kvaliteten på dataene. Departementet vil følge opp hvorvidt sykehusene bruker kodeverk og registreringspraksis slik det er forutsatt i grunnlaget for refusjonsberegningene for 1999. På bakgrunn av aktivitetsdata per 2. tertial 1999 vil det bli vurdert om det er behov for mindre justeringer i refusjonene for 2000, som en korreksjon i forhold til de forutsetninger som er brukt. Dette vil i så fall bli innarbeidet i "*Prisliste DRG 2000 med kodeveiledning*" slik at rammebetingelsene for fylkeskommunene skal være mest mulig klare tidlig i aktivitetsåret. Det vil videre bli arbeidet med en harmonisering av finansiering for pasienter i gråsonen mellom poliklinisk opphold og opphold med innleggelse.

2. Resultatrapport 1998

Aktivitetsutvikling

Det var i 1998-budsjettet lagt til grunn en aktivitetsvekst i sykehusene på 6,5 pst. fra 1995 til 1998, mens fylkeskommunene samlet sett hadde planlagt en økning på 5,2 pst. Den faktiske aktivitetsveksten i perioden målt ved innlagte pasienter ble 8,3 pst. Den gjennomsnittlige veksten i perioden er 2,8 pst. (aktivitetstallene er basert på de sykehus som omfattes av finansieringsordningen med opphold med liggetid ett døgn eller mer.)

Antall brudd på ventetidsgarantien er redusert betydelig, jf. omtale i programkategori 10.30.



Figur II. 4

Evaluering av Innsatsstyrt finansiering

I Budsjett-innst. S. nr. 11 (1997-98) ble regjeringen i en flertallsmerknad bedt om å følge opp hvorvidt finansieringsordningen fører til at enkelte pasientgrupper nedprioriteres.

Departementet har siden oppstarten av finansieringsordningen engasjert flere forskningsmiljøer for å evaluere ulike sider ved ordningen. Disse miljøene vil levere sluttrapporter ved utgangen av 1999. Det er av stor betydning at resultater fra evalueringen vektlegges i videreutviklingen av finansieringsordningen. I april 2000 vil pasientdata for 1999 foreligge, og etter innføring av ordningen er det data for 2 ½ år. Dette gir et bredere (bedre) grunnlag for en videre evaluering. Departementet foreslår at det i 2000 settes av 2 mill. kroner fra kap. 730, post 60 til evaluering av ISF. Områder for videre evaluering av ordningen vil blant annet være kvalitet på tjenestetilbudet og om det gjøres prioritering av "lønnsomme" pasienter.

Ved innføring av finansieringsordningen var det ønskelig å se nærmere på hvorvidt uhensiktsmessige innleggelser i sykehusene ville øke, og om pasienter ville skrives tidligere ut fra sykehusene. I evalueringen er det sett på om pasienters tilfredshet har forandret seg, og om behandling- og utredningsintensiteten i norske sykehus endres etter innføring av innsatsstyrt finansiering. Heltef (Stiftelsen for helsetjenesteforskning) analyserer disse forholdene, og av resultater som foreligger har det for geriatri- og rehabiliteringspasienter ikke vært forandring i gjennomsnittlig liggetid eller i antall pasienter for denne gruppen etter innføringen av innsatsstyrt finansiering. Videre viser foreløpige resultater ingen økning i antall uhensiktsmessige innleggelser i norske sykehus (basert på data fra 1996-98) etter innføring av ordningen. Heltef vil levere endelig rapport ved utgangen av 1999.

Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo og SINTEF Unimed, Norsk Institutt for sykehusforskning (NIS) skal sammen se på effektivitetsutvikling i somatiske sykehus i perioden 1992 – 1998, og med særlig vekt på innføringen av ISF fra 1. juli 1997. Foreløpige analyser indikerer en bedring i produktiviteten (arbeidsproduktiviteten) fra 1996 til 1997, dvs. det året ordningen ble innført, men at produktiviteten ser ut til å falle igjen fra 1997 til 1998. Det er usikkert hvor stor effekten er. Sykehusene som inngår aktivitetbaserte kontrakter med sin fylkeskommune synes å ha noe høyere produktivitet enn sykehus som ikke har inngått slike kontrakter. Endelig rapport vil foreligge ved utgangen av 1999.

Det har vært reist spørsmål om hvorvidt den nye finansieringsordningen kunne føre til at flere pasienter unødvendig blir lagt inn i sykehusene. Dette gjelder også pasienter med skader. Foreløpige analyser fra Folkehelsa, viser at det har vært en økning i antall innleggelser av pasienter med skader i perioden 1996-1998 (basert på tall fra Norsk pasientregister). Blant annet har pasienter med hjernerystelser og forgiftninger fått økt antall innleggelser i perioden. Denne økningen startet før innføringen av ISF, men har fortsatt også etter innføringen av ordningen. I tillegg til økt antall innleggelser med skader, har også andelen innleggelser som ø-hjelp økt i perioden etter reformen. På grunn av kort observasjonsperiode er det foreløpig vanskelig å si sikkert hvorvidt dette har sammenheng med ISF. Det vil være nødvendig med ytterligere ett år observasjon for å se i hvilken retning utviklingen går. De observerte endringene så langt tilsier imidlertid ikke at det bør gjennomføres endringer i systemet.

En annen mulig vridningseffekt kunne være at pasientene prioriteres utfra hva som er økonomisk lønnsomt. Sintef Unimed, Oslo har sett på kvalitetsindikatorer innen tilgjengelighet, tjenestetilbud, pasientflyt og klinisk kvalitet. Sintef Unimed, Oslo ser i tillegg på kodepraksis ved sykehusene. Resultatene av disse analysene vil først foreligge ved utgangen av 1999. Det har fra 1996 til 1998 skjedd markerte endringer i registrering av diagnoser. Det gjøres nå en mer spesifikk diagnosesetting, samt at bidiagnoser registreres i større grad enn tidligere. Departementet vil nøye vurdere resultatene av evalueringen og foreslå justeringer i systemet dersom det viser seg nødvendig for å ivareta helsepolitiske mål.

3. Bevilgningsbehov og aktivitetsutvikling i 1999

Ved behandling av St. prp. nr. 67 (1998-99) sluttet Stortinget seg til regjeringens forslag om å øke bevilgningen til innsatsstyrt finansiering i 1999 med 448 mill. kroner. 315 mill. kroner gjaldt dekning av høyere aktivitet i 1998 (etterbetaling) og til videreføring av det høyere aktivitetsnivået til 1999, mens 133 mill. kroner skyldtes ekstraordinær utbetaling til Rikshospitalet og Radiumhospitalet som følge av en budsjetteknisk omlegging mot tilsvarende mindre utbetaling over de respektive budsjettkapitler (kap. 731 og 734).

I St. prp. nr. 67 (1998-99) ble det budsjettet med en aktivitetsvekst på 1,5 pst. fra 1998 til 1999. Aktivitetstallene fra landets somatiske sykehus per 1. tertial 1999 indikerer en høyere aktivitetsvekst enn dette, og det legges nå til grunn vel 3 pst. aktivitetsøkning fra 1998 til 1999. I Budsjett-Innst. S. nr. 236 (1998-99) uttalte flertallet i Finanskomiteen at "departementet har ein dialog med dei berørte fylkeskommunane om gjennomføring av dei justerte avrekningane, og at fylkeskommunane i tråd med intensjonane for ISF-ordninga får oppgjør for all reell aktivitetsauke som ligg innanfor ordninga". Sosial- og helsedepartementet har nå gjennomført sluttoppgjøret for 1998 i tråd med Stortingets intensjon. Det ble utbetalt 151 mill. kroner som var basert på en samlet vurdering av to forhold; for det første at tidlig varsling er viktig for fylkeskommunal budsjettering og økonomistyring, og for det andre at enkelte forhold ikke var tydelig nok kommunisert til fylkeskommunene. Det er ikke utbetalt for direkte feil i registreringen eller for sykehusopphold som er kodet i strid med tidlig varslede retningslinjer. Det er heller ikke gjort endringer i reglene for DRG-kryp. Sluttoppgjøret for 1998 og antatt høyere aktivitetsvekst i 1999 kan tilsa et behov for ytterligere tilleggsbevilgning i 1999 med om lag 370 mill. kroner. Departementet vil komme tilbake til Stortinget med forslag til tilleggsbevilgning. Endelig avregning for faktisk aktivitet i 1999 vil skje i april 2000.

I 1999 ble det totalt etterbetalt 356 mill. kroner for aktivitet utover fylkeskommunenes planlagte aktivitetsnivå i 1998. Dette inkluderer 151 mill. kroner i sluttoppgjør for 1998 som er omtalt ovenfor.

ISF er en betydelig helsepolitisk reform. Usikkerheten som knytter seg til at faste rammetilskudd nå er delvis erstattet med aktivitetsavhengige inntekter, stiller økte krav til økonomisk styring i fylkeskommunene.

4. Bevilgningsforslag, satsingsområder og resultatmål for 2000

I budsjettforslaget for 2000 er det avsatt 11 045 mill. kroner til innsatsstyrt finansiering. Anslaget bygger på 2 pst. vekst fra det nye prognostiserte aktivitetsnivået i 1999. Opplegget bygger på en videreføring av 50 pst. DRG-refusjon. Ved inngangen til 2000 har den nye finansieringsordningen virket i 2 ½ år. Ordningen stimulerer sykehusene i større grad enn den tidligere rammefinansieringsordningen til å fokusere på kostnadsforhold og identifisere flaskehalser for effektiv pasientbehandling. Samtidig er det vedtatt en plan for utstyrsinvesteringer i sykehus på 5,3 mrd. kroner fra 1998 til 2002. I de tilfeller der dårlig og mangelfullt utstyr i dag hindrer effektiv pasientbehandling, vil utstyrsplanen avhjelpe dette. Det foreligger tall som indikerer store variasjoner i produktivitet mellom sykehusene. Selv om noen av disse variasjonene bl.a. kan tilskrives ulik bygningsmessig funksjonalitet, tyder tallene likevel på at det er et potensiale knyttet til å "lære av" de mest effektive sykehusene. Forum for organisasjonsutvikling i sykehus, som er opprettet og drives i samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes sentralforbund, har en viktig funksjon i denne sammenheng. Medregnet budsjettforslaget for 2000, vil staten over en tre-årsperiode ha bevilget knapt 20 mill. kroner til dette formålet (jf. nærmere omtale i kap. 739, post 21). Prosjekter i regi av forumet har vist potensiale for organisasjonsforbedringer som vil kunne gi økt produktivitet. Videre viser tall fra SAMDATA at det i 1998 ble behandlet 2 nye pasienter per uke for hver ny lege. På bakgrunn av de forhold som det her er redegjort for, er det i budsjettforslaget for 2000 lagt inn et effektiviseringskrav på 180 mill. kroner. Enhetsprisen reduseres tilsvarende 150 mill. kroner. I tillegg reduseres kompensasjon gitt for endringer i DRG-systemet i 1999 fra 60 til 30 mill. kroner. Kompensasjon for endringene i 1999 ble omtalt i St. prp. nr. 60 (1997-1998). Det er gitt full kompensasjon i 1999 for endringer i DRG-systemet gjennom en engangsutbetaling.

Siden ISF startet opp i 1997 har det vært et økende fokus på den tekniske utformingen av ordningen, og de administrative oppgaver har vært tiltagende bl.a. som følge av økt refusjonsandel i 1998 og 1999. Det er behov for en tettere oppfølging av ordningen fra Sosial- og helsedepartementet, samtidig er det behov for økt tilgjengelig kompetanse både for stat og fylkeskommuner. Det tas derfor sikte på å bygge opp et kompetansemiljø utenfor sentraladministrasjonen, som skal avhjelpe dette behovet. Den eksterne enheten vil blant annet bistå departementet med underlagsmaterialet for ordningen, bidra i utviklingsarbeidet, samt gi service og foreta analyser av aktivitetsdata for fylkeskommuner og departementet. Det tas sikte på en snarlig etablering med full drift i begynnelsen av 2000. Finansieringen foreslås finansiert dels ved en justering i enhetsprisen tilsvarende 5 mill. kroner fra kap. 730, post 60 "Innsatsstyrt finansiering" til kap. 739, post 21 "Forsøk og utvikling i sykehussektoren", og dels ved 2 mill. kroner som omdisponeres innen kap. 739, post 21.

Forslag til ny løsning for "DRG-kryp"

Endring i gjennomsnittlig pasienttyngde, målt ved DRG-indeks, kan skyldes reell endring i pasienttyngde og/eller bedre registrering. Med innføringen av ISF fikk man ikke bare et økonomisk incentiv til å behandle flere pasienter, men også til å registrere aktiviteten bedre. Ved oppstart av ISF var mange registreringer mangelfulle m.h.t. diagnoser og prosedyrer som inngår i klassifikasjon av sykehusoppholdene. Noe av endringen i DRG-indeks etter oppstart av ISF skyldes bedre registrering. Det er dels ikke mulig, dels svært ressurskrevende, å skille ut hvor mye av økningen i DRG-indeks som skyldes bedre registrering og hvor mye av økningen som skyldes reell endring i pasienttyngde.

Gjennom ISF mottar fylkeskommunene betaling for hver pasientbehandling. I tillegg gis utbetaling for ulike pasienttyngde (DRG-indeks) opp til et visst tak (DRG-kryp grense). Ved innføringen av ISF ble det gitt tillegg for økt pasienttyngde på 1 pst. i forhold til 1995. Bakgrunnen for å sette et tak for tillegget var erfaringer fra andre land som har innført aktivitetsbasert sykehusfinansiering. Denne erfaringen tilsa at kvaliteten på registreringen av sykehusoppholdene forbedres vesentlig ved slik

Sosial- og helsedepartementet

aktivitetsbasert finansiering. Dersom det ikke settes et tak på den økonomiske uttellingen dette kan gi, risikerer man fordelingsmessige konsekvenser og budsjettmessig uttelling som følge av den bedre registreringen. Slike fordelings- og budsjettmessige konsekvenser ville først og fremst være et resultat av rene registreringsmessige endringer.

Med bakgrunn i tallene for 1998 og for 1. tertial 1999 er det sannsynlig at alle fylkeskommuner når dette taket (DRG-krypgrensen) innen 2000 med gjeldende regler. Når fylkeskommunene når taket, gis det en gjennomsnittlig DRG-refusjon for hver ny pasientbehandling. Utbetaling via ISF-ordningen stopper således ikke opp, men det gis en lik refusjon for "tunge" og "lette" pasienter, noe som vil kunne føre til uønskede vridningseffekter. Departementet ser det derfor som nødvendig å endre reglene for DRG-kryp for å gjenopprette riktige økonomiske incentiv slik at "tunge" pasienter får en høyere refusjon enn "lette" pasienter. Basert på tallmaterialet per 1. tertial 1999 og med en antatt økning i DRG-indeksen på 3 pst. i 1999/2000, vil det koste vel 700 mill. kroner å fjerne taket helt. Ut fra et ønske om at staten gjennom ISF-ordningen skal finansiere reell aktivitetsvekst og med et fortsatt potensiale for registreringsforbedringer, anser departementet det ikke tilrådelig å fjerne taket helt. Dette vil også få omfordelingseffekter mellom fylkeskommunene.

Departementet foreslår derfor følgende endringer for 2000:

1. Grunnlaget for beregning av hvor høyt taket blir for den enkelte fylkeskommune endres fra gjennomsnittet av årene 1996-98 til kun å bruke 1998 (Basisår = 1998). Dette vil som effekt heve taket for de fleste fylkeskommuner.
2. Taket fastsettes til 2 pst. i forhold til det nye grunnlaget.

DRG-indeks og fastsettelsen av taket baseres kun på opphold med liggetid over ett døgn eller mer, og tallgrunnlaget beregnes som tidligere med utgangspunkt i pasientfylke inkl. opphold ved statssykehusene. Med 1998 som basisår legges siste tilgjengelige aktivitetsdata til grunn. Dette gir en bedre beskrivelse av pasienttyngden og pasientsammensetningen enn det gjennomsnittet av årene 1996-1998 ville ha gjort. Registrering av oppholdene antas å være mer lik mellom fylkeskommunene i 1998 enn hva det var før innføringen av ISF. Til grunn for løsningsforslaget er det forutsatt budsjettneutralitet. Det vil si at staten legger til grunn samme utbetaling som regelverket i 1999 ville gitt i 2000. Det er videre lagt vekt på at et endret regelverk for DRG-kryp skal ha begrensede omfordelingseffekter mellom fylkeskommunene/statssykehusene.

Det å heve taket til 2 pst. og endre basisår til 1998 vil isolert sett øke utbetalingene med 370 mill. kroner beregnet med bakgrunn i tallmaterialet per 1. tertial 1999. For å sikre budsjettneutralitet, nedjusteres enhetsprisen med 3,1 pst. og kostnadsvektene nedjusteres med 3 pst. Dette er gjort for på den ene siden å oppnå at flest mulig fylkeskommuner ved inngangen til 2000 ikke skal ha nådd taket og samtidig ut fra ønske om at løsningen skal ha minst mulig omfordelingseffekter. Med denne løsningen er det beregnet at 16 fylkeskommuner vil ligge under taket ved inngangen til 2000, og således få full refusjon dersom det behandles mer ressurskrevende pasienter. Forutsatt 3 pst. økning i DRG-indeksen for alle fylkeskommuner gjennom 1999/2000, vil 10 fylkeskommuner fortsatt ikke ha nådd opp i taket ved utgangen av neste år.

Tall per 1. tertial 1999 kan tyde på at DRG-indeksen er høyere enn i 1998 grunnet systemmessige omlegginger i 1999 (kodeverk, pasientklassifiseringssystem). Aktivitetstall per 2. tertial 1999 foreligger i løpet av høsten og videre dybdeanalyser skal gjennomføres for å se om dette er tilfelle.

Alle beregningene for budsjett 2000 er basert på tall per 1. tertial 1999 og derfor beheftet med usikkerhet. Departementet vil vurdere ut fra aktivitetsdata 2. tertial 1999, om det er behov for mindre justeringer (opp eller ned) av enhetspris/kostnadsvekter ut fra et prinsipp om budsjettneutralitet og for å sikre riktige økonomiske incentiver i

ordningen. Ved større endringer i underlagsmateriale som nødvendiggjør justeringer, vil Stortinget bli forelagt endringene. De omfordelingseffektene som oppstår mellom fylkeskommunene på grunn av endringene som her er beskrevet, vil begrenses i 2000 gjennom en ordning med delvis kompensasjon/trekk. Kompensasjon/trekk foreslås gitt hvis tap/gevinst er mer enn 50 kroner per innbygger.

Regler for avkorting av refusjon

For 1999 er det en avkorting i refusjon for sykehusopphold som skrives inn og ut samme dag, (eksklusiv dagkirurgi og dels medisinsk dagbehandling) i henhold til regelverket. Formålet med denne avkortingen i utbetalingen er å unngå unødvendig innleggelse av pasienter som blant annet kunne vært behandlet poliklinisk. Også i 2000 videreføres denne ordningen hvor refusjonen for opphold med kort liggetid blir avkortet. Departementet vil med utgangspunkt i data per 2. tertial 1999 vurdere en ytterligere forenkling av avkortingsreglene for år 2000.

Enhetspris

Enhetsprisen foreslås satt til 27 796 kroner i 2000, hvor utgangspunktet har vært en prisjustering av 1999-enhetsprisen med 2,8 pst. Prisjusteringsfaktoren er den samme som er brukt i det økonomiske opplegget for kommunesektoren. Ut over dette er enhetsprisen justert ned med 1,4 pst. (150 mill. kroner) som følge av krav til økt produktivitet, og med ytterligere 3,1 pst. som ledd i omleggingen til nye regler for DRG-kryp. Det tas forbehold om behov for endelig justering av enhetsprisen i henhold til de endringene det her er redegjort for.

Stikkordet "overslagsbevilgning"

Det foreslås å tilføye stikkordet "overslagsbevilgning" til kap. 730, post 60, jf. også Budsjett-Innst. S. nr. 236 (1998-99).

Oppgjørsordning for gjestepasienter

En omlegging av dagens oppgjørsordning for gjestepasienter er ønskelig av flere grunner. Det er bl.a. behov for å forenkle de ulike finansieringsordningene for sykehusbehandling, samt sørge for at det ikke gis motstridende incentiver i de ulike ordningene. Slik sett vil dagens kurdøgnfinansiering av gjestepasienter avvike noe fra incentivene i innsatsstyrt finansiering, fordi betalingen fylkeskommunen mottar, er avhengig av pasientens liggetid i sykehus. I St. prp. nr. 69 (1998-99) Kommuneøkonomiproposisjonen for 2000, er det varslet at en vil vurdere om dagens kurdøgnfinansiering av gjestepasienter skal erstattes med et gjestepasientoppgjør basert på DRG, dvs. at betaling per behandling er uavhengig av antall kurdøgn. Departementet vil også vurdere andre alternativer, bl.a. muligheten for individuelle rammeavtaler mellom fylkeskommunene. En vil komme tilbake til dette med sikte på å igangsette en omlegging av dagens oppgjørsordning i løpet av 2000. De normerte gjestepasientprisene gjeldende fra 1. januar 2000, vil bli fastsatt av departementet i eget rundskriv.

Post 61 Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.

Posten omfatter refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner, inklusive laboratorie- og røntgenvirksomhet. I tillegg til å refundere utgifter til ovennevnte formål, er det en målsetting at takstsystemet skal stimulere til at nye behandlingsformer tas i bruk og bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren. Det er av flere grunner ønskelig å stimulere til økt bruk av poliklinisk behandling. Dette er i tråd med den medisinske utviklingen, hensynet til pasienten, og det er god samfunnsøkonomi.

1. Resultatrapport 1998

I 1998 var veksten i den polikliniske aktiviteten større enn forventet og førte til et merforbruk på 81 mill. kroner i forhold til budsjettet. Departementet regnet med at denne aktiviteten ville fortsette i 1999. Dette medførte at departementet fastsatte en reduksjon av enkelte takster. Det ble forutsatt at deler av takstreduksjonen kompenseres av økte inntekter som følge av økt egenandel for pasientene. I forbindelse med behandlingen av revidert nasjonalbudsjett bevilget Stortinget 33 mill. kroner ekstra (jf. Innst. S. nr. 236 (1998-99)). Departementet fulgte dette opp med takstrevisjoner slik at sykehusenes samlede inntektsnivå opprettholdes i forhold til 1998.

2. Tilstandsrapport

I St. prp. nr. 1 (1998-99) ble det informert om at offentlige helseinstitusjoner skulle rapportere polikliniske refusjonskrav elektronisk til Rikstrygdeverket fra 1. januar 1999. Kontrollprogrammet skal ivareta de bestemmelser og begrensninger som følger av forskriften. Endelig gjennomføring har tatt lengre tid enn forventet. De fleste helseinstitusjoner vil ha tatt programmet i bruk i løpet av 1999. Det forutsettes at samtlige helseinstitusjoner tar programmet i bruk.

Fra 1. januar 1999 ble det opprettet en egen takst for ambulant onkologisk behandling som skal stimulere til at sykehusspesialister kan gi lindrende kreftbehandling i pasientens eget hjem eller i en annen institusjon som ikke tilbyr adekvat behandling.

I 1997 ble det innført en egen takst for tverrfaglig utredning av ryggpasienter forut for operasjon. Det viste seg å være behov for at også pasienter som ikke skal opereres har behov for et tverrfaglig behandlingstilbud. Det ble derfor fra 1. januar 1999 etablert en tilsvarende tverrfaglig behandlingstakst innen fysikalsk medisin og rehabilitering for pasienter som ikke skal opereres. For å styrke behandlingstilbudet til ryggpasienter ytterligere, gav Stortinget anledning til å doble taksten for pasienter som mottar sykdomsrelaterte trygdeytelser (sykepenger, medisinsk rehabilitering og uførepensjon), samt pasienter som mottar attføringspenger. Tiltaket vil bli evaluert med tanke på helseøkonomiske konsekvenser og oppnådd innsparing for folketrygden. Fra 1. april 1999 ble det etablert egne takster for behandling i trykkammer (hyperbarmedisin).

3. Satsingsområder og resultatmål for 2000

Det er behov for tiltak som stimulerer til poliklinisk behandling fremfor innleggelse i sykehus der dette er medisinsk ønskelig. I ny lov om spesialisthelsetjeneste omtales opplæring av pasienter og pårørende som en av sykehusets hovedoppgaver. Departementet vil se nærmere på dagens refusjoner for å gi et bedre tilbud til personer med kroniske lidelser. Fra 1. januar 2000 foreslår Sosial- og helsedepartementet en ny takst for behandling av pasienter med diabetes. Dette vil være et opplæringsprogram basert på tverrfaglighet og gruppeundervisning, med formål å bidra til at den enkelte i større grad skal kunne mestre egen tilstand. Kostnader i 2000 forventes å bli 4 mill. kroner, med en økning til 6 mill. kroner fra og med 2001.

I forbindelse med Stortingets behandling av St. prp. nr. 63 (1997-98), Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006 (jf. Budsjett-Innst. S. nr. 222 (1997-98)), ble Regjeringen bedt om å fremme en sak om at psykiatere og kliniske psykologer skal kunne utløse refusjon også når undersøkelse og behandling finner sted utenfor eget sykehus, poliklinikk eller distriktpsikiatriske senter. Fra 1. januar 2000 blir det en egen takst for ambulant psykiatrisk/psykologisk undersøkelse og behandling i denne sammenheng. Utgiftene til denne taksten dekkes ved at det overføres midler fra Opptappingsplanen for psykisk helse (kap. 743, post 63). Et av tiltakene i forbindelse med opptappingsplanen er å øke antall polikliniske behandlinger/konsultasjoner med 50 pst. i perioden 1999-2006.

Det er et problem for helseinstitusjonene at pasienter ikke møter opp til avtalt tid til polikliniske konsultasjoner. Per i dag er det ikke hjemmel i sykehusloven til å pålegge pasienten å betale egenandel ved manglende fremmøte. I den nye loven om

spesialisthelsetjenesten m.m. er det gitt hjemmel til å gi forskrift om pasienters betaling for bestilt time som ikke benyttes ved poliklinikk, hos legespesialist og hos spesialist i klinisk psykologi.

I 1999 er det bevilget 2 761 mill. kroner. For 2000 foreslås bevilget 2 815,5 mill. kroner. Sykehusene vil få økte inntekter i 2000 som følge av økt egenandel for pasientene. Bevilgningen til poliklinikkposten er tilsvarende redusert og dette vil det bli tatt hensyn til i takstfastsettelsen for 2000. Aktivitetsøkningen og økte utgifter knyttet til justering av enkelt-takster gjennomføres innenfor denne rammen. Det er stor usikkerhet knyttet til de samlede utgifter under denne budsjettstyrte posten. Departementet vil vurdere en eventuell takstjustering hvis budsjettsituasjonen tilsier det.

Post 62 Tilskudd til regionsykehus

1. Formål og hovedprioriteringer

Regionsykehusstilskuddet har som formål å gi et økonomisk grunnlag slik at man i de aktuelle sykehus kan bygge opp og vedlikeholde en infrastruktur for å:

- ivareta kostbare og høyt spesialiserte tjenester som det er faglig og økonomisk rasjonelt å bygge opp for større områder enn det enkelte fylke
- stimulere til oppbygging av nye avanserte og kostbare spesialisttjenester som kan/bør forankres på region- eller landsfunksjonsnivå
- ivareta universitetsklinikkfunksjoner, forskning og undervisning, herunder bidra til utbygging av grunnlaget for en fullverdig undervisning

Samarbeidsorgan

I St. prp. nr. 1 (1998-99) varslet departementet et forslag om å "etablere et formelt samarbeidsorgan mellom sykehus/sykehuseier og universitet på alle regionsykehusene. Dette samarbeidsorganet vil få oppfølging og rapportering av tilskuddet til undervisning og forskning som en av de viktigste oppgaver."

Dette ga sosialkomiteen sin støtte til i budsjettbehandlingen. Det vises til Budsjett-innst. S. nr. 11 (1998-99) hvor komitéen uttalte: "Komitéen støtter regjeringens forslag om at det etableres et formelt samarbeidsorgan mellom sykehus/sykehuseier og universitet på alle regionsykehus."

I tilsagnsbrevet for 1999 ba departementet fylkeskommunene om å etablere slike samarbeidsorgan. Det ble skissert følgende oppgaver for samarbeidsorganene:

- foreslå strategiske mål og virksomhetsplaner for forskning og undervisning
- tilrå budsjett for tilskudd til forskning og undervisning
- tilrå fordeling av undervisningstilskuddet mellom sykehus
- uttale seg om bruken av tilskudd til særskilte funksjoner og kompetansesentra
- uttale seg om innkjøp av høyspesialisert utstyr
- tilrå bruk av sykehusareal til forskning
- evaluere bruken av regionsykehusstilskuddet mht. forskning og undervisning
- utarbeide årsrapport til Sosial- og helsedepartementet om bruken av regionsykehusstilskuddet

Fylkeskommunen er fortsatt ansvarlig for forvaltningen av tilskuddet, men står fritt til å delegere myndighet til samarbeidsorganet. Dette gjelder spesielt fullmakter i tilknytning til tildeling av økonomiske rammer for forskning og undervisning, samt avgjørelser i tilknytning til forsknings- og undervisningsområdet.

Samarbeidsorganets viktigste oppgave er å bistå i planleggingen og oppfølgingen av tilskuddet til undervisning og forskning, og dessuten komme med tilrådinger til bruken av tilskuddet. De skal også avgi nødvendig rapportering som del av fylkeskommunens rapportering til departementet på hele regionsykehusstilskuddet. Samarbeidsorganet

forventes å avgi en årlig rapport der aktiviteten knyttet til forskning og undervisning omtales, samt avgi et regnskap over årets utgifter knyttet til denne aktiviteten.

Det overlates til fylkeskommunen å avgjøre om man ønsker å delegere myndighet til samarbeidsorganet på noen av disse områdene.

Departementet ser gjerne at den årlige rapport fra samarbeidsorganet legges fram for de regionale helseutvalgene til uttalelse, slik at de er orientert om bruken av tilskuddet og kan komme med sine synspunkter.

Rapportering

Departementet vil angi nærmere krav til rapportering på alle deler av tilskuddet. Gjennom tildelingsbrevet for 1999 til regionsykehuseierfylkene har departementet stilt krav om rapportering som dels knyttes til aktivitetssamtale og aktivitetstall, og dels til regnskap for 1999. Krav om regnskap knytter seg til landsfunksjoner, flerregionale funksjoner, kompetansesentra og forskning.

2. Resultatrapport 1998

Det økte tilskuddet til medisinerstudenter i 1998, 10,75 mill. kroner, er gått til å dekke utgifter ved sykehusene i forbindelse med økningen på 75 medisinerstudenter i 1996 fordelt på Trondheim, Bergen og Oslo.

Det ble i 1998 bevilget i alt 10,8 mill. kroner til igangsetting av nye funksjoner ved regionsykehusene;

- Kompetansesenter for ortopediske implantater, Regionsykehuset i Trondheim
- Fotoforesebehandling av kutane T-cellelymfomer, Regionsykehuset i Trondheim
- Nasjonalt MS-register, Haukeland sykehus
- Metodeutvikling ved Nyrebiopsiregisteret, Haukeland sykehus
- Implantasjon av hørselutstyr, Haukeland sykehus
- Utvidelse av nasjonalt kompetansesenter for cystisk fibrose, Aker sykehus
- Etablering av senter for langtidsoppfølging og behandling av HIV/AIDS-pasienter, Ullevål sykehus.

En arbeidsgruppe som har vurdert regionsykehusstilskuddet la fram sin rapport i juni 1998, og foreslår der en ny utforming av regionsykehusstilskuddet, deriblant etablering av et formalisert samarbeidsorgan ved hvert regionsykehus mellom sykehus/sykehuseier og universitet. Tiltak i tråd med arbeidsgruppens tilrådning er iverksatt og departementet vil følge opp disse i samarbeid med de berørte parter. Det vises til den øvrige omtalen ovenfor.

3. Tilstandsvurdering

En viktig utfordring i 2000 vil bli å etablere et system for tilbakerapportering på regionsykehusenes høyspesialiserte funksjoner og kompetansesentra. Når en kompetansesenterfunksjon, landsfunksjon eller en flerregional funksjon legges til et sykehus, gis det ingen bestemmelser om varighet. Noen lands- eller flerregionale funksjoner vil det etter hvert være aktuelt å spre til andre regionsykehus, og en kompetansesenterfunksjon kan være overflødig etter en tid. Disse forhold må vurderes i forbindelse med en evaluering.

Statens helsetilsyn vil be om egne rapporter i forbindelse med faglig evaluering av kompetansesenterfunksjoner, landsfunksjoner og flerregionale funksjoner.

4. Budsjettforslag 2000

Regionsykehusstilskuddet for 2000 foreslås bevilget med 1 496 900 000 kroner. Tilskuddet er ikke prisjustert. I forhold til 1999 er bevilgningen økt med 14,1 mill. kroner. Denne økningen knytter seg hovedsakelig til veksten i antall medisinerstudenter etter 1996. Øvrige endringer er omtalt nedenfor under "merknader til budsjett 2000".

Regionsykehusstilskuddet består av fire deler, jf. omtalen i St. prp. nr. 1 (1998-99):

- Tilskudd til basiskostnader
- Tilskudd til særskilte funksjoner
- Tilskudd til forskning
- Tilskudd til undervisning

Tabell II. 30: Fordelingen av disse tilskuddene fordelt på tilskuddsmottakerne er:

	Tilskudd til Basis- kostnader	Særskilte funksjoner	Forskning	Undervisning	Sum
Oslo	278 935	39 485	9 000	43 383	370 804
Hordaland	308 819	30 352	16 093	92 683	447 947
Sør-Trøndelag	254 002	45 057	8 200	50 642	357 900
Troms	244 166	16 334	11 901	43 599	315 999
Ufordelt	0	0	4 250	0	4 250
I alt	1 085 922	131 228	49 444	230 306	1 496 900

(Beløp i hele 1000 kroner)

Det vil bli foretatt en gjennomgang av hvilke funksjoner som skal dekkes av tilskudd til særskilte funksjoner, bl.a. for å utelate regionsfunksjoner. Dette er gjort for Hordaland. Korrigeringer vil bli foretatt mot tilskudd til basiskostnader, slik at beløpet i sum blir uendret for hver fylkeskommune.

Skjønnstilskudd inngår i tilskudd til basiskostnader.

Ufordelte midler er 4, 250 mill. kroner, som er tiltenkt forskning eller nye, særskilte funksjoner.

Regionsykehusstilskuddet tildeles fylkeskommunene som sykehuseiere. En endring av dette kan først gjøres etter at ny lov om spesialisthelsetjeneste er trådt i kraft.

Kompetansesenter for hodepine

Stortinget ba ved behandlingen av budsjettet for 1999 Regjeringen etablere et kompetansesenter for hodepine ved Regionsykehuset i Trondheim. Departementet har bedt Sør-Trøndelag fylkeskommune arbeide videre med etablering av et kompetansesenter for hodepine ved Regionsykehuset i Trondheim med oppgaver som et kompetansesenter forutsettes å ivareta. Det foreslås bevilget 400 000 kroner til oppstart av kompetansesenteret. Ytterligere midler vil først bli vurdert etter at en driftsplan for senteret foreligger.

Medisinerutdanning ved Sentralsykehuset i Akershus

Helseministeren har varslet overfor Stortinget at regjeringen vil utrede om Sentralsykehuset i Akershus (SiA) igjen skal få oppgaver innen klinisk utdanning av medisinerstudenter. I 1998 forelå det en arbeidsgrupperapport med forslag om at undervisningen ved SiA inngår som en del av Universitetet i Oslo. I St. prp. nr. 1 (1998-99) ble det sagt at Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet vil komme tilbake til saken. Ferdig utbygd er tiltaket anslått å ha en årlig kostnad på om lag 27 mill. kroner på Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets budsjett. Byggekostnader ved Universitetet er anslått til 22,5 mill. kroner. I tillegg er det anslått beløp på 53,5 mill. kroner til byggekostnadene ved SiA. I tillegg kommer økningen til studentundervisning i regionsykehusstilskuddet.

Undervisning av medisinerstudenter ved SiA sees som et viktig bidrag for å øke tilgangen på leger i Norge. I 1999 er det bevilget 1 mill. kroner fra Sosial- og helsedepartementet til Akershus fylkeskommune til start på planarbeid. Videre er Universitetet i Oslo tildelt 1 mill. kroner over Kirke-, utdannings- og

forskningsdepartementets budsjett i 1999. For 2000 foreslås det 11,25 mill. kroner over Kirke- utdannings- og forskningsdepartementets kap. 260 til etablering av medisinerutdanning ved SiA fra høsten 2000, som en del av undervisningen ved Universitetet i Oslo. Det legges opp til et årlig opptak med 30 studenter der de første 15 studentene tas opp høsten 2000. Kjøp av studieplasser i utlandet vil bli redusert tilsvarende. Midler over Sosial- og helsedepartementets budsjett vil først bli aktuelt fra tredje år av studiet, da den kliniske undervisningen i sykehuset begynner.

Økt opptak av medisinerstudenter

I forbindelse med vurdering av en klinisk utdanning av medisinstudenter ved SiA, har Stortinget i Budsjett-innst. S. Nr. 11 (1998-99) bedt regjeringen om å vurdere økt opptak av medisinerstudenter ved de øvrige universitetene.

Det er en målsetting at utbyggingen ved Universitetet i Oslo skal skje på en slik måte at en ikke reduserer den akademiske kapasiteten ved de andre medisinske fakulteter.

Ved Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet tas det sikte på en økning av det årlige opptaket med 20 studenter, fra 100 til 120 studenter. Økningen er knyttet til utbyggingen av RIT 2000.

Ved Universitetet i Tromsø er det realisert en økning av opptaket på 6 studenter i 1998 og 9 studenter i 1999. En ytterligere økning er knyttet til bygningsmessige forutsetninger som ikke er avklart ennå. Det foreligger så langt ikke nye planer om økt studentopptak i Bergen.

5. Merknader til budsjett 2000

Regionsykehusstilskuddet er ikke prisjustert i forhold til 1999-prisnivå.

Regionsykehusstilskuddet for 2000 foreslås bevilget med 1 496,6 mill. kroner. Til sammenligning er justert budsjett pr. 1. september 1999 på 1 482,8 mill. kroner.

I forhold til 1999 er det lagt inn en økning på 12,050 mill. kroner pga. veksten i antall medisinerstudenter ved universitetene. Det er dessuten lagt inn en økning på 0,4 mill. kroner til nytt kompetansesenter for hodepine ved Regionsykehuset i Trondheim. Midlene er overført fra kap. 730, post 67 Andre tilskudd. For øvrig er det lagt inn en økning på 1,250 mill. kroner, som foreløpig ikke er fordelt. Midlene er imidlertid tiltenkt nye, særskilte funksjoner eller forskningsformål.

Til drift av Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KOKOM), foreslås det 3,4 mill. kroner. Av dette beløpet er 0,4 mill. kroner overført fra kap. 739, post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren. Tilbake på denne posten ligger prosjektmidler som forvaltes av KOKOM, jf. kap. 739, post 21.

Post 63 Refusjon godkjente kapitalutgifter

Målet med refusjonsordningen er å gi tilskudd til utgifter ved bygging og ombygging av somatiske sykehus, samt utgifter til utstyr og inventar i tilknytning til dette. Nærmere regler om refusjon av godkjente kapitalutgifter er gitt i forskrift med hjemmel i sykehusloven. Revidert forskrift trådte i kraft 1. september 1997.

Normert rentefot er f.t. 4,3 pst p.a.

I samsvar med forslaget i St. prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helsevern 1999-2006 er refusjonsordningen utvidet fra 1. januar 1999 til også å omfatte psykiatriske sykehus/sykehusavdelinger. Utvidelsen vil gjelde byggeprosjekter som starter opp etter 1. januar 1999. Pga. krav om godkjent byggregnskap vil det ikke være behov for tilskuddsmidler i 2000.

Det foreslås bevilget 288,5 mill. kroner for 2000.

Post 64 Tilskudd til utstyr på sykehus

Det er vedtatt en 5-årig plan for å bedre utstyrssituasjonen i norske sykehus, jf. St. prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus og Budsjett-Innst. S. nr. 226 (1997-98). Planen iverksettes i perioden 1998-2002 med en statlig bevilgningsramme på 2 960 mill. kroner i løpende priser.

Den statlige refusjonsordningen omfatter medisinsk teknisk utstyr, dvs. utstyr for kliniske formål, pasientbehandling og undersøkelse, og utstyr for forskning og undervisning. I tillegg skal IT-utstyr og pågående og planlagte prosjekter knyttet til oppfølging av IT-handlingsplanen for helsesektoren "Mer helse for hver bIT" dekkes over denne bevilgningen. Dyrt utstyr og større investeringer som har direkte relasjon til pasientbehandlingen bør prioriteres. På IT-området bør utstyr/systemer som kan øke behandlingskvalitet og kapasitet, samt infrastrukturelle investeringer, prioriteres.

Bevilgningen er utformet som en refusjonsordning der staten dekker 60 pst. av de fylkeskommunale utgifter til medisinsk teknisk utstyr og IT i 5-årsperioden. Maksimalt refusjonsbeløp fordeles på fylkeskommunene etter objektive kriterier, men utløses først etter fremleggelse av dokumenterte utgifter. For å sikre opprettholdelse av eksisterende investeringsnivå i fylkeskommunene i overgangsfasen, stilles det i utgangspunktet krav om at fylkeskommunene samlet sett skal ha investert 600 mill. kroner i medisinsk teknisk utstyr og IT etter 1. januar 1998 før statlige refusjonsmidler kommer til utbetaling. Beløpet er fordelt på hver enkelt fylkeskommune etter samme fordelingsnøkkel som for tilskuddet. Deretter vil staten dekke 60 pst. av dokumenterte utgifter. Den fylkeskommunale medfinansieringen på 40 pst. i planperioden er fastsatt ut fra hensynet til at fylkeskommunene skal videreføre om lag det investeringsnivået som i dag dekkes innenfor de frie inntekter.

Fylkeskommunene har utarbeidet en 5-årig anskaffelsesplan som godkjennes i departementet etter at de regionale helseutvalgene har avgitt sin uttalelse. Fylkenes planer viser at det planlegges investeringer for totalt 875 mill. kroner i 1999. Av dette er 426 mill. kroner IT investeringer. Hovedtyngden av IT investeringer i planperioden er lagt til 1999 som følge av investeringsbehov knyttet til 2000-års problematikken. 2000-års problematikken blir med dette ivarettatt over utstyrsplanen. Den 5-årige planen rulleres årlig. Departementet vil understreke at den innebærer en tidsbegrenset dugnad for å oppnå en fornuftig utstyrsstandard på sykehusene og er et engangstiltak som vil avsluttes etter 5 år. I oppfølgingen av Sørensenutvalget vil departementet komme tilbake til Stortinget med forslag til tilknytningsformer for sykehus, noe som også vil påvirke rammebetingelsene for utstyrsinvesteringene på sykehus. Det er bevilget 295 mill. kroner for 1999 til medisinsk teknisk utstyr. Av disse er 10 mill. kroner satt av til statens sykehus og 1 mill. kroner til Sosial- og helsedepartementets arbeid med å implementere og evaluere kreft og utstyrsplanene. Av bevilgningen for 1998 er det overført 244 mill. kroner til 1999. 16 av 19 fylker hadde i 1998 investert det minimumsbeløp som var nødvendig før refusjonsordningen kan tre i kraft. Dette utgjorde om lag 520 mill. kroner. De tre fylkene som ikke nådde minimumsbeløpet hadde investert for om lag 71 mill. kroner. Om lag 150 mill. kroner ble utbetalt per 15. juni 1999 som statlig refusjon basert på revisorattesterte regnskap for 1998. Den fylkeskommunale egenandelen på 40 pst. for å utløse denne refusjonen var 100 mill. kroner. Dette innebærer at fylkene i 1998 totalt investerte for 841 mill. kroner i IT- og medisinsk teknisk utstyr. For 1999 er det med bevilgning og resterende av overførte midler 378 mill. kroner disponibelt til statlig refusjon som vil komme til utbetaling per 1. mars 2000. For 2000 foreslås det bevilget 764 mill. kroner til dette formålet over kap. 730, post 64. I tillegg foreslås det utstyrsbevilgninger på 30 mill. kroner til statssykehusene og 1 mill. kroner over kap. 739, post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren.

Post 66 Helseregionale- og andre samarbeidstiltak

1. Formål og hovedprioriteringer

Målet med helseregionale samarbeidstiltak er å oppnå bedre kvalitet på spesialisthelsetjenestene og bedre utnyttelse av regionens behandlingsskapasitet gjennom en mer effektiv sykehusstruktur. Fylkeskommunene skal samarbeide i de regionale helseutvalgene for å samordne spesialisthelsetjenestene innenfor og på tvers av fylkesgrensene.

Ved Stortingets behandling av Ot. prp. nr. 48 (1997-98) ble det lagt opp til en sterkere nasjonal styring, og en formalisering av de regionale helseutvalgene ved å styrke det regionale helsesamarbeidet. De regionale helseutvalgene pålegges å utarbeide regionale helseplaner som skal endelig vedtas av departementet jf. Budsjett-Innst. S. nr. 65 (1997-98)

2. Resultatrapport 1998

Regionale samarbeidstiltak er iverksatt i alle helseregionene med midler gitt i tilskudd fra Sosial- og helsedepartementet. Tiltakene er innrettet mot hovedmålsettingen med det regionale helsesamarbeidet: effektivisering av sykehusstruktur og funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehusene. Tilskuddsmidler har blant annet blitt brukt til å initiere større prosjekt innenfor sykehussamarbeid på tvers av fylkesgrenser og til regionale IT-prosjekt. Samtidig har helseregionene brukt 1998 til å forberede seg på konsekvensene av lovendringen som Stortinget vedtok ved behandlingen av Ot. prp. nr. 48 (1997-98). I den forbindelse har alle helseregionene utarbeidet nye vedtekter.

3. Tilstandsvurdering

Samtidig som helseregionene forbereder seg på å utarbeide de regionale helseplanene, pågår det tilretteleggingsarbeid i departementet. Det er blitt utarbeidet forskrift med virkning fra 10. februar 1999, som gir nærmere informasjon om innhold og utforming av den regionale planen, og rapportering om gjennomføring av den. Forskriften er fulgt opp med et rundskriv med nærmere informasjon om kravene til regionale helseplaner. Det er også utarbeidet rundskriv om de nasjonale satsningsområdene for den første planperioden, angående effektivisering av sykehusstrukturen, kreftbehandling og psykiatri.

Etter Stortingets vedtak ved behandlingen av St. meld. nr. 37 (1997-98) om ny regioninndeling på Sør-Østlandet, har departementet iverksatt arbeidet med en samordning av regionsykehustjenestene i Oslo. Hovedtrekkene i forslaget for ortopedi er å samle all vesentlig elektiv kirurgi i en avdeling lokalisert til Sophies Minde og Kronprinsesse Märthas Institutt, og at den nye avdelingen betraktes som både Rikshospitalets og Ullevål sykehus ortopediske avdeling. Traumatologi (øyeblikkelig hjelp) vil etter forslaget foregå ved en seksjon ved Ullevål sykehus. Det er lagt opp til en prøveperiode på 2 år for å teste ut en modell for et slikt samarbeid. Forslaget for kreftbehandling er at Ullevål skal dekke befolkningen i Oslo, Hedmark, Oppland og Østfold. Radiumhospitalet skal dekke Akershus, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder, i tillegg kommer funksjonsfordelinger på spesifikke diagnoser.

4. Budsjettforslag 2000

Helseregionale samarbeidstiltak

Det foreslås å bevilge 10 mill. kroner i 2000. Dette innebærer en reduksjon fra 1999 på 2 mill. kroner.

Midlene er planlagt brukt til å følge opp prosessene i de fem helseregionene med å utarbeide de regionale helseplanene, og å gjennomføre prøveprosjektet i ortopedi. I den forbindelse er det viktig å gi fylkeskommuner, helseregioner og departement tilgang til

relevant styringsinformasjon. Det tas sikte på å legge ut eksisterende data for eksempelvis ventetider, produksjon og demografi på Internett, i et fleksibelt system der de ulike aktørene kan sette sammen den informasjonen de ønsker for planleggingsformål. Det vil bli avsatt midler til investering og drift av systemet.

Evaluerings av det regionale samarbeidet vil også være et prioritert oppfølgingsarbeid fremover. Det legges opp til en bred evaluering som involverer flere ulike forskningsmiljøer. I første omgang vil perioden fram til 2005 være i fokus for evalueringen.

Godkjenning av nybygg og ombygging av sykehus er tillagt departementet. I en interimperiode fram til de første regionale helseplanene er vedtatt, er det krevd i rundskriv at større utbyggingsprosjekter skal utredes og vurderes ut fra et samlet regionalt perspektiv. Det vil bli gitt midler til et nylig opprettet kompetansenettverk for sykehusbygg som vil bistå helseregionene, fylkeskommunene og departementet i godkjenningssaker.

Telemedisin

Stortinget fattet i forbindelse med Budsjett-innst. S. nr. 11 (1998-99) vedtak om, jf. også enstemmig vedtak i Stortinget i forbindelse med interpellasjonsvedtak 12. januar 1999, å be Regjeringen vurdere særskilt bevilgning til etablering av et nasjonalt senter for telemedisin i forbindelse med revidert budsjett for 1999 eller statsbudsjettet for 2000.

Sosial- og helsedepartementet foreslår å benytte 29 mill. kroner til videreutvikling av telemedisin, hvorav 24 mill. kroner som et statlig tilskudd til driften av nasjonalt kompetansesenter innen telemedisin i Tromsø i fylkeskommunal regi, samt 5 mill. kroner til oppbygging av nettverk hvor primærhelsetjenesten trekkes inn. Tilskuddet på 24 mill. kroner skal sikre senteret en ledende posisjon internasjonalt, samtidig som det skal bidra til å bygge opp en motor for å spre en strategisk bruk av IT og telemedisin i helsesektoren. Et velfungerende senter har videre et potensiale for næringsutvikling og knoppskyting som det også er viktig å ivareta.

Når det gjelder finansiering av drift mener Sosial- og helsedepartementet at det er viktig med et statlig bidrag av en viss størrelse for å sikre kontinuitet og forutsigbarhet for prosjektet som er i regi av Troms fylkeskommune. Samtidig må det forutsettes en viss grad av selvfinansiering gjennom prosjekter, og inntjening gjennom ulik næringsvirksomhet innenfor et slik type senter.

For å ivareta senterets viktige rolle som nasjonalt kompetansesenter for helsevesenet innen telemedisin, og samtidig åpne for at senterets kompetanse skal kunne brukes andre steder i samfunnet, er organiseringen og forankringen av senteret svært viktig. Sosial- og helsedepartementet går derfor inn for at senteret etableres i nær tilknytning til eller i forskningsparken i Tromsø. Nasjonalt senter for telemedisin vil kunne leie lokaler i forskningsparken i Tromsø. Den institusjonelle organisering og forankring av senteret vil bli klart i løpet av våren 2000. Fylkeskommunens ansvar vil bli klargjort da.

Videre må det være et vesentlig premiss at det regionalt næringsliv og regionale investorer trekkes med for å sikre kommersiell aktivitet der dette er oppnåelig. Det er derfor etablert dialog med SIVA for å utrede nærmere hvordan dette skal oppnås.

5 mill. kroner foreslås nyttet til å etablere et prosjekt der helseregion Nord defineres som en utviklingsregion for IT og telemedisinske tjenester. Dette utviklingsprosjektet vil bygge på og videreutvikle Nordnorsk helsenett, som eksisterer allerede.

Sosial- og helsedepartementet legger til grunn at det ved bruk av telemedisinske metoder i helseregion Nord (Nordland, Troms og Finnmark) vil bli en innsparing i reisekostnader over folketrygdens budsjett. For 2000 er denne innsparingen beregnet til 7 mill. kroner, og utgiftene under kap. 2750, post 77 Syketransport, er redusert tilsvarende.

Post 67 Andre tilskudd*Yrkesmedisinsk avdeling ved Telemark sentralsykehus*

Det foreslås videreført 3,2 mill. kroner til drift av yrkesmedisinsk avdeling ved Telemark sentralsykehus.

Hospice Lovisenberg, Oslo

Hospice Lovisenberg startet som et prosjekt i 1994. Prosjektet er avsluttet og avdelingen er nå knyttet til Lovisenberg Diakonale Sykehus. Det foreslås at bevilgningen på 0,5 mill. kroner overføres til rammetilskuddet (Kommunal- og regionaldepartementet).

Trykkammerbehandling ved Vest-Agder sentralsykehus

Det foreslås videreført 0,8 mill. kroner til drift av trykkammerbehandling ved Vest-Agder sentralsykehus.

Kompetansesenter om aldersdemens

Kompetansesenteret ble etablert i 1997. Kompetansesenteret består av to enheter; én ved Ullevål sykehus, klinikk for geriatri og rehabilitering, og én ved Vestfold sentralsykehus, avd. Granli.

Kompetansesenteret skal gjennom forsknings- og utviklingsarbeid, videreutvikle og evaluere tilbudet for personer med demens og deres pårørende. Virksomheten skjer gjennom en vekselvirkning mellom utvikling av ny kunnskap og undervisning, råd og veiledning til helsesektoren.

En rekke prosjekter ble igangsatt i 1998, og tidsskriftet Demens ble utgitt 4 ganger. For 2000 planlegges flere nye prosjekter, noen konferanser og utvikling av læremateriell.

Tilskuddet på 7 mill. kroner foreslås videreført for 2000.

Program for aldersforskning, Tromsø

skal bygge opp forskningskompetansen på gerontologi og geriatri, være et produktivt og tverrfaglig forskningsmiljø og ha høy klinisk kompetanse. Forskningsprogrammet er forankret både i universitetsmiljøet og i sykehusmiljøet i Tromsø.

1998 var det første året med full drift, og en rekke prosjekter ble videreført og igangsatt. Det er tatt initiativ til å skape et årlig nasjonalt møte for aldersforskning, og penger er avsatt til et lokalt forskerforum.

Det har i flere år vært arbeidet for å få et kompetansesenter for geriatri og gerontologi i det gamle St. Elisabeths hospital i Tromsø, og forskningsprogrammets målsetning er å bli en del av dette. Hospitalet er nå overtatt av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, og forskningsprogrammet har reservert lokaler fra årsskiftet 1999/2000.

Det foreslås 6 mill. kroner til videreføring av forskningsprogrammet i 2000.

Lærings- og mestrings-senter for kronisk syke

Prosjektet "Lærings- og mestrings-senter Aker sykehus" startet opp september 1997 og er et samarbeidsprosjekt mellom sykehuset, store pasientorganisasjoner for kronisk syke og departementet. Det utvikles og iverksettes en rekke pedagogiske tiltak for gjennom læring å oppnå mestring av livet som kronisk syk. Målgruppene er pasienter med kroniske lidelser, pårørende, helsepersonell på sykehus og i kommunehelsetjenesten. Noen oppnådde resultater i 1998; ca. 2 200 oppmøter til læringstilbud for kronisk syke og pårørende, 750 besøk av helsepersonell og brukerorganisasjoner med formål å lære om senterets ide og virksomhet. Det er dessuten utviklet og gjennomført tre grunnkurs i veiledende helsepedagogikk. Prosjektet ble i 1998 støttet med 1,2 mill. kroner. Prosjektfasen avsluttes i 1999.

Departementet vil drøfte med Oslo kommune om en evt. videreføring av senteret også som kompetansesenter for hele landet fra 2000. I ny lov om spesialisthelsetjeneste har en i § 3-8 innført en ny bestemmelse om sykehusenes oppgaver. Av denne følger det at sykehusene skal gi opplæring til pasienter med kroniske sykdommer og til deres pårørende. Bestemmelsen medfører et stort veilednings- og informasjonsbehov for landets sykehus i forbindelse med utvikling og organisering av denne helsepedagogiske tjenesten. Det foreslås bevilget 1,2 mill. kroner for 2000 til kompetansesenter ved Aker sykehus.

Sentralsykehuset i Nordland startet høsten 1998 med planlegging av lærings- og mestringssenter med modell og mål som på Aker, tilrettelagt etter lokale forhold og forutsetninger. Driften startet mars 1999. Det er for 1999 bevilget 0,6 mill. kroner til prosjektet. Det foreslås bevilget 1 mill. kroner i 2000.

I 2000 foreslås lagt inn 0,6 mill. kroner til oppstart av et nytt lærings- og mestringssenter ved et annet sykehus.

I alt foreslås bevilget 2,8 mill. kroner i 2000 til dette formålet.

Beredskaps- og ambulansetjeneste ved Oslo Lufthavn, Gardermoen

I forbindelse med flytting av hovedflyplassen fra Fornebu til Gardermoen har Akershus fylkeskommune i samarbeid med Ullensaker kommune og Oslo Lufthavn AS etablert en beredskapstjeneste ved flyplassen knyttet til driften av en transittstasjon for ambulansetjenesten. Tjenesten er foreløpig opprettet som et prosjekt for inntil to år, hvor Sosial- og helsedepartementet står for finansieringen.

Sosial- og helsedepartementet har inngått avtale med Akershus fylkeskommune om statlig medfinansiering knyttet til lengre reiseavstand mellom hovedflyplassen og hovedstadssykehusene. Avtalen gjelder foreløpig for to år. Virksomheten skal evalueres pr. 1.oktober 2000. Det foreslås videreført bevilgning på 8,4 mill. kroner i 2000.

Nasjonalt ryggnettverk og landsfunksjon for kompliserte ryggsykdommer

Nasjonalt ryggnettverk er etablert for å drive fagutvikling, bidra til forskning og heve kompetansen. Ryggnettverket skal arbeide for å fremskaffe og spre ny kunnskap om forebygging, diagnostikk/utredning, behandling og oppfølging, samt å formidle kunnskap og erfaringer til pasientene og alle ledd i utrednings- og behandlingsskjeden. Ryggnettverket er et tverrfaglig forum og samarbeidsorgan for aktive ryggforskere og behandlere av pasienter med vondt i ryggen. Alle sykehus som behandler ryggpasienter, utvalgte aktører og andre fagmiljøer innen primærhelsetjenesten vil i første omgang få tilbud om å delta i nettverket og dets faglige aktiviteter. Sentralt i nettverket er kompetansesenteret for helsetjenester og kommunikasjon ved Ullevål sykehus, og kompetansesenteret for kontrollerte forsøk ved Universitetet i Bergen.

Departementet har oppnevnt en bredt sammensatt rådgivningsgruppe for ryggnettverket og departementet.

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 1999 ba Stortinget regjeringen vurdere om ett eller to av landets regionsykehus skal tillegges et særlig ansvar for behandling av de mest kompliserte ryggsykdommer, og fremme forslag om ryggpoliklinikker i statsbudsjettet for 2000. Statens helsetilsyn har foreslått at ett fagmiljø bør gis status som landsfunksjon for kompliserte ryggsykdommer. Landets regionsykehusfylker er tilskrevet med spørsmål om slik landsfunksjon. Når det gjelder ryggpoliklinikker er det lagt opp til at de nye takstene for tverrfaglig utredning og tverrfaglig behandling for pasienter som ikke skal opereres, skal bidra til dette. Vi viser forøvrig til omtale av takster under poliklinikkposten kap. 730, post 61.

Departementet foreslår at tiltakene for bedret ryggomsorg blir fortløpende evaluert i en 3-årsperiode.

Det foreslås bevilget 5 mill. kroner til nasjonalt ryggnettverk, herunder forsknings- og utviklingsprosjekter.

Kompetansesenter for revmatikere ved Diakonhjemmet i Oslo, funksjonstilskudd

Oslo kommune er i gang med planleggingsarbeid når det gjelder etablering av et rehabiliteringssenter for revmatikere ved Diakonhjemmet. Dette senteret skal ivareta kompetansesenteroppgaver, landsfunksjoner og regionsfunksjoner for helseregion sør. Det forutsettes nært samarbeid med Senter for revmatiske sykdommer ved Rikshospitalet og de allerede etablerte tjenester for revmatikere ved Diakonhjemmet. Senteret forutsettes å komme i drift i 2000, men en forventer full drift først i 2001. Det er beregnet at fylkene betaler gjestepasientpris for pasienter som henvises til tjenester på landsnivå og regionpasienter, som for andre pasienter som henvises til tjenester på lands- og regionnivå. Det foreslås satt av 5,0 mill. kroner til drift av kompetansesenteret og tilskudd til landsfunksjoner. Kapitalutgifter i forbindelse med tilbygg for å etablere lands- og regionsfunksjonen forutsettes dekket etter vanlige regler for kapitaltilskudd. Departementet vil foreslå dekning av nødvendig investering for å realisere kompetansesenteret. Departementet vil komme tilbake til forslag til bevilgning for full drift og støtte til investering knyttet til kompetansesenteret i forslag til budsjett for 2001.

Prosjekt "Støtte til seksuelt misbrukte barn"

Prosjektet er et ledd i oppfølgingen av St. meld. nr. 53 (1992-93) Om seksuelle overgrep mot barn. I 1999 ble det bevilget 3 mill. kroner over denne posten til å følge opp vedtatte tiltak i meldingen, bl.a. Nasjonalt ressursenter for seksuelt misbrukte barn. Senteret har som hovedmålsetting via kompetanseoppbygging å forbedre tilbudet om utredning, diagnostisering, behandling og støtte til seksuelt misbrukte barn og deres pårørende. Dette var i første omgang et treårig prosjekt med start 1. august 1995 og slutt 31. juli 1998. Imidlertid ble det fastslått at driften av senteret skulle opprettholdes ut 1999. Det er Oslo kommune som har ansvaret for driften av senteret.

I tillegg til at det er gjennomført en evaluering av dette prosjektet, har Statens Helsetilsyn på oppdrag fra Sosial – og helsedepartementet vurdert behovene for senteret. På bakgrunn av Helsetilsynets anbefalinger, evalueringsrapporten og senterets anbefalinger i sin sluttrapport, er det grunnlag for å konkludere med at det er behov for en videre spesiell satsning innen dette fagområdet.

Regionalisering er det prinsippet som må legges til grunn for oppbygging og spredning av kompetanse, også innenfor dette feltet. Det arbeides nå med regionale planer, og dette arbeidet er kommet noe ulikt i de forskjellige helseregionene. Som følge av at dette arbeidet ikke er fullført og det gjenstår mye arbeid på kompetanseoppbygging, er det nødvendig å videreføre Ressurssenteret i 3 år – t. o. m. 2002. Hovedutfordringene for Ressurssenteret i denne perioden vil være å bistå regionene i oppbygging av kompetanse, samt videreføre enkelte nasjonale funksjoner. I tillegg til dette har Statens Helsetilsyn fått i oppdrag å avklare helsevesenets organisering av arbeidet med seksuelle overgrep og annen barnemishandling, og avklare om det er behov for nasjonale funksjoner når regionene har bygget opp kompetansen.

Det foreslås avsatt 3 mill. kroner til drift av senteret og videre utviklingsarbeid på feltet i 2000.

Livshjelp

Livshjelpsutvalget, som har utredet behandling, pleie og omsorg til uhelbredelig syke og døende, avga sin innstilling 20.01.99. Utvalget har utarbeidet et forslag til plan for å styrke tilbudet til denne pasientgruppen.

Det tyder på at mange uhelbredelig syke og døende ikke får god nok symptomlindring og oppfølging. Å gi et bedre tilbud innebærer både en ressursmessig styrking og styrking av kompetansen. For å styrke den helhetlige innsatsen på dette området er en rekke tiltak nødvendig.

Nevnte utredning har vært på høring. Departementet vil i en Stortingsmelding om verdigrunnlaget for helsetjenesten som skal legges frem ved årsskiftet 1999/2000,

komme tilbake med en mer helhetlig plan for satsing på feltet. Departementet har sett det som viktig at det i budsjettet for 2000 settes av midler til arbeidet med oppbygging av kompetanse. I 1999 ble det avsatt 5 mill. kroner til oppbygging av kompetanse innen lindrende kreftbehandling, og satsingen vil bli ført videre i 2000. I tillegg foreslås avsatt ytterligere 5 mill. kroner til å styrke regionsykehusenes kompetanse om lindrende behandling ved andre sykdommer enn kreft, jf. kap. 739, post 65 Nasjonal kreftplan. I 1999 ble det også etablert en takst for lindrende kreftbehandling: pasientens eget hjem, og i 2000 er det satt av 4 mill. kroner til formålet. Lindrende behandling må også ytes til andre pasientgrupper enn kreftpasienter. Disse enhetene må styrkes slik at de kan utvikle kompetanse og tilby tjenester til de pasienter som har behov for lindrende behandling, uavhengig av diagnose.

Særskilte tilbud for uhelbredelig syke og døende pasienter innenfor spesialisthelsetjenesten – enhet for lindrende behandling/hospicetilbud i sykehus – er inkludert i de ordninger som gjelder for finansiering. Dette gjelder innsatsstyrt finansiering (ISF) for innlagte pasienter og poliklinikketakst for undersøkelse/behandling i offentlig poliklinikk.

Kap 0731 Rikshospitalet

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	2 151 005		
30	Nybygg, <i>kan overføres</i>	20 671		
31	Utstyr til nybygg, <i>kan overføres</i>	12 190		
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	67 429		
50	Statstilskudd		1 201 900	998 000
	Sum kap 0731	2 251 295	1 201 900	998 000

Bevilgningsforslaget fra og med 1999 er redusert teknisk som følge av overgang til nettobudsjettering.

Overført fra 1998 til 1999:

Post 45: 61 157 000 kroner som bl.a. inneholder restbevilgning på 13,5 mill. kroner i forbindelse med trikk til Gaustad.

Kap 3731 Rikshospitalet (jf. kap. 731)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Salgs- og leieinntekter	207 897		
03	Diverse inntekter	43 206		
04	DRG-refusjon	513 698		
15	Refusjon av arbeidsmarkedstiltak	1 064		
16	Refusjon fødselspenger	23 491		
17	Refusjon lærlinger	78		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	381 574		
	Sum kap 3731	1 171 008		

1. Rikshospitalets formål og hovedprioriteringer

Rikshospitalets hovedoppgaver er pasientbehandling, forskning og undervisning på høyt internasjonalt nivå, med pasienten i sentrum og i overensstemmelse med overordnede helsepolitiske målsettinger. Rikshospitalet skal være en høyspesialisert institusjon innenfor sine enkelte virksomhetsområder.

Rikshospitalet er et universitetssykehus og regionsykehus for helseregion Sør. Hospitalet dekker i tillegg en rekke landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og lokal-/og sentralsykehusfunksjoner for Akershus og Oslo fylker innen visse spesialiteter. Lands- og regionsfunksjonene utgjør knapt 80 pst. av virksomheten, mens lokal- og sentralsykehusfunksjonene utgjør ca. 20 pst. av sykehusets virksomhet. Rikshospitalet deltar i det faglige samarbeidet i region Sør. Sykehuset er sentralt i arbeidet med utprøvende behandling og forskning.

2. Resultatrapportering 1998

Rikshospitalets produksjon i 1998 var høyere enn budsjettert med hensyn til sykehusopphold og kurdøgn. Det var en viss nedgang i polikliniske konsultasjoner i forhold til budsjett, men det er en viss økning i forhold til 1997. Regnskapet viste et underskudd på om lag 10 mill. kroner. Arbeidet med å tilpasse og utbedre økonomistyringssystemet og regnskapsrutinene for å få til en bedre økonomiforvaltning, ble videreført i 1998.

Tabell II. 31: Samlet medisinsk virksomhet, Rikshospitalet

Resultatmål	Resultat 1996	Resultat 1997	Mål 1998	Resultat 1998
Antall senger	692	691	691	666
Antall kurdøgn	202 703	209 354	201 200	204 342
Sengeutnyttelse i pst.	66,6	66,6	66,6	72,31
Gjennomsnitt kurdøgn/opphold	5,9	5,9	6,06	5,1
Antall institusjonsopphold	34 449	37 930	33 200	40 205
Derav dagopphold	6 703	7 161	6 900	11 632
Venteliste, garantibrudd	394	501		146
Pasienthotell, opphold	14 451	12 743	14 050	13 255
Antall reg. poliklinikk konsult.	125 582	127 592	132 500	129 846
DRG-poeng	40 462	42 927	41 840	44 472
DRG-indeks (GRH)	1,26	1,20	1,26	1,11

Gjennomsnittlig liggetid har i perioden 1990 til 1998 blitt redusert fra 6,3 til 5,1 dager.

Klinisk virksomhet

Grunnet utsatt flyttedato ble perioden med høy aktivitet prolongert slik at 1998 var et år med høyere produksjon enn budsjettert. Rikshospitalet hadde i 1998 i overkant av 40 000 sykehusopphold, hvorav 30 000 var heldøgnsopphold. Antallet eksterne polikliniske konsultasjoner i 1998 var 118 142, i tillegg hadde poliklinikkene 11 704 konsultasjoner av inneliggende pasienter.

Rikshospitalet har landsfunksjon for behandling med organ- og benmargstransplantasjon. Antallet utførte organtransplantasjoner i 1998 var 271, mot 236 i 1997. I perioder med maksimal kapasitetsutnyttelse på benmargstransplantasjonssiden har RH vært nødt til å sende pasienter til utlandet for behandling.

1998 var et særdeles produktivt år innen hjertekirurgi med 796 åpne operasjoner med bruk av hjertelunge maskinen. Antallet åpne hjerteroperasjoner har aldri vært så stort.

Den teknologiske og medisinske utviklingen har spesielt innenfor feltet nevrokirurgi gitt økte muligheter for diagnostikk og behandling. Dette kommer bl. a. til uttrykk i antall liggedager som sett i forhold til 1995 er økt med i alt 41 pst., for helseregion Sør med 37 pst. og helseregion Øst med 125 pst..

Forskning og undervisning

Forskningen ved Rikshospitalet skjer innen de enkelte avdelinger og i samarbeid med Universitetet i Oslo og Medinnova. Rikshospitalet har et utstrakt samarbeid med andre nasjonale sentra og internasjonale forskningsinstitusjoner.

I 1998 ble det publisert over 550 vitenskapelige artikler i internasjonale tidsskrifter, og det ble avlagt 22 medisinske doktorgrader med utgangspunkt i forskningsarbeid ved Rikshospitalet. Om lag 400 personer arbeider ved hospitalet med lønn fra Universitetet eller andre forskningsinstanser.

Det befinner seg til en hver tid i underkant av 500 medisinerstudenter på Rikshospitalet.

Universitetstilknyttede leger ved hospitalet gir årlig ca. 20 000 undervisningstimer (ca. 90 pr. dag).

Flytting til nytt Rikshospital

Flyttetidspunkt

På grunn av nye forsinkelser i ferdigstillingen av nytt Rikshospital vedtok styret å forskyve flytteprosessen slik at hovedflytting ikke vil skje som planlagt 20/21 november 1999. Ny dato for hovedflytting er ikke fastsatt. Tidspunkt for ny flyttedato vil bli fastsatt så snart Statsbygg kan dokumentere stabil drift av de tekniske anleggene, slik at Rikshospitalet kan starte sin prøvedrift.

Dato for hovedflytting har vært forskjøvet to ganger i 1999. I St. prp. nr. 1 (1998-99), tillegg nr. 3, i St. prp. nr. 37 (1998-99) og i St. prp. nr. 67 (1998-99) ble Stortinget orientert om endringer i flyttetidspunkt til Nytt Rikshospital (NRH) på Gaustad og kostnadsøkningen i prosjektet. Opprinnelig var dato for ferdigstilling fastsatt til 1. mars, med hovedflytting i september. Etter ulykken i fyrhuset i februar ble ferdigstillingen utsatt til 1. juni. Nytt flyttetidspunkt ble satt til 20/21. november. Statsbygg så seg ikke i stand til å holde fristen for ferdigstilling (01.06.99). Rikshospitalet inngikk etter dette en avtale med Statsbygg om ferdigstilling 1. august samtidig med at Rikshospitalet skulle forberede igangsetting av flytting og drift. Prinsipper for ferdigstilling og rapporteringsprinsipper var inntatt i avtalen. Med bakgrunn i nye forsinkelser vedtok styret å utsette flyttingen.

Rikshospitalet legger tidligere vedtatte flyttemodell til grunn for fastsettelse av ny flyttedato. Det innebærer: ca 4 ukers teknisk prøvedrift og 10-12 uker fra første pasientflytting til hovedflytting. I praksis innebærer dette ca 20 uker fra flyttebeslutning til hovedflytting kan finne sted.

Økonomiske konsekvenser

Økonomiske konsekvenser av utsatt flytting fra september til november 1999 ble behandlet i St. prp. nr. 67 (1998-99) der det ble tilleggsbevilget 27 mill. kroner til flytteprosjektet.

Ytterligere utsettelse av flyttetidspunktet vil medføre ytterligere utgifter. Utsettelsen har også medført at Rikshospitalet har måttet oppgradere og 2000-tilpasse datasystemene i Pilestredet. De bygningsmessige og driftsmessige konsekvensene av den siste utsettelsen av flytting til NRH vil bli fremmet for Stortinget på et senere tidspunkt.

Forskyving av flyttetidspunktet til 2000 vil endre forutsetningene for gjennomføring av effektiviseringskravet i 2000, tidligere vedtatt til 40 mill. kroner. Se nærmere omtale under merknader og resultatmål til budsjettforslaget for 2000. Svikten i produksjonen på 15 pst. som var forutsatt i 1999, vil nå i hovedsak bli forskjøvet til 2000.

Kostnader knyttet til ferdigstilling av NRH

I St. prp. nr. 37 (1998-99) ble det bevilget 30 mill. kroner på kap. 1580 post 31 til bygningsmessige tilpasninger/modifiseringspunkter m.m på Nytt Rikshospital. En del tilpasningsarbeid gjenstår. Deler av dette arbeidet kan sluttføres etter innflytting har

startet. Det vil bli redegjort nærmere for dette i den ovennevnte sak som blir fremmet for Stortinget på et senere tidspunkt.

Åpning av Gaustad hotell

I januar 1999 åpnet Gaustad Hotell. Hotellet med sine 90 rom er en del av det nye Rikshospitalet på Gaustad, og er et tilbud til pasienter ved Rikshospitalet og deres pårørende.

Hotellet har sykepleieservice og er tilrettelagt for funksjonshemmede.

3. Tilstandsvurdering

Det er et stabilt behov for helsetjenester fra helseregion Sør og fra landet for øvrig bortsett fra helseregion Øst hvor etterspørselen har økt etter nevrokirurgiske tjenester. Etterspørselen er på noen områder høyere enn sykehusets kapasitet slik at det genereres ventelister. Innen fagområder som nevrokirurgi, barnemedisin og tung kreftkirurgi, er det økende etterspørsel etter sykehusets tjenester.

Funksjonsfordeling

Sosial- og helsedepartementet og Oslo kommune har som sykehuseiere tatt initiativ til en drøfting av funksjonsfordeling av regionssykehusfunksjonen i Oslo området. Det er pekt ut fire fagområder; ortopedi, nevrokirurgi, kreftbehandling og medisinsk genetikk. Det er utpekt faggrupper med representanter fra sykehus med regionsfunksjoner i Oslo området. Faggruppene er supplert med representanter fra sykehusenes lønns-, personal- og økonomiavdeling.

For fagområdet ortopedi tenker sykehusene seg en samordning til én avdeling med en faglig leder, og at ordningen gjennomføres fra 1.1.2000 med prøvetid på 2 år.

Bruk av lokalene ved Sophies Mindes Ortopeditekniske Senter

Statens bruk av Sophies Minde har ikke vært regulert gjennom avtaler. Sosial – og helsedepartementet har inngått avtale om statens bruk av eiendommen for 1999. Det forhandles om avtale for 2000 og 2001, dvs. den perioden Rikshospitalet har behov for å benytte lokalene. Når det gjelder eventuelt fremtidige behov for bruk av eiendommen på Sophies Minde, vises det til omtale under Regioninndelingen, fase 2.

Departementet vil vurdere den fremtidige tilknytningsformen for de ortopediske verkstedene.

Berg Gård

Virksomheten ved Berg Gård skal ivareta regionsoppgaver for helseregion Sør, landsfunksjoner og evt. kompetansesenterfunksjoner innen habilitering av barn. Sosial – og helsedepartementet har inngått leieavtale med Cerebral - Parese foreningen om bruk av Berg Gård. Avtalen løper t.o.m. 31.12.2002 med mulighet til forlengelse.

Medinnova

Medinnova ble etablert i 1985 og omdannet til statsforetak i 1993, jf. St. prp. nr. 96 (1985-86), og reguleres av lov om statsforetak. Medinnovas regnskap for 1997 var ikke klart innen fristen på 6 måneder etter utgangen av regnskapsåret. Foretaksmøtet i Medinnova SF i forbindelse med regnskapet for 1997, måtte av den grunn utsettes og ble avholdt 16. oktober 1998. Med bakgrunn i problemene rundt regnskapsavleggelsen ble det nye styret pålagt en omfattende instruks for å bringe orden i ulike forhold i tilknytning til regnskapsavleggelsen. Regnskapet for 1998 ble avlagt innen fristen og foretaksmøtet ble avholdt 10. juni 1999. Styreleder redegjorde for oppfølgingen av instruksjonen gitt i forrige foretaksmøte. På forholdsvis kort tid har styret skaffet seg oversikt over problemene i selskapet og satt i gang en rekke tiltak for å rette opp de svakheter som er påvist. Et betydelig arbeid gjenstår på noen punkter. Departementet følger opp saken.

4. Satsingsområder for 2000

Rikshospitalets fremste oppgave er å oppfylle de prioriterte nasjonale helsepolitiske målene innenfor fastsatte rammer med økende krav til kvalitetssikring av helsetjenestene.

Drift og vedlikehold av ny bygningsmasse

Nytt Rikshospital er et moderne bygg med langt flere tekniske installasjoner enn det er i dagens bygningsmasse ved det Gamle Rikshospitalet. I tillegg er antall kvadratmeter som skal vedlikeholdes økt betraktelig, fra vel 125 000 m² til ca. 132 500 m² som er nytt areal. Ny plan- og bygningslov, samt arbeidsmiljøloven med forskrifter, setter større krav til nye bygg.

Lands- og flerregionale funksjoner, høykostmedisin

Rikshospitalet skal fortsatt prioritere høyspesialiserte funksjoner, lands- og flerregionale funksjoner.

Rikshospitalet skal dessuten dekke behovene for helsetjenester på regionsnivå fra helseregion Sør og inntil videre Akershus og Østfold, samt inngå i et utvidet faglig og administrativt samarbeid med sykehusene i regionen.

Rikshospitalet har sammen med de andre regionsykehusene et ansvar for å utvikle nye behandlingsformer, samt fange opp nye trender i den medisinske utviklingen innenfor medisinsk behandling, undervisning og forskning.

Nevrokirurgisk virksomhet

Det er en sterk økning i etterspørselen etter nevrokirurgiske tjenester. Mye av dette henger sammen med bedret diagnostikk (bruk av avansert røntgenbilde-diagnostikk ved sentralsykehusene). Den teknologiske utviklingen (bruk av MR og Intervensjonssenteret) har dessuten ledet til utvikling av nye behandlingsformer, slik at pasienter som tidligere ikke hadde et behandlingstilbud nå kan gis både livreddende og livsforlengende behandling.

For å effektivisere pasientstrømmen har Nevrokirurgisk avdeling siste året drevet en nevrokirurgisk poliklinikk. Dette har imidlertid ført til at belegget av pasienter i sengepostene har blitt tyngre. Rikshospitalet vurderer kontinuerlig interne endringer som gjør det mulig å bedre pasientflyten for nevrokirurgiske pasienter og gi mulighet til i større grad å gjennomføre planlagte operasjoner på pasienter med kroniske sykdommer, som for eksempel epileptikere og pasienter med Parkinsons sykdom.

Leie av lokaler utenfor sykehuset/opprustning av eiendommer utenfor Gaustad

Ved hovedflytting til Gaustad har Rikshospitalet beregnet at de fremdeles vil mangle kontorplasser, primært knyttet til funksjonærer og støttepersonell. Behovet vil bli søkt dekket på det private markedet. Rikshospitalet har fullmakt til å inngå slike leiekontrakter. Flytting til nytt Rikshospital forutsetter fortsatt bruk av lokalene på Berg Gård og Sophies Minde. I år 2000 må Rikshospitalet betale husleie for disse bygningene. I tillegg inngår et visst vedlikehold av bygningsmassen.

5. Omlegging til nettobudsjettering

Rikshospitalet er fra 1999 nettobudsjettet. Det vil i 1999 og 2000 arbeides videre med å utvikle styringsdialogen mellom departementet og Rikshospitalet under de rammebetingelser som nettobudsjettering innebærer.

6. Merknader og resultatmål til budsjettforslaget for 2000

Innsparing

I forbindelse med behandling av St. prp. nr. 63 (1996-97) ble driftsrammen for nytt Rikshospital satt til 1 618 mill. kroner (1997- kroner). Dette innebærer et innsparingskrav på ca. 80 mill. kroner i 2000 i forhold til SIII 1997. Begrunnelsen for effektiviseringskravet var en forutsetning om at det nye sykehuset skulle gi grunnlag for en betydelig rasjonaliseringsgevinst ved at fire sykehus ble slått sammen og ved en bevisst endring av arbeidsrutinene. På grunn av forsinkelsene med innflytting i nytt Rikshospital er tidspunktet for gjennomføring av innsparingskravet forskjøvet. En del av sykehuset blir ikke ferdig før i løpet av 2000. Det vil derfor være for tidlig å oppnå full effektiviseringsgevinst på 80 mill. kroner i 2000. Det ble i St. prp. nr. 1 (1997-98) fastsatt innsparingskrav på 50 mill. kroner i 2000, som senere skulle økes med ytterligere 30 mill. kroner. Innsparingskravet for 2000 er senere redusert til 40 mill. kroner. Når endelig innflyttingstidspunkt er fastlagt, vil innsparingskravet for 2000 bli foreslått ytterligere redusert. Det forutsettes at det nye sykehuset skal behandle like mange pasienter som i 1997.

Endret håndtering av DRG-indeks og DRG-kryp i Innsatsstyrt finansiering

Fra 2000 gjøres det endringer i beregning av DRG-indeks og DRG-kryp i innsatsstyrt finansiering. Basisgrunnlaget for beregning av krypgrensen endres fra gjennomsnittet av årene 1996, 1997 og 1998 til kun å bruke DRG-indeksen for 1998. Videre heves DRG-krypgrensen fra 1 pst til 2 pst og beregnes med utgangspunkt i det nye basisgrunnlaget. Denne måten å håndtere DRG-kryp gir omfordelingseffekter mellom fylkeskommunene og for statssykehusene som omfattes av finansieringsordningen. Omfordelingseffektene vil kunne beregnes mot slutten av inneværende år, og det tas sikte på å justere for eventuelle virkninger. Det vises også til omtale under kap. 730 post 60.

Budsjettforslag 2000

Budsjettet for 2000 er beregnet ut i fra hovedflytting i november/desember 1999.

Endelig budsjett og aktivitetstall vil bli fastlagt når flyttetidspunktet er bestemt.

Tabell II. 32: Mål 2000

	Mål 1999	Mål 2000
Antall senger	691	585
Antall inst.opphold	34 000	34 000
Derav dagopphold	10 000	8 100
Antall DRG-poeng	36 900	38 600
Polikliniske konsultasjoner og behandling	118 000	102 600

Hovedprofilen i budsjettforslag for Rikshospitalet

Beregningen av statstilskuddet tar utgangspunkt i en årskapasitet på 201 000 kurdøgn og 33 000 innleggelser, dvs. den kapasiteten som nytt Rikshospital på Gaustad er beregnet til. Utsettelse av flyttetidspunkt fra 1999 til år 2000 innebærer at reduksjonen i aktivitetsnivå i hovedsak vil finne sted i 2000. Forskyvingen av svikten i aktivitet fra 1999 til 2000 vil sammen med de budsjettmessige konsekvensene av utsatt flytting, bli fremmet for Stortinget på et senere tidspunkt. (Se nærmere under punktet "flytting til nytt Rikshospital"). Rikshospitalets reduserte aktivitet i flytteåret vil medføre at inntektsrammen for 2000 ikke vil være som for et fullt driftsår. Endringer i produksjonen og produksjonsprosessene kan føre til finansielle dreininger på inntektssiden. Det er tatt forutsetning om honorering ut fra foreslått produksjonsvolum

uten at det er lagt inn marginer for skisserte risikoforhold. Det er imidlertid gjort grove vurderinger av inntektssiden ut fra takster og honorering av inneliggende, dagpasienter og tung/lett poliklinisk behandling.

Om den ekstraordinære risikoen i 2000

Et årsbudsjett har vanligvis trygg empirisk forankring i forrige års regnskap og inneværende års budsjett, samt at det bygger på konkrete endringsforslag for budsjettåret. Rikshospitalets budsjett for 1999 vil bare i begrenset grad ha en slik historisk trygghet. Omlegging til mer dagbehandling og poliklinikk, bruk av det nye sykehotellet, ny organisering av operasjonsaktiviteten, poliklinikkene, instrumentsterilisering og flere "tekniske" senger, er endringer som krever innkjøring. I tillegg kommer selve flyttingen som ventelig vil finne sted første kvartal og usikkerheten rundt dette. Alt dette betyr ekstra usikkerhet både produksjonsmessig, og derved også finansielt. Derfor er det betydelig større usikkerhet knyttet til budsjettet for 2000 enn det normalt vil være.

Den gjennomsnittlige beleggprosenten i 1998 var 72. I det nye sykehuset er det lagt til grunn en forutsetning om 80 pst. gjennomsnittlig belegg. Departementet forutsetter at Rikshospitalet ikke oppnår en så høy beleggprosent i 2000 som opprinnelig planlagt.

Post 50 Statstilskudd

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 3 533,51 pr.1. oktober 1998 og 3514 pr. 1. mars 1999..

Tilskuddet for 2000 foreslås til 998 mill. kroner. I dette inngår blant annet følgende endringer:

- Tilskuddet er økt med 6,5 mill. kroner til økte husleieutgifter
- Tilskuddet er økt med 4 mill. kroner til utprøvende behandling, overført fra kap. 739, post 21
- Tilskuddet er økt med 1,5 mill. kroner til kreftplan – solide svulster hos barn. Overført fra kap. 739, post 65
- Tilskuddet er redusert med 217,2 mill. kroner på grunn av engangsbevilgningene til flytting til nytt Rikshospital
- Det er lagt inn et generelt produktivitetskutt på 3,7 mill. kroner
- Tilskuddet er styrket med 5 mill. kroner fra utstyrsmidlene som delfinansiering av Fase 2 tiltak innen ortopedi

Gjestepasientpriser

Kurdøgnpriser 2000 fastsettes i eget rundskriv og ses i sammenheng med DRG refusjonen.

Rikshospitalets senter for ortopedi er plassert i gruppe III.

Revmatismesykehuset og Berg gård er plassert i gruppe I.

På Rikshospitalet benyttes alle priskategorier og det er forutsatt egen pris for transplantasjoner, i tillegg til ordinær kurdøgnpris. Det er også for Rikshospitalet forutsatt egne normerte priser for hjerteoperasjoner/PTCA-behandling.

Kap 0733 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter		4 459	4 530
	Sum kap 0733		4 459	4 530

1. Formål og hovedprioriteringer

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) ble etablert 1. januar 1999. Rådet er rådgivende for Sosial- og helsedepartementet i alle overordnede spørsmål som angår gjennomføringen av- og kvaliteten på spesialistutdanning. Rådet er sammensatt av de sentrale aktørene i spesialistutdanningen, samt en representant for pasientene. Nasjonalt råd gir også råd til departementet i nasjonale legefordingsspørsmål. Ny ordning for legefording ble vedtatt ved behandlingen av Ot. prp. nr. 4 (1998-99) gjennom tilføyelser til sykehusloven og kommunehelsetjenesteloven. Som basis for denne oppgaven holder NR oversikt over lovlig opprettede legestillinger innen kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For spesialisthelsetjenesten holder NR i tillegg oversikt over fordelingen på spesialitet, sykehus, fylkeskommune og helseregion.

2. Tilstandsvurdering

Antall nye legestillinger i sykehus har frem til 1998 økt med rundt 400 stillinger pr. år, mens kommunehelsetjenesten har hatt en ytterst beskjedne økning på bare 30-40 nye stillinger/hjemler pr. år. Ved siste årsskifte var det ca. 800 ledige legestillinger i Norge, 600 i sykehus og 200 i kommunene. Veksten i sykehusenes forbruk av legetjenester er nå betydelig bremsed ved at departementet etter råd fra NR fastsatte en ramme på 80 nye stillinger for 1999. Ved en fortsatt restriktiv holdning til opprettelse av nye legestillinger i sykehus er formålet både å redusere antall ubesatte legestillinger og motvirke den geografiske skjevfordelingen.

NR arbeider med å etablere hensiktsmessige og faglig forsvarlige saksbehandlingsrutiner for alle saker som angår spesialistutdanning av leger etter at NR har overtatt ansvaret som rådgivende organ for departementet. I saker uten prinsipiell betydning er myndighet til å treffe beslutning delegert til sekretariatet i NR. Utredning av forbedringer av spesialistutdanningen er startet opp.

For kommunehelsetjenesten har Sosial- og helsedepartementet, etter råd fra NR, fastsatt en fordelingsramme for 1999 på 104 nye legestillinger/hjemler. NR fordeler etter fullmakt fra departementet nye legestillinger/hjemler til kommunehelsetjenesten på grunnlag av søknader fra den enkelte kommune via fylkeslegene. Fordelingen er delegert videre til sekretariatet i NR og skjer etter nærmere fastsatte kriterier. Kriteriene er utarbeidet av en partssammensatt gruppe bestående av Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune, Den norske lægeforening og Sosial- og helsedepartementet, jf. Ot. prp. nr. 4 (1998-99).

3. Satsingsområder og mål for 2000

NR skal vurdere dagens spesialistutdanning for leger og foreslå forbedringer både hva angår utdanningenes kvalitet og effektivitet. Det omfattende utredningsarbeidet som ble igangsatt sommeren 1999 vil bli fullført i løpet av 2000, og vil kreve mye av Rådets og sekretariatets kapasitet. Utredningen vil bl. a. bygge på St. meld. nr. 24 (1996-97) "Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste" og Stortingets behandling av denne.

Viktige elementer i denne utredningen vil blant annet være eventuell effektivisering av utdanningen gjennom forkorting og effektivisering av utdanningstiden, bortfall av

frivillig sideutdanning, universitetenes og helseregionenes rolle i spesialistutdanningen og styrking av forskning og undervisning.

NR vil videre ansvarliggjøre sykehuseiere, sykehus og den enkelte avdelingsoverlege, og vurdere behovet for nye og endrede spesialiteter og statlige satsingsområder i spesialistutdanning og rekruttering av leger.

En sentral arbeidsoppgave i 2000 vil være å fordele nødvendige legestillinger/hjemler til kommunene som forberedelse til iverksetting av fastlegereformen fra 1. januar 2001, samt å legge til rette for best mulig rekruttering til kommunehelsetjenesten. Oppmerksomhet overfor spesialitetene allmennmedisin og samfunnsmedisin er viktig i denne sammenhengen.

4. Merknader til budsjettforslaget for 2000

Det foreslås bevilget 4 530 000 kroner til drift av rådet og sekretariatet.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 5 pr. 1. mars 1999.

Kap 0734 Det norske Radiumhospital

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	711 096		
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	35 494		
50	Statstilskudd		272 800	297 900
89	Renter	599		
90	Avdrag på lån	6 305		
	Sum kap. 0734	753 494	272 800	297 900

Fra 1999 er det innført nettobudsjettering for Det Norske Radiumhospital. Dette innebærer at det bevilges et netto driftstilskudd på kap. 734 post 50.

Overføringer fra 1998 til 1999:

Fra post 01: 32 225 000 kroner

Fra post 45: 74 666 000 kroner

Overføringene fra post 01 er delvis knyttet til lokalt lønnsoppgjør i 1998 og visse utstyrsanskaffelser. Overføringene fra post 45 er bundet til store utstyrsanskaffelser som ble vedtatt i 1998 (ekstra utstyrspakke knyttet til kreftplanen), som det tar tid å effektivere på grunn av anbudsregler og byggesaksbehandling.

Kap 3734 Det norske Radiumhospital (jf. kap. 734)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Salgs- og leieinntekter	133 212		
04	DRG-refusjon	137 801		
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	792		
16	Refusjon fødselspenger	9 207		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	217 957		
	Sum kap 3734	498 969		

Som en følge av at det er innført nettobudsjettering for Radiumhospitalet, bevilges det et netto driftstilskudd på kap. 734 post 50 for 1999. Departementet legger til grunn at ubrukte bevilgninger i 1999 overføres til 2000, jf. romertallsvedtak nr. VI-2.

1. Formål og hovedprioriteringer

Det Norske Radiumhospital (DNR) omfatter selve hospitalet og Institutt for kreftforskning. Instituttets budsjett er inkludert i DNRs budsjettforslag med ca. 40 mill. kroner.

Det Norske Radiumhospital er landets spesialsykehus for diagnostikk, behandling, pleie og omsorg ved kreftsykdom. Sykehuset er universitetssykehus og skal drive forskning på høyt internasjonalt nivå. Det skal videre være en drivkraft i forebygging av kreft og rehabilitering av kreftpasienter.

DNR har som hovedmål å:

- være referanseinstitusjon innen kreftdiagnostikk, -behandling og -pleie, herunder være kompetansesenter for visse former for gynekologisk kreft og sjeldne former for ben- og bindevevskreft
- dekke behovet for diagnostikk, behandling og omsorg på regionsnivå for pasienter fra helseregion Sør, samt Akershus
- medvirke til å forebygge kreft ved rådgivning overfor myndighetene og utsatte grupper og ved forebyggende behandlingstiltak
- bidra til tidlig diagnostikk av kreft ved genetisk veiledning og oppfølging i familier med arvelig kreft, ved deltagelse i screening av befolkningen og ved ivaretagelse av kompetansesenterfunksjoner innen disse feltene
- drive grunnforskning og anvendt forskning på høyt internasjonalt nivå innen felter relatert til kreft og kreftbehandling
- være en aktiv universitetsinstitusjon med undervisningsoppgaver innen grunnutdanning, spesialistutdanning, samt videre- og etterutdanning
- DNR skal gi konsultativ bistand og opplæring til sykehusene i egen region, til de andre regionsykehusene og til primærhelsetjenesten

Departementet har godkjent opprettelse av en stråleterapienhet ved Vest-Agder sentralsykehus og inngått en intensjonsavtale med Vest- og Aust-Agder om finansiell bistand til etableringen. Enheten skal være faglig underlagt DNR, og en del av personalet vil for en periode på 3 år være ansatt ved DNR. Avtalen skal evalueres etter 3 år. DNR står også sentralt i planleggingen av en tilsvarende enhet på Gjøvik.

2. Resultatrapport 1998

DNR har hatt en relativt stabil aktivitet i 1990-årene.

Tabell II. 33: Aktivitetstall innlagte pasienter

	Resultat 1996	Resultat 1997	Mål 1998	Resultat 1998	Mål 1999	Mål 2000
Antall kurdøgn	116 157	111 620	114 500	115 515	115 250	117 500
Innlagte pasienter i alt	5 357	5 327	5 600	5 553	5 500	5 650
Sykehusopphold	12 323	12 023	11 900	12 507	11 900	12 050
Stråleterapi, behandlingsreiser	3 040	2 900	-	2 930	-	-
Operasjoner	1 984	1 856	-	1 715	-	-

Det ble i løpet av 1998 tatt inn flere pasienter for diagnostisk utredning og for medikamentell behandling. Antall stråleterapiserier viser en beskjeden økning, til tross for en økning i antall pasientfremmøter og felteksponeringer på henholdsvis 6,5 pst. og 16,6 pst. Forklaringen er en økning av antall pasienter med lange behandlingsserier, for eksempel pasienter med tidlig brystkreft oppdaget ved screeningen i Akershus.

Ventetiden for innleggelse ved DNR er normalt 2-4 uker, men for lindrende behandling var den betydelig høyere i 1998. Det ble teknisk sett ikke registrert brudd på ventetidsgarantiene, men et økende antall pasienter som ikke kunne få behandling i rimelig tid måtte avvises med henvisning til annen behandling på hjemmesykehuset.

Tabell II. 34: Polikliniske undersøkelser og behandling

	Resultat 1996	Resultat 1997	Mål 1998	Resultat 1998	Mål 1999	Mål 2000
Antall konsultasjoner	22 534	22 400		22 638		
Strålebehandling, fremmøter	20 509	20 605		23 821		
Fremmøter totalt	43 043	43 005	43 500	46 459	45 500	48 000

Totalt antall *konsultasjoner/behandling* var i 1998 8 pst. høyere enn i 1997. Den *fotodynamiske behandlingen* av hudkreft økte, mens antall kontroller ble redusert. Antall *polikliniske stråleterapipasienter* økte med 15 pst.

Rehabilitering

DNR har tilbud innen sosionomtjenester, psykiatri, fysioterapi, ergoterapi og vanntrening, men er foreløpig ikke organisert i forhold til en planmessig rehabilitering. Montebello-Senteret ved Lillehammer, som styres og videreutvikles i samarbeid med DNR, driver en omfattende kursvirksomhet for kreftpasienter og deres familier.

Kvalitetssikring, brukerundersøkelser og serviceerklæringer

DNR arbeider i tråd med nasjonal strategi for kvalitetsutvikling av helsetjenestene. Sykehuset har gjennomført dokumentasjon av tverrgående rutiner i et felles kvalitetssystem som revideres jevnlig. Ved en ny IT-løsning er systemet gjort mer tilgjengelig og lettere å oppdatere. Kontinuerlig forbedringsarbeid pågår også på bakgrunn av avviksmeldinger. Det ble ved årsskiftet 1998/99 startet planlegging av arbeidet med serviceerklæringer. Dette vil i første omgang gjelde for funksjonene knyttet til pasientmottaket.

Rådgivningsvirksomhet og analyser av innsendte prøver

DNR bidrar til kreftbehandling ved andre sykehus gjennom rådgivningsvirksomhet og analyser av innsendte prøver. Kreftspesialister fra DNR reiser ut til sykehusene i regionen. Bruken av telemedisinske tjenester, spesielt telepatologi, ble videreutviklet, og det var et utstrakt samarbeid med norske og utenlandske industripartnere om utvikling av nye tekniske løsninger. Telemedisinske tjenester for stråleterapisatelittene var også et satsningsområde.

Forebygging og tidligdiagnostikk

Avdeling for miljø- og yrkesbetinget kreft utførte utrednings- og rådgivningsoppgaver for myndighetene i forbindelse med kreftfremkallende stoffer og kreftforebyggende tiltak. I tillegg ble det forsket på årsakene til miljø- og yrkesbetinget kreft. Montebello-Senteret samarbeidet med Statens Ernæringsråd innen området mat og kreft.

Tilbudet innen genetisk veiledning ble gitt til familier med arvelig brystkreft, eggstokk- kreft og tarmkreft. Det ble også foretatt gentesting for å få en nærmere avklaring av hvilke personer i familiene som har stor risiko for de aktuelle kreftformene. Et prosjekt for evaluering av oppsøkende virksomhet ble startet opp i 2. tertial 1999, etter at det ble gitt tilskudd fra Sosial- og helsedepartementet

Mammografiscreening i Akershus ble gjennomført i henhold til revidert prosjektplan.

Forskning og utvikling

Ved *Institutt for kreftforskning* ble det drevet *grunnforskning* knyttet til cellebiologi og kreft, og *anvendt forskning* knyttet til kreftbehandling, -diagnostikk og -forebygging. Instituttet hadde 83 ansatte lønnet over statsbudsjettet, og i tillegg ca. 150 personer lønnet av eksterne midler. Forskerne ved Instituttet og sykehusavdelingene samarbeidet nært om utvikling av diagnostikk og behandling.

Forskningsutgiftene økte fra 43,9 mill. kroner i 1997 til 47,6 mill. kroner i 1998. I tillegg til dette ble det etter tilskudd fra Sosial- og helsedepartementet brukt 9,8 mill. kroner i 1998 til utprøvende behandling og forskning mot 13,8 mill. kroner i 1997.

Undervisning

DNR er universitetsklinikk og hadde ansvaret for bl.a. den kreftrelatert undervisningen for medisinerstudentene ved Universitetet i Oslo. Gjennom professor II-tilknytninger var DNR dessuten engasjert i utdanning av realister ved Universitetet i Oslo, sivilingeniører ved NTNU og fysikere ved Universitetet i Tromsø. Antall undervisningstimer økte betydelig som følge av ny studieplan for medisinerstudenter.

Stor pågang av søkere utenfra til stråleterapeututdanning for skoleåret 1998/99 førte til utvidet kull også dette året. Det samme gjaldt videreutdanning i onkologisk sykepleie.

Tabell II. 35: Utførte undervisningstimer og årsverk i utdanningsstillinger

	Resultat 1996	Resultat 1997	Mål 1998	Resultat 1998	Mål 1998	Mål 2000
Utførte undervisningstimer ¹⁾	2 850	3 675	3 700	3 900	4 000	4 000
Årsverk i utdanningsstillinger						
- assistentlegestillinger	34	40	43	43	44	45
- forskerutdanningsstillinger ²⁾	50	59	55	74	70	70
- utdanningsstillinger for øvrig	13	14	14	14	14	14

1) Omfatter ikke alle fagområder. Forberedelsestid beregnet i henhold til UiO-normer.

2) Hovedsakelig doktorgradstipendiater.

3. Tilstandsvurdering

Mulighetene til forbedret overlevelsesprosent ved hjelp av *tidligdiagnostikk* kan økes ytterligere ved utbygging av tilbudene innen genetisk veiledning og mammografiscreening. De medisinske mulighetene for *lindrende strålebehandling* er ikke fullt utnyttet på grunn av for få maskiner, legespesialister og stråleterapeuter. *Utdanningskapasiteten* er en begrensende faktor for forbedring av diagnostikk- og behandlingstilbud i regionen. Det *telemedisinske* tilbudet i regionen er under oppbygging, men omfatter fortsatt ikke alle sykehusene og konsulenttjenester innen radiologi.

4. Satsingsområder og resultatmål for 2000

DNRs fremste oppgave er å oppfylle de prioriterte nasjonale helsepolitiske målene innenfor fastsatte rammer med økende krav til kvalitetssikring av helsetjenestene.

Nasjonal kreftplan og kreftsatsing

I St. prp. nr. 61 (1997-98) om Nasjonal kreftplan uttales det at DNR er både nasjonal og internasjonal referanseinstitusjon.

Stråleterapikapasiteten skal økes ved DNR. Det etableres i 1999 ytterligere ett ettermiddagsskift for å øke stråleterapikapasiteten ved en strålemaskin. Dette vil øke antall pasienter som får stråleterapi, samtidig som det legges opp til økt andel poliklinisk utredning og behandling.

Det er i kreftplanen bevilget midler i 1999 og 2000 til stråleterapibunkere og stråleterapiutstyr. I dette inngår også DNR. Kreftplanen er videre omtalt under kap. 739 post 65.

Omlegging til nettobudsjettering

DNR er fra 1999 nettobudsjettert. Det vil i 1999 og 2000 arbeides videre med å utvikle styringsdialogen mellom departementet og DNR under de rammebetingelser som nettobudsjettering innebærer.

Diagnostikk og behandling

Forslag til plantall for 2000 fremgår av tabellene under resultatrapporten for 1998. Plantallene for antall pasienter, innleggelser og kurdøgn er økt på bakgrunn av større kapasitet for strålebehandling fra høsten 1999. DNR legger opp til at en større andel av stråleterapien skjer poliklinisk, og resultatmålet for antall polikliniske konsultasjoner og behandlinger er økt som følge av dette. For å øke behovsdekningen for lindrende behandling, er det en målsettingen å øke antall stråleterapiserier til 3.300 på årsbasis, dvs. med 12 pst. i forhold til nivået i perioden 1994-98.

DNR vil følge opp målsettingene i den nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i helsetjenesten og målsettingene om serviceerklæringer.

Rådgivningsvirksomhet og analyser av innsendte prøver

DNR tar sikte på å øke bistanden til fylkessykehusene, dels ved at flere konsulenter reiser ut og dels ved å etablere nye tilbud over telemedisinnettet.

Forebygging og tidligdiagnostikk

DNR vil utvide tilbudet innen genetisk veiledning slik at flere familier med arvelig betinget opphopning av tarmkreft får et tilsvarende tilbud som familier med opphopning av eggstokk-kreft og brystkreft.

DNR vil bidra til oppfølging og etterundersøkelser i forbindelse med genetisk veiledning og screening, slik at disse gruppene får et faglig tilfredsstillende tilbud.

Forskning, utvikling og kompetansesenterfunksjoner

Det er et sentralt mål å opprettholde satsingen på forskning. DNR tar sikte på å organisere den kliniske forskningen bedre slik at man får bedre og etterhvert flere prosjekter og publikasjoner. Det er også en målsetting å få etablert en forskningsgruppe spesielt for stråleterapi.

Statsbygg igangsatte i 1997 et forprosjekt for utviklings- og forskningsbygg på Vestenghaugen. Planene for utbyggingen er omtalt i St. prp. nr. 61 (1997/98) Om nasjonal kreftplan. Det er avsatt midler til videre prosjektering i 2000.

Undervisning

Innføringen av ny studieplan for medisinerstudentene (OSLO-96) fortsetter. Målsettingen for DNR er å dekke en forholdsmessig del av smågruppeundervisningen i første del av studiet og å forbedre undervisningen om kreft og kreftbehandling i senere semestre.

Ved videreutdanningen i stråleterapi og innen onkologisk sykepleie vil størrelsen på kullene bli opprettholdt på det nivå etterspørselen utenfra tilsier. Antall forskerutdanningsstillinger er avhengig av den eksterne finansieringen av forskningsprosjekter.

Forslag til resultatmål for 2000 fremgår av tabellene under resultatrapporten for 1998.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2000

Med nettobudsjettering bortfaller tidligere omtale av utgifts- og inntektsposter. DNR vil imidlertid holde oversikt over dette i sitt internregnskap.

Post 50 Statstilskudd

Antall årsverk i følge det sentrale tjenstemannsregisteret var 1 185 pr. 1. oktober 1996, 1 249 pr. 1. mars 1998 og 1312 pr. 1. mars 1999. Økningen i antall ansatte er i samsvar med Stortingets vedtak angående styrking av institusjonen og utvidelse av stråleterapikapasiteten.

Konsekvenser av lønnsoppgjørene i 1999 er innarbeidet i budsjettforslaget for 2000.

DNRs driftstilskudd for 2000 utgjør 297,9 mill. kroner. Herunder er DNR styrket med 23 mill. kroner til større utstyrsanskaffelser i 2000. Videre er DNR styrket med 5 mill. kroner for videreføring av prosjektering av et utviklings- og forskningsbygg på Vestenghaugen, samt med 12 mill. kroner i tilknytning til utprøvende behandling. Det er lagt til grunn et generelt innsparingskrav på 11,4 mill. kroner etter en vurdering av potensiale knyttet til produktivitetsutvikling.

Kap 0735 Statens senter for epilepsi (jf. kap. 3735)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	118 110	117 632	120 660
30	Nybygg	254		
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	532	2 760	2 810
	Sum kap 0735	118 896	120 392	123 470

Overført fra 1998 til 1999:

Post 01: 3 152 000 kroner

Post 45: 324 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens senter for epilepsi (SSE) skal ha landets høyeste kompetansenivå innen epilepsi og har som formål å forebygge, utrede og behandle epilepsi og de tilleggsproblemer epilepsien medfører.

SSE er spesialsykehus, forsknings- og kunnskapssenter, med landsfunksjoner for avansert utredning og behandling av epilepsi. Landsfunksjonen for epilepsikirurgi er i samarbeid med Rikshospitalet, som foretar inngrepene.

Senteret utfører integrert tverrfaglig utredning og behandling av epilepsi og epilepsilignende anfall og de ledsagende medisinske og psykososiale problemer. Dette omfatter også for- og ettervern, poliklinisk virksomhet og virksomhet ved laboratoriene for klinisk farmakologi, nevrofysiologi og nevropsykologi. Tilbudet omfatter også utredning av fysisk, psykososial og arbeidsmessig fungering, samt miljø- og familierapi og forberedende attføring og skolegang.

Den utadrettede virksomheten omfatter rådgivnings-, kurs- og opplysningsvirksomhet overfor de ulike nivåer i helsevesenet og overfor pasienter, pårørende og andre som er involvert i problemstillinger knyttet til epilepsi. Videre gis det undervisning på høyskole- og universitetsnivå. Senteret driver metodeutvikling og forskning, både selvstendig og i samarbeid med andre forskningsmiljøer.

2. Resultatrapport 1998

Tabell II. 36: Resultatmål for SSE:

Resultatmål	Resultat 1996	Resultat 1997	Resultat 1998	Mål 1998
Kurdøgn	24 112 ¹⁾	24 651 ¹⁾	23 856	24 525
Utskrevne pasienter	1 095	1 230	1 004	1 100
Poliklinikk				
Konsultasjoner	1 285	1 429	1 456	1 050
Pasienter	794	880	915	600
Undersøkelser klinisk-kjemisk laboratorium	36 287	37 431	38 119	37 000
Undersøkelser klinisk- nevrofysiologis lab	3 565	3 516	3 300	3 300

¹⁾ I tillegg kommer dagpasienter: 146 døgn i 1995, 178 døgn i 1996 og 202 døgn i 1997

3. Tilstandsvurdering

Ressursbehovet knyttet til utredninger basert på observasjon og registrering av hjerneaktivitet under epileptiske anfall har økt betydelig i takt med den utvikling som foregår i utrednings- og behandlingsmulighetene for denne pasientgruppen. Som en følge av dette har intensivavsnittet blitt en flaskehals. I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett ble det bevilget 1 mill. kroner til utvidet drift i eksisterende lokaler. Disse midlene foreslås videreført i 2000. I forhandlinger mellom staten og Oslo kommune om samordning av regionsykehustjenestene i Oslo, har epilepsikirurgi blitt vurdert i tilknytning til nevrokirurgi. I denne sammenheng har også utvidelse av den totale behandlingsskapasiteten blitt vurdert, og det er bred enighet om behovet for å øke kapasiteten innen nevrokirurgi. I forbindelse med dette vil også utredningskapasiteten bli vurdert. Det vil bli arbeidet videre med tilrettelegging av foreslått funksjonsfordeling og gradvis opptrapping av den nevrokirurgiske virksomheten; herunder epilepsikirurgi.

En del av pasientene som henvises til SSE for epilepsi har epilepsilignende psykiske anfall. SSE har tatt opp spørsmålet om en egen enhet med formalisert landsfunksjon for psykisk anfall. Saken har vært forelagt Statens helsetilsyn. Helsetilsynet mener utredning og behandling av psykiske anfall bør planlegges, organiseres og drives innenfor rammene av de fylkeskommunale og regionale helseplaner. SSE utreder og behandler pasienter med psykiske anfall fra sin helseregion, og har derfor behov for psykiatrisk kompetanse. Departementet slutter seg til Helsetilsynets vurdering.

4. Merknader til budsjettforslag for 2000

1 mill. kroner er videreført til utvidet utredningskapasitet ved intensivavsnittet.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 217 pr.1. mars 1998 og 222 pr. 1. mars 1999. Det er videreført 2 mill. kroner i forbindelse med plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus.

Kap 3735 Statens senter for epilepsi (jf. kap. 735)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Salgs- og leieinntekter	8 688	5 400	5 550
15	Refusjon arbeidsmarkedstiltak	712		
16	Refusjon fødselspenger	1 776		
17	Refusjon lærlinger	296		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	67 308	71 000	72 920
	Sum kap 3735	78 780	76 400	78 470

Post 02 Salgs- og leieinntekter

Inntektene gjelder poliklinisk virksomhet, inntekter fra laboratorier mv. Eventuelle inntekter ("merinntekter") ut over det budsjetterte gir anledning til tilsvarende økte utgifter. På denne måten har etaten anledning til å øke aktiviteten.

Post 60 Refusjon fra fylkeskommuner

Gjestepasientprisen for SSE er regionsykehuspris gruppe I (laveste takst). Det er lagt til grunn 24 525 kurdøgn årlig. Også under denne posten gir eventuelle "merinntekter" anledning til økt aktivitet. SSE har ikke innsatsstyrt finansiering.

xKap 0737 Barnesykehus (jf. kap. 3737)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	47 266	42 613	42 293
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, kan overføres	748	400	407
	Sum kap 0737	48 014	43 013	42 700

Overføringer fra 1998 til 1999:

Post 01: 2 501 000 kroner

Kapitlet omfatter barnesykehusene Geilomo og Voksentoppen. Hokksund barnesykehus ble avviklet fra 1. juni 1998. Det vil påløpe utgifter i forbindelse med Hokksund barnesykehus de nærmeste årene til bl.a. ventelønn til de ansatte som ikke har fått nytt arbeid, og husleie til husleiekontrakter som utløper i 2002.

Fra 01.01.99 er det innført samordnet opptak for Geilomo og Voksentoppen. Dette er gjort for å oppnå en fleksibel overflytting av pasienter mellom de to sykehusene etter behov. Sosial- og helsedepartementet har lagt til grunn at reglene for fylkesgodkjenning er felles for de to sykehus fra 1999. En eventuell overflytting mellom de to sykehusene skjer i full forståelse med henvisende lege/avdeling.

GEILOMO

	Regnskap 1998	Budsjett 1999	Forslag 2000
Driftsutgifter og investeringer	13 926	14 615	14 919
Inntekter	1 352	1 425	1 477

Det vises også til hovedtabell med fordeling på post for kap. 737 og 3737.

1. Formål og hovedprioriteringer

Geilomo barnesykehus eies av Norges astma- og allergiforbund og drives av staten. Sykehuset tilbyr opphold for barn i alderen 2-15 år med astma og allergi. Sykehuset har barnehage, svømmehall og aktivitetshall og er beliggende på et 45 mål stort område med muligheter for uteaktiviteter.

Sykehuset har følgende hovedmål i sin virksomhetsplan:

- Best mulig medisinsk og fysisk rehabilitering, med vekt på selvstendigjøring i dagliglivet
- Økt internt kunnskapsnivå om barn med astma og allergi
- Kunnskap til - og tilrettelegging i - hjemmemiljøet og samfunnet

Geilomo skole, som er en integrert del av sykehuset, er underlagt styret for statlige spesialpedagogiske kompetansesentra og gir individuelt tilpasset undervisning for barn fra 1. t.o.m. 10. klasse. Skolen gir også kompetanseoverføring til hjemskolene.

2. Resultatrapport 1998

Geilomo har 30 senger og har t.o.m. 1998 budsjettert med 7 000 kurdøgn pr. år. Fra 1999 er dette økt til 7100. Det er vanlig med opphold på 4 - 6 uker. Tallene for sengeutnyttelse baserer seg på 46 ukers drift.

Tabell II. 37

	Resultat 1996	Resultat 1997	Resultat 1998
Kurdøgn	6 807	6 939	6 800
Gjennomsnittlig liggetid	30	30	29,5
Utskrevne pasienter	225	230	226
Sengeutnyttelse i pst. ¹⁾	70	77	70

¹⁾ Tallet for sengeutnyttelse i pst. er basert på full drift hele året. En regner at normal kapasitet er ca. 7 000 kurdøgn.

Etterspørselen etter plasser på Voksentoppen og Geilomo har de siste årene vært stabilt høy.

Prosjektet Bedre Hverdag, som ble igangsatt høsten 1996 av Geilomo skole og Geilomo barnesykehus, har hatt som formål å skape en bedre hverdag for pasienten under oppholdet – og spesielt etterpå i hjemmemiljøet, med bedre tilrettelagt tilbud på skolen og i fritiden. Erfaringene fra prosjektet vurderes som meget positive sett fra sykehusets side. Integrering av deler av prosjektet i den daglige driften medfører nye arbeidsoppgaver for flere faggrupper, spesielt sykepleiegruppen.

3. Tilstandsvurdering

Geilomo barnesykehus har i de siste årene hatt jevnt høy søkning. Sykehuset har hatt ventelister i første halvår, men sykehuset omfattes ikke av garantiordningen i 1999. Spesifiserte bestillinger fra innleggende leger, spesielt når det gjelder utprøving av mestrings ved trening og aktivitet, resulterer i både individuelle og felles treningsopplegg – i tillegg til individuelle behandlingsopplegg. Dette medfører at institusjonen er i stadig utvikling. Det spesielle ved tilbudet er medisinsk behandling av en viss varighet i tid og utprøving av fysisk mestrings ved trening og aktiviteter i fjellluft.

Legetjenesten ved Geilomo barnesykehus har over en lengre periode vært løst ved at 4 spesialister i allergologi dekker legehjemmelen sykehuset. Ansettelse av fast spesialist innen allergologi i 1/1 stilling har ikke lyktes. Dekning av legetjenesten ved Geilomo forsøkes nå samordnet med Voksentoppen

Oslo, Akershus, Vestfold, Hordaland og Sør-Trøndelag har den hyppigste bruken av Geilomo.

4. Satsingsområder og mål for 2000

Kravene til informasjon, kunnskap til hjemmemiljøet og til tilrettelegging og oppfølging etter oppholdet er økende og vil være en viktig del av behandlingsopplegget.

Erfaringene fra prosjektet Bedre Hverdag – som tar for seg nettopp disse oppgavene – og som avsluttes høsten 1999, vil fra 2000 bli en integrert del av det faste behandlingsopplegget, basert på den enkeltes behov.

Det er i 1999 utarbeidet informasjonsbrosjyrer til helsepersonell og sykehusets informasjonsmateriell planlegges videreutviklet.

Tabell II. 38: Plantall for år 2000

Plantall	1999	2000
Kurdøgn	7 100	7 100
Utskrevne pasienter	240	240
Gj.snittlig liggetid	L < 30	L < 30

5. Merknader til budsjettforslaget for 2000

For 2000 foreslås kurprisen økt med 2,8 pst. fra 190 kroner til 195 kroner i 2000. Det er lagt til grunn en aktivitet på 7 100 kurdøgn i 2000.

HOKKSUND

Den statlige driften av Barnesykehuset ble avviklet per 1. juni 1998. På dette tidspunkt var samtlige barn utskrevet til hjemkommune. De barna som var innlagt på Hokksund barnesykehus var i all hovedsak hjemmehørende i Buskerud.

For å sikre kompetanseoverføring har ansatte fra hjemkommunene hospitert ved barnesykehuset før utskriving. På denne måten har de også lært barna å kjenne.

Tabell II. 39

Resultat	1995	1996	1997	1998
Kurdøgn ¹⁾	5 055	5 212	3 180	555
Avdelingsopphold	20	23	17	7
Dagpasienter, dager	29	179	152	14
Antall dagpasienter	0	1	1	1
Gj.snittlig liggedager	253	227	187	-
Utskrevne pasienter	2	8	10	7

1) Inkl. dagplasser, 75 pst. av heldøgn.

Den nye utredningsenheten på Soltun har overtatt store deler av utstyret ved Hokksund barnesykehus til kostpris. En betydelig del av de ansatte ved Hokksund har fått nye stillinger ved denne enheten. Opplegget ved Soltun er utarbeidet med veiledning fra ledelsen ved Hokksund barnesykehus.

Tabell II. 40

	Regnskap 1998	Budsjett 1999	Forslag 2000
Driftsutgifter og investeringer	7 719	3 500	2 500
Inntekter	405	0	0

Post 01 Driftsutgifter

Ventelønn for de av de ansatte som har krav på dette er budsjettert på post 01. I tillegg er utgifter i forbindelse med husleiekontrakten medtatt.

VOKSENTOPPEN

Senter for astma og allergi

Tabell II. 41: Norges Røde Kors' og Statens sykehus for barn og unge med astma, allergi og kroniske lungesykdommer

	Regnskap 1998	Budsjett 1999	Forslag 2000
Driftsutgifter og investeringer	25 753	24 898	25 281
Inntekter	4 042	3 345	3 433

Det vises også til hovedtabell med fordeling på post for kap. 737 og 3737.

1. Formål og hovedprioriteringer

Voksentoppen er et spesialsykehus for barn og unge med alvorlig allergi, astma og andre kroniske lungesykdommer, eksem og fødemiddelintoleranser. Man tar særlig sikte på utredning, behandling og habilitering av barn og unge hvor sykdommen er vanskelig å mestre og/eller griper sterkt inn i pasientens og familiens livssituasjon. Voksentoppen mottar i hovedsak pasienter fra regionsykehus, sentral - og fylkessykehus og fra praktiserende spesialister i barnesykdommer.

Voksentoppen har følgende mål:

Pasientrettet arbeid

- Sørge for at barn og unge med særlig vanskelig sykdom får utredning og behandling for sin sykdom bygget på tverrfaglig diagnose i et vitenskapelig basert helhetssyn
- Gi pasienter og foreldre kunnskaper og innsikt for å kunne mestre sykdommen

Utvikling og kompetanseoverføring

- Gjennom forskning og fagutvikling få økt kunnskap og innsikt i sykdommene og de problemer de skaper for barna, familiene og samfunnet
- Omsette kunnskap fra nasjonal og internasjonal forskning til praktisk medisin og til beste for pasientgruppen
- Undervisning av medisin- og sykepleiestudenter
- Bidra til økt kompetanse hos fagfolk av forskjellig kategorier innen kommune- og fylkeshelsetjenesten og kompetanseoverføring fra Voksentoppen til primærhelsetjenesten

Forebyggende arbeid

- Bidra til å stoppe økningen av astma og allergi blant barn i Norge.

Behandlingsreiser

Voksentoppen har ansvar for behandlingsreiser for barn med allergi, astma og andre kroniske lungesykdommer.

Voksentoppens leger og andre faggrupper holder forelesninger og medvirker i gjennomføringen av internasjonale og nasjonale møter og kongresser. Fra Voksentoppen utgår hvert år en rekke publikasjoner i internasjonale faglige tidsskrift.

2. Resultatrapport for 1998

Tabell II. 42

	Resultat 1996	Resultat 1997	Resultat 1998
Antall kurdøgn for pasienter	4 216	4 219	4 066
Antall kurdøgn for foreldre og søsken	3 907	3 841	3 293
Antall dagpasienter	0	0	0
Antall utskrevne pasienter	468	492	486
Gjennomsnittlig liggetid i dager	9,01	8,58	8,37
Antall polikliniske konsultasjoner	130	166	93
Sengeutnyttelse i pst. for pasienter ¹⁾	72,2	72,2	69,6
Sengeutnyttelse totalt inkl pårørende	74,2	73,6	67,2

¹⁾ Tallet er basert på full drift hele året med 16 plasser for pasienter. En regner at normal kapasitet er ca. 4000 kurdøgn for pasienter, som gir en utnyttelse på 68,5 pst.

3. Tilstandsvurdering

Det er i Norge som i en rekke andre land påvist en økning i forekomst og sykkelighet av allergi/overfølsomhet, astma og andre kroniske lungesykdommer hos barn og ungdom. De fleste barn og familier kan behandles innen kommune- og fylkeshelsetjenesten, men for en begrenset del av pasientgruppen er det behov for den spesialkompetanse Voksentoppen gir som landsdekkende tilbud.

Akershus, Oslo og Hedmark har den hyppigste bruken av Voksentoppen.

Behovene kan variere i de forskjellige fylkene, og det vil ikke være riktig å tilstrebe en helt matematisk jevn fordeling av innleggelser fra alle fylker. Det er likevel fortsatt grunn til å arbeide for en noe mer jevn fordeling mellom fylkene. Voksentoppens mål er at alle pasienter med behov for Voksentoppens tilbud skal ha samme mulighet, uavhengig av bosted.

Professoratet som ble vedtatt i forbindelse med budsjett 1998, er ferdigbehandlet i KUF og er til behandling i universitetsorganene.

4. Satsingsområder og mål for 2000

Pasientrettet arbeid

Det satses på å utnytte kapasiteten på 4 000-4 200 kurdøgn eller ca. 400 – 450 pasienter pr. år. Med bakgrunn i erfaringene fra de siste par år antas det at fylkenes bruk av Voksentoppen vil gi følgende pasientsammensetning:

Tabell II. 43

	Antall pasienter pr. år	Gjennomsnittlig liggetid (i dager)	Kurdøgn pr år
Astma	220	8,5	1 800
Andre lungesykdommer	40	8	300
Eksem	100	9,5	1 000
Spesielt krevende allergologi	75	7,5	550
I alt	435	7,5	4 000

Tabell II. 44: Plantall for år 2000

	Plantall 1999	Plantall 2000
Antall kurdøgn for pasienter	4 200	4 100
Antall kurdøgn for foreldre og søsken	3 900	3 800
Antall dagpasienter	0	0
Antall utskrevne pasienter	480	480
Gjennomsnittlig liggetid i dager	8,75	8,54
Antall polikliniske konsultasjoner	230	250
Sengeutnyttelse i pst for pasienter	71,9	68,5
Sengeutnyttelse totalt inkl. pårørende	41,0	72,2

Kurdøgn for pasienter og kurdøgn for foreldre og søsken går noe ned fordi Voksentoppen i 2000 vil behandle kontrollpasienter poliklinisk.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2000

Post 01 Driftsutgifter

Kurprisen foreslås økt med 2,8 pst. fra 1999 til 2000, fra 548 kroner til 563 kroner. Det er lagt til grunn 4 200 kurdøgn.

Sum stillinger barnesykehusene

Antall årsverk var 108 pr. 1. mars 1998 og 85 pr. 1. mars 1999 i følge det sentrale tjenestemannsregisteret.

Kap 3737 Barnesykehus (jf. kap. 737)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Salgs- og leieinntekter	1 452	1 270	1 310
16	Refusjon fødselspenger	534		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	3 749	3 500	3 600
	Sum kap 3737	5 735	4 770	4 910

Det vises til omtale under det enkelte barnesykehus over.

Kap 0738 Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 3738)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	11 878	11 099	11 280
	Sum kap 0738	11 878	11 099	11 280

1. Formål og hovedprioriteringer

Longyearbyen sykehus har som overordnet mål å gi tilfredsstillende helsetjeneste til den norske befolkningen og alle som ferdes på og rundt Svalbard.

Den russiske bosetningen i Barentsburg har egen helsetjeneste.

Longyearbyen sykehus yter 1. og 2. linjetjenester, dvs. tjenester tilsvarende et helsesenter på fastlandet, og er et akuttmedisinsk beredskapssykehus. Ved større ulykker i forbindelse med for eksempel gruvedrift og flytrafikk må det tilkalles bistand fra fastlandet. Fra 1993 har det vært stasjonert et redningshelikopter på Svalbard. Personell fra sykehuset skal innenfor sin beredskapsordning bemanne helikopteret ved ambulanseoppdrag.

Helsetjenesten på Svalbard har følgende hovedmål: Forebyggende tiltak inkl. bedriftshelsetjeneste, akuttberedskap, pasientrettet arbeid innenfor allmennmedisin, kirurgisk- og medisinsk behandling, tannhelsetjeneste og fysioterapi.

2. Resultatrapport 1998*Tabell II. 45*

Resultatmål	Resultat 1996	Resultat 1997	Resultat 1998
Polikliniske konsultasjoner	3 659	3 775	4 074
Liggedøgn	300	225	200
Innlagte pasienter	143	98	92
Operasjoner	70	77	54
Laboratorieprøver og røntgenundersøkelser	6 218	5 694	5 128

Nedgangen i antall operasjoner kan skyldes at tilgangen på operative inngrep har vært mindre i 1998.

Antall svangerskaps-, spedbarns-, småbarns- og skolekontroller har steget til dels betydelig. Årsaken til dette tilskrives at sykehuset har fått jordmor/helsesøster i hel stilling.

Helsetjenesten på Svalbard ble omorganisert i 1998. Den kirurgiske beredskapen ble redusert til fordel for en styrket allmennlegetjeneste og forebyggende helsearbeid, særlig for barn og familier. Akutte tilstander ivaretas av legevaktstjenesten og gjennom styrket samarbeid med flyambulansetjenesten og Regionsykehuset i Tromsø. En kirurgstilling er omgjort til allmennlegetstilling. To allmennleger og en kirurg går i tredelt vaktberedskap. Vaktberedskapen for sykepleiere opprettholdes omtrent på dagens nivå. Longyearbyen sykehus samarbeider med Regionsykehuset i Tromsø ved behov utover det Longyearbyen sykehus dekker.

Arbeidet med omorganiseringen er ferdig. Vaktordningen ble lagt om fra 1. mai 1998.

Omleggingen har ført til at befolkningen har fått et bedre allmenntjenestetilbud, dette gjenspeiles bl.a. i økningen i polikliniske konsultasjoner, jf. tabellen over. Ansettelse av helsesøster/jordmor har også vært et positivt bidrag. Bedriftshelsetjenesten er lagt om

med mer vekt på forebygging og tiltak rettet mot arbeidsmiljø. Foreløpige data fra Longyearbyen sykehus viser en viss økning i overflyttinger til fastlandet, men dette er i stor grad knyttet til ikke-kirurgiske tilstander. Longyearbyen sykehus mener derfor at omorganiseringen ikke har hatt noen betydning for den totale beredskapen ved sykehuset. Det er fortsatt to sykepleiere på vakt, hvorav den ene har vakt på sykehuset. Legene har som før hjemmevakt. Det har sjelden vært bruk for akuttkirurgisk intervensjon ved sykehuset, og i vitale situasjoner kan både kirurg og annet personell tilkalles hvis det må gjøres operative inngrep. Ved større ulykker er Longyearbyen sykehus uansett for lite til å kunne klare dette alene, og er derfor helt avhengig av assistanse fra Regionsykehuset i Tromsø. I tillegg til den foreløpige vurderingen som kan gis på bakgrunn av 1 års drift, vil det bli iverksatt en evaluering av en uavhengig instans. Brukerne av sykehuset vil i denne evalueringsprosessen også bli hørt.

Når det gjelder helsetjenester i Ny-Ålesund, er det innledet dialog mellom Kings Bay Kull Company og Longyearbyen sykehus.

3. Merknader til budsjettforslag for 2000

Antall årsværk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 17,5 pr. 1. mars 1998 og 19 pr. 1. mars 1999.

Kap 3738 Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 738)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Salgs- og leieinntekter	1 653	1 350	1 390
	Sum kap 3738	1 653	1 350	1 390

Post 02 Salgs- og leieinntekter

I sykehusets inntekter inngår salg av medikamenter, pasientenes egenandel ved konsultasjoner, fysioterapeutisk virksomhet, samt inntekter fra bedrifts- og tannhelsetjenesten. Sykehuset får ikke refusjoner for polikliniske konsultasjoner.

Kap 0739 Andre utgifter (jf. kap. 3739)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan nyttes under post 65</i>	65 148	79 550	68 500
50	Norges forskningsråd			18 300
60	Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten	59 466	59 000	59 000
61	Tilskudd til driftsavtaler	87 071	180 000	194 000
63	Tilskudd til utbygging av økt behandlingstilbud m.v.	21 291		
64	Tilskudd til RIT 2000, <i>kan overføres</i>	51 184	67 300	100 300
65	Kreftbehandling m.m., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	96 524	117 000	226 700
66	Mammografiscreening			71 900
70	Behandlingsreiser til utlandet	58 533	63 000	61 700
71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.	3 200	4 280	4 400
72	Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning	23 143	29 450	35 400
74	Reiseutgifter, turnuskandidater	6 685	8 400	8 600
76	Pasientbro	27 192		
	Sum kap 0739	499 437	607 980	848 800

Det er overført fra 1998 til 1999:

Post 21: 3 795 000 kroner

Post 64: 2 515 000 kroner

Post 73: 85 000 000 kroner

Post 21 Forsøk og utvikling i sykehussektoren

1. Formål og oppgaver

Hovedformålet med posten er å bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for den utøvende helsetjenesten i Norge. Midlene har vært brukt til å fremskaffe styringsinformasjon og til prosjektbasert utviklingsarbeid. Viktige satsningsområder for 2000 er kvalitets- og styringsinformasjon, ledelse, styring og organisering av sykehus, samt utvikling av felles prioriteringskriterier i helsetjenesten.

I 1999 ble det bevilget 79 550 000 kroner over denne posten. For 2000 foreslås posten redusert med 11,05 mill. kroner. Tilskuddet til *utprøvende behandling* skal fra 2000 flyttes fra kap. 739, post 21 til statssykehusenes kapitler (se nedenfor). Det er dessuten omdisponert 5 mill. kroner fra kap. 730, post 60 Innsatsstyrt finansiering av sykehus. Aktivitetsnivået innen utprøvende behandling er for øvrig betydelig redusert i 1999 som følge av reduksjon på posten ifm. RNB. Dette skyldes at tilskuddet til utprøvende behandling - i motsetning til utviklings- og analyseprosjekter - ikke er bundet i avtaler som inngås med utgangspunkt i budsjettproposisjonen (St. prp. 1).

Det foreslås bevilget 68,5 mill. kroner til posten i 2000. Bevilgningen vil bl.a. gå til følgende tiltak:

- Tilskudd til Norsk institutt for sykehusforskning
- Senter for medisinsk metodevurdering
- Nasjonalt senter for innovasjonsbistand og næringsutvikling i helsesektoren
- Norsk pasientregister
- Forum for ledelse og organisering i sykehus
- Landsdekkende kommunikasjonssystemer i helsetjenesten
- Nasjonalt medisinsk museum
- Utvikling og evaluering av kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre
- Støtte til WHO's arbeid med senter for informasjon om helsereformer
- Utredning av felles radionett (TETRA)
- Kompetansenettverk sykehusplanlegging

Tilskuddene til Norsk Forskningsråd er fra 2000 flyttet til kap. 739, ny post 50.

Fra 2000 er prosjektet "Evaluering av prosjektet brukermedvirkning og kvalitetssikring i Sør-Trøndelag" overført fra kap. 739, post 21 til kap. 743, post 70.

Bevilgningen til *utprøvende behandling* i statlige sykehus foreslås utformet etter samme struktur som tilskudd til forskning ved regionsykehusene. Det vil bli vurdert å stille samme rapporteringskrav til statssykehusene som det som gjelder for regionsykehusenes bruk av midler til forskning over kap. 730, post 62. (Det vises til nærmere omtale av regionsykehusstilskuddet under kap. 730, post 62). Som et ledd i dette er tilskudd til utprøvende behandling overført fra kap. 739, post 21 til kap. 731 Rikshospitalet og kap. 734 Radiumhospitalet. Det foreslås bevilget totalt 16 mill. kroner for 2000 til utprøvende behandling ved de statlige sykehusene.

Det ble i 1995 satt i gang *utprøvende behandling med hjertelaser* i et samarbeidsprosjekt mellom Rikshospitalet og Feiringklinikken. I løpet av perioden 1995-1998 er det blitt operert 50 pasienter med hjertelaser ved Feiringklinikken. I samme tidsrom er det inkludert 50 pasienter til en medisinsk behandlende kontrollgruppe. Alle 100 pasientene vil bli fulgt opp med et omfattende undersøkelsesopplegg ved Rikshospitalet. Vurdering av dokumentasjon i forbindelse

med virksomheten vil foreligge i løpet av høsten 1999. På bakgrunn av dette vil spørsmålet om behandling med hjertelaser bli vurdert.

2. Nærmere om aktiviteten på satsingsområdene

Kvalitets- og styringsinformasjon

I 1999 ble dataene i Norsk pasientregister benyttet til å belyse kvalitet gjennom analyser av reinnleggelser, ventetider og ikke minst dødelighet. Dødelighetsundersøkelsen ble gjennomført av forskningsstiftelsen Heltef, og viste målbare variasjoner mellom sykehusene. Rapporten er blitt kritisert, og uten et personentydig pasientregister er det svært ressurskrevende å gjennomføre denne form for kvalitetsstudier med tilstrekkelig høy kvalitet og relevans. Departementet ønsker likevel å fortsette samarbeidet med Heltef for å få utviklet en dødelighetsindikator for kvaliteten ved sykehusene, både som utgangspunkt for kvalitetsforbedringer og for å gi pasienter og publikum kjennskap til status i sykehussektoren. Innføring av fritt sykehusvalg øker behovet for denne formen for kvalitetsinformasjon. I tillegg til dødelighetsundersøkelsen, er det også gitt støtte til et kvalitetsutviklingsprosjekt basert på pasientenes erfaringer og rask tilbakemelding til den enkelte sykehusenhet. I 1999 deltok 25 sykehus i prosjektet. I tillegg til å etablere nasjonale indikatorsystemer for kvalitet basert på pasientforløp, pasienterfaringer og dødelighet, er det ønskelig å etablere et nasjonalt system for medisinske kvalitetsregistre innen alle viktige fagområder. Kvalitetsregistre skal først og fremst sikre kvalitet gjennom evaluering av behandlingsresultater og behandlingsmetoder, og er å oppfatte som medisinsk-faglige redskaper. Kvalitetsregistre må derfor forankres i de medisinske fagmiljøene, primært ved de største sykehusavdelingene, og styres av fagmiljøene selv. Departementet tar sikte på å samarbeide med Statens helsetilsyn for å etablere et rammeverk for finansiering, forankring, styring og informasjonsutveksling for medisinske kvalitetsregistre innen alle større fagområder.

SAMDATA-sykehus har eksistert i ti år og er etablert som et viktig styringsverktøy for nasjonale og fylkeskommunale helsetjenester. Rapportene inneholder i hovedsak informasjon om ressursbruk, aktivitet og produktivitet i sykehussektoren. Satsingsområdene for 2000 er å etablere et system for kvalitetsrapportering - helst innenfor SAMDATA-konseptet - og å gjøre informasjon tilgjengelig på Internett. Datagrunnlaget for SAMDATA-rapportene utgjøres hovedsakelig av Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå sine data. Pasientregisteret er i ferd med å bygges ut til å omfatte poliklinisk aktivitet og aktivitet hos privatpraktiserende spesialister, i tillegg til informasjon om innlagte pasienter. Norsk pasientregister vil dermed dekke all aktivitet i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Statistisk sentralbyrå er også i ferd med å forbedre sine data gjennom KOSTRA-prosjektet og ved opprettelsen av et norsk helsepersonellregister. Forbedringene i datagrunnlag vil føre til at SAMDATA-rapportene vil gi bedre total oversikt og ha høyere datakvalitet enn tidligere, i tillegg til de nevnte satsingene på kvalitetsdata og internettpublisering.

Det foreslås opprettet en egen enhet utenfor Sosial- og helsedepartementet som kan bidra til å øke forutsigbarheten ved innsatsstyrt finansiering (Se nærmere omtale under kap. 730, post 60).

Styring, organisasjon og ledelse

Departementet har i flere år gitt driftsstøtte til Norsk institutt for sykehusforskning for å sikre vedlikehold og utvikling av kompetanse innen aktivitet og ressursbruk i sykehusene. Målsetningen er at instituttet skal ha de nødvendige forutsetninger til raskt og effektivt å kunne bistå statlige og fylkeskommunale myndigheter med utredningsarbeid. De mange utredningsoppgaver instituttet påtar seg - ikke minst for fylkeskommuner og helseregioner - viser at denne målsetningen er innfridd.

I tillegg er det etablert et nasjonalt kompetansenettverk for sykehusøkonomi, med deltagelse fra Norges handelshøyskole, Universitetet i Bergen, Sintef-Unimed og Universitetet i Oslo.

Forum for organisasjonsutvikling i sykehus

NOU 1997: *Pasienten først. Ledelse og organisering i sykehus*, pekte på at det var et betydelig forbedringspotensiale i sykehus knyttet til intern organisering og ledelse. Utredningen er fulgt opp ved at Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund sammen har etablert Forum for organisasjonsutvikling i sykehus. Prosjektet samfinansieres av staten, Kommunenes Sentralforbund og fylkeskommunene. Det er nå igangsatt nærmere 50 utviklingsprosjekter.

Det vises til St. prp. nr. 67 (1998-99) der det orienteres om Forumets strategi og aktiviteter. Sentralt i strategien er at Forumet skal utvikle et nasjonalt utviklings- og læringsmiljø der sykehus kan inspirere og lære av hverandre. I fasen som arbeidet nå går inn i vil Forumet prioritere å sammenstille kunnskap og erfaringer som vinnes, både fra prosjekter der Forumet deltar og fra øvrige utviklingsprosjekter i norske sykehus. Det vil også bli lagt vekt på å utvikle nettverk mellom sykehusene.

Det vil skje en aktiv oppfølging av prosjektene som inngår i Forumets portefølje, men det vil i mindre grad bli gitt økonomisk støtte til nye prosjekter. Departementet legger her vekt på at mange sykehuseiere og sykehus nå iverksetter utviklingsarbeid på dette området uavhengig av ekstern økonomisk støtte, og at det derfor bør legges vekt på å fange opp erfaringene fra dette brede utviklingsarbeidet. I tråd med disse forutsetningene foreslås det fra statens side avsatt 3 mill. kroner for 2000. Det arbeides fortsatt ut fra at fylkeskommunene skal medvirke i finansieringen av arbeidet.

Kunnskapsdatabase og kompetansenettverk

Sosial- og helsedepartementet inngikk i 1998 avtale med SINTEF UNIMED om drift og etablering av en kunnskapsdatabase og kompetansenettverk for sykehusplanlegging. En sentral målsetting er å systematisere informasjon fra nylig avsluttede og pågående utbyggingsprosjekter, slik at informasjonen gjøres tilgjengelig for å kunne heve kompetansenivået innenfor planlegging av sykehus. I tilknytning til opprettelsen av en slik kunnskapsdatabase er det etablert et kompetansenettverk som skal bidra til å frambringe og formidle kunnskap som angår planlegging og bygging av sykehus. Prosjektet vil i løpet av en 3-års periode bli evaluert med sikte på å avklare om, og på hvilken måte, prosjektet skal videreføres.

Utvikling av medisinske prioriteringskriterier

Ordningen med ventetidsgaranti kan oppfattes som et system for prioritering av ventelistepasienter, der de alvorligst syke ventelistepasientene skal prioriteres og behandles innen tre måneder. Siden årsskiftet 1998/99 har det vært en kraftig nedgang i antall registrerte brudd på ventetidsgarantien. Til tross for denne positive utviklingen, er det fortsatt store variasjoner mellom sykehusene når det gjelder hvor mange pasienter som får tildelt garanti. Statens helsetilsyns samlede tilsyn med rutinene for overholdelse av ventetidsgarantien viste også at fylkeskommunene i liten grad hadde systemer eller rutiner som sikret lik praksis i tildeling av garanti. Den nye pasientrettighetsloven (Innst. O. nr. 91:1998-99) sier at de sykeste ventelistepasientene skal gis rett til behandling. Kriteriene for hvilke pasienter som skal tildeles rett til behandling bygger, som den eksisterende ventetidsgarantien, på kriteriene i Lønning II (NOU 1997:98). Arbeidet med å utvikle felles prioriteringskriterier innen de enkelte medisinske spesialiteter som ble innledet i tilknytning til ventetidsgarantien, bør dermed videreføres og intensiveres. Arbeidet bygger på anbefalingene fra Lønning-II utvalget (NOU 1997:18), men i stedet for å etablere egne organer for prioritering ønsker departementet å samarbeide med de eksisterende spesialistforeningene i Legeforeningen eller andre etablerte fagmiljøer. Hensikten med arbeidet er å få utviklet ensartet praksis for hvilke pasienter innen hvert fagområde som tildeles rett til behandling. Departementet vil også holde oversikt over dette gjennom regelmessig innhenting av statistikk over hvor stor andel av pasientene som får rett til behandling. Oppfølging av Lønning II-utvalget vil bli behandlet i Stortingsmeldingen om verdier i helsetjenesten, som fremmes ved årsskiftet 1999/2000.

Næringsutvikling i helsesektoren

I 1998 inngikk Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Nærings- og handelsdepartementet en avtale med SINTEF Unimed om opprettelse av et Nasjonalt senter for innovasjonsbistand og næringsutvikling i helsesektoren – InnoMed. Senteret er etablert på bakgrunn av et prøveprosjekt i helseregion Midt-Norge, der nedslagsfeltet nå omfatter hele landet. Målet er å bidra til at norsk industri bedrer sine muligheter som leverandør av produkter, løsninger og tjenester til helsesektoren både nasjonalt og internasjonalt. Departementene ønsker med dette å bidra til at det produseres flere og bedre produkter til helsetjenesten og at det skapes en infrastruktur nasjonalt og regionalt som kan danne ramme omkring dette arbeidet. InnoMed samarbeider nært med Statens nærings- og distriktsutbyggingsfond (SND) og Norges forskningsråd, som også sammen med departementene sitter i Programrådet for InnoMed. Medinnova, Innovest og Norut Medisin og helse ivaretar sammen med SINTEF Unimed den regionale koordineringen. Videre er det under utarbeidelse samarbeidsavtaler med alle fylkeskommunene. I avtalen med SINTEF Unimed har en forutsatt en økonomisk opptrappingsplan for de tre første årene, før senteret forventes å være i full drift fra 2001/2002. Senteret skal evalueres ved årsskiftet 2000/2001.

Nasjonalt medisinsk museum

Departementet har, slik Stortinget ba om i Budsjett-innst. S. nr. 11 (1998-99), utredet spørsmålet om etablering av nasjonalt medisinsk museum. Det fremgikk av St. prp. nr. 67 (1998-99) at departementet tar sikte på å legge fram en samlet vurdering i statsbudsjettet for 2000.

En arbeidsgruppe med bl. a. museumsfaglig kompetanse har i en enstemmig rapport, "Nasjonalt medisinsk museum – fra visjon til virkelighet", utarbeidet konkrete planer for etablering. I tråd med arbeidsgruppens anbefaling foreslår departementet at det opprettes et nasjonalt medisinsk museum i Den gamle Administrasjonsbygning på Rikshospitalet. Museet skal være et nasjonalt museum som belyser helse og sykdom i et vidt perspektiv, herunder diakonale organisasjoner, arbeiderbevegelsens og frivillige organisasjoners innsats m.v. Museet skal legge vekt både på forskning, innsamling, bevaring og formidling. Det legges opp til samarbeid med øvrige medisinske museer og samlinger i Norge.

Museet skal organiseres som en stiftelse hvor Staten oppnevner flertallet i stiftelsens styre. Statsbygg skal eie bygget og stå for rehabilitering/ombygging.

Det er en målsetting at museet åpnes i 2003 med en jubileumsutstilling som et ledd i markeringen av 400 års jubileet for det offentlige legevesen og helsevesen.

Det vil bli lagt opp til en gradvis oppbygging av en museumsorganisasjon i form av et prosjekt ledet av en styringsgruppe inntil museet står ferdig. Utgiftene til prosjektering og drift av museet vil bli dekket over departementets budsjett. De foreløpige kostnadsberegninger viser behov for 3 mill. kroner i 2000, 5,5 mill. kroner i 2001, 7,7 mill. kroner i 2002. Leieutgifter basert på markedspris beregnes fra bygget ferdigstilles. Årlige driftsutgifter er anslått til ca. 20 mill. kroner når museet etter planen står ferdig i 2003.

For 2000 settes det av en prosjekteringsbevilgning på 3 mill. kroner.

Post 50 Tilskudd til Norges forskningsråd

Forskning i regi av Norges forskningsråd er et viktig bidrag til kunnskapsgrunnlaget for nasjonale forvaltningsoppgaver og for beslutninger i politikkutforming. Bevilgningen er totalt på 18,3 mill. kroner og skal dekke igangværende og nye forskningsprogrammer og andre langsiktige satsinger knyttet til Sosial- og helsedepartementets programkategori 10.30 Somatiske spesialisttjenester. Midlene var i 1999 plassert under kap. 701, post 21, kap. 730, post 67, kap. 739, post 21 og kap. 739, post 65. I tillegg er bevilgningen til forskning i regi av Norges forskningsråd styrket ved interne omdisponeringer. Anvendelsen av midlene administreres av Norges forskningsråd.

Forskningsprogrammene har normalt en varighet på 4-5 år og gjennomføres i tråd med vedtatte programplaner. Sosial- og helseforvaltningen har representanter i programstyrer. Det mottas årsrapport fra Norges forskningsråd.

Det tas forbehold om justering av beløpene tiltenkt det enkelte program/satsing.

Følgende forskningsprogrammer i regi av Norges forskningsråd dekkes over posten:

Helseøkonomi

Reformer i en rekke europeiske land har fokusert på den betydning økonomiske incentiv har for helsetjenesten. Det er også gjennomført større endringer på finansieringssiden i norsk helsetjeneste, jf. innsatsstyrt finansiering, fastlegeordningen og tiltak på legemiddelsiden. Som grunnlag for evaluering av politikken og utforming av fremtidens virkemidler er det nødvendig å styrke den helseøkonomiske forskningen og derigjennom skape et sterkt miljø som kan brukes som faglig støtte for politikkutforming. Denne satsingen adskiller seg fra annen forskningsinnsats ved at det settes eksplisitte krav til at økonomer og medisinere skal samarbeide om forskningen, og at problemstillingene skal søkes rettet mot det som er relevant for beslutningstakere i helsesektoren. For 2000 foreslås bevilget 4,825 mill. kroner til program for helsetjenesteforskning – helseøkonomi for å bygge opp et slikt miljø i Bergen og Oslo. Det vises også til omtale av programmet under kap. 701, post 50.

Den helseøkonomiske satsingen berører også sentrale problemstillinger på sosialsektoren. Både innenfor pleie- og omsorgs- og sykehussektoren vil utprøving av nye organisatoriske løsninger innebære utfordringer med hensyn til å utforme kontrakter som ivaretar hovedmålene i helse- og sosialpolitikken. Det er derfor foreslått bevilget 1 mill. kroner over kap. 675, post 50 til samme formål.

Kreftforskning

Forskning er viktig for at norsk kreftomsorg skal holde internasjonal kvalitet. Forskningssatsingen på kreftsykdommer må spenne vidt og inkludere både grunnforskning, klinisk forskning, epidemiologisk forskning og forskning om hvilke forebyggings tiltak som virker og hvordan disse kan og bør implementeres.

Regjeringen ser det som vesentlig at kreftforskningen skjer på et faglig og uavhengig grunnlag og ikke i uheldig grad styres av næringsinteresser. For 2000 foreslås bevilget 5 mill. kroner til kreftforskning.

Konsensuskonferanser

Forskningsrådets konsensuskonferanser har som overordnet mål å fremme god medisinsk praksis og riktige prioriteringer i helsevesenet. Utgangspunktet er at det foreligger faglig uenighet eller usikkerhet om verdien av et tiltak, eller at det finnes få retningslinjer for hvordan et problemområde best kan håndteres i praksis. I tillegg må temaet angå mange mennesker eller representere store samfunnsmessige kostnader. Komiteen for konsensuskonferanseprogrammet velger ut tema for konferansene, mens den videre planleggingen foretas av fageksperter. Et faglig bredt sammensatt konsensuspanel har ansvar for å gi svar og konklusjoner i forhold til et sett forhåndsstilte spørsmål. Svarene samles i en rapport som kommer ut ca. 3 mnd. etter konferansen. For 2000 foreslås bevilget 750 000 kroner til konsensuskonferanser.

Pasientnær klinisk forskning

Programmets mål er å styrke anvendt klinisk forskning ved universitetssykehusene i Norge. Sammenlignende kliniske studier er en forutsetning for å kunne foreta gode helseøkonomiske vurderinger av ulike behandlingsopplegg. Programmets virkemiddel er: Tildeling av prosjektstøtte/driftsmidler, frikjøp fra kliniske stillinger og etablering av kompetansesentre i klinisk forskning ved alle universitetssykehusene. Programmet er finansiert av Sosial- og helsedepartementet. I 1998 ble det bevilget 6,5 mill. kroner til dette programmet gjennom NFR. For 1999 er det bevilget 7,45 mill. kroner. Midlene er benyttet til etablering av kompetansesentre i Oslo (Ullevål sykehus), Bergen og

Sosial- og helsedepartementet

Trondheim. I Tromsø er det etablert en ny avdeling ved sykehuset – Avdeling for klinisk forskning.

Programmet er planlagt ut 2001. I løpet av dette tidsrommet må det tas stilling til videreføringen.

Det foreslås bevilget 7,45 mill. kroner i 2000 til formålet.

Forprosjekt om sterilisering på medisinsk indikasjon m.v.

Sosial- og helsedepartementet ba i 1998 Norges Forskningsråd om å utføre et forskningsprosjekt som belyser tre medisinsk-etiske områder; undersøkelse av norsk steriliseringspraksis på såkalt medisinsk grunnlag av pasienter innlagt i institusjon for psykisk utviklingshemmede, skolehjem mv., videre mulige etiske overgrep som har funnet sted i forskningens navn overfor personer som selv ikke kan samtykke og et prosjekt som kartlegger sammenhengen mellom eugenikk og humangenetikk fra 1945 og fram til vår egen tid. Rapport fra forprosjektet vil foreligge i løpet 1999. Departementet vil komme tilbake til Stortinget med forslag til videre oppfølging våren 2000.

Post 60 Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten

Staten gir tilskudd til fylkeskommunenes utgifter til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten. Under trygdebudsjettet kap. 2750, post 72 bevilges midler til transportutgiftene.

Formålet er å oppfylle statens ansvar i henhold til Lov om sykehus § 2, 1. ledd om å sikre tilfredsstillende helsepersonellbemanning ved legehelikopter, ambulanshelikopter og redningshelikopter som inngår i Statens luftambulanse.

Det er forutsatt at de berørte fylkeskommuner (Akershus, Oppland, Buskerud, Aust-Agder, Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nordland, Troms, Finnmark og Østfold) organiserer bemanningen og er ansvarlige for gjennomføring av helsedelen av virksomheten.

Tilskuddet gis på grunnlag av fastsatte utgiftsrammer for den enkelte base. Rikstrygdeverket har ansvar for nyanskaffelser og vedlikehold av utstyr, og tildeles derfor 2,5 mill. kroner til dette formål.

Bevilgningen på 59 mill. kroner foreslås videreført for år 2000.

Post 61 Tilskudd til driftsavtaler

Ved behandlingen av Ot. prp. nr. 47 for 1996-97, jf. Innst. O. nr. 87 for 1996-97, har Stortinget vedtatt lovendringer som innebærer at det ikke lenger ytes trygderefusjon for undersøkelse og behandling utført av privatpraktiserende helsepersonell uten driftsavtale med fylkeskommune eller kommune. Lovendringen trådte i kraft 1. juli 1998 og omfatter leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter. Lovendringen omfatter ikke kommunalt organisert legevakt og øyeblikkelig hjelp. Det er fastsatt overgangsregler som sikrer fortsatt trygderefusjon for yrkesutøvere som var over 62 år pr. 1. juli 1998, for allmennleger fram til innføring av fastlegeordningen på landsbasis og for psykologer og psykiatere.

Ved behandlingen av St. prp. nr. 61 for 1996-97 (kommuneøkonomiproposisjonen) sluttet Stortinget seg til at det innføres en øremerket tilskuddsordning for fylkeskommuner og kommuner som fra 1. juli 1998 oppretter driftsavtaler med yrkesutøvere som fram til dette tidspunktet hadde refusjonsberettiget praksis uten driftsavtale. Tilskuddet dekker henholdsvis 80 pst. (for psykiatere, psykologer og fysioterapeuter) og 70 pst. (for andre legespesialister) av fylkeskommunenes og kommunenes utgifter til driftstilskudd i forbindelse med de nye avtalene. Det vil bli gitt øremerket tilskudd i fem år, deretter blir tilskuddet innlemmet i rammetilskuddene.

Fylkeskommunene og kommunene har inngått nye driftsavtaler i et betydelig omfang i forbindelse med reformen. Samlet er det inngått om lag 1400 nye driftsavtaler med et omfang på 900 årsverk. Så godt som alle psykiatere, psykologer og fysioterapeuter med refusjonsberettiget praksis har fått driftsavtale. De nye driftsavtalene fordeler seg slik (ca årsverk):

Tabell II. 46

Psykologer	290
Psykiatere	110
Andre legespesialister	260
Fysioterapeuter	220
I alt	880

Det foreslås bevilget 194 mill. kroner for 2000.

Post 64 Tilskudd til RiT 2000 (kan overføres)

Overført fra 1998 til 1999 er 2 516 000 kroner.

1. Formål/hovedprioriteringer

Det vises til St. prp. nr. 67 (1996-97) der Stortinget godkjente den inngåtte avtalen mellom Sør-Trøndelag fylkeskommune og staten om bygging av ny universitetsklinikk i Trondheim - RiT 2000 (Innst. S. nr. 281 (1996-97)). Budsjettposten dekker Sosial- og helsedepartementets (SHD) tilskudd til Sør-Trøndelag fylkeskommune for det aktuelle budsjettår og kostnader til oppfølging av utbyggingsprosjektet.

2. Tilstandsvurdering/status i planarbeidet og utbyggingen

De første byggeaktivitetene startet i 1998/99. Dette gjelder blant annet omlegging av teknisk infrastruktur. Videre er utvidelsen av stråleterapienheten ved Kreftavdelingen på RiT i gang, (jf. Nasjonal kreftplan). Bygging av den nye RiT- barnehagen starter i september 1999.

Planarbeidet for de tre første senterne er godt i gang. Skisseprosjekt for Nevrosenteret er utarbeidet. For Laboratoriesenteret og Kvinne-barnsenteret pågår også programmeringsarbeid, og etter planen skal prosjektering starte for begge disse sentrene i oktober 1999. Planarbeidet for ny bro over Nidelva og parkeringskjeller er ferdig.

Byggherreorganisasjonen har videre arbeidet med å dokumentere størrelse på utbyggingen og kostnader for bygg, anlegg og brukerstyr og mulige framdriftsscenarier.

Prosjektet er noe forsinket i forhold til godkjente planer. Det vises til redegjørelse i St. prp. nr. 67 (1998-99).

Ved utgangen av 1998 var det påløpt kostnader på i alt 151,4 mill. kroner i prosjektet. Driftsulemper og FoU er holdt utenfor.

3. Bevilgningsforslag for 2000

Bevilgning for 1999 var 67,3 mill. kroner, herav 31 mill. kroner i driftsulempemidler.

For 2000 foreslås det 100,3 mill. kroner i alt på denne posten. Tilskuddet dekker både investeringsandelen til SHD til sykehusdelen av prosjektet, driftsulemper, FoU og oppfølgingskostnader. Driftsulemper utgjør om lag 32 mill. kroner. Beregningene av tilskuddets størrelse tar utgangspunkt i gjeldende avtale.

Universitetsdelen av investeringsprosjektet finansieres over Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementets budsjett (kap 281, post 60). For 2000 foreslås det 122,7 mill. kroner til dette formålet.

4. Merknader til budsjettforslaget

Det vises til omtale om nye forhandlinger med Sør-Trøndelag fylkeskommune om RiT 2000 i St. prp. nr. 67 (1998-99). På bakgrunn av justert anslag for arealer og kostnader, behovet for nye prinsipper for styringen av utbyggingen, og fylkeskommunens evne til å gjennomføre utbyggingen innenfor utvidede rammer, er det forhandlet fram (per 09.09.99) en revidert avtale mellom staten og fylkeskommunen. Den reviderte avtalen legger til grunn et kostnadsanslag på hele utbyggingen på 7,3 mrd. kroner (eksl. utstyr til universitetet og høyskole) og et bruttoareal på 186.500 m² (inkludert et bruttoareal på 49.500 m² til universitet og høyskole). Utbyggingen gjennomføres trinnvis med styrende kostnadsrammer som vedtas før igangsetting av det enkelte byggetrinn. De kliniske sentra planlegges ferdigstilt til 2010. Den resterende utbyggingen er planlagt ferdigstilt i 2013/14. Dagens Prosjektstyre og Prosjektutvalg erstattes av et nytt "plan- og byggestyre" som skal styre utbyggingen på oppdrag fra fylkeskommunen etter avtale med staten. Dette medfører at Sosial- og helsedepartementet, Kirke-, utdannings- og forsyningsdepartementet og Statsbyggs arbeid for å kvalitetssikre utbyggingen vil måtte restruktureres noe. Statens oppfølging koordineres likevel gjennom et interdepartementalt koordineringsutvalg, der også Kommunal- og regionaldepartementet og Finans- og tolldepartementet er representert.

Den reviderte avtalen vil bli lagt fram for Stortinget som egen sak så snart Sør-Trøndelag fylkesting har behandlet den. Det tas videre sikte på, i tråd med revidert avtale, at kostnadsramme- og igangsettingsvedtak for første byggetrinn fremmes for Stortinget våren 2000.

Det tas forbehold om eventuelle budsjettendringer for 2000 på grunn av endret investeringsprofil og revidert avtale.

Post 65 Nasjonal kreftplan

Forekomsten av kreft har økt betydelig for begge kjønn de siste 30 år. Kreft er den nest hyppigste dødsårsak i Norge etter hjerte- og karsykdommer. Hyppigheten av de fleste kreftformer er økende. Hvert år dør omkring 10 000 av kreft. Av disse dør 6 000 allerede innen ett år etter at diagnosen er fastsatt.

1. Formål og hovedprioriteringer

Ved behandlingen av St. prp. nr. 61 (1997-98) Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus, sluttet Stortinget seg til Regjeringens forslag om en total offentlig satsing over en 5-års periode på i overkant av 2 mrd. kroner, hvorav 1 mrd. kroner skal benyttes til økte driftsutgifter og i overkant av 1 mrd. kroner til totale investeringer, jf. Innst. S. nr. 226 (1997-98).

Målene for handlingsplanen er bl.a. å

- Redusere antall nye krefttilfeller gjennom forebyggende tiltak
- Utvide mammografiscreening til en landsdekkende ordning for kvinner i alderen 50-69 år
- Øke strålebehandlingskapasiteten ved å bygge ut til 36 strålemaskiner på landsbasis
- Øke tilgangen på helsepersonell

Det vises til en oversikt under avsnitt *Resultatrapport 1998* over status i forhold til målene for handlingsplanen.

I behandlingen av St. prp. nr. 61 (1997-98) Nasjonal kreftplan, jf. Innst. S. nr. 226 (1997-98), ba Stortinget departementet om å følge opp planen gjennom et eget prosjektsekretariat. Det er nedsatt en egen styringsgruppe i departementet for å følge opp Nasjonal kreftplan med egen utredningskapasitet. Det er videre etablert en faglig rådgivningsgruppe med representanter fra samtlige helseregioner som skal bistå departementet i arbeidet med oppfølgingen av Nasjonal kreftplan.

2. Resultatrapport 1998

Utdanningskapasiteten for radiografer ble økt med 20 studieplasser i Oslo, Bergen og Tromsø. I tillegg til de fire prøvefylkene Akershus, Hordaland, Rogaland og Oslo, ble tilbudet om mammografiscreening utvidet med 5 nye fylker i 1998; Telemark, Vest-Agder, Aust-Agder, Troms og Finnmark.

Tabell II. 47

Tiltak	Resultat 1998	Resultat 1999	Måltall 2000	Måltall 2003
Mammografi (ant fylker)	9	13	16	19
Strålemaskiner (ant maskiner)	22	25	28	36
Radiografer (økn i ant studiepl)	20	40	60	60

I tillegg er det i 1999 gitt midler til oppbygging av kompetansesentra innen lindrende behandling, arvelig kreft og genterapi ved regionsykehusene.

Prosjekt om evaluering av behov for oppsøkende genetisk virksomhet

Det norske Radiumhospital er i 1999 tildelt 1 mill. kroner over kap. 739, post 65 til et prosjekt om evaluering av behov for oppsøkende genetisk virksomhet for familier med arvelig disposisjon for brystkreft hos kvinner. Det er lagt opp til en prosjektperiode på 2 år.

3. Tilstandsvurdering

Ved noen kreftsykdommer har behandlingen bedret seg betydelig. Dette gjelder spesielt blodkreft hos barn hvor dødeligheten i 1980 var 70 pst. mot 20 pst. i 1997. Like gode resultater sees ved behandling av testikkelkreft. For andre kreftsykdommer har det vært mindre fremskritt i behandlingen. Eksempler er brystkreft og tykktarmskreft. Ved disse kreftformene er redusert dødelighet særlig knyttet til tidlig påvisning av sykdom.

4. Budsjettforslag 2000

Forebygging

Når det gjelder midler til forebygging, vises det til tekst under kap. 713 Statens ernæringsråd, 714 Statens tobakkskaderåd og kap. 581, post 71 Husbanken.

Tidligdiagnostikk/screeningundersøkelser

Mammografiscreening

Brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner og den viktigste årsaken til tapte leveår hos kvinner opptil 65 år. I 1998 er mammografiscreeningprosjektet utvidet fra 4 til 9 fylker, jf. kap. 739, post 66. I løpet av handlingsplanperioden skal mammografiscreeningprosjektet utvides til å bli et landsdekkende tilbud til kvinner i alderen 50 – 69 år. Utvidelsen skal skje så raskt personellsituasjonen tillater. Bevilgningen foreslås økt med 10,5 mill. kroner til oppstart av arbeidet med mammografiscreening i tre nye fylker i 2000. Det vises til nærmere omtale under kap. 739, post 66. Framtidig organisering vil departementet komme tilbake til når evalueringen foreligger. Departementet vil i den videre oppbygging av mammografiscreening legge til grunn de samme krav til kvalitet som for prøveprosjektet. Det gjelder også der fylkeskommunene inngår et samarbeid med private røntgeninstitutter. Departementet har bedt fylkene sende inn planer for dette.

Tilskudd til forebygging av tykktarmskreft

Det ble i budsjettet for 1999 lagt inn 5 mill. kroner til oppstart av en plan for forebygging av tykktarmskreft (colo-rectal kreft) i to prøvefylker. Hensikten med prosjektet er å avklare verdien av masseundersøkelser (screening) med sikte på redusert dødelighet. 1998 var et planleggingsår, mens selve screeningen startet i januar 1999. Screening vil foregå i perioden 1999–2000. Det er videre planlagt en oppfølging etter fem år. Undersøkelsen vil bli gjennomført i Telemark og Oslo. Det foreslås en videreføring av bevilgningen til dette prosjektet i 2000.

Prostatakreft

For menn er prostatakreft den hyppigste kreftformen. Halvparten av tilfellene oppdages hos menn over 75 år. Det ble i St. prp. nr. 1 (1998-99), foreslått bevilget midler til oppstart av et forskningsprosjekt for dokumentasjon av bruken av PSA-testing for informasjon om forhøyet risiko for å utvikle prostatakreft. Prosjektet var beregnet å vare ut 2005. Forskningsprosjektet, som var planlagt igangsatt i 1999, ble utsatt ett år, jf. Budsjett-Innst. S. nr. 11 (1998-99). I en henvendelse fra det urologiske fagmiljøet fremkommer det at forskningsprosjektet ut fra faglige vurderinger likevel ikke anbefales gjennomført. På bakgrunn av fagmiljøets vurdering, foreslår departementet derfor at prosjektet utgår. Midlene som var foreslått avsatt til prosjektet i 2000, 3 mill. kroner, foreslås omdisponert til mammografiscreening.

Arvelig kreft

Det finnes omkring 10 000 personer i Norge som er bærer av arveanlegg for ulike typer arvelig kreft. Om lag 200 av disse vil årlig få kreftdiagnose.

Den planlagte utvidelsen av tilbudet om mammografiscreening og det planlagte screeningprosjektet for tykktarmskreft vil føre til identifikasjon av flere tilfeller med arvelig kreft og påfølgende behov for genetisk veiledning og eventuell gentesting. Det ble bevilget 5 mill. kroner til opprettelse av kompetansesentre for arvelig kreft ved alle landets regionsykehus i 1999. Det foreslås bevilget midler til videre oppbygging og drift av disse kompetansesentrene i 2000.

Genterapi

Genterapi er definert som forsøk på å kurere genetisk betingede sykdommer ved å tilføre pasienter genetisk materiale (DNA) som er laboratoriefremstilt. Ved genterapi på kroppsceller får behandlingen bare betydning for den aktuelle pasient. Ved genterapi på kjønnseller går den genetiske endringen i arv til pasientens etterkommere. Genterapi er regulert i lov om medisinsk bruk av bioteknologi, som fastslår at genterapi på kroppsceller bare kan benyttes ved alvorlig sykdom og som inneholder forbud mot genterapi på kjønnseller. Det ble bevilget 5 mill. kroner for å styrke kompetansen innen genterapi ved to regionsykehus i 1999, Det Norske Radiumhospitalet og Haukeland sykehus. Departementet antar at det i løpet av relativt få år vil bli aktuelt å bygge opp kompetanse for denne type terapi ved flere norske regionsykehus. Det foreslås bevilget midler til videre oppbygging av kompetanse innen dette feltet i 2000.

I 1998 er det gjennomført en total revidering av takstene innenfor medisinsk genetikk, hvor det bl.a. ble innført nye takster for prediktive/presymptomatiske undersøkelser ved arvelig kreft, inkludert genetisk veiledning, undersøkelse/veiledning ved risiko for arvelig eller kroniske sykdommer, spesialutredninger og mer omfattende prosedyrer.

Utredningen *Å vite eller ikke vite – gentester ved arvelig kreft* (NOU 1999:20) ble avsluttet i mai 1999. Utredningen er viet helsevesenets tilbud til personer med arvelig betinget risiko for kreft. Utvalget anbefaler at dette tilbudet styrkes, og at det i all hovedsak videreføres i dagens form, det vil si som et tilbud primært rettet mot personer med opphopning av kreft i familien. Utredningen har vært på høring og vil bli fulgt opp i evalueringen av bioteknologiloven og i det videre arbeidet med kreftplanen.

Økt strålebehandlingskapasitet

Strålebehandling er sentral i spesifikk kreftbehandling. Slik behandling har helbredende virkning i tidlig stadier ved mange kreftformer og kan redusere størrelsen på det kirurgiske inngrepet. Hos pasienter med symptomgivende, langtkommende og uhelbredelig kreftform, vil mellom 40 og 95 pst. av de som tilbys palliativ strålebehandling oppnå god lindring.

Liten kapasitet for stråleterapi i Norge i dag har i særlig grad rammet pasienter med behov for lindrende behandling. En forventet økning i kreftforekomsten gjør det nødvendig å yte ekstra midler til innkjøp av utstyr og toskifts bemanning for å øke kapasiteten.

Som et ledd i Nasjonal kreftplan er det vedtatt en utvidelse fra dagens 22 strålemaskiner til 36 strålemaskiner i løpet av handlingsplanperioden 1999-2003. Dette skal skje både gjennom en utvidelse av kapasiteten ved regionsykehusene, men også gjennom etablering av satelittenheter ved sentralsykehusene. Satelittenhetene vil faglig være underlagt av regionsykehusavdeling. Det legges til grunn en jevn utbyggingsprofil som tilsier etablering av 3 nye maskiner per år i handlingsplanperioden. Det legges til grunn 100 pst. statlig finansiering av selve strålemaskinene. Øvrige bygningsmessige investeringer refunderes etter ordinær sats gjennom kapitalrefusjonsordningen. Det ble i 1999 bevilget midler til satelittenheten i Rogaland og Vest-Agder. I tillegg er det bevilget en del midler til prosjektering i forbindelse med etablering av en satelittenhet i Oppland. Det foreslås bevilget midler til videre utbygging av stråleterapien med 3 maskiner i 2000.

Størrelsen på de bygningsmessige investeringene vil avhenge av i hvilken form regionene/fylkeskommunene velger å bygge ut.

Innenfor rammen på 36 strålemaskiner foreslo departementet følgende fordeling av nye maskiner i løpet av planperioden:

Helseregion Øst og Sør:

2 maskiner ved Ullevål sykehus, 2 maskiner ved hver av stråleterapisatellittene ved Gjøvik fylkessykehus og Vest-Agder Sentralsykehus, 1 maskin ved DNR

Helseregion Vest:

2 maskiner ved Sentralsjukehuset i Rogaland

Helseregion Midt-Norge:

2 maskiner i en satellitt ved Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal

Helseregion Nord:

2 maskiner ved Regionsykehuset i Tromsø

I tiden som er gått etter Stortingets behandling av kreftplanen har indikasjonene for strålebehandling økt. Utbygging av mammografiscreening og brystbevarende kirurgisk kreftbehandling er eksempler på dette. Planene fra helseregionene har da også i ettertid vist et samlet behov på flere maskiner enn den vedtatte rammen på 36 maskiner. Regjeringen vil derfor vurdere dette på nytt med tanke på å framlegge en fornyet behovsvurdering i budsjettet for 2001. Det tas sikte på fullfinansiering av en tredje strålemaskin og en tredje bunkers ved Ullevål sykehus innen utgangen av 2003.

Lindrende behandling - livshjelp

Et velfungerende samarbeid mellom primærhelsetjeneste og sykehus er en faglig forutsetning for god lindrende behandling. Det er derfor viktig å etablere kompetansemiljøer på dette området. Spredning av kompetanse kan for eksempel gjennomføres ved at regionsykehusene tilbyr sykehusene i regionen besøk/bistand av spesialister (leger/sykepleiere) for kortere eller lengre tid. Organiseringen av denne virksomheten forutsettes ivaretatt i de regionale kreftplanene.

Det er i Nasjonal kreftplan vedtatt å etablere kompetansesentre for lindrende behandling ved alle landets regionsykehus. Det ble bevilget 5 mill. kroner til oppbygging av kompetanse innen lindrende behandling ved alle regionsykehusene i 1999. Det foreslås bevilget midler til videre utbygging og drift i 2000. I tillegg foreslås avsatt ytterligere 5 mill. kroner til å styrke regionsykehusenes kompetanse innen lindrende behandling for å ivareta også andre sykdommer enn kreft, jf. kap. 730, post 67. Satsingen er i tråd med anbefalingene i NOU 1999:2 Livshjelp.

Lindrende kreftbehandling i hjemmet

Fra 1999 er det innført en egen takst for ambulant onkologi, hvor helsepersonell i regi av sykehusene kommer hjem til pasienten. Det ble bevilget 2,5 mill. kroner til formålet i 1999. For 2000 er det beregnet at utgiftene vil bli ca. 4 mill. kroner. Det vises til nærmere omtale under kap. 730, post 61 Refusjon poliklinisk virksomhet mv.

Kvalitetssikring

Den opprustning som anbefales innen stråleterapikapasiteten har konsekvenser for den strålemedisinske kvalitetssikringsarbeidet, idet behovet for strålefysiske og dosimetriske tjenester, samt kvalitetssikringen av disse, vil øke betydelig.

Det foreslås en permanent styrking av dosimetri og kvalitetssikring i strålemedisin i regi av Statens strålevern, og det er avsatt 4,5 mill. kroner pr. år på kap. 715 til dette formålet fra og med 1999.

Barn og kreft

Det ble i 1999 bevilget 1,5 mill. kroner til opprettelse av et kompetansesenter for solide svulster hos barn ved Rikshospitalet/Det Norske Radiumhospitalet. Senteret skal bl.a. koordinere utarbeidelsen av nasjonale handlingsprogrammer, kvalitetssikre behandlingsprogrammene og overvåke resultatene. Det vil bli vurdert om dette kompetansesenteret skal ha ansvaret for langtidsoppfølgingen av barn som har hatt kreft. Det foreslås bevilget 1,5 mill. kroner til dette i 2000.

Tilskudd til etterkontroll av kreftpasienter for registrering av eventuelle langtidsbivirkninger

Det er kjent at behandling av kreft kan gi betydelige langtidsbivirkninger. Problemet med slike langtidsbivirkninger er at de ofte melder seg mange år etter at pasienten har gått ut av rutinekontrollene ved regionsykehusene. Det er fra 1999 avsatt 3 mill. kroner på kap. 716 til et samarbeidsprosjekt mellom regionsykehusene, Kreftregisteret og Det Norske Radiumhospitalet, slik at det kan gjennomføres etterkontroll av kreftpasienter for å registrere langtidsbivirkninger.

Helsepersonell

Til tross for en jevn økning de senere årene i antallet utførte årsverk blant leger og sykepleiere ved de somatiske sykehusene, er det fortsatt mangel på viktige grupper helsepersonell. Innenfor kreftbehandlingen er mangelen på nøkkelpersonell særlig knyttet til legespesialister, radiografer og stråleterapeuter. Spesiell satsing på dette er derfor en forutsetning for å få iverksatt en nasjonal kreftplan.

Legespesialister

Regjeringen foreslår å etablere et stimuleringstilskudd for utdanningsstillinger innenfor fagområdene patologi, onkologi og radiologi fra 2000.

Radiografer

Studiekapasiteten for radiografer ble økt med 20 plasser allerede fra 1998. Ytterligere 20 nye plasser ble etablert i 1999. Det foreslås en økning på 20 plasser fra høsten 2000. Det ble bevilget 3 mill. kroner til dette fra kap. 739, post 21 i 1999. Det foreslås

bevilget 0,9 mill. kroner til økningen på 20 plasser i 2000. Midlene vil bli overført til Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

Stråleterapeuter

Antallet studieplasser for stråleterapeuter planlegges økt til ca. 30 studenter fra høsten 1998. Alle kvalifiserte søkere vil få studieplass. Det vises til nærmere omtale under kap. 705, post 62.

Stråleterapiassistenter

Det opprettes en ny utdanning; stråleterapiassistenter. Utdanningen vil kunne bygge på hjelpepleierutdanningen og organiseres som en bedriftsintern utdanning. Utdanningen av stråleterapiassistenter starter opp med 10 elever ved Ullevål sykehus høsten 1999. Når evalueringen av prosjektet er gjennomført, vil departementet ta standpunkt til de forhold som berører en evt. videreføring av tiltaket.

Kreftforskning

Forskningsinnsatsen på kreftsykdommer må spenne vidt og inkludere både grunnforskning, klinisk forskning, epidemiologisk forskning og forskning om hvilke forebyggings tiltak som virker og hvordan disse kan og bør implementeres. Sosial- og helsedepartementet ser det som vesentlig at kreftforskningen skjer på et faglig og uavhengig grunnlag og ikke i uheldig grad styres av næringsinteresser. Departementet vil gå inn for at det utarbeides en strategi for offentlig kreftforskning. Midlene vil bli fordelt mellom Norges Forskningsråd og senter for medisinsk metodevurdering. 5 mill. kroner er overført til ny post 50 Tilskudd til NFR.

Nasjonalt screeningsenter for kreft

Å øke mulighetene for bedre helbredelse ved tidlig diagnose er en av tre hovedmålsettinger i Nasjonal kreftplan. Før ulike programmer for masseundersøkelser settes i gang, er det nødvendig å foreta ulike typer vurderinger, ikke bare rent medisinsk faglige, men også ressursmessige og etiske. Departementet ønsker derfor å etablere et senter for å samle kompetanse innenfor kreftscreening.

En arbeidsgruppe som har utarbeidet en rapport om nasjonalt screeningsenter for kreft, har foreslått følgende hovedfunksjoner:

- Å gi råd til sentrale helsemyndigheter om innføring av nye screeningprogrammer for kreft i Norge.
- Å utforme kvalitetskrav til helseregionene og fylkeskommunene for vedtatte screeningprogrammer, gi råd om innføringen og ha ansvar for den løpende kvalitetskontroll av programmene.
- Å ha det operative ansvar for den praktiske gjennomføring av all logistikk rundt screeningprogrammene.
- Å beregne effekten av pågående screeningprogrammer, målt i helsegevinst, helsetap og samfunnsøkonomiske kostnader.

Arbeidsgruppen har i sin rapport lagt til grunn at behovet for uavhengighet i forhold til de lokale screeningenhetene i fylkene tilsier at et nasjonalt screeningsenter ikke bør integreres i et sykehus som selv utfører screening.

Departementet vil komme tilbake til selve etableringen av screeningsenteret på et senere tidspunkt.

Det foreslås bevilget 226,7 mill. kroner til gjennomføringen av kreftplanen i 2000 under kap. 739, post 65.

Post 66 Mammografiscreening (Ny post)

Sosial- og helsedepartementet startet i 1994 opp prøveprosjekt med masseundersøkelser for brystkreft ved mammografi. Det ble oppnevnt en styringsgruppe for prosjektet, og prosjektledelsen ble lagt til Kreftregisteret. Prøveprosjektet gjennomføres i perioden

1994-99. Prosjektet omfatter kvinner i alderen 50-69 år. Foreløpig evaluering gjøres etter to år, samtidig som annen screeningrunde starter. I 1998 ble prøveprosjektet utvidet med fem nye fylker, og i 1999 er mammografiscreening utvidet med ytterligere fire fylker, slik at 13 fylker nå er i gang med planlegging og drift av mammografiscreening. Evalueringsrapporten fra første screeningrunde i prøveprosjektet er nå lagt fram. Prøveprosjektet omfatter kvinner i aldersgruppen 50-69 år i Akershus, Hordaland, Oslo og Rogaland. Hovedmålene for prøveprosjektet er å finne fram til arbeidsmåter som kan forventes å redusere dødeligheten av brystkreft med 30 pst. blant de inviterte, samt å utprøve de organisatoriske, økonomiske og faglige sider ved brystkreftscreening. En reduksjon i dødelighet kan tidligst forventes om 5-7 år. Evalueringsrapporten viser at resultatene samsvarer med prosjektets kvalitetsmanual, og at det derfor er all grunn til å tro at målsettingen om å redusere brystkreftdødeligheten blant de inviterte kvinnene med 30 prosent vil bli oppnådd.

Mammografiscreening er nå en del av Nasjonal kreftplan med et eget øremerket tilskudd i handlingsplanperioden 1999-2003. I den videre utbyggingen av mammografiscreening legges det opp til de samme krav til kvalitet som for prøveprosjektet. Det er nedsatt en egen styringsgruppe i departementet for å følge opp Nasjonal kreftplan, herunder oppbyggingen av mammografiscreening. Den tidligere styringsgruppen for prøveprosjektet fungerer nå som faglig rådgivningsgruppe for departementet i dette arbeidet.

Stortingets vedtak om et samarbeid mellom fylkeskommunene og de private røntgeninstituttene, jf. Innst. S. nr. 226 (1998-99), er fulgt opp gjennom et eget skriv til fylkeskommunene. Departementet legger her til grunn at fylkeskommunene i den videre oppbyggingen av mammografiscreening skal følge de samme krav til kvalitet som for prøveprosjektet, og at dette også gjelder der fylkeskommunene inngår et samarbeid med de private røntgeninstituttene. Departementet vil foreta en godkjenning av fylkeskommunale planer for utbygging av mammografiscreening, herunder bruk av private røntgeninstitutter.

1. Formål og hovedprioriteringer

Hovedmål for prøveprosjektet er:

- Å vurdere ulike arbeidsmodeller som kan forventes å redusere dødeligheten av brystkreft blant kvinner i alderen 50-69 år med 30 pst. i prøvefylkene
- Å gi et grunnlag for å vurdere de organisatoriske, økonomiske og faglige konsekvenser av et eventuelt nasjonalt screeningprogram

Ut i fra hensynet til evaluering av virksomheten i prøvefylker, forekomst av brystkrefttilfeller og faglig krav til mammografisentre, ble Akershus, Rogaland og Hordaland valgt som prøvefylker. I 1998 ble Oslo inkludert som prøvefylke i prosjektet, som også ble utvidet med Telemark, Troms, Finnmark og Agderfylkene. I 1999 startet Nordland, Nord- og Sør-Trøndelag og Buskerud opp med planlegging av mammografiscreening.

2. Resultatrapport 1998

Masseundersøkelsen ble fullført for første treårsperiode i desember 1997. Totalt har det i første screeningrunde blitt invitert i underkant av 160 000 kvinner. I overkant av 127 000 kvinner har møtt til undersøkelsen i første screeningrunde, det utgjør 79,5 prosent av de inviterte. Dette er i tråd med målsettingen om 80,0 prosent oppmøte. Oppmøtet varierte fra 68 til 88 prosent per screeningsenhet. Det er lagt opp til løpende vurdering av bl.a. kostnader og kvalitet på radiologiske og kliniske data og informasjonsopplegg rettet mot kvinnene.

3. Tilstandsvurdering

Brystkreft er den klart hyppigste kreftform blant kvinner i den vestlige verden. I Norge rammes over 2 000 kvinner av sykdommen hvert år. Brystkreft utgjør omlag 23 pst. av

alle nye krefttilfeller hos kvinner. Årlig dør omlag 750 norske kvinner av sykdommen. Brystkreft er den viktigste årsak til tapte leveår hos kvinner under 65 år, og rangerer foran både hjerte-karsykdommer og ulykker for denne aldersgruppen. Vel 20 000 kvinner lever i dag med diagnosen brystkreft, og de fleste av disse er opererte.

4. Satsingsområder og resultatmål for 2000

Det forutsettes at prøveprosjektet følger planlagt progresjon i 1999. Det er et mål å oppnå minst 80 pst. fremmøte, at antall funn utvikler seg tilfredsstillende og at det kan dokumenteres god kvalitet på de radiologiske og kliniske data.

Ved behandlingen av St.prp. nr. 61 (1997-98) Nasjonal kreftplan, sluttet Stortinget seg til Regjeringens forslag om å utvide tilbudet om mammografiscreening for kvinner i aldersgruppen 50-69 år til et landsomfattende tilbud så raskt personellsituasjonen tillater det i handlingsplanperioden 1999-2003.

Erfaringene fra prøveprosjektet vil bli lagt til grunn i den videre planleggingen av et landsomfattende tilbud.

Det foreslås å øke bevilgningen med 10,5 mill. kroner til utvidelse av tilbudet i tre nye fylker i 2000. Det vises til den samlede omtalen av Nasjonal kreftplan under kap. 739, post 65 Kreftbehandling m.m.

Det foreslås bevilget 71,9 mill. kroner til mammografiscreening i 2000.

Post 70 Behandlingsreiser til utlandet (jf. Kap. 3739)

1. Formål og hovedprioriteringer

Behandlingsreiser til utlandet er et supplement til tilbud i Norge, og kan i noen tilfeller forebygge sykehusinnleggelse. Ordningen omfatter tilbud til pasienter med revmatiske lidelser, pasienter med psoriasis, 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 på 100 kroner per døgn. Behandlingen foregår nå i Tyrkia (revmatikere) og på Kanariøyene (øvrige grupper).

Det er satt ned et utvalg som skal foreta en gjennomgang av ordningen med behandlingsreiser til utlandet, for blant annet å vurdere om dagens ordning omfatter de pasientgrupper som har størst behov for ordningene, og om behandlingsopplegget står i forhold til forventede behandlingsresultater. Utvalget er bedt om å gi tilrådinger om hvordan ordningen bør være i fremtiden, og vil avgi sin innstilling innen 31.12.99.

2. Resultatrapport 1998

I 1998 ble det i programmet for voksne pasienter med revmatiske lidelser behandlet 1183 pasienter i Tyrkia og 456 i prøveprosjektet i Igalo, Montenegro. Det ble også behandlet 40 ungdommer og 20 barn på Lanzarote. I psoriasisprogrammet ble det sendt 603 pasienter, hvorav 37 barn/ungdom. I astmaprogrammet ble det behandlet 174 barn/ungdom, herav 41 barn med atopisk eksem, og 7 barn med cystisk fibrose.

I 1997 og 1998 ble det sendt prøvegrupper med revmatiske pasienter til Igalo-instituttet i Montenegro. Instituttet vil bli vurdert på nytt i forbindelse med den foreslåtte anbudskonkurransen for revmaprogrammet.

3. Satsingsområder og resultatmål for 2000

For 2000 tas det sikte på å opprettholde samme volum som i 1999, eksklusive prøvegrupper, forutsatt at lønnsøkning og hotellpriser mv. ikke overstiger prisomregningen. Det regnes med et volum på 1 180 voksne revmatikere og 70 revmatiske barn/unge. På psoriasisprogrammet anslås et volum på 560 voksne og 25 barn/unge. På astmaprogrammet regnes det med et volum på 174 barn/unge.

Departementet foreslår at revmaprogrammet legges ut på anbud og at det prøves ut alternative behandlingssteder i 2000. Departementet vil komme tilbake til omfanget av dette tilbudet og hvilke grupper som bør prioriteres når utvalget som vurderer ordningene med behandlingsreiser har lagt fram sin innstilling.

I Budsjett-innst S. nr. 11 (1998-99) ba Stortinget om at det sendes en prøvegruppe med muskelsyke til opptreningsopphold i Syden. Poliorammede og ALS-pasienter ble særskilt nevnt i merknaden fra Sosialkomiteen. I 1999 vil det derfor bli gjennomført prøveopphold for disse gruppene. Departementet foreslår at det i 2000 sendes en gruppe med nevromuskulære sykdommer. Prøveoppholdene vil bli evaluert med sikte på å avklare effekten av tilbudet både på kort og lang sikt. Det vil bli sendt en prøvegruppe med psoriasispatienter til Dødehavet, Israel høsten 1999.

4. Merknader til budsjettforslaget

I alt føres opp 61 700 000 kroner under denne posten. Det er da inkludert 6,2 mill. kroner i egenandeler, jf. tilsvarende inntekter under kap. 3739, post 02 og 3,6 mill. kroner vedrørende utgifter til pasienter fra andre nordiske land, jf. tilsvarende inntekter under kap. 3739, post 03, Diverse inntekter.

Post 71 Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.

Det foreslås 3,15 mill. kroner i tilskudd til norsk Pasientforenings til drift av foreningens kontor for pasienthjelp.

Det foreslås 1,076 mill. kroner i tilskudd til Landsforeningen til støtte ved krybbedøds virksomhet.

Post 72 Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning

Norsk Pasientskadeerstatning er en midlertidig ordning basert på avtale mellom staten og landets fylkeskommuner om å yte erstatning ved pasientskade av fysisk art i somatiske sykehus etter nærmere fastsatte regler. Avtalen trådte i kraft 1. januar 1988.

Avtalen er gjort midlertidig i påvente av en lovbestemt ordning. Lovforslag ble fremmet av Justisdepartementet rett før jul 1998.

Den midlertidige ordningen er fra 1. juli 1992 utvidet til også å omfatte psykiatriske sykehus/poliklinikker og kommunelegetjenesten (fast ansatte leger, leger med kommunal driftsavtale, leger i kommunal legevakt og deres medhjelpere).

Norsk Pasientskadeerstatning finansieres gjennom en fulldekningsordning basert på årlige innbetalinger fra fylkeskommunene og staten.

Statens helsetilsyn administrerer utbetalingene til Kommunal Landspensjonskasse vedrørende statens andel for de statlige sykehusene. For å slippe å inngå avtaler med samtlige kommuner for perioden fram til den nye loven trer i kraft, er utgiftene ved den kommunale ordningen fra og med 1993 dekket direkte fra staten.

Statens samlede utgifter til pasientskadeerstatningen anslås for 2000 til ca. 35,42 mill. kroner.

Post 73 Erstatningsutvalget for stråleskader

Erstatningsutvalget for stråleskader ble oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet i juni 1997 for å vurdere spørsmålet om erstatning til pasienter som i årene 1975-1986 fikk strålebehandling mot brystkreft etter fraksjonsmønsteret 4,3 Gy x 10 ved Radiumhospitalet.

Utvalget avga i april 1998 en innstilling hvor utvalget tilrådte at det ble gitt tilbud om erstatning etter skadeerstatningslovens regler til pasienter behandlet fra og med 1982 og som var påført skade og tap. For pasienter behandlet i perioden 1975 - 1982 og som var påført skade og tap, foreslo utvalget en egen billighetserstatningsordning.

I henhold til Stortingets vedtak av desember 1998 om å bevilge 85 mill. kroner til erstatningsoppgjøret, har departementet nå foretatt utbetalinger i samsvar med utvalgets innstillinger. 110 kvinner har fått tilbud om erstatning etter skadeerstatningslovens regler, og 133 har fått tilbud om billighetserstatning. 26 pasienter har ikke fått tilbud om erstatning fordi de ikke er påført skade eller tap.

Det er utbetalt erstatninger på totalt ca 70 mill. kroner.

Post 74 Reiseutgifter turnuskandidater

Staten refunderer reise- og flytteutgifter ved tiltredelse etter statens regulativ. Det ble bevilget 6,8 mill. kroner til formålet i 1998. Det ble dekket reise- og flytteutgifter for medisinske kandidater (4,2 mill. kroner), fysioterapikandidater (0,6 mill. kroner) og jordmorkandidater (0,1 mill. kroner), samt kurs for medisinske kandidater og fysioterapikandidater (1,8 mill. kroner).

I årene som kommer vil det være en betydelig økning i antall turnuskandidater. Dette henger sammen med en økning i antall uteksaminerte medisinske kandidater fra norske universiteter, flere medisinske kandidater fra utenlandske universiteter, samt en økning i antall fysioterapikandidater. Det ble bevilget 8,4 mill. kroner i 1999. Det foreslås bevilget 8,6 mill. kroner for 2000.

Kap 3739 Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Egenandeler	6 025	6 000	6 150
03	Diverse inntekter	3 996	3 500	3 600
	Sum kap 3739	10 021	9 500	9 750

Post 02 Egenandeler

Det føres opp ca. 6,2 mill. kroner under denne posten.

Post 03 Diverse inntekter

Det føres opp 3,6 mill. kroner under denne posten. Beløpet gjelder refusjon for pasienter fra andre nordiske land der reiser koordineres av sekretariatet for behandlingsreiser ved Rikshospitalet.

Programkategori 10.40 Psykisk helsevern

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på kapitler:

		(i 1 000 kr)			
Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
0740	Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jf. kap. 3740)	99 405	24 150		-100,0
0742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter	21 506	20 647	20 930	1,4
0743	Statlige stimuleringstiltak for psykisk helsevern	1 230 795	1 499 160	1 780 200	18,7
	Sum kategori 10.40	1 351 706	1 543 957	1 801 130	16,7

Utgifter under programkategori 10.40 fordelt på postgrupper:

		(i 1 000 kr)			
Post- gr	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000	Pst endr 99/00
01-23	Statens egne driftsutgifter	131 263	52 847	41 180	-22,1
60-69	Overføringer til kommuneforvaltningen	1 148 006	1 342 500	1 587 000	18,2
70-89	Andre overføringer	71 437	148 610	172 950	16,4
90-99	Utlån, statsgjeld m.v.	1 000			
	Sum kategori 10.40	1 351 706	1 543 957	1 801 130	16,7

Under denne programkategorien har man nå samlet de spesielle statlige stimulerings tiltakene for tjenester til mennesker med psykiske lidelser som følger av St. prp. 63 (1997-98) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, og Innst. S. nr. 222 (1997-98). Kommunenes og fylkeskommunenes utgifter til tjenester for mennesker med psykiske lidelser er hovedsakelig forutsatt dekket av rammetilskuddet. Midler til Norges Forskningsråds programmer om psykisk helse er oppført under kap. 701 post 50. For mer generelt virkende tiltak som også har betydning for denne målgruppen vises til henholdsvis programkategori 09.50 Sosialtjenesten, 09.70 Eldre og funksjonshemmede, 10.00 Helsetilsyn m.m. (fengselshelsetjenesten), 10.10 Kommunehelsetjeneste og Folkehelsearbeid, 10.20 Medisinsk attføring og 10.30 Somatiske spesialist-tjenester (bl.a. poliklinikkrefusjon, tilskudd til regionsykehus, refusjon av kapitalutgifter, helseregionalt samarbeid). Videre er bevilgningene til kommunale botiltak og rammetilskudd til fylkeskommunene over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett styrket som følge av Opptrappingsplan for psykisk helse. Det er dessuten ført opp i alt 27 mill. kroner over Arbeid- og administrasjonsdepartementets budsjett til styrking av Arbeidsmarkedsetatens arbeid for mennesker med psykiske lidelser.

1. Gjennomføringen av opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006

Hovedtall i opptrappingsplanen

Ved sin behandling av St. prp. nr. 63 (1997-98) sluttet Stortinget seg til hovedlinjene i opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen innebærer at det skal investeres for ca. 6,3 mrd. kroner i løpet av planperioden 1999-2006, og at driftsutgiftene gradvis økes til et nivå som ligger reelt ca. 4,6 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998, jfr. tabellen nedenfor.

Det vil være et samlet personellbehov på ca. 9 275 nye årsverk i løpet av planperioden som følge av opptrappingsplanen. Dette behovet har vært vurdert nøye i forhold til den planlagte utbyggingen av tjenestene sett på bakgrunn av forventet tilgang på de ulike personellgrupper som er aktuelle ved gjennomføringen av planen. I lys av personellsituasjonen ble det i St. prp. nr. 63 (1997-98) lagt til grunn en noe sterkere opptrapping mot slutten enn i starten av planperioden.

Tabellen nedenfor viser de samlede kostnadene knyttet til gjennomføringen av opptrappingsplanen for årene 1999 til 2006.

Tabell II. 48: Økte utgifter til drift og investeringer for planperioden 1999-2006. Mill. kroner. (1998 kroner). (Investeringskostnadene ført etter kontantprinsippet)

Tiltak	Driftsutgifter Økning fra 1998 til 2006	Investeringer 1999-2006
Brukerrettede tiltak	25	0
Kommunale tjenester voksne	1 650	2 516
Kommunale tjenester barn	450	0
Fylkeskommunale tjenester voksne	1 191	2 556
Fylkeskommunale tjenester barn og unge	636	881
Tilbud til særlig farlige og vanskelige sinnslidende m.v.	216	346
Grupper med særlige behov	36	0
Tilbud til samisktalende	20	0
Statlige sysselsettingstiltak	186	0
Utdanning/rekruttering av personell, forskning m.v.	161	0
Spesielle driftsutgifter	4	0
Sum	4 575	6 299

Behovet for økte statlige bevilgninger vil være noe lavere enn kostnadsrammen for planen slik dette framgår av tabellen. Viktige årsaker til dette er at investeringstilskudd som allerede ligger inne på statsbudsjettet er forutsatt videreført til nye fylkeskommunale investeringer i planperioden, samt at deler av investeringskostnadene forutsettes finansiert over flere år utover planperioden.

Gjennomsnittlig årlig økning for de gjenstående årene av planperioden (2001-2006) vil være omlag 690 mill. kroner (1999-kroner).

Opptappingsplanen i budsjettforslaget for 2000

I budsjettforslaget for 2000 avsettes det 400 mill. kroner mer til psykisk helse sammenliknet med vedtatt budsjett for 1999 (SIII99). Med dette videreføres realiseringen av opptappingsplanen som ble startet opp i 1999. I tråd med St. prp. nr. 63 (1997-98) er det lagt opp til en moderat innfasing av opptappingsplanen i begynnelsen av planperioden bl.a. av hensyn til personelltilgangen. Fordelingen av beløpet på 408 mill. kroner er vist i tabellen nedenfor. Av beløpet under statlige tiltak er 18 mill. kroner satt av til styrking av arbeidsmarkedstiltak over Arbeids- og administrasjonsdepartementets budsjett.

Tabell II. 49: Styrking av psykisk helsearbeid 2000. Mill. kroner

1.1. Kommunene (øremerket tilskudd) ³	172
1.2. Fylkeskommunene	168
Fordelt på:	
1.2.1. Øremerket tilskudd	151
1.2.2. Frie inntekter	17
1.3. Staten	68
3. Sum opptrappingsplanen for psykisk helse	408

2. Overordnet formål med programkategorien

Programkategorien omfatter statlige stimulerings tiltak for psykisk helse og andre statlige utgifter til formålet.

Ansvar for tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser er delt mellom forvaltningsnivåene. Kommunene har drifts- og planleggingsansvar for alminnelige helse- og sosialtjenester, fylkeskommunene har tilsvarende ansvar for spesialisthelsetjenester, mens staten har det overordnede ansvaret for tjenestenes juridiske og økonomiske rammebetingelser. Staten har dessuten ansvar for utdanning av personell på universitets- og høghskolenivå, for trygdeytelser, og for arbeidsmarkedstiltak. I tillegg har staten ansvar for kontroll og tilsyn m.v. med de fylkeskommunale institusjonene. Opptrappingsplanen er basert på følgende overordnede prinsipper:

- forebygging der dette er mulig, og i hvert fall å søke å påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser
- ansvaret for tjenestene skal følge øvrig ansvarsfordeling innen helse- og sosialtjenesten
- pasienten først, - brukernes behov skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis ut fra et helhetlig menneskesyn
- mest mulig frivillighet, - behandlingen må gis i mest mulig åpne normaliserte og frivillige former
- mest mulig normalt liv, - velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv

Opptrappingsplanen legger opp til følgende tiltak:

- styrke brukerrettede tiltak og informasjon
- styrke tilbudet i kommunene med vekt på forebygging, tidlig hjelp og rehabilitering
- omstrukturere og bygge ut voksenpsykiatrien, - satse på kommunenære tiltak som distriktpsykiatriske sentre (dps'er)
- bygge ut barne- og ungdomspsykiatrien
- stimulere utdanning og forskning

³ I denne summen inngår 37,9 mill. kroner over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett som ledd i forsøket med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd i 20 kommuner.

3. Tilstandsbeskrivelse/resultatrapport

Omfanget av psykiske lidelser

Psykiske lidelser varierer i varighet, alvorlighet og intensitet. 15-20 pst. av befolkningen har psykiske lidelser i mildere eller alvorligere grad. Men dette er usikre anslag - avgrensningen mellom vanlig forekommende livsproblemer og psykiatriske lidelser er vanskelig. En beregnet forekomst på 20 pst. 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 oppleve en psykisk lidelse en eller annen gang i livet.

Rådet for psykisk helse har på grunnlag av tilgjengelig forskning anslått at 50 000 mennesker i Norge har alvorlige kroniske psykiske lidelser, hvorav 20 000 med varige og kontinuerlige behandlings- og bistandsbehov. Det er anslått at 400 000 personer har andre alvorlige eller moderate lidelser med tidvis stort behandlingsbehov og at 350 000 personer har lettere psykiske lidelser.

Kartlegginger tyder på at omfanget av de alvorligste lidelsene (psykosene) er stabile. Men det er påvist at visse typer lidelser har økt de siste ti årene, f. eks. spiseforstyrrelser, og det er antagelig blitt flere tilfeller av depresjoner og personlighetsforstyrrelser.

Kommunale tjenester

Kommunale tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser inngår i de kommunale helse- og sosialtjenestenes generelle oppgaver, og er forutsatt ikke skilt ut i egne etater eller organisatoriske enheter. Disse tjenestene finansieres gjennom rammetilskuddet fra staten og andre ubundne kommunale inntekter som skatter og avgifter m. v. Mennesker med psykiske lidelser mottar kommunale tjenester fra mange forskjellige kommunale etater, og etatene fører ikke statistikk over hvor stor del av tjenesteproduksjonen som går til bestemte grupper. Kommunenes ressursinnsats til mennesker med psykiske lidelser og utviklingen over tid lar seg derfor vanskelig beskrive med tall.

Flere undersøkelser tyder imidlertid på at personer med alvorlige psykiske lidelser er blant de som har svakest tilbud i kommunene og dårligst levekår.

Den statistikken som er tilgjengelig indikerer at det har vært en kraftig økning i tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser etter at ordningen med øremerkede tilskudd til kommunene ble innført i 1995. Dette tyder på at de øremerkede tilskuddene brukes etter hensikten og at de er et egnet virkemiddel for å bygge opp tjenestetilbudene i kommunene. Tallene nedenfor er hentet fra rapporteringen på de øremerkede midlene de respektive år.

Tabell II. 50 Bruk av øremerkede tilskudd i kommunene

	1995	1996	1997	1998
Antall årsverk finansiert av øremerkede midler	627	961	1262	1766
Antall personer som mottar dagaktivitetstilbud	3568	4476	6368	8504
Antall personer som mottar særlige arbeidsmarkedstiltak samarbeid med A-etaten		1355	1864	2161
Antall personer som mottar spesielle botilbud		1040	1330	1708
Antall personer som mottar tilbud om støttekontakt		4076	5018	4986

Kilde: Kommunenes rapportering

Fylkeskommunale tjenester

Det spesialiserte psykiske helsevern er fylkeskommunenes ansvar, som øvrige spesialiserte helsetjenester.

Rammefinansiering er hovedfinansieringsformen for psykisk helsevern. I tillegg til rammetilskuddene som ytes over kap. 572, post 60 under Kommunal- og regionaldepartementet gis det refusjon fra folketrygden for poliklinisk virksomhet samt

spesielle øremerkede tilskudd. Som ledd i opptrappingsplanen for psykisk helse vil de øremerkede tilskudd til psykisk helsevern bli vesentlig trappet opp – både til investeringer og drift. Fra 1. januar 1999 ble kapitalrefusjonsordningen for sykehusbygg utvidet til også å omfatte psykiatriske sykehus og psykiatriske avdelinger.

Som det framgår av tabellen nedenfor var de samlede offentlige driftsutgifter til psykiatriske spesialisthelsetjenester 7.199 mrd. kroner i 1998. Av dette gikk 12,5 pst. til psykisk helsevern for barn og ungdom og 87,5 pst. til psykisk helsevern for voksne. 82 pst. ble dekket av fylkeskommunenes frie inntekter - dvs skatteinntekter og det statlige rammetilskuddet gjennom inntektssystemet. Staten finansierte i 1998 15,1 pst. av driftsutgiftene i psykisk helsevern, mot 14,9 pst. i 1997.

Tabell II. 51: Finansiering av psykisk helsevern etter spesialitet og finansieringsform 1997 og 1998. Faste priser (1998=100), prisindeks for kommunalt konsum. Millioner kroner. Kilde: SINTEF-Unimed/NIS. (Foreløpige tall)

	1997		1998		Pst. endring
	Mill. kroner	Pst.	Mill. kroner	Pst.	1997-98
Finansiering og bruk					
Totalt	7 022	100,0	7 288	100,0	3,8
Finansiert av staten	1 045	14,9	1 092	15,1	4,5
Finansiert av fylkeskommunene	5 789	82,4	5 977	82,0	3,2
Salgsinntekter m.v.	188	2,7	218	12,5	3,8
Brukt på psykisk helsevern for voksne	6 146	12,5	6 378	87,5	3,7
Brukt på psykisk helsevern for barn- og unge	87	87,5	910	12,5	3,8

Om datagrunnlaget:

- Tallene for 1998 er foreløpige tall, siden kvalitetskontrollen ikke er avsluttet.
- Data mangler for enkelte institusjoner (3-5 inst.), samt at fylkesskjema for Oslo ikke er mottatt. I disse tilfellene er tallene for 1998 satt lik tallene for 1997. Dette gjelder både regnskapstall og tall for behandlede pasienter.

Tallene for 1997 er justert til 1998-nivå (5,6 pst. prisstigning) og derfor er 97-tallene i denne tabellen forskjellig fra 97-tallene i tabellen som ble presentert i St. prp. (1998-99)

Tabell II. 52: Behandlede pasienter

	1993	1996	1997	1998
Polikliniske konsultasjoner i voksenpsykiatrien	373 000	438 500	445 600	460 000
Antall institusjonsopphold i voksenpsykiatrien	28 290	31 732	33 167	34 200
Polikliniske konsultasjoner i barne- og ungdomspsykiatrien	149 800	140 000	139 260*	140 930
Antall institusjonsopphold i barne- og ungdomspsykiatrien	1 262	1 182	1 170	1 350

Kilde: SINTEF-Unimed/NIS, Samdata psykiatri (tallene for 1997 er foreløpige)

Kommentar

Utgiftene øker reelt med 2,5 pst. (gjelder både psykisk helse for voksne og barn- og ungdom) når det korrigeres for prisstigning (5,6 pst). Nominell økning er altså over 8 pst. Aktiviteten øker også med mellom 1 og 3 pst. Både fylkeskommunenes egen driftsstøtte og statlige tilskudd øker omtrent like mye. Den statlige finansieringsandelen endrer seg derfor ubetydelig. Tallmaterialet viser imidlertid at bruken av øremerkede tilskudd øker kraftig for både voksne (17 pst.) og barn/ungdom (40 pst.), men dette oppveies av tilsvarende reduksjon i "andre statlige tilskudd".

Den kraftige økningen i bruk av øremerkede tilskudd til psykisk helsevern for barn- og unge gjør at noen fylkeskommuner har reduksjon i egen driftsstøtte til formålet. Det er enkelte reduksjoner for tjenesten til voksne også, men ikke i samme omfang. Departementet følger dette opp med de aktuelle fylkeskommuner.

Det vises til nærmere omtale under kap. 743, post 63.

Statlige tjenester og tiltak

Staten har også et ansvar for forskning, utdanning og rekruttering av personell.

Psykisk helsearbeid er personellkrevende. Derfor er personellet en kritisk faktor for tjenestene. Behandling og tiltak består hovedsakelig i langvarig personlig kontakt og dette stiller helt spesielle krav til personellens kompetanse og personlige egenskaper. Det største problemet i mange fylker er ikke mangel på plasser, men mangel på personell.

Utvalget for utredning av intern organisering og ledelse i sykehus, framla i januar 1997 sin innstilling, NOU 1997:2 "Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus". I samarbeid med Kommunenes sentralforbund er det etablert Forum for ledelse og organisering i sykehus. Forumet skal utvikle strategier og stimulere til utviklingsprosjekter for ledelse og mer effektiv organisering i sykehus.

For å kunne gi bedre tilbud til mennesker som rammes av psykiske lidelser er det en rekke grunnleggende spørsmål som krever ny viten, og derfor forskning. Forskning om mental helse er krevende, og problemstillingene omfattende og sammensatte. Årsakene til de fleste psykiske lidelser er sammensatte og skyldes samvirke av mange forskjellige faktorer. Psykisk helsevern har rekrutteringsproblemer i forhold til flere typer fagstillinger. Forskning som bidrar til å øke fagfeltets vitenskapelige status er viktig for å få flere fagpersoner til å videreutdanne seg innenfor psykisk helse.

Forskningsaktiviteten innen psykisk helse har økt de senere årene, men det er fremdeles store behov for forskningsresultater. Dette gjelder både forekomst, årsaker til lidelsene, virkninger av behandlingen, ressursbruk og organisering. Mental helse programmet til Norges Forskningsråd vil bli videreført med nytt programnotat.

Mennesker med psykiske lidelser har ofte problemer med å få tilgang til arbeidslivet og å bli værende der. Det er satt i gang ulike tiltak for å integrere personer med psykiske lidelser i arbeidslivet, men tiltakene har ikke fungert tilfredsstillende. Hovedproblemene har vært knyttet til samarbeidet mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og arbeidsmarkedsetaten, og at tiltakene ikke har vært tilstrekkelig tilpasset målgruppens behov. Ulike tiltak er satt i gang, eller vil bli iverksatt, for å bedre tilbudet samt for å styrke dette samarbeidet. Arbeidsforskningsinstituttet har fått i oppdrag å kartlegge tilbudene og behovene for arbeidsmarkedstiltak for mennesker med psykiske lidelser. Det er satt i gang lokale tverretatlige arbeidsforberedende tiltak med deltakelse fra arbeidsmarkedsetaten og den kommunale helse- og sosialetaten. Departementet har bl.a. opprettet et prosjekt i samarbeid med Stavanger kommune og Fontenehuset i Stavanger om å utvikle Fontenehus-modellen i Norge. Erfaringer fra slike tiltak vil bli brukt for å sikre gode og fleksible arbeidstilbud for mennesker med psykiske lidelser.

Statens Helsetilsyn har gjennomgått tilbudet til personer med spiseforstyrrelser, og har kommet med anbefalinger om tiltak som skal styrke behandlingstilbudene, hvordan tjenestene bør organiseres, hvordan styrke kompetansen etc. Det er satt i gang ulike modellforsøk og kompetansehevede tiltak innenfor disse områdene, dette skal

videreføres i 2000. Modum bad har fått midler til å utvide tilbudet til personer med spiseforstyrrelser.

Brukertiltak

Departementet ga i 1998 og 1999 midler til bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse-feltet. Organisasjoner er gitt økte muligheter for å legge til rette for brukermedvirkning og etablere brukerdrevne tiltak i kommuner og fylkeskommuner.

FFO har mottatt støtte til prosjektet "Nasjonalt Egenkraft senter". FFO har vært i en vanskelig økonomisk situasjon som har ført til liten fremdrift for prosjektet. Departementet vil vurdere hvordan videre oppfølging av prosjektet skal skje.

I 1999 ble det bevilget nærmere 5 mill. kroner til Mental Helses Hjelpetelefon. Hjelpetelefonen holder nå døgkontinuerlig drift bemannet med to personer pr skift. Departementet foreslår at denne bevilgningen videreføres i 2000.

Informasjon

Det har vært gjennomført flere informasjonstiltak i 1998. Det er behov for en mer samlet satsing på informasjon om psykisk helse, psykiske lidelser og tjenestetilbudene, og det arbeides med å utarbeide en informasjonsplan. Brukerorganisasjonene har mottatt midler til informasjonsvirksomhet og det er satt i gang flere tiltak innenfor området.

4. Virkemidler og forventede resultater

Kommunale tjenester

Det er bred enighet om å satse på utbygging av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser i kommunene, og tilslutning til en vesentlig økning av det øremerkede tilskuddet til psykisk helsearbeid i kommunene i opptrappingsperioden. Det legges opp til styrking av hjemmetjenestene, boligtilbud og dagtilbud og andre tiltak som skal bidra til at mennesker med psykiske lidelser skal kunne fungere best mulig i hverdagen. Opptrappingsplanen understreker kommunenes ansvar for forebyggende arbeid, og at dette må vektlegges i de kommunale planene. Det er viktig at de tiltakene som foreslås styrket også ses i et forebyggingsperspektiv. Det er understreket at barn og unge må omfattes av planene, og at styrking av tiltak også her må prioriteres. For barn og ungdom er forebyggingsperspektivet særlig vektlagt. Brukernes behov og medvirkning skal tillegges stor vekt for å øke kvaliteten på tjenestene. Det understrekes at kommunene og fylkeskommunene må samarbeide nært for å sikre et helhetlig tilbud til den enkelte bruker.

Fylkeskommunale tjenester

For å realisere målene i opptrappingsplanen vil departementet gi tilskudd til fylkeskommunene til omstrukturering / utbygging av psykisk helsevern for voksne og utbygging av det psykiske helsevern for barn- og ungdom i form av tilskudd til investeringsutgifter, og gi tilskudd til økt drift gjennom å videreføre og øke det generelle øremerkede tilskuddet til psykisk helsevern i fylkeskommunene.

Investeringsstilskudd skal fordeles etter søknad, og det er opprettet et sekretariat som skal bistå fylkeskommunene i å utarbeide planer og søknader om midler og behandle disse. Planer for utbygging av tjenester i det enkelte fylke skal inngå i den regionale helseplan.

Statlige tiltak

I opptrappingsplanen går departementet inn for at 4000 flere personer skal få tilbud om arbeidsmarkedstiltak i løpet av planperiodens åtte år. Det skal opprettes 2000 nye tiltaksplasser.

Stortinget ba Regjeringen i forbindelse med behandlingen av opptrappingsplanen fremme en sak om hvordan en kan sikre gode og fleksible arbeidstilbud for mennesker med psykiske lidelser, hvor det bl.a. skal legges vekt på avklaring av ansvarsforholdene mellom kommunene og arbeidsmarkedsetaten, jf. Romertallsvedtak V, Innst. S. nr. 222 (1997-98). Dette er omtalt i budsjettproposisjonen til Arbeids- og administrasjonsdepartementet.

Det er aktuelt å knytte vilkår ved tildeling av øremerkede midler, for å sikre samordning av kommunale og fylkeskommunale tjenester til mennesker med psykiske lidelser.

For å bedre tilgangen på helsepersonell og øke personellet kompetanse når det gjelder psykisk helse og psykiske lidelser prioriteres følgende tiltak:

- å øke kapasiteten i tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid
- styrke spesialistutdanningen av psykiatere i områder med svak dekning
- tilskudd til videre- og etterutdanning innen voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien
- gjennomgang av bruken av personellressursene i den polikliniske virksomheten
- videreutvikle regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri
- styrke undervisnings- og opplæringstilbudene innen spesifikke behandlingsformer og behandlingsprogrammer der kompetansegrunnlaget er for svakt i dag
- stimulere til økt etterutdanning på områder der kunnskapsgrunnlaget i dag er for svakt
- utprøve videreutdanning i bl.a. psykisk helsearbeid innenfor videregående opplæring
- etablere program for kvalifisering av ufaglærte i pleie- og omsorgssektoren og psykisk helsearbeid

Det er behov for å øke forskningsaktiviteten på alle områder når det gjelder psykiske lidelser. Forskningsresultatene skal danne grunnlaget for et mer spesialisert behandlingstilbud. I opptrappingsplanen foreslås en økning i tilskudd til forskningsformål på 40 mill. kroner i løpet av planperiodens åtte år til bl.a. schizofreniforskning, statistikkutvikling for å styrke kunnskapsgrunnlaget, og til et program for evaluering av opptrappingsplanen. Forskningen skal heve kunnskapsnivå og vitenskapelige status og bidra til økt rekruttering til fagfeltet.

Brukertiltak

Regjeringen har lagt fram nye helselover som er vedtatt i Stortinget og som vektlegger medvirkning for brukere. Departementet stiller krav til kommuner og fylkeskommuner at brukerne skal medvirke i utformingen av egne tjenestetilbud og i planarbeid.

For å gjennomføre målet om økt brukermedvirkning, må det bli satset både på den enkelte bruker/pårørende og brukerorganisasjonene. Et viktig virkemiddel er å bevilge midler til brukerorganisasjonene. Brukerorganisasjonene styrker driften av egen organisasjon, driver selvhjelp og informasjonsvirksomhet. Virksomheten til organisasjonene forventes å øke mulighetene for at den enkelte bruker og pårørende kan delta i utformingen av eget tjenestetilbud.

Informasjon

Departementet utarbeider en plan for å informere befolkningen og utvalgte grupper av befolkningen om psykisk helse, psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Planen skal inneholde tiltak der både Sosial- og helsedepartementet, fylkeskommuner og kommuner er ansvarlige.

5. Resultatoppfølging og kontroll

Departementet vil fortløpende følge opp opptrappingsplanen gjennom de mål og resultatkrav som er stilt for tilskuddsordningene, samt overvåke gjennomføringen av kommunale og fylkeskommunale planer. Det vil bli etablert et eget evalueringsprogram for å følge effektene av opptrappingsplanen etterhvert som denne gjennomføres, og eventuelt justere bruken av virkemidlene. Samarbeidet med Kommunenes Sentralforbund når det gjelder oppfølgingen av kommunesektorens arbeid med å realisere intensjonene i meldingen om psykisk helse og opptrappingsplanen vil bli

Sosial- og helsedepartementet

videreført. Fylkeslegene skal bistå kommunene i deres gjennomføring av opptrappingsplanen. Det er etablert rådgiverstillinger hos fylkeslegene for dette arbeidet. Disse er et viktig ledd i departementets arbeid med opptrappingsplanen. Det er etablert et eget sekretariat i departementet som skal bistå fylkeskommunene i utformingen av planene for omstrukturering og styrking av tjenestetilbudet. Oppfølgingen må ses i nær sammenheng med oppfølgingen av handlingsplanen for eldreomsorgen og andre relevante satsninger overfor kommunesektoren.

Kommunenes og fylkeskommunenes planer har tre siktemål:

- Være redskap for den enkelte kommune/fylkeskommune
- Være en forutsetning for tildeling av statlige midler
- Være grunnlag for resultatoppfølgingen av den enkelte kommune/fylkeskommune fra fylkeslege/ departement

Kommunene

Resultatoppfølging for øremerkede tilskudd til kommunene har hittil foregått gjennom årlig rapportering fra kommunene til landets fylkesleger. Innholdet i rapporteringen er basert på de retningslinjer/føringer som har vært gitt kommunene i årlige rundskriv (bl.a. antall opprettede stillinger, dagtilbud, støttekontakter). For 1999 er det stilt som vilkår for utbetalingen av tilskott at kommunene har lagt fram tilfredsstillende rapporter for bruken av tilskuddene og at de kan dokumentere en planlagt økning i aktiviteten minst tilsvarende økningen på nivået i tilskuddet. For 1999 er resultatoppfølgingen videreutviklet og styrket samt koplet til målene i opptrappingsplanen. Det tas sikte på nøye å følge utviklingen av de ulike kommunale tiltakene i opptrappingsplanen gjennom denne oppfølgingen.

Den statlige ressursinnsatsen både i form av investeringstilskudd til bygging av omsorgsboliger og det generelle driftstilskuddet står sentralt her. Det viktigste virkemidlet for å følge opp de nasjonale målene er at kommunene skal utarbeide lokale handlingsplaner. Kommunenes planer for utbygging av tjenester skal innarbeides i kommunenes overordnede planer (økonomi- og kommuneplaner).

Oppfølging og kontroll med kommunenes bruk av bevilgningen baseres i hovedsak på følgende tre forhold:

- ordinær revisjonskontroll fra kommunerevisjonen med at de statlige midlene inntektsføres på de aktuelle områdene i kommuneregnskapet
- følge de aktuelle resultatindikatorer for tjenesteutvikling og vurdere disse i forhold til angitte mål i de kommunale planene
- sammenholde opplysninger fra kommunens ordinære budsjett og regnskaper og størrelsen på de øremerkede tilskuddene, for å vurdere hvorvidt det skjer lekkasjer av midler til psykisk helsearbeid til andre sektorer i kommunen.

Ut fra dette skal det vurderes om de oppnådde resultater står i forhold til ressursinnsatsen. Fylkeslegene har hatt og vil ha en viktig rolle. Også fylkesmennene deltar i dette arbeidet.

Slik de kommunale tjenestene er organisert og det kommunale budsjett- og regnskapssystemet er bygd opp er det vanskelig å direkte etterprøve hvilken effekt de øremerkede statlige tilskuddene har i forhold til kommunenes egenfinansiering, dvs. bruk av frie inntekter fra skatter og rammetilskudd. Tiltak for å sikre at tilskuddene nyttes til formålet omtales nedenfor.

Når det gjelder forvaltningen av investeringstilskuddet og midlene til kompensasjon for renter og avdrag til omsorgsboliger, vil de ordinære kontroll- og oppfølgingsrutiner for Husbankens avdelinger komme i tillegg.

Fylkesmannen og fylkeslegen skal gå gjennom de kommunale planene og innrapporteringen om bruken av midler for øvrig, før de øremerkede tilskuddene for 2000 utbetales. Sosial- og helsedepartementet vil bidra til å styrke planarbeidet i kommunene, bl.a. ved å stimulere til at arbeidet med planene for psykisk helsearbeid knyttes tettere til det øvrige kommunale planarbeid (kommuneplan, helse- og sosialplan, økonomiplan og budsjett). Et viktig virkemiddel for å nå de nasjonale

målene er kravet om at de planlagte tiltakene innarbeides i årsbudsjetter og kommunenes fireårige økonomiplaner. Videre er det viktig å se de ulike statlige satsingene i forhold til kommunesektoren i sammenheng. Dette gjelder f.eks. ift. eldresatsingen, unge funksjonshemmede og mennesker med psykisk utviklingshemming.

Ved å sammenholde aktuelle tall for tjenesteutvikling i kommunene og de angitte mål i de kommunale planene vil statlige myndigheter følge kommunens satsing og prioriteringer. Dersom kommunenes planer og oppnådde resultater viser en urimelig lav kommunal innsats i forhold til nivået på de tilskuddene kommunen mottar, kan tilskuddene vurderes holdt tilbake eller kreves tilbake.

Fylkesmannen/fylkeslegen skal i planperioden løpende vurdere bl.a. status i kommunene og gjennomføringen av de mål som er satt i de kommunale planene.

Det er utarbeidet retningslinjer for fylkesmennenes og fylkeslegenes oppfølging av kommunenes bruk av tilskuddsmidlene. Utbetalingen av tilskuddene er delegeret til fylkesmennene/fylkeslegene i likhet med tilskuddene i eldresatsinga. Per 1. september i inneværende år har alle kommuner med unntak av ca 25 kommuner fått utbetalt fullt tilskudd.

Fylkeskommunene

Resultatoppfølgingen for øremerkede tilskudd til fylkeskommunene foregår gjennom årlig rapportering for bruken av disse midlene til departementet. Fylkeslegene er også koblet inn i arbeidet med gjennomgang av disse rapportene. Sekretariatet har en viktig oppgave i systematisering og oppfølging av resultatrapporteringen. Innholdet i rapporteringen er knyttet opp mot de retningslinjer/føringer som har vært gitt fylkeskommunene i årlige rundskriv. Rapporteringen fra fylkeskommunene har vært supplert med informasjon om den samlede innsats innen psykisk helsevern fra annen aktuell statistikk (fra Samdata psykiatri (SINTEF-NIS) og Statistisk sentralbyrå (SSB)).

I opptrappingsplanen er det stilt som vilkår for utbetaling av øremerket tilskudd at det foreligger en plan for utbygging og omstrukturering av det psykiske helsevern i fylket. Departementet vil gjennom godkjenning av planene og i den årlige oppfølgingen påse at det er et rimelig samsvar mellom den fylkeskommunale innsatsen og de tilskuddene som fylkeskommunen mottar. Dersom fylkeskommunenes innsats ikke står i et rimelig forhold til godkjente planer og forventede resultater, kan tilskudd vurderes holdt tilbake eller kreves tilbake.

For den delen av investeringstilskuddene til utbygging og omstrukturering som fordeles etter søknad, vil det også bli stilt krav om særskilte prosjektreknskap. Regnskapstallene vil blant annet bli brukt for å foreta en nøyaktig avregning av tilskuddsbeløpet. Rapportering av driftsmidler vil være basert på bruk av den løpende statistikken om årsverk, døgnopphold, polikliniske konsultasjoner m.v. Utviklingen av rapporteringsoppleggene vil bli drevet i nært samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet og kommunesektoren, og sett i nær sammenheng med andre relevante rapporteringsopplegg, særlig KOSTRA (KOMMune-STat-RAPporteringen under Kommunal- og regionaldepartementet).

Departementet vil understreke at det er svært viktig å følge opp også den kvalitative effekten av satsningen. Dette vil skje bl.a. gjennom evalueringsprogrammet og styrket helsetjenesteforskning og må gjelde alle ledd i tjenestene.

Kap 0740 Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jf. kap. 3740)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	99 405	16 550	
60	Tilskudd til Oslo kommune		7 600	
	Sum kap 0740	99 405	24 150	

Overført fra 1998 til 1999

Post 01: 2 179 000 kroner.

1. Overføring av institusjonen til Oslo kommune

I opptrappingsplanen foreslo Sosial- og helsedepartementet å overdra SSBU til Oslo kommune i samsvar med framlagt avtale. I Innst. S. nr. 222 (1997-987) sluttet Stortinget seg til dette. Overdragelse skjedde 1. januar 1999. Oslo kommune har forpliktet seg til å videreføre SSBU som et barne- og ungdomspsykiatrisk senter som skal dekke følgende formål:

- Barne- og ungdomspsykiatriske spesialisttjenester til befolkningen i Oslo kommune.
- Kliniske regionfunksjoner for helseregion I og II etter avtale om kjøp og salg av tjenester.
- Kliniske tjenester til andre fylkeskommuner i en tidsavgrenset periode.
- Sykehus med universitetsklinikkfunksjoner.

Oslo kommune, SSBU og Nic Waals institutt vil i tillegg ha særlige forutsetninger for og derfor et særlig ansvar for forsknings- og utviklingsarbeid innen det barne- og ungdomspsykiatriske fagområdet.

2. Resultatrapportering 1998*Klinisk aktivitet*

378 nye pasienter ble henvist til senteret i 1998, og dette er på samme nivå som i 1997. 40 pasienter ble avvist på grunn av mangel på kapasitet og 22 pasienter ble avvist av faglige grunner. De fleste pasientene blir henvist fra barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker eller avdelinger. Det er også en del henvisninger fra habiliteringstjenesten, først og fremst til den nevropsykiatriske enheten med spørsmål om utredning av autistiske tilstander. Hovedtyngden av pasientene kommer fra Helseregion I og II.

Tabell II. 53: Resultatmål for SSBU:

Resultatmål	Resultat 1995	Resultat 1996	Mål 1997	Resultat 1997	Resultat 1998	Mål 1999
Antall kurdøgn	11 636	12 481	11 250	11 847	11 250	11 250
Antall kurdager	4 361	2 399	3 400	2 243	3 400	3 400
Antall utskrevne pasienter døgn/dag	336/192	319/197	338/132	341/175	338/132	338/132
Gjennomsnittlig liggetid i døgn (inkl. reinnleggelser)	21,0	20,0	21,0	18,0	21,0	21,0
Sengeutnyttelse i pst.	72,9	71,1	79,0	74,0	79,0	79,0
Poliklinikk:						
- antall konsultasjoner	3 330	3 055	3 500	2 557	3 500	500
- antall polikliniske pasienter totalt	300	367	383	313	383	383

Som det fremgår av tabellen har senteret i all hovedsak oppfylt de aktivitetskrav som ble stilt for 1998

Undervisningsavdelingen

- I 1998 var om lag 8 årsverk tilknyttet avdelingen Undervisningsavdelingens hovedoppgaver:
- Etterutdanning – hovedsakelig tverrfaglige seminarer, men også profesjonsspesifikke.
- Videreutdanninger i miljøterapi, familierapi og høyere utdanning i familierapi.
- Fagutvikling, konsultasjon og veiledning.

Forskningsavdelingen

I alt 12 forskere har i 1998 arbeidet i avdelingen for kortere eller lengre tid. Forskningsavdelingens overordnede mål har vært å bidra til økt kunnskap om og forståelse av barne- og ungdomspsykiatriske tilstander og deres behandling, samt å fremme forskningsbasert kunnskap integrert med klinisk erfaring. Viktige oppgaver har vært:

- Å drive forskningsprosjekter og etablere nye prosjekter
- Å utvikle forskningsmiljø og forskningskompetanse på SSBU og i regionen
- Å planlegge regionsenter for helseregion I og II sammen med Nic Waals Institutt
- Å stimulere og støtte forskning i fagfeltet ved veiledning, undervisning, konsultasjon
- Å støtte en utvikling hvor klinisk praksis, undervisning og forskning er integrert.

Kap 3740 Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (jf. kap. 740)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Salgs- og leieinntekter	5 120	300	
03	Diverse lønnsinntekter	2 289		
16	Refusjon av fødselspenger	2 290		
60	Refusjon fra fylkeskommuner	49 483	12 000	
	Sum kap 3740	59 182	12 300	

Kap 0742 Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
01	Driftsutgifter	17 917	16 847	17 130
60	Tilskudd	3 589	3 800	3 800
	Sum kap 0742	21 506	20 647	20 930

1. Formål og oppgaver

Kontrollkommisjoner skal ha tilsyn med alle som er under psykisk helsevern i henhold til § 8 i lov om psykisk helsevern. Etter lovens § 20 skal staten dekke alle utgiftene som angår kontrollkommisjonene.

Kontrollkommisjonenes oppgave er å behandle klager på overlegens beslutninger om tvangsinnleggelse, overvåke rettssikkerheten til psykiatriske pasienter og føre tilsyn med:

- trivsel og atferd,
- tvangsbehandling,
- kontroll med post,
- kontroll med midler fra folketrygden,
- oppnevning av verge/hjelpeverge.

Fylkeslegen skal føre tilsyn med helsetjenesten i fylket i henhold til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Klage på medisinsk behandling skal rettes til fylkeslegen og hører således ikke direkte inn under kontrollkommisjonens tilsynsområde.

Statens helsetilsyn er fra departementet delegert myndighet til å gi nærmere regler om kontrollkommisjonens virksomhet jf. § 8, første ledd i lov om psykisk helsevern, og til å gi supplerende bestemmelser om saksbehandlingen jf. § 9, åttende ledd.

Kontrollkomisjonene er suverene når det gjelder avgjørelser i klagesaker, og kan bare overprøves av domstolene. Kontrollkomisjonenes virksomhet omfattes heller ikke av lov om statlig tilsyn. Et generelt tilsyn med kontrollkomisjonenes virksomhet utøves i dag ved at Helsetilsynet/fylkeslegen mottar årsrapporter. I tillegg avholder Helsetilsynet årlige konferanser for samtlige av landets kommisjoner.

2. Resultatrapportering

Kontrollkomisjonene avgir årsrapporter fra sitt arbeid. Det er utarbeidet en mal for kontrollkomisjonenes årsrapporter. Landet har 57 kontrollkommisjoner. Pr. 22. juni 1999 har Helsetilsynet mottatt årsrapport for 1998 fra 49 kommisjoner. Helsetilsynet har etter gjentatte purringer ikke klart å innhente årsrapporter fra de seks siste kommisjonene.

Helsetilsynet har i 1999 utarbeidet en ny mal for kontrollkomisjonenes årsrapporter, slik at rapportene er mer standard sak og derfor vil gi et bedre grunnlag for en systematisk bearbeidelse og erfaringsoverføring til kontrollkommisjonen og helsetjenesten for øvrig.

3. Satsingsområder

De årlige konferansene for kontrollkomisjonene er et viktig bidrag i arbeidet med å sikre erfaringsoverføring, kompetanseutvikling og oppdatering av regelverk som skal sikre god kvalitet og enhetlig praksis i kommisjonenes arbeid.

Departementet er kjent med at enkelte kontrollkommisjoner ikke har fungert tilfredsstillende. Departementet vil i samarbeid med Helsetilsynet videreutvikle de årlige kontrollkommisjonskonferansene som et virkemiddel til å skape en øket bevissthet om hvordan kontrollkomisjonene skal arbeide. Departementet viser videre til det til ny psykisk helsevernlov. Etter departementets oppfatning vil et mer moderne regelverk med en klarere definert kompetanse i klagesaker kunne bidra til en bedre kvalitet på kontrollkomisjonenes saksbehandling.

4. Merknader til de enkelte poster

Post 01 Driftsutgifter

Bevilgningen dekker utgiftene til kontrollkomisjonene i psykisk helsevern, herunder utgifter til forberedelse og gjennomføring av årlig kontrollkommisjonskonferanse.

Post 60 Tilskudd

Bevilgningen skal bl.a. dekke utgifter ved opphold i psykiatriske institusjoner for utlendinger uten eget samtykke eller etter bestemmelsene i lov om psykisk helsevern §§ 3 og 5. Bevilgningen skal videre dekke utgifter ved hjemsendelse av utenlandske statsborgere når sykehusoppholdet dekkes av denne bevilgningen.

Bevilgningen skal videre dekke utgifter til hjemhenting fra utlandet av sinnslidende norske statsborgere og sinnslidende som har sitt bosted i Norge.

Kap 0743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helsevern

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
21	Spesielle driftsutgifter	13 941	19 450	24 050
60	Utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	37 542	65 700	78 700
61	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, <i>kan overføres</i>	11 717	15 500	16 500
62	Tilskudd til psykiatri i kommuner	448 502	564 000	655 100
63	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern i fylkene	429 799	502 900	657 900
64	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne, <i>kan overføres, kan nyttes under post 65</i>	97 999	38 000	49 000
65	Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom, <i>kan overføres, kan nyttes under post 64</i>	118 858	145 000	126 000
70	Tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning, <i>kan overføres, kan nyttes under post 60</i>	71 037	85 540	106 150
71	Generell erstatning til tidligere lobotomerte	400		
72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium		63 070	66 800
90	Tilskudd til grunnkapital til opprettelse av stiftelse	1 000		
	Sum kap 0743	1 230 795	1 499 160	1 780 200

Det er overført fra 1998 til 1999:

Post 21: 915 000 kroner

Post 60: 7 703 000 kroner

Post 61: 324 000 kroner

Post 21 Spesielle driftsutgifter**1. Formål og virkemidler**

Formål er å utvikle et tjenestetilbud i tråd med brukernes behov.

Posten finansierer departementets oppfølging av St. meld. nr. 25 (1996-97) og St. prp. nr. 63 (1997-98). Bl.a. må personellforhold innen psykisk helsearbeid utredes videre. Det er etablert et sekretariat knyttet til utbygging og omstrukturering av det fylkeskommunale psykiske helsevern. Ved landets fylkeslegekontorer er det opprettet stillinger for rådgivere som skal gi råd til kommunene om oppbygging av tjenester til mennesker med psykiske lidelser samt bidra til kompetanseheving. I tilknytning til iverksettingen av ny lov om psykisk helsevern skal det utarbeides en rekke forskrifter som representerer et omfattende arbeid og som må være på plass før den nye loven kan tre i kraft. Bevilgningen skal dekke lønns- og driftsutgifter knyttet til gjennomføringen av oppgavene som er beskrevet ovenfor. Bevilgningen skal også dekke utgifter til utvikling av resultatrapportering og evaluering av opptrappingsplanen.

2. Resultatmål

Utredning av personellforhold og organisasjonsutvikling i psykisk helsevern er igangsatt. Relevante spesialist- og videreutdanninger utenfor høyskole- og universitetssystemet skal gjennomgås m.h.t. krav og innhold, med sikte på en størst mulig samordning og for å møte helsevesenets og brukernes behov i dag. En gjennomgang av arbeidsformene ved psykiatriske poliklinikker avsluttes i oktober 1999. Aktuelle tiltak vil deretter bli vurdert. Det må igangsettes tiltak for rekruttering generelt og for distriktene spesielt.

To utrederstillinger benyttes til utarbeidelse av forskrifter knyttet til lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven).

I forbindelse med øremerkede tilskudd til omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne, og til utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom, er det opprettet et sekretariat som skal følge opp fylkeskommunenes planarbeid på området, samt være behjelpelig med å utarbeide og behandle planer og søknader om midler.

SAMDATA Psykiatri er en publikasjon med styringsdata for den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og analyserer av utviklingstrekk i sektoren. Departementet har lagt opp til en samordning av statistikk- og rapporteringsrutiner bl.a. gjennom SAMDATA-konseptet. Det er behov for videreutvikling av dette som ledd i resultatrapportering for Opptappingsplanen for psykisk helse.

Det er satt igang en rekke utredninger i forbindelse med oppfølging av St. meld. nr. 25 (1996-97). Det vises til meldingen for en nærmere beskrivelse av disse. Som ledd i gjennomføringen av Opptappingsplanen for psykisk helse, er det ønskelig å kunne iverksette flere mindre prosjekter og utredninger. Eksempler på dette er utvikling av fylkeskommunale planredskap og videreutvikling av det kommunale planredskapet "Helhetlig psykiatriplanlegging".

For å bistå kommunene med planlegging og organisering av tiltak til mennesker med psykiske lidelser, er det opprettet 4-års engasjementer som rådgivere ved landets fylkeslegekontorer. Disse er et viktig ledd i departementets arbeid med opptappingsplanen.

Som en del av oppfølging av St. meld. 25 engasjerte Helsetilsynet i 1998 12 prosjektledere for å utrede blant annet organisering og arbeidsoppgaver for distriktpsykiatriske sentre, kommunale boformer, gjennomgang av spesialist- og videreutdanninger mht. krav, innhold og samordning, gjennomgang og evaluering av arbeidsformer ved psykiatriske poliklinikker og utredning av tilbudet til enkelte grupper med særlige behov.

Post 60 Utredninger og utviklingsarbeid, kan overføres, kan nyttes under post 70

1. Formål og hovedprioriteringer

Formålet med bevilgningen er å bidra til utvikling av kvaliteten på tjenestene og kompetansen innen barne- og ungdomspsykiatri, samt utvikle tjenestetilbudet og kompetansen innen spesielle felter for voksne. Det er opprettet tre sakkyndige team for behandling av voksne med ADHD. For utvikling av ny kunnskap og bedret behandlingstilbud innen schizofreni pågår det et forsknings- og utviklingsprosjekt i regi av Rogaland fylkeskommune (TIPS-prosjektet).

2. Virkemidler

Regionsentre i barne- og ungdomspsykiatri

For å rette opp geografisk skjevfordeling i behandlingstilbudet til barn og unge og øke tilgangen på kvalifisert personell, er det i perioden 1991 - 1999 etablert regionsentre i barne- og ungdomspsykiatri i alle helseregioner.

Regionsenternes overordnede målsetting er å bedre kvaliteten på de barne- og ungdomspsykiatriske tjenestene. Virksomheten er konsentrert om undervisning samt forsknings- og utviklingsarbeid med forankring i klinisk virksomhet ved institusjoner i regionen.

Videreutdanning og utviklingsarbeid

For å bedre tilgangen på psykiatere, bevilges det midler til tilrettelagt utdanning av psykiatere i områder med svak dekning. Det gis også tilskudd til fylkeskommunene for delfinansiering av etter- og videreutdanning av spesialister innen barne- og ungdomspsykiatri der det er mangel på slike, samt til delfinansiering av videreutdanning i miljøterapi.

For å øke kompetansen om ADHD og bedre behandlingstilbudet er det opprettet tre sakkyndige team.

Behandlingstilbud til overgripere

I tråd med St. meld. nr. 25 (1996-97) er det behov for å styrke behandlingstiltak til seksualovergripere. De viktigste behandlingsmetodene vil være ulike former for samtalerapi og læringsprogrammer. Det vil også bli startet forsøk med frivillig hormonbehandling for dømt som er funnet skyldig i de mest alvorlige former for seksuelle overgrep.

Styrking av kompetanse og kompetansespredning på områdene vold, aggresjonsproblematikk og seksuelle overgrep skal skje gjennom oppbygging av de regionale kompetansesentrene for sikkerhet, fengsels og rettspsykiatri. Den kunnskap og erfaring som de eksisterende fagmiljøer har skal fortsatt nyttiggjøres i størst mulig grad.

3. Resultatrapportering for 1998*Regionsentre i barne- og ungdomspsykiatri*

- Regionsentrene i helseregion IV (Trondheim) og helseregion V (Tromsø) er i full drift. Senteret i region III (Bergen) hadde sitt første driftsår 1996, og det tas sikte på full drift fra år 2000. Regionsenter for helseregion I og II ble etablert f.o.m. 1. januar 1999.
- Region III: Det ble gitt treårig videreutdanningstilbud til sosionomer, pedagoger og i psykodynamisk terapi med barn for leger og psykologer. Det ble arrangert fordypningsseminarer i familiterapi, veiledningspedagogikk og miljøterapi med ungdom, samt en rekke etterutdanningsseminarer. Det ble etablert et forum for forskning hvor 8 ulike prosjekt ble presentert i løpet av året. Det ble tildelt 4 arbeidsstipend til forskningsprosjekter
- Region IV: Senteret hadde videreutdanningstilbud i psykoterapi med barn og ungdom for leger og psykologer, i familiterapi og i miljøterapi. Videre klinisk videreutdanning for pedagoger, med deltagere også fra region III og V, videreutdanning for leger og utdanning for kontoransatte i BUP. Videreutdanning for sosionomer ble tilbudt via region III. Det ble gitt diverse etterutdanningstilbud. Ansatte ved senteret var prosjektansvarlige for 22 forskningsprosjekter.
- Region V: Senteret hadde eget videreutdanningsprogram for sosionomer. Det har ikke vært eget fordypningsprogram for psykologer i 1998 fordi for få psykologer i barne- og ungdomspsykiatrien i fylket hadde kommet langt nok i sin spesialisering. Det har ikke vært eget videreutdanningsprogram for leger til nå, men det har vært arrangert enkeltstående kurs til spesialiteten. Dette fordi det har vært for få leger ved BUP-institusjonene i regionen. Det ble tatt initiativ til rekruttering og videreutdanning av leger i barne- og ungdomspsykiatrien som tenkes samordnet med utdanningsprosjektene i Nordland og Troms/ Finnmark for spesialister i voksenpsykiatri. Senteret har samarbeidet med region IV om videreutdanning av pedagoger. Videreutdanning i "kulturpsykiatri" ble ferdigutredet, med sikte på oppstart av et toårig program i 1999.
- Intern evaluering av regionsenterne igangsatt.

Videreutdanning og utviklingsarbeid

- Tilskudd til fylkeskommunene for delfinansiering av etter- og videreutdanning av spesialister innen barne- og ungdomspsykiatri for å bedre tilgangen der det er mangel

- på slike. statstilskuddet utgjorde 6 mill. kroner i 1998. Alle fylker og regionsentere i helseregion III, IV og V ble tildelt midler etter søknad.
- Tilskudd til fylkeskommunene for delfinansiering av videreutdanning i miljøterapi, og til instanser som driver miljøterapiutdanning eller oppstart av slik utdanning. Det drives nå miljøterapiutdanning i alle helseregioner unntatt region V, hvor oppstart er planlagt i 1999. Statstilskuddet utgjorde 2,5 mill. kroner i 1998. Midlene ble hovedsakelig tildelt instanser som driver slik utdanning, men også til personell i fylkene som tar slik utdanning.
 - Igangsetting av tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid i hele landet har åpnet for at alle grupper med høgskoleutdanning i helse- og sosialfag kan motta støtte til videreutdanning. Rapporteringen viser at interessen for denne type videreutdanning har økt i kommunene, og at vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer og barnevernspedagoger har mottatt støtte i tillegg til sykepleiere og helsesøstre. Fortsatt er det imidlertid kommuner som ikke i nødvendig grad kunngjør ordningen internt. Statens helsetilsyn fordelte 30 mill. kroner til kommunene til slik støtte i 1998.
 - Tilrettelagt utdanning av psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere: i 1998 har antall kandidater i Nordland økt fra 6 til 12. Nye prosjekter i Troms og Finmark er under planlegging.

Behandlingstilbud til overgripere

I 1997 ble det inngått en avtale om et treårig prosjekt med statlig støtte til behandling av inntil 50 seksuelle overgripere pr. år. Ved Institutt for klinisk seksologi og terapi. Prosjektet omfattet i 1998 68 pasienter, hvorav 32 gikk i gruppeterapi, fordelt på 7 grupper, og 36 gikk i individualterapi. 17 av klientene kan regnes som "faresoneklienter". Det har vært 7 psykologer, 1 lege og 3 psykologistudenter tilknyttet prosjektet. Oslo kommune administrerer prosjektet på vegne av staten.

Alternativ til Vold (ATV) har i flere år behandlet mannlige voldsutøvere, og i 1997 fikk ATV støtte til et prosjekt for behandling av kvinnelige voldsutøvere. Bevilgningen fra statens side var i 1998 800 000 kroner. Bevilgningen for 1997 og 1998 inkluderer 200 000 kroner til et treårig kvinneprosjekt. Senteret hadde inntekter fra klienter og undervisning på 488 000 kroner i 1998. Senteret mottok 195 nye henvendelser i 1998. Av disse var 19 kvinner. Totalt antall personer under behandling var 218.

4. Satsingsområder og resultatmål 2000

Regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri

- Videreføre evaluering av regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri i helseregion 3, 4 og 5 i form av ekstern evaluering
- Videreutvikle regionsentrene i barne- og ungdomspsykiatri, slik at de kan gi mest mulig dekkende etter- og videreutdanningstilbud til ansatte i psykisk helsevern for barn og unge i regionen, og til ansatte i samarbeidende etater som barnevernet.
- Økt samarbeid mellom regionsentrene for barne- og ungdomspsykiatri og kompetansesentrene i barnevernet.

Videreutdanning og utviklingsarbeid

- Midlene skal generelt nyttes til videreføring og økning av kompetansehevende tiltak og utdanning i psykisk helsearbeid i kommuner og fylkeskommuner.
- Bevilgningen skal dekke utviklingstiltak for kompetanseoppbygging, kartlegging og informasjon, samt utredninger, kurs og konferanser.
- Ordningen med tilrettelagt utdanning av psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere vil bli videreført og utvidet. Resultatmål: økning i antall nye kandidater som påbegynner spesialisering under slike ordninger i 2000, og i hvilke fylker ordningen er etablert.
- Sakkyndige team for ADHD vurderes

Behandlingstilbud til overgripere

- Oppfølging, videreutvikling og styrking av behandlingstilbud til seksuelle overgripere, herunder faresoneklienter, mannlige voldsutøvere og kvinnelige voldsutøvere.
- Styrking av kompetansen på området vold og seksualisert vold gjennom opprettelsen av regionale kompetansesentre for sikkerhets, fengsels og rettspsykiatri. I tillegg må man ta vare på den kompetansen som finnes på området i dag.

Post 61 Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, kan overføres**1. Formål og hovedprioriteringer**

Innvandrere og flyktninger har samme rett til helse- og sosialtjenester som den øvrige del av befolkningen, og ansvaret for å yte tjenester følger den ansvarsfordelingen som er fastsatt i lovgivningen. Både den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten må kunne møte pasienter med ikke-vestlig bakgrunn på en god måte. Det innebærer at det ofte vil være behov for særskilt tilpassede tilbud som tar hensyn til språkkunnskaper og religiøse og kulturelle skikker og tradisjoner. Helsetjenesten må dessuten ha kunnskaper om helsemessige konsekvenser av forfølgelse, flukt og eksiltilværelse.

Bevilgningen til Psykososialt senter for flyktninger og de regionale psykososiale teamene skal bidra til å bygge opp og spre kompetanse når det gjelder vurdering, behandling og psykososiale støttetiltak for flyktninger og asylsøkere. Staten tar ansvar for å utvikle denne kompetansen videre, og forslagene i St. prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 er fulgt opp i statsbudsjettet for 1999.

2. Virkemidler

Det ytes midler til grunnfinansiering av Psykososialt senter for flyktninger og de fire psykososiale teamene. Senteret skal fungere som et nasjonalt senter med hovedarbeidsområdene undervisning og veiledning, forskning og klinisk arbeid (pasienter fra helseregion I og II). Senteret erstatter ikke klinisk virksomhet innen det ordinære psykiske helsevern, men skal bidra med spisskompetanse og til å bedre tilgangen på kvalifisert bistand.

De psykososiale teamene driver omfattende kurs- og konsultasjonsvirksomhet ovenfor 1.- og 2. linjetjenesten, ved siden av direkte klinisk arbeid.

Forutsetninger for bruk av tilskuddene i 1999

De regionale psykososiale teamene ikke har hatt en tilfredsstillende finansieringssituasjon. Ved disponeringen av bevilgningen for 1999 er det lagt til rette for en konsolidering av driften av teamene.

De driftsansvarlige fylkeskommuner skal utvikle styringsdokument for det psykososiale team som inneholder definerbare mål, strategier, oppgavebeskrivelse og ressursfordeling. Utgangspunktet for et slikt dokument er at de psykososiale team inngår som en fast del av kompetanseoppbyggingen i det psykiske helsevern, jf. St. meld. nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet og St. prp. nr. 63 (1997-98), og at teamene inngår som en del av det regionale samarbeidet i helseregionen.

Statlig finansiering av de psykososiale teamene skal ikke være til hinder for fylkeskommunal delfinansiering for eksempel av kliniske stillinger.

På bakgrunn av det ekstraordinære mottaket av ca. 6000 flyktninger fra Kosovo våren 1999 er det bevilget 39 mill. kroner til psykososiale støttetiltak. Midlene er hovedsakelig fordelt til kommuner som har mottak for denne flyktning-gruppen, og i tillegg er det satt av midler til å styrke Psykososialt senter og de regionale psykososiale team med særlig kvalifisert personell og til veiledning, kurs, konferanser og andre kompetansehevende tiltak knyttet til dette ekstraordinære mottaket.

3. Resultatrapportering for 1998

Psykososialt senter for flyktninger har videreført sitt arbeid fra tidligere år når det gjelder undervisning og veiledning overfor Universitet i Oslo, de kommunale førstelinjetjenestene og den psykiatriske annenlinjetjeneste. Basisgruppeundervisningen av medisinstudenter har vært videreført fra tidligere år. Målet på sikt er at alle fylkene i helseregion I og II i samarbeid med senteret skal arrangere lokale seminarer for å øke kompetansen i egen region. I tillegg har senteret prioritert undervisning og veiledning av tolker som arbeider med tolking i psykoterapi.

Senteret driver utstrakt forskningsvirksomhet. Det tilstrebes en variert empiri og ulik metodikk. Det forskes både med kvantitative og kvalitative metoder, og empirisk materiale hentes fra pasienter i poliklinikken og fra andre grupper bosatt i mottak eller i kommuner.

Poliklinikken samarbeider med henvisende instanser under behandlingen. Det gis en utstrakt konsultasjonstjeneste overfor første- og annenlinjetjenesten.

De fire psykososiale teamene driver omfattende kurs og konsultasjonsvirksomhet ovenfor 1. og 2. linjetjenesten.

4. Satsingsområder og resultatmål 2000

Departementet vil følge opp konsolidering av driften av de psykososiale teamene og innpassing av virksomheten i den ordinære kompetanseoppbyggingen i det psykiske helsevern. Arbeidet med å etablere en kompetanseenhet for innvandreres og flyktningers somatiske og psykiske helse vil bli videreført. De ekstraordinære tiltakene i forbindelse med Kosovo-flyktningene vil bli fullført, og departementet vil på bakgrunnen av erfaringene fra dette arbeidet vurdere behovet for ytterligere styrking av det psykososiale arbeidet for flyktninger.

Post 62 Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommunene (tidl. kap. 761, post 62)

1. Formål og hovedprioriteringer

Mange mennesker med psykiske lidelser har behov for kommunale tjenester. For denne gruppen er det særlig viktig å ha en bolig, eventuelt med bistand, som gir menneskelig verdighet, å bli trukket med i et fellesskap og unngå sosial isolasjon, og å ha tilgang på meningsfylt aktivitet og om mulig sysselsetting. Mennesker med psykiske lidelser vil i mange tilfelle trenge kommunal bistand for å få dekket disse behovene. Mange har også behov for medisinsk behandling.

Videre er det viktig å styrke innsatsen for å forebygge psykososiale problemer, særlig blant barn og unge. Det vises her også til arbeidet for å styrke helsestasjonstjenesten

Organiseringen av tjenestene skal ikke føre til en etablering av en særomsorg for mennesker med psykiske lidelser. Det er viktig at kommunene finner fram til en organisering som ivaretar brukernes behov for tilbud fra ulike tjenesteledd, sektorer og forvaltningsnivåer.

Dette innebærer at kommunens ordinære tjenesteapparat også skal møte behovene hos mennesker med psykiske lidelser. Skal dette oppfylles, må de ulike tjenestene styrkes både ved en kvalitativ tilrettelegging for denne gruppa, og ved en kvantitativ styrking av eksisterende tjenester. Viktige elementer i dette er både å rekruttere nok personell og å sørge for at personellet har tilstrekkelig kompetanse gjennom kompetansehevingstiltak. Det gis tilskudd til kommuner for at høyskoleutdannet personell skal ta videreutdanning i psykisk helsearbeid. Staten dekker 50 pst. av lønn og kommunen må dekke 25 pst. av lønn i utdanningstiden. Det stilles krav om ett års bindingstid etter utdanningen. Det er av særlig betydning at kommunene følger opp intensjonene med opprettingen av tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid høsten 1998 ved at andre grupper enn sykepleiere gis tilskudd. Det er behov for å øke

kompetansen blant kommunalt og fylkeskommunalt personell innen schizofreni, spiseforstyrrelser og barn og unge med psykisk syke omsorgspersoner. Det gis tilskudd til utvikling og igangsetting av etterutdanningstilbud innen disse feltene.

2. Virkemidler

Det ble for 1999 totalt bevilget 564 mill. kroner i øremerkede tilskudd for å styrke tilbudet til personer med alvorlige psykiske lidelser i kommunene og til forebyggende arbeid blant barn og ungdom.

Kriterier for fordeling av tilskuddene i 1999:

Av det øremerkede tilskuddet på 564 mill. kroner ble 42 mill. kroner fordelt av Statens helsetilsyn til kompetanseheving. De resterende 522 mill. kroner er tildelt direkte til kommunene etter folketall. Det er lagt til grunn en gradvis overgang til samme fordelingsnøkkel som inntektssystemet benytter for kommunale tjenester.

Forutsetninger for bruk av tilskuddene i 1999:

Tilskuddet på 522 mill. kroner ble bevilget under forutsetning av at det brukes til opprustning av kommunale tjenester innenfor dette området. Med utgangspunkt i opptrappingsplanen ble følgende formål særskilt nevnt:

- Styrking av brukerrettede tiltak og informasjon.
- Kompetanseheving og rekruttering av personell.
- Nye botilbud – flere omsorgsboliger.
- Styrking av hjemmebaserte tjenester.
- Dagsentre og andre aktivitetstilbud til flere.
- Flere støttekontakter.
- Utbygging av kultur- og fritidstiltak.
- Styrking av tilrettelagte tjenester i kommunen.
- Utbygging av psykososiale tjenester og støttekontakter, kultur- og fritidstiltak for barn og unge.
- Styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Behovet for styrking av områdene nevnt ovenfor vil variere fra kommune til kommune. Det er imidlertid en forutsetning at tilskuddet skal benyttes til å etablere nye og/eller styrke og utvide allerede etablerte tiltak innenfor rammen som er trukket opp, eller videreføre tiltak som er satt igang med øremerkede tilskudd f.o.m. 1995. Det ble videre forutsatt at den enkelte kommune økte aktiviteten fra 1998 til 1999 minst tilsvarende økningen i øremerket tilskudd.

3. Resultatrapport 1998

I 1998 mottok kommunene totalt 450 mill. kroner i øremerkede tilskudd til tiltak for personer med psykiske lidelser og forebyggende tiltak blant barn og unge. Kommunene ble pålagt å fylle ut et eget rapporteringsskjema om bruken av midlene. Resultatene nedenfor bygger på kommunenes egne opplysninger. Rapporteringsskjemaene ble gjennomgått og vurdert av fylkeslegene før innsending til departementet. Rapportene viser at 83 mill. kroner ble overført fra 1998 til 1999. Dette er en reduksjon på ca. 12 mill. kroner sammenliknet med det som ble overført fra 1997 til 1998. Overføringen i kronebeløp har blitt redusert samtidig som bevilgningen i kronebeløp har økt med 104 mill. kroner. Ved tildelingen av midlene for 1998 ble det forutsatt at kommunene skulle bruke midlene til:

- Etterutdanning for personell i kommuner og fylkeskommuner innen spiseforstyrrelser, schizofreni og barn og unge med psykisk syke omsorgspersoner. Utdanningen har startet opp i deler av landet. Dette har vesentlig vært deltidsstudier på 100 – 200 timer av ett til to års varighet. Interessen for tilbudene har vært stor
- Igangsetting av tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid i hele landet har åpnet for at alle grupper med høgskoleutdanning i helse- og sosialfag kan motta støtte til videreutdanning. Rapporteringen viser at interessen for denne type videreutdanning har

- økt i kommunene, og at vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer og barnevernspedagoger har mottatt støtte i tillegg til sykepleiere og helsesøstre. Fortsatt er det imidlertid kommuner som ikke i nødvendig grad kunngjør ordningen internt. Statens helsetilsyn fordelte 30 mill. Kroner til kommunene til slik støtte i 1998.
- Bidra til å opprette stillinger for personell som er kvalifisert til å jobbe med personer med alvorlige psykiske lidelser samt heve det faglige nivået/kompetansen generelt. Rapportene viser at antall årsverk økte med nesten 40 pst. I 1998 (1761 årsverk) sammenlignet med 1997 (1264 årsverk). Det er imidlertid fortsatt svært mange kommuner som har problemer med å skaffe faglig kvalifisert personell. 154 kommuner hadde i 1998 benyttet kurset støtte og lære som statens helsetilsyn har utviklet i samarbeid med norsk fjernundervisning for ansatte i kommunen som møter mennesker med psykiske lidelser i sitt arbeid. 3414 personer deltok i disse kursene i 1998.
 - Etablere tilbud på dagtid for hjemmeboende personer med alvorlige psykiske lidelser. Rapportene viser at 2 100 flere personer får et slikt tilbud i løpet av en uke i 1998 (8 500) sammenlignet med 1997 (6 400). 61 kommuner opplyser at de ikke hadde et slikt tilbud i 1998 som er 15 færre enn i 1997.
 - Få til et tettere samarbeid med arbeidsmarkedsetaten for å gi flere personer med alvorlige psykiske lidelser mulighet for å delta i arbeidslivet eller i tilrettelagt arbeidstilbud. Rapportene viser at 300 flere personer deltok i arbeidsmarkedstiltak i 1998 (2 161) sammenlignet med 1997 (1 860). 305 av kommunene opplyser at de har etablert samarbeidstiltak med arbeidsmarkedsetaten.
 - Styrke samarbeidet mellom kommune og fylkeskommune om personer som har behov for tjenester fra både kommune og fylkeskommune. Rapportene viser at tilnærmet 83 pst. Av kommunene har etablert fast samarbeid med fylkeskommunen i 1998 mens denne andelen var 81 pst. I 1997.
 - Forøvrig viser rapportene blant annet at om lag 5 000 mennesker med psykiske lidelser mottok tilbud om støttekontakter i 1998, og 1 708 hadde spesielle botilbud i 1998 mot 1 330 i 1997.

4. Satsingsområder og mål for 2000

Ved Stortingets behandling av St. prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006, viste komiteen til behandlingen av psykiatrimeldingen der det ble lagt stor vekt på brukernes behov og medvirkning og at dette vil føre til økt kvalitet på tjenestene. Det er en forutsetning for å realisere målet om økt brukervedvirkning at kommunene og fylkeskommunene prioriterer dette. Komiteen sluttet seg til Regjeringens forslag om at kommunens ordinære tjenesteapparat også skal møte behovene hos mennesker med psykiske lidelser. Skal dette oppfylles, må de ulike tjenestene styrkes både ved en kvalitativ tilrettelegging for denne gruppa, og ved en kvantitativ styrking av eksisterende tjenester. Organiseringen av tjenestene skal ikke føre til en etablering av en særomsorg for mennesker med psykiske lidelser. Det er viktig at kommunene finner fram til en organisering som ivaretar brukernes behov for tilbud fra ulike tjenesteledd, sektorer og forvaltningsnivåer.

Mange mennesker med psykiske lidelser har behov for kommunale tjenester. Bolig eventuelt med bistand, meningsfylt aktivitet og om mulig sysselsetting er viktig. Mellommenneskelig omtanke og omsorg kan ikke besluttes av offentlige myndigheter. Men det er en viktig kommunal oppgave å legge til rette slik at sosiale nettverk dannes og at færrest mulig opplever sosial isolasjon og ensomhet. På den måten forebygges menneskelige lidelser og samfunnsproblemer. Forebyggende tiltak er sentralt når det gjelder psykiske lidelser.

Stortinget og opptrappingsplanen understreker at primærforebyggende arbeid først og fremst er et kommunalt ansvar og må derfor vies stor oppmerksomhet i de kommunale planene. I det forebyggende arbeidet er det viktig at bl.a. skolene ved sitt personale og støttende helsetjenester evner å se utviklingstrekk hos elevene som kan føre til psykisk lidelse, og så ta initiativ til at det blir satt igang tiltak som kan forebygge en slik utvikling. Særlig viktig er det å ha høy beredskap for dette i ungdomsskolene og de videregående skolene. Erfaringer viser at dersom man setter inn tiltak på et tidlig

tidspunkt, kan dette påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser av alvorlig psykisk lidelse. Mange kommuner som ennå ikke har inkludert tiltak og tjenester til barn og unge i sine planer må sikre dette ved første rullering av planen.

I henhold til opptrappingsplanen vil de viktigste satsningsområdene i 2000 ellers være:

- Styrking av brukerrettede tiltak og informasjon i samarbeid med organisasjonene for brukere og pårørende
- Nye botilbud
- Styrking av hjemmebaserte tjenester
- Dagsentre og andre aktivitetstilbud til flere
- Flere støttekontakter
- Utbygging av kultur- og fritidstiltak herunder samarbeid med frivillige organisasjoner
- Styrking av tilrettelagte tjenester i kommunen
- Utbygging av psykososiale tjenester og støttekontakter, kultur- og fritidstiltak for barn og unge
- Styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Andre viktige satsningsområder vil være:

- Videreføre og trappe opp etterutdanningstiltak i spiseforstyrrelser, schizofreni og barn og unge med psykisk syke omsorgspersoner.
- Videreføre tilskuddet til videreutdanning i psykisk helsearbeid for høgskoleutdannet personell i kommunene.

De kommunale planene må også omfatte tiltak for å sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse. Tilskuddsmidlene kan nyttes til kompetansehevingstiltak.

Regjeringen vil følge opp styrkingen av kompetansen og tjenestetilbudene i kommunene og foreslår at den øremerkede bevilgningen videreføres med 42 mill. kroner i 2000.

For å sikre at de øremerkede tilskuddene raskest mulig kan omsettes i konkrete tiltak vil første terminutbetaling i 2000 til kommunene skje som en videreføring av siste terminutbetaling i 1999, forutsatt at ikke særlige grunner tilsier noe annet. Hovedgjennomgangen av kommunenes resultater og planer vil da skje i forbindelse med utbetalingen andre termin. Dette vil også bidra til en større grad av fleksibilitet og forutsigbarhet i tildelingen av midlene slik Stortinget har bedt om.

I tillegg til tilskuddene over Sosial- og helsedepartementets budsjett er bevilgningene over Kommunal- og regionaldepartementets budsjett til omsorgsboliger økt i tråd med forslagene i opptrappingsplanen.

Fra og med 2000 settes det i gang et forsøk med å tildele øremerkede tilskudd som rammetilskudd i 20 kommuner. Tilskuddet til psykisk helsearbeid i kommunene omfattes av forsøksordningen. Midlene som skal overføres til kap. 571, post 68 på Kommunal- og regionaldepartementets budsjett er på 37,9 mill. kroner. Se for øvrig omtale under kap. 571, post 68.

Kommunene er pålagt å rapportere tilbake til departementet om bruken av 1999-tilskuddet og plantall for perioden 2000-2003. Som i foregående år vil det bli innhentet opplysninger om aktivitet rettet mot mennesker med psykiske lidelser. Rapporteringen er samordnet med øvrige tilskudd til kommunene på Sosial- og helsedepartementets område. Vilkår for å få utbetalt tilskudd i 2000 vil blant annet være at kommunen har levert tilfredsstillende rapport om bruken av 1999-tilskuddet, og at aktivitetene i den enkelte kommune økes minst tilsvarende økningen i det øremerkede tilskuddet. Fylkeslegene (rådgiverne i psykisk helsearbeid i kommunene) vil bistå departementet i denne rapporteringen og oppfølgingen.

Post 63 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern i fylkene

1. Formål og oppgaver

I Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 har Regjeringen lagt opp til en kraftig styrking – både kvantitativt og kvalitativt - av fylkeskommunale spesialisttjenester til voksne og til barn og ungdom.

Opptrappingsplanen innebærer en styrking av psykisk helsevern svarende til om lag 2,1 mrd. kroner i økte driftsutgifter i løpet av planperioden, hvorav ca. 1,46 mrd. kroner i til psykisk helsevern for voksne og ca. 0,63 mrd. kroner til barn og ungdom. Fylkeskommunene vil bli satt i stand til å dekke disse merutgiftene gjennom en styrking av det eksisterende øremerkede tilskuddet på departementets budsjett, økte polikliniske-/spesialistrefusjoner samt økte inntekter fra brukerbetaling ved poliklinisk behandling. Tilskuddsmidlene (utenom eksisterende refusjonsordninger for poliklinikker og privatpraktiserende spesialister) vil hovedsakelig bli fordelt etter objektive kriterier i tråd med inntektssystemets kostnadsnøkkel for den fylkeskommunale helsetjenesten.

2. Virkemidler

I 1999 ble det over kap. 743, post 63 bevilget 502,9 mill. kroner i generelt øremerket tilskudd til styrking av psykisk helsevern.

Dette representerer en økning på 82,9 millioner kroner i forhold til 1998. Av denne økningen gikk 7,9 mill. kroner til økt driftstilskudd (generelt øremerket tilskudd) som ble fordelt på objektive kriterier. I tillegg ble det satt av 5 mill. kroner til utbygging av kompetansesentre for sikkerhets, retts- og fengselspsykiatri og 1 mill. kroner til tiltak overfor grupper med særlige behov. I denne økningen i det generelle øremerkede tilskuddet lå også en overføring av 15,4 mill. kroner fra kap. 740 i forbindelse med at Statens senter for barne og ungdomspsykiatri (SSBU) ble overført til Oslo kommune og den statlige subsidieringen av gjestepasientprisen ved institusjonen opphørte.

Det er forutsatt i Opptrappingsplanen at det skal være politisk vedtatte planer før midlene kommer til utbetaling. Dette kravet er imidlertid tillempet for 1999 fordi de enkelte fylkeskommuner er kommet ulikt langt i sitt planarbeid. Plankravet vil imidlertid bli håndhevet fullt ut for år 2000.

Departementet står bl.a. gjennom sekretariatet for omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern i nær kontakt med fylkeskommunene for å bidra til hensiktsmessige planer for gjennomføring av opptrappingsplanen og for å sikre gode rutiner i oppfølgingen av bruk av de øremerkede tilskudd.

Planene skal inneholde:

- Dokumentasjon av behov for tjenester fra psykisk helsevern
- Beskrivelse av status i forhold til oppsatte mål i opptrappingsplanen og stortingsmeldingen
- Vurdering av udekkede behov mht. Omfang og innhold i tjenestetilbudet, herunder personellbehov
- Oversikt over forslag til omstrukturings-, utbyggings og personelltiltak
- Økonomiske konsekvenser og finansieringsplan.

Planene skal være sendt departementet for godkjenning innen 1. januar 2000. Det er utarbeidet eget rundskriv til landets fylkeskommuner som gir nærmere retningslinjer for planarbeidet og oppfølging av opptrappingsplanen.

3. Resultatrapportering for 1998

Fylkeskommunene ble i 1998 tildelt 418 millioner kroner i øremerkede driftstilskudd fra kap. 743, post 63. I tillegg overførte fylkeskommunene i alt ca. 85 mill. kroner fra 1997. Totalt disponerte fylkeskommunene rundt 503 mill. kroner. Fylkeskommunene

har i 1998 brukt 400 mill. kroner av det disponible beløpet. Dette tilsvarer ca. 80 pst. i 1998 mot 70 pst. i 1997. Resten er overført til 1999.

Hovedårsaken til at midler blir overført er fremdeles at midler er avsatt til investeringsprosjekter som ikke er igangsatt/fullført.

Foreløpige tall fra rapporten "Styringsdata for psykiatrisk fylkeshelsetjeneste 1998. Foreløpige tall fra SAMDATA-arbeidet. Juni 1999" ved SINTEF NIS viser en realvekst på 3.8 pst i brutto driftsutgifter til psykisk helsevern fra 1997 til 1998. Fylkeskommunene finansierer 82 pst. av driftsutgiftene i 1998. Dette er omtrent samme andel som i 1997 og betyr at fylkeskommunene samlet sett ikke har redusert sin andel av finansieringen. Fylkeskommunenes andel av finansieringen falt med 3.5 pst innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Netto driftsutgifter per innbygger til psykisk helsevern økte med 2.7 pst. fra 1997 til 1998. Det er store variasjoner mellom fylkeskommunene. Oppland og Finnmark har en nedgang på - 4.9 pst. , mens Akershus og Hedmark har en økning på henholdsvis 9,4 pst. og 7,9 pst.

Ved utgangen av 1998 var det om lag 15 700 årsverk innen psykisk helsevern. Prosentvis har antall årsverk økt med 1 pst. innen psykisk helsevern for voksne og 5,4 pst. i tjenesten for barn og ungdom. Det er en betydelig økning i antall årsverk for leger og psykologer. Økningen i legeårsverk er størst i voksenpsykiatrien, mens økningen i psykologårsverk er størst i barne- og ungdomspsykiatrien. Det er også en økning i antall psykiatriske sykepleiere i voksenpsykiatrien. Personellveksten i voksenpsykiatrien er først og fremst en vekst i poliklinisk personell. Veksten er i tråd med intensjonene i opptrappingsplanen, og veksten i behandlingspersonell indikerer økt vekt på aktiv behandling.

Innen psykisk helsevern for voksne har antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner økt med 3 pst. fra 1997 til 1998. Antall oppholdsdøgn er redusert med 4 pst., mens antall utskrivninger har økt med 3 pst.

Det er en svak nedgang i antall heldøgns plasser for voksne. Totalt sett er det rapportert omlag 140 færre heldøgns plasser ved utgangen av 1998 i forhold til året før. Reduksjonen er jevnt fordelt på alle fylker og har i hovedsak sin årsak i nedlegging av og omdanning av døgnplasser ved sykehjem og ettervernshjem.

Mange psykiatriske sykehjem har lagt driftsformen betydelig om. Det drives langt mer aktiv behandling og rehabilitering enn tidligere. Tall fra Samdata psykiatri, understøtter inntrykket av en ny behandlingsprofil ved disse institusjonene.

Langtidspasientene som var ferdig behandlet og klare for utflytting eller primært hadde omsorgsbehov, har noe raskere enn forventet flyttet til sine hjemkommuner. Det kan indikere at kommunene strekker seg langt mht å imøtekomme behandlings-, aktivitets og omsorgsbehov, og det er grunn til å følge opp presset på kommunene.

Antall plasser ved sykehus og bo- og behandlingssenter øker (201). Økningen i antall heldøgns plasser (136) ved sykehus kan delvis forklares med organisatoriske endringer der sykehjem blir tilknyttet sykehus som ledd i omstrukturering i sektoren.

Økningen i antallet aktive behandlingsplasser er i overensstemmelse med opptrappingsplanens intensjoner og det forventes en jevn tilvekst de neste årene. Nedgangen i antall døgnplasser totalt er ikke i tråd med intensjonene slik de er formulert i opptrappingsplanen. Det understrekes at tallene gjelder 1998, dvs. året før opptrappingsplanen ble igangsatt. En la der til grunn at antall plasser ved psykiatriske sykehjem skulle reduseres i et lavere tempo enn tilveksten av fylkeskommunale døgnplasser slik at det gjennom planperioden totalt sett skulle være en økning i antall døgnplasser. Departementet vil analysere tallene nærmere og følge opp dette ved gjennomgangen av fylkeskommunale planene.

Ved utgangen av 1998 fikk 2,1 pst. av befolkningen under 18 år tilbud fra psykisk helsevern for barn og ungdom. Det er store fylkesvise forskjeller, fra 3,1 pst. i Oslo til

1,1 pst. i Sør-Trøndelag. Målsettingen i opptrappingsplanen er en dekningsgrad på 5 pst. på nasjonalt nivå.

I 1998 ble det behandlet 1,3 pst. flere polikliniske pasienter enn i 1997. Det er en økning i antall heldøgns plasser for barn og ungdom. Økningen har først og fremst kommet ved klinikkavdelinger.

Selv om det ble behandlet flere pasienter i 1998 enn i 1997 gir det ikke nevneverdig utslag på dekningsgraden fordi befolkningen i aldersgruppen økte med nesten 1 pst. fra 1997 til 1998.

Samlet sett kan en si at det for psykisk helsevern for voksne og barn og ungdom er en positiv utvikling i behandlingskapasiteten, målt ved aktive døgnbehandlingsplasser og ved antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner. På nasjonalt nivå synes det som om omstruktureringen av behandlingsskjedene går i riktig retning. Mangel på kvalifisert personell oppgis å være det største hinderet for større aktivitetsøkning.

4. Satsingsområder og resultatomål

Opptrappingsplanen for psykisk helse forutsetter en styrking av psykisk helsevern svarende til om lag 2,1 mrd. kroner i økte driftsutgifter til fylkeskommunene i løpet av planperioden 1999-2006. Fylkeskommunene vil bli satt i stand til å dekke disse merutgiftene gjennom en styrking av det eksisterende øremerkede tilskuddet under dette budsjettkapitlet, ved økte polikliniske-/spesialistrefusjoner samt økte inntekter fra brukerbetaling ved poliklinisk behandling.

Det generelle øremerkede tilskuddet til fylkeskommunene foreslås videreført og økt i 2000. Tilskuddsmidlene vil hovedsakelig bli fordelt i tråd med inntektssystemets kostnadsnøkkel for den fylkeskommunale helsetjenesten.

Plankravet vil bli fullt ut håndhevet fra år 2000.

Resultatomålene for omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern er nærmere omtalt nedenfor under post 64 og 65.

Det er under denne bevilgningen også satt av midler til utbygging av kompetansesentre ved de regionale sikkerhetsavdelinger. Videre skal midlene brukes til å sikre informasjonsmateriell til innbyggerne generelt og til brukere og pårørende spesielt. Midlene skal også brukes til utvikling av brukerdrevne tiltak og til grupper med særlige behov.

Departementet vil følge opp spørsmålet om særskilte tiltak overfor rusmiddelmissbrukere med psykiske lidelser. På bakgrunn av to utredninger som Helsetilsynet avsluttet høsten 1999 vil departementet utarbeide forslag til tiltak.

Fylkeskommunenes planer må også omfatte tiltak for å sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, og tilskuddsmidlene kan nyttes til kompetansehevingstiltak.

Post 64 Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne, kan overføres, kan nyttes under post 65

1. Formål og hovedprioriteringer

Det er store strukturproblemer innen psykisk helsevern for voksne, bl.a. med feilplassering av mange pasienter. Det er også i en del tilfelle problemer mht. kapasiteten. I sykehusavdelingene er det et stort antall pasienter som burde vært ved andre avdelingstyper, og ved langtidsinstitusjonene er det et stort antall pasienter som primært trenger kommunal omsorg.

Det er derfor behov for omstrukturering og styrking av psykisk helsevern til voksne. Disse tjenestene skal ut fra Stortingets behandling av meldingen om psykisk helse omfatte psykiatriske sykehusavdelinger, distriktpsykiatriske sentre (DPS'er) og privatpraktiserende spesialister. Psykiatriske sykehjem skal enten omgjøres til mer behandlingsorienterte enheter under DPS'er, eller trappes gradvis ned etter hvert som de

kommunale omsorgstjenestene bygges ut. Sosialkomiteens forutsetninger, jf. Innst. S. nr. 258 (1996-97) blir her lagt til grunn.

2. Virkemidler

For 1999 er det bevilget 38 mill. kroner til utbygging og omstrukturering av psykisk helsevern for voksne. Midlene er fordelt til fylkeskommunene etter søknad

Opptrappingsplanen innebærer at det skal investeres om lag 3,7 mrd. kroner i fylkene i løpet av planperioden, herav ca 2,9 mrd. kroner til psykisk helsevern for voksne. For å sikre en rask og målrettet utbygging i tråd med forslagene i denne opptrappingsplanen, legges det opp til at staten dekker 60 pst. av godkjente investeringskostnader. En slik statlig refusjonsandel oppnås delvis ved at dagens kapitalrefusjonsordning for somatiske sykehus fra 1. januar 1999 også omfatter psykiatriske sykehus. Resten av investeringskostnadene (40 pst.) vil fylkeskommunene få dekket gjennom en styrking av frie inntekter.

Utvidelsen av kapitalrefusjonsordningen omfatter psykiatriske sykehusavdelinger. Distriktpsikiatriske sentra (DPS) utenfor sykehus og institusjoner i barne- og ungdomspsykiatrien som lokaliseres utenfor sykehus foreslås ikke omfattet av ordningen. Den samlede statlige refusjonsandelen foreslås satt lik (60 pst.) for alle godkjente investeringsprosjekter. Dette innebærer at for investeringsprosjekt som ikke foreslås omfattet av kapitalrefusjonsordningen, vil hele statens refusjonsandel bli utbetalt ved ferdigstillelse.

Planer og prosjektsøknader skal behandles og godkjennes av Sosial- og helsedepartementet. Det er etablert et særskilt sekretariat i departementet for å ivareta disse oppgavene.

I tillegg til bevilgningene over denne posten er fylkeskommunenes frie inntekter under Kommunal- og regionaldepartementets budsjett kap. 572 rammetilskudd til fylkeskommunene foreslått styrket.

3. Satsingsområder og mål for 2000

Personer med langvarige psykiske lidelser vil oftest trenge både spesialisthelsetjenester og alminnelige helse- og sosialtjenester. En grunnleggende forutsetning for å legge større deler av ansvaret for tilbudet til mennesker med psykiske lidelser til det kommunale tjenesteapparatet, er at de spesialiserte helsetjenester gis en utforming som gjør dem lett tilgjengelige og enkle å tilpasse den enkelte brukers situasjon. Behovene i psykisk helsevern for voksne anses særlig å gjelde omstrukturering til et mer funksjonelt tjenestetilbud.

Styrkingen og omstruktureringen av det fylkeskommunale tilbudet til voksne i løpet av planperioden 1999-2006 kan oppsummeres slik:

Kvantitativ styrking:

- Antall døgnplasser for aktiv behandling økes med 1 185 utover dagens nivå (1 025 flere plasser i de distriktpsikiatriske sentrene og 160 nye plasser i psykiatriske sykehus til personer som dømmes til psykisk helsevern)
- Antall dagopphold i *distriktpsikiatriske sentre* økes med ca. 90 000 (50 pst. økning)
- Den samlede polikliniske kapasiteten økes med ca 450 000 konsultasjoner (50 pst. økning)
- Antall plasser i psykiatriske sykehjem reduseres, men i et lavere tempo enn tilveksten av fylkeskommunale døgnplasser for aktiv behandling slik at det gjennom planperioden også totalt sett vil være en netto økning av antall døgnplasser (summen av antall plasser for aktiv behandling og antall sykehjemsplasser).

Kvalitativ styrking:

- En betydelig økning av bemanningen i psykisk helsevern for voksne (økning med ca. 2300 årsverk i løpet av planperioden)

- Bemanningsøkningen pr. Plass i dps'ene vil styrke behandlingen der
- Økt innslag av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell (andelen denne gruppa under ett utgjorde i 1996 ca. 52 pst., Mens andelen i den planlagte økningen i løpet av planperioden vil ligge på ca. 72 pst.)

4. Rapportering 1998

Fylkeskommunene mottok etter søknad 98 mill. kroner fra post 64 i 1998. Ca. 33 mill. kroner ble benyttet. Det resterende ca. 65 mill. kroner har blitt overført til 1999. Årsaken til dette er i hovedsak knyttet til det forhold at det kan ta noe tid før investeringsobjekter realiseres.

Rapporterte planer for 1999 tyder på at overførte midler pluss tildelingen på 38 mill. kroner vil komme til anvendelse. Når det gjelder prosjekter som er beregnet ferdig i 2000 vil det etter de opplysninger departementet har være behov for nærmere 166 mill. kroner i statlig investerings-støtte. Dette viser en tydelig opptrapping helt i tråd med de statlige signaler.

Post 65 Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom, kan overføres, kan nyttes under post 64

1. Formål og hovedprioriteringer

Barne- og ungdomspsykiatrien er et fagfelt som fortsatt trenger betydelig styrking. I tillegg til utbygging av institusjonsplasser er det behov for økt kapasitet til konsultasjon og veiledning til andre kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialtjenester. For å ivareta mange barn og unges behov er det viktig at barne- og ungdomspsykiatrien bidrar til et fleksibelt og velfungerende samarbeid med andre tjenester som barnevernet, pediatrien, rusmiddelomsorgen og voksenpsykiatrien.

Om lag 22 500 barn og unge, eller ca 2 pst. av alle under 18 år, fikk et behandlingstilbud i 1996. Stortinget har særskilt bedt Regjeringen om i samarbeid med fylkeskommunene medvirke til at barne- og ungdomspsykiatrien bygges ut til en tilfredsstillende dekningsgrad. (Innst. S. nr. 258 (1996-97) vedtak IV).

Det er tatt utgangspunkt i en økning av dekningen av tjenestene til befolkningen i aldersgruppen 0-18 år fra 2 pst. til 5 pst. Denne økningen er i samsvar med allment aksepterte faglige anbefalinger.

Dette innebærer en økning fra ca 22 500 til ca 50 000 barn og unge som skal gis et tilbud.

2. Virkemidler

I Opptrappingsplanen er det forutsatt at det skal investeres for ca 880 mill. kroner til psykisk helsevern for barn og unge i perioden 1999-2006. Finansieringsordningene vil være de samme som for voksne, og det vises til omtale ovenfor under post 64.

3. Resultatrapportering

I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 1997 (jf. Innst. S. nr. 295 (1996-97)) ble det bevilget 100 mill. kroner til utbygging. Midlene ble fordelt til fylkeskommunene etter søknad, både til investeringer og drift. Etter de mottatte rapporter vil det bli etablert 64 nye døgnplasser for ungdom, en familiebehandlingsenhet og utvidet poliklinisk behandlingsskapasitet med utgangspunkt i de ekstra tilskuddsmidlene.

Bevilgningen på 120 mill. kroner for 1998 er fordelt til fylkeskommunene, dels til videreføring av prosjekter som startet i 1997, dels til nye prosjekter. Midlene er dels fordelt etter søknad, dels etter objektive kriterier. Til prosjekter som startet i 1997 er det også gitt tilskudd til drift. Dette er også videreført i 1998 og 1999.

4. Satsingsområder og mål for 2000

I Opptrappingsplanen foreslås tjenestene til barn og ungdom bygget ut i løpet av perioden 1999-2006 med

- 205 flere døgnplasser til ungdom og omgjøring av behandlingshjem til klinikker med mer aktiv behandling
- 265 flere dagplasser for barn og unge
- 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet. (medregnet 50 pst. Økning av produktiviteten i poliklinikkene gir dette rom for 166 pst. Flere konsultasjoner)

Statistikk for ulike typer av plasser gir et ufullstendig uttrykk for hva som er tilgjengelig av tjenester i fylkene. Barn og unge har behov for fleksible tjenester, og andre tjenester enn døgnplasser er mer relevant for mange grupper. Følgende funksjoner bør være dekket i alle fylker, eventuelt i samarbeid med annet fylke:

- Mulighet til å ta hånd om ungdom på døgnbasis, både når situasjoner oppstår akutt og når det er behov for noe lengre tids kvalifisert behandling med skjerming og regulering av adferd.
- Mulighet til å arbeide konsentrert (daglig) med barn, både for å foreta tidsavgrenset observasjon og utredning, og for å yte noe lengre tids behandling som er intensiv nok.
- Mulighet for konsentrert og systematisk evaluering av samspill og omsorg i familier.
- All behandling skjer med aktiv medvirkning fra brukeren, og det gis god nok informasjon til at dette kan gjennomføres.

Hovedtyngden av de fylkeskommunale tilbudene bør fortsatt være polikliniske. De regionale helseplanene må omfatte psykisk helsevern for barn og ungdom, og planene må vise hvordan alle fylker i regionen skal få dekket tjenester utover de som ytes av de vanlige poliklinikkene.

Post 70 Tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning, kan overføres, kan nyttes under post 60

1. Formål og hovedprioriteringer

Forskning, oppdatering, ny kunnskap og spredning av denne er grunnleggende for kompetanseheving og utvikling av bedre behandlingstilbud. Å sikre tilgang på kvalifisert personale innen området psykisk helse gjennom grunn-, etter- og videreutdanning er et annet felt som er prioritert under denne posten.

Videre skal bevilgningen dekke oppfølgingsarbeid etter St. meld. nr. 25 (1996-97).

Økt brukermedvirkning er et overordnet mål. Sterke brukerorganisasjoner er en forutsetning for å nå målet. Tiltak som iverksettes for å oppnå dette prioriteres under denne posten.

Økt informasjon om psykisk helse til befolkningen og utvalgte grupper skal også prioriteres under denne posten. Det skal gjennomføres en storstilt informasjonssatsning for å øke kunnskapen i befolkningen og skape større åpenhet om psykisk helse.

2. Virkemidler

Støtte til kompetansehevende tiltak og kunnskapsutvikling

For å bedre tilbudet til personer med psykiske lidelser, er det behov for både å øke tilgangen av de grupper av spesialutdannet personell det er mangel på generelt, bidra til en bedre geografisk fordeling av disse samt øke kompetansen hos helse- og sosialpersonell og ufaglærte i kommuner og fylkeskommuner.

Det er betydelige vakanstall for psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere, fordi økningen i antall opprettede stillinger har vært større enn økningen i antall utførte årsverk. Det legges opp til desentralisert videre- og etterutdanning for å skape levende fagmiljøer lokalt, bidra til lokal rekruttering og stabilitet i stillingene.

Det er stor mangel på høgscoleutdannet personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det er over Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementets budsjett bevilget midler til oppretting av studieplasser i tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det vektlegges at det opprettes fordypninger også for andre grupper enn de som tidligere har hatt tilgang til videreutdanning, og at det gis tilbud om desentrale og deltids studieplasser.

Mange som arbeider med mennesker med psykiske lidelser har ingen formell utdanning. Dette omfatter bl.a. utdanning som hjelpepleier og omsorgsarbeider for voksne, og utprøving av læreplaner for videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det gis særskilte midler til kvalifiseringstiltak for ufaglærte og personell med helse- og omsorgsfag fra videregående opplæring.

Omstilling, kompetanseheving og utvikling av bedre behandlingstilbud er avhengig av oppdatert og ny kunnskap og spredning av denne. Arbeidet med dette skjer, bl.a. i samarbeid med Norges Forskningsråd og institutter og foreninger. Mental-helseprogrammet og Helsetjenesteforskningsprogrammet i Norges Forskningsråd er viktige virkemidler for å øke kunnskapen om psykisk helse. Midlene til disse programmene er overført til kap. 701, post 50. I tillegg gis det midler til forskning på behandlingsmetoder ved schizofreni til Rogaland fylkeskommune (TIPS-prosjektet).

Utredninger og statistikkutvikling vil bedre grunnlaget for rådgivning fra sentrale myndigheter til kommuner og fylkeskommuner.

Brukertiltak

Departementet vil medvirke til økt brukermedvirkning på flere felt. De nye helselovene vektlegger økt medvirkning. Det er viktig å styrke brukernes muligheter til å delta i utformingen av eget behandlingsopplegg og i planlegging av det offentlige behandlingstilbudet. Brukere og pårørende innen psykisk helsevern har i liten grad benyttet pasientombudene. Det er viktig å framheve at pasientombudenes ansvarsområder også omfatter psykisk helsevern. Alle kontrollkommisjonene for psykiatriske institusjoner innen psykisk helsevern skal oppnevne et medlem som representerer brukernes interesser. Det skal også være brukerrepresentasjon i kvalitetsutvalg ved institusjoner.

Departementet går inn for at bruker- og pårørende organisasjoner gis økte muligheter til organisasjonsoppbygging, organisere brukerstyrte tiltak og drive informasjonsvirksomhet.

Det har vist seg å være stort behov for hjelpetelefoner. Mental Helses hjelpetelefon hjelper mennesker med psykiske lidelser som er i akutte kriser, eller som trenger hjelp til å finne frem i hjelpeapparatet. Dette tiltaket vil bli videreført.

Informasjon

Publikum generelt, brukere, pårørende, fagpersonell og andre grupper trenger mer informasjon om psykisk helse og psykiske lidelser. Departementet er i ferd med å utarbeide en informasjonsplan der det hvert år skal gjennomføres omfattende informasjonstiltak rettet mot befolkningen eller grupper over hele landet. Formålet er å øke befolkningens forståelse av egen psykiske helse, om psykiske lidelser og tjenestetilbudene, samt å redusere fordommer om mennesker som har eller har hatt denne sykdommen.

3. Resultatrapportering

Støtte til videre- og etterutdanning og kompetansehevende tiltak

- Tilrettelagt utdanning av psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere: i 1998 har antall kandidater i Nordland økt fra 6 til 12. Nye prosjekter i Troms og Finmark er under planlegging.

- Profesjonsforeninger og institutter mottok midler til spesialisert etter- og videreutdanning til personell med høyere utdanning. Til sammen står disse for et omfattende tilbud om etter- og videreutdanning til fagfeltet. Det foreligger ikke tall for antall personer som har deltatt i undervisningstilbudene.
- Det ble startet utprøving av læreplaner for videreutdanning i psykisk helse for personell med utdanning fra videregående skole i flere fylker.

Forskning

Hjelpetelefon

Resultatrapportering for 1998 står under kap. 701, post 50.

Stortinget ba Regjeringen i romertallsvedtak nr. 1 i Innst. S. nr. 258 fra Sosialkomiteen, å øke bevilgningen til Mental helses hjelpetelefon. Dette er fulgt opp og aktivitetsrapportene viser til økning i antall henvendelser. Sosial- og helsedepartementet og Mental Helse Norge inngikk i 1997 en avtale om videre drift av Mental Helse Norges hjelpetelefon.

Brukertiltak

Brukerorganisasjoner innen psykisk helse-feltet mottok i fjor midler til drift. Rapporteringene viser til at organisasjonene har økt sin virksomhet, igangsatt informasjonstiltak etc.

FFO fikk i 1998 støtte til et for-prosjekt for å styrke brukerorganisasjonene, samle inn brukererfart kunnskap etc. FFO kalte prosjektet "Nasjonalt Egenkraft senter", og var i dialog med brukerorganisasjonene for å legge føringer for hvordan senteret skulle bygges opp og arbeidet med å samle inn kunnskap ble startet opp.

4. Satsingsområder og resultatmål 2000

Støtte til videre- og etterutdanning og kompetansehevende tiltak

- Ordningen med tilrettelagt utdanning av psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere vil bli videreført og utvidet. Resultatmål: økning i antall nye kandidater som påbegynner spesialisering under slike ordninger i 2000, og i hvilke fylker ordningen er etablert.
- Videreføre ordningen som startet i 1999 med statlig lønnsdekning for tjeneste i pediatri til spesialister i barne- og ungdomspsykiatri der det er vanskelig å få slik tjeneste. Resultatmål: Antall personer som mottar statlig lønnsdekning til slik tjeneste.
- Videreføre studieplasser i tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid med en god fordeling på de ulike fordypningene. Resultatmål: antall studieplasser totalt og på hver fordypning.
- Stimulere til at flere ansatte med helse- og omsorgsfag fra videregående skole tar etterutdanning innen psykisk helse, og at slike utdanningstiltak omtales i opplæringsplanene til kommuner, fylkeskommuner og statlige helseinstitusjoner. Resultatmål: økning i antall kommuner og fylkeskommuner som omtaler utdanningstiltakene i sine opplæringsplaner.
- Videreføre utprøving av læreplaner for videreutdanning i psykisk helse for personell fra videregående skole.
- Stimulere til at ufaglærte kvalifiserer seg ved å ta fagbrev som omsorgsarbeidere, hjelpepleierutdanning som voksenopplæring eller gjennom kortere grunnopplæring. Utdanningstiltakene skal omtales i kommunenes og fylkeskommunenes opplæringsplaner.

Spiseforstyrrelser

Departementet vil ha utarbeidet en plan for å bedre tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser og redusere utbredelsen. Statens helsetilsyns arbeid med å utvikle modeller for organisering og kompetansehevende tiltak anbefales videreført. Det foreslås bevilget 3 mill. kroner til dette i 2000.

Forskning, utredning og kvalitetsutvikling

Departementet har i løpet av inneværende år økt bevilgningen til TIPS-prosjektet. Fra og med år 2000 vil departementet redusere bevilgningen og Rogaland fylkeskommune skal finansiere den kliniske virksomheten som foregår i regi av prosjektet.

Brukertiltak

Bruker- og pårørendeorganisasjoner innen psykisk helse-feltet skal gis økte muligheter for å legge til rette for brukermedvirkning og etablere brukerdrevne tiltak i kommuner og fylkeskommuner.

Departementet vil arbeide for realisering av målene med prosjektet og fortsatt drift av et tilsvarende prosjekt. Dette skal skje i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.

Ordningen med pasientombud skal også gjelde for psykiatriske pasienter. Departementet vil bidra til at det opprettes kvalitetsutvalg med brukerrepresentasjon ved institusjoner innen psykisk helsevern.

I 1999 ble det bevilget nærmere 5 mill. kroner til Mental Helses Hjelpetelefon. Hjelpetelefonen holder nå døgnkontinuerlig drift bemannet med to personer pr skift. Departementet foreslår at denne bevilgningen videreføres i år 2000. I tillegg til dette foreslår departementet 10 mill. kroner til brukertilak i 2000.

Informasjon

Økt informasjonsvirksomhet om psykisk helse, psykiske lidelser og tjenestetilbudene er et satsingsområde. Departementet er i ferd med å utarbeide en informasjonsplan der det hvert år skal gjennomføres landsomfattende informasjonstiltak rettet mot befolkningen generelt og utvalgte grupper. I 2000 skal det satses på informasjonstiltak rettet mot befolkningen i kommunene, brukere av fylkeskommunale tjenester, ungdom, allmennleger, politiet etc. Formålet er å øke kunnskapen i befolkningen og skape større åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser. Det foreslås å bevilge 10 mill. kroner til informasjon i 2000.

Kompetansesenter for voldsofferarbeid

Kompetansesenter for voldsofferarbeid ble etablert som et fireårig prøveprosjekt i 1996. Senteret samfinansieres av Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet og Sosial- og helsedepartementet. Hovedmålsettingen har vært å styrke voldsopfrene stilling ved å forbedre offentlige myndigheters tilbud til- og behandling av voldsopfre. Videre har senteret blant annet hatt som oppgave å frembringe kunnskap om volden som fenomen og de psykologiske følger av voldsutøvelse. Fokus har i prosjektperioden særlig vært rettet mot eldre og barn som utsettes for vold og overgrep. Kompetansesenteret ble evaluert i 1998 og evalueringsrapporten konkluderer med at senteret bør videreføres i en ny periode. I samarbeid med Barne- og familiedepartementet og Justisdepartementet skal berørte avdelinger i Sosial- og helsedepartementet i løpet av høsten 1999 utarbeide et revidert mandat for driften av Kompetansesentert for en fornyet prosjektperiode på tre år. Det foreslås bevilget 1 mill. kroner over kap. 743, post 70 til dette tiltaket i 2000.

Post 72 Tilskudd til Modum Bads Nervesanatorium

Institusjonen er godkjent etter bestemmelsene i sykehuslovens § 1, annet ledd. Modum Bads Nervesanatorium har en viktig funksjon innen 2. linjetjenesten, med et særskilt tilbud til en stor pasientgruppe. Staten dekker 90 pst. av driftsutgiftene og 10 pst. dekkes av pasientens bostedsfylke. Institusjonens behandlingstilbud for personer med spiseforstyrrelser er utvidet i 1999. Dette følges opp i 2000.

Programkategori 10.50 Legemidler

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på kapitler:

(i 1 000 kr)					
Kap	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999 Forslag 2000	Pst endr 99/00	
0750	Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 3750 og 5578)	62 088	64 626	83 650	29,4
0751	Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)	65 704	79 640	81 870	2,8
Sum kategori 10.50		127 792	144 266	165 520	14,7

Utgifter under programkategori 10.50 fordelt på postgrupper:

(i 1 000 kr)					
Post- gr	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999 Forslag 2000	Pst endr 99/00	
01-23	Statens egne driftsutgifter	60 698	63 211	82 210	30,1
30-49	Nybygg, anlegg m.v.	1 390	1 415	1 440	1,8
70-89	Andre overføringer	65 704	79 640	81 870	2,8
	Sum kategori 10.50	127 792	144 266	165 520	14,7

Kategori 10.50 omfatter Statens legemiddelkontroll, apotekene ved Radium- og Rikshospitalet og diverse tilskudds- og avgiftsordninger overfor apotekene. Tiltakene er hovedsakelig relatert til godkjenning og omsetning av legemidler.

Statens helsetilsyn har tilsynsansvaret for omsetning av legemidler. Gjennom ordningen med blå resept refunderer folketrygden utgifter til medisiner til bruk for nærmere angitte sykdommer (se kap. 2751 Medisiner m.v.).

1. Overordnet formål med programkategorien

Departementets hovedmålsettinger på legemiddelområdet er:

- befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne
- legemidler brukes faglig og økonomisk riktig
- lavest mulig pris på legemidler

2. Tilstandsbeskrivelse/resultatrapport

Legemidler er en viktig innsatsfaktor i helsevesenet. I 1998 ble det solgt legemidler for ca. 9,6 mrd. kroner, som innebar en nominell vekst fra året før på ca. 10,3 pst. Blant de tyngste enkeltkomponentene i denne veksten er refusjon av legemidler for behandling av hjerte-/kar-lidelser og for behandling av magesår. Det offentlige dekker ca 2/3 av utgiftene. Hovedtyngden av kostnadene er knyttet til folketrygdens refusjonsordning (blåreseptordningen), men det medgår også betydelige beløp til behandling på helseinstitusjoner (særlig sykehus). Den sterkeste utgiftsøkningen tilfalt også i 1998 trygden, og var på 11,5 pst. I 1998 steg forbruket av legemidler målt i DDD (definerte døgndoser; antatt gjennomsnittlig døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne) med 5,8 pst. Dette er noe i overkant av gjennomsnittlig årlig forbruksvekst de siste 10 årene. Den gjennomsnittlige behandlingstiden knyttet til godkjenning av nye legemidler ved Statens legemiddelkontroll har i 1990-årene økt moderat frem til 1995. Gjennom målrettet arbeid og omdisponering av ressursene har etaten fra dette året av maktet å redusere behandlingstiden markant.

I NOU 1997:6 ble det lansert ulike løsningsforslag med sikte på å bøte på svakheter som er påvist ved dagens etableringssystem for apotek. Regjeringen har foretatt en samlet gjennomgang av dagens apoteketableringsmodell bl.a. på bakgrunn av tilrådingene i utredningen, og forslag til ny apoteklov ble presentert i Ot. prp. nr. 29 (1998-99) Om lov om apotek (apotekloven) i desember 1998.

Prisene på legemidler i Norge ligger i dag litt i overkant av gjennomsnittlig europeisk nivå. Etter departementets oppfatning er det i dag for liten priskonkurranse mellom legemiddelprodusentene når det gjelder leveranser til publikum. Referanseprissystemet for legemidler ble utvidet 15. juli 1999, med sikte på å styrke konkurransen. Utvidelsen besto i opptak av nye sykdomsgrupper, samt endrede kriterier for tildeling av referansepris. Tiltaket er beregnet å gi en innsparing på 75 mill. kroner på årsbasis. Som følge av at utvidelsen ble gjennomført fra 15. juli, anslås innsparingseffekten i 1999 til om lag halvparten av dette beløpet.

Parallellimportørene tar en stadig større andel av markedet, og hadde i perioden juni 1998 - juni 1999 en markedsandel på ca. 7 pst., hvilket er to prosentpoeng høyere enn foregående 12 måneder. Den største av parallellimportørene er nå den 8. største legemiddelleverandøren i Norge.

Legemiddelindustriens informasjons- og markedsføringsaktiviteter er meget omfattende. Det er en krevende oppgave for myndighetene å formidle produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Det er hittil opprettet fire regionale legemiddelsentra (RELIS) i denne forbindelse, de siste av disse ble opprettet i Trondheim og Tromsø i 1997. Departementet har til vurdering søknad om opprettelse av en ny RELIS-enhet i helseregion 1.

3. Virkemidler og forventede resultater

To offentlige utvalg på legemiddelområdet la fram sine utredninger tidlig i 1997. Utredningene er fulgt opp gjennom fremleggelse av Ot. prp. nr. 29 (1998-99) Om lov om apotek (apotekloven) i desember 1998. Blant de forslag som fremmes i forannevnte dokument, er bortfall av krav om faglig eierskap til apotek, bortfall av statlig behovsvurdering ved opprettelse av apotek og anledning til generisk substitusjon dersom legen ikke aktivt har motsatt seg dette. Tiltakene er konkurransefremmede, og ventes på sikt å bidra til bedre tilgang til apotek tjenester og lavere legemiddelutgifter.

For å forbedre beslutningsgrunnlaget i spørsmål om opptak på blå resept, er det utformet et utkast til retningslinjer for legemiddeløkonomiske analyser. Dette arbeidet har blitt utført av en gruppe bestående av representanter fra Folkehelse, Statens legemiddelkontroll, Rikstrygdeverket, Legemiddelindustriforeningen og departementet. Arbeidet har blitt ledet av Statens legemiddelkontroll. I utkastet legges det opp til at produsenten ved søknad om refusjon også må stille til disposisjon helseøkonomisk dokumentasjon for preparatet det søkes refusjon for. I en overgangsperiode vil innlevering av slik dokumentasjon etter forslaget ikke være en absolutt forutsetning for refusjon. Praktiseringen vil etter en tid bli evaluert.

Statens legemiddelkontroll vil om kort tid presentere retningslinjene for legemiddelprodusentene. Det tas sikte på at retningslinjene skal tas i bruk fra 1. januar 2000 og for en prøveperiode på 2 år.

Departementet vurderer fortsatt den framtidige organiseringen av den statlige legemiddelforvaltningen. Spørsmålet har særlig aktualitet i tilknytning til behandling av søknader om opptak av nye legemidler på blå resept, og ikke minst i forhold til implementeringen av EU-direktiv om maksimal saksbehandlingstid i slike spørsmål. I følge direktivet skal de nasjonale myndigheter behandle refusjonssøknader innen 90 dager (netto saksbehandlingstid). Dagens saksbehandlingsrutiner med et delt ansvar mellom Rikstrygdeverket og Statens legemiddelkontroll kan gjøre det vanskelig å innfri et slikt krav. Samtidig er det viktig at refusjonssøknadene gis en grundig behandling, hvor eventuell offentlig refusjon vurderes i et samfunnsmessig perspektiv. Innføring av norske retningslinjer for legemiddeløkonomisk analyser vil i så måte bidra til å bedre myndighetenes grunnlag for å vurdere eventuell refusjon av nye legemidler i en

prioriteringsmessig sammenheng. Samtidig er det i budsjettet for 2000 lagt opp til en ytterligere styrking av arbeidet med legemiddeløkonomiske analyser ved Statens legemiddelkontroll.

Apotekresultatene har steget med over 30 pst. fra 1997 til 1998. Dette indikerer at både pasientene og folketrygden betaler for mye for legemidler. Sosial- og helsedepartementets vil derfor sette ned apotekenes maksimalavanser i 2000, med sikte på å få resultatutviklingen mer i tråd med de senere års utvikling. Tiltaket er beregnet å gi en innsparing for folketrygden på 45 mill. kroner i 2000, jf. omtale under kap. 2751, post 70.

Kap 0750 Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 3750 og 5578)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999 Forslag 2000	
01	Driftsutgifter	60 698	63 211	82 210
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	1 390	1 415	1 440
	Sum kap 0750	62 088	64 626	83 650

Det er overført fra 1998 til 1999

Post 01: 1 041 000 kroner

Post 45: 17 000 kroner

1. Formål og hovedprioriteringer

Statens legemiddelkontroll (SLK) skal ivareta forbrukernes og helsevesenets behov for effektive og sikre legemidler. Statens legemiddelkontroll har ansvaret for registrering av nye legemidler. Det innebærer at etaten foretar en faglig vurdering av nye legemidlers effekt, sikkerhet og kvalitet før preparatet eventuelt registreres/tillates markedsført. I tillegg skal etaten blant annet godkjenne preparatomtale, pakningsvedlegg, pris m.v. før produktene tillates markedsført i Norge.

Etaten har også til oppgave å bidra til riktig bruk av legemidler, blant annet gjennom å presentere produsentnøytral informasjon om godkjente legemidler, og å motta og følge opp meldinger om bivirkninger.

Legemiddelkontrollen har i tillegg en egen avdeling som utfører helseøkonomiske analyser av nye legemidler, herunder vurderer om prisen på nye legemidler står i rimelig forhold til den medisinske effekten, og hva samfunnet bør betale for produktet dersom det skal tilstås refusjonsberettigelse.

De viktigste målgruppene for SLKs informasjonsvirksomhet er leger, tannleger, farmasøyter, veterinærer og legemiddelbrukere.

2. Resultatrapport 1998

Gode legemidler

SLK behandlet 10 pst. flere søknader om markedsføringstillatelse for nye legemidler enn i 1997.

Tabell II. 54

Resultatindikatorer	Resultat 1996	Resultat 1997	Resultat 1998	Mål 1999	Mål 2000
Antall behandlede søknader, nye legemidler	342	389	428	400	400
Gjennomsnittlig behandlingstid (mnd)	14	12	11	10	10
Antall behandlede søknader, parallellimport	252	106	57	100	100
Antall kontrollerte preparater	446	444	449	500	500

Alle innkomne saker vedrørende klinisk utprøving, bivirkningsmeldinger og søknader om godkjenningssfritak behandles fortløpende.

Riktig bruk av legemidler

SLK har arrangert sju såkalte terapiverksteder, hvorav seks innen humanmedisin og ett innen veterinærmedisin. Alle publiseres i form av produsentuavhengige terapianbefalinger.

Kostnadseffektiv legemiddelbruk

Seksjon for legemiddeløkonomi behandlet 438 prissøknader og utførte 8 legemiddeløkonomiske analyser.

3. Tilstandsvurdering

Gode legemidler

Den grunnleggende utfordring for SLK er å sikre at legemidler som markedsføres i Norge tilfredsstiller norske krav til kvalitet, sikkerhet og effekt. Antall legemidler på det norske markedet er stadig økende. Det fordrer en effektiv behandling av søknader etter et regelverk som er tilpasset EØS-avtalen, samt en effektiv medisinsk og farmasøytisk overvåking. Et nært samarbeid med norsk og europeisk ekspertise er avgjørende for å opprettholde god og effektiv søknadsbehandling. Norsk medlemskap i EUs sentrale godkjenningsorgan for legemidler (EMA) i London ligger nå til behandling i Stortinget. Ytterligere harmonisering med utveksling av utredningsprotokoller med land utenfor EØS-området har også stor betydning.

SLKs bivirkningsarbeid skal sikre at alvorlige eller nye bivirkninger registreres, og at ny viten om bivirkninger får de nødvendige regulatoriske konsekvenser.

Riktig bruk av legemidler

Produsentuavhengig og oppdatert kunnskap om legemidler er en viktig forutsetning for riktig bruk av legemidler. Helsepersonell har et økende behov for uavhengig veiledning om riktige terapivalg. Brukerne får tilrettelagt informasjon gjennom bl. a. pakningsvedlegg og brosjyrer.

Kostnadseffektiv legemiddelbruk

Legemiddelmarkedet preges av økende konkurranse som følge av parallellimport og offentlige innkjøpsordninger. Referanseprissystemet med et maksimalt refusjonsbeløp for likeverdige legemidler utvikles videre for å stimulere markedsmechanismene. Skal

markedet fungere, må informasjon om priser være lett tilgjengelig for både forskrivere og forbrukere. En elektronisk prisliste distribueres månedlig til landets apotek.

4. Satsingsområder og mål 2000

Norge deltar i et fritt legemiddelmarked innenfor rammen av en utvidet EØS-avtale (EMEA). SLK vil delta i EUs sentrale prosedyre og gjensidig anerkjennelsesprosedyre, men den endelige godkjenning av nye legemidler vil fortsatt skje etter en nasjonal beslutning. SLK tar mål av seg til å utrede nye legemidler etter EUs prosedyrer. Det vil fra norsk side bli satset på utredning av blant annet legemidler og vaksiner til bruk i fiskeoppdrettsnæringen.

I sum antas EØS-utvidelsen å føre til at terskelen til det norske markedet blir lavere, og at antallet preparater vil fortsette å stige. For å sikre målsettingen om gode legemidler og riktig bruk, er det nødvendig å legge større vekt på innsatsen etter at markedsføringstillatelse er gitt. Likeledes blir legemiddeløkonomiske virkemidler rundt blåreseptordningen viktigere enn før, og vil bli styrket. Legemiddeløkonomiske utredninger vil bli gjennomført for lidelser som omfatter store befolkningsgrupper og for nye legemidler som representerer gjennombrudd i behandlingstilbud.

Det stigende antall preparater på markedet gjør tilbudet mindre oversiktlig for forskriverne, og en deregulering av apotekvesenet fører til at økonomiske interesser i større grad vil prege kontakten med forbrukerne. Derfor vil det bli satset mer på medisinsk overvåking og produsentuavhengig informasjon. Produsentuavhengig legemiddelinformasjon skal utvikles videre blant annet gjennom samarbeid med *Norsk legemiddelhåndbok* og ved en *internettjeneste*. I tråd med statens informasjonspolitikk og IT-satsinger i helsevesenet, legges det vekt på at informasjonsproduktene utvikles i nær dialog med brukerne.

Den farmasøytiske laboratoriekontrollen må fokuseres i sterkere grad, samtidig som mulighetene for internasjonal arbeidsdeling søkes utnyttet. En nasjonal kontroll av humane vaksiner i spesialinnredede laboratorier vil dekke behovet til den nasjonale vaksineproduksjon. I 2000 vil det fortsatt satses på kvalitetssikring etter internasjonale standarder med sikte på deltakelse i det felles europeiske kontrollsamarbeid.

Kontinuerlig overvåking av legemidlers bivirkninger er fortsatt viktig. Særlig gjelder dette nye legemidler der viten om effekt og bivirkninger er begrenset. SLK vil satse på et samarbeid innenfor EØS-avtalen og med helseregionene med sikte på å forbedre rapportering av bivirkninger.

5. Merknader til budsjettforslaget for 2000

Post 01 Driftsutgifter

Posten foreslås styrket med 16,7 mill. kroner mot økte inntekter under kap. 5578. Merutgiftene er relatert til deltakelse i og tilskudd til EMEA (12,8 mill. kroner), elektronisk saksbehandlingssystem (2,25 mill. kroner) og styrking av arbeidet med bivirkninger og legemiddeløkonomi.

Antall årsverk i følge det sentrale tjenestemannsregisteret var 96,5 pr. 1 mars 1998 og 98 pr. 1. mars 1999.

Post 45 Store utstyrsanskaffelser og vedlikehold

Posten foreslås styrket med 1,2 mill. kroner til nytt ventilasjonsanlegg.

Kap 3750 Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 750)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
02	Gebyrinntekter	569	150	154
16	Refusjon fødselspenger	785		
17	Refusjon lærlinger	69		
	Sum kap 3750	1 423	150	154

Post 02 Gebyrinntekter

Posten gjelder gebyrinntekter i forbindelse med godkjenning av produkter til rengjøring og desinfeksjon av fiskeoppdrettsanlegg.

Kap 5578 Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
70	Registreringsavgift	35 216	36 320	51 920
71	Kontrollavgift	28 006	25 230	31 030
	Sum kap 5578	63 222	61 550	82 950

Sosial- og helsedepartementet innførte et nytt avgiftssystem for farmasøytiske spesialpreparater i 1992, revidert i 1999. Avgiften bygger på en kombinasjon av en søknadsavgift og en kontrollavgift lagt på legemiddelprodusentenes omsetning.

Kap 5632 Aksjer i A/S Norsk medisinaldepot

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
80	Utbytte	175 000	25 000	
	Sum kap 5632	175 000	25 000	

Omtale av posten er flyttet til Nærings- og handelsdepartementets budsjett.

Kap 0751 Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)

(i 1 000 kr)

Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
70	Tilskudd til apotek	9 594	79 640	81 870
71	Stipendier	450		
72	Tilskudd til fraktrefusjon av legemidler	44 000		
73	Tilskudd til Institutt for farmakoterapi	3 380		
74	Tilskudd til regionale legemiddelsentra	8 280		
	Sum kap 0751	65 704	79 640	81 870

Postene ble i 1999 slått sammen til en felles post 70 *Tilskudd til apotek m.m.*, jf. St. prp. nr. 65 (1998-99).

Sosial- og helsedepartementet

Apotekene har enerett på detaljomsetning av legemidler. Apotekene utfører også ikke-inntektsbringende oppgaver pålagt av staten, så som informasjonsvirksomhet om egenandelssystemet, kontroll med forbruk av legemidler med innhold av narkotiske stoffer, arkivering av A- og B-preparatresepter, samarbeid med fylkeslegen i misbrukssaker m.v.

Sett bort fra sykehusapotekene, er apotekene drevet av selvstendig næringsdrivende. Det er imidlertid myndighetene som fastlegger de økonomiske rammebetingelser, fastsetter apotekenes beliggenhet og antall, oppnevner apotekere, utarbeider og følger opp lover og forskrifter. Det er viktig å oppnå kvalitet og sikkerhet i legemiddeldistribusjonen, sørge for god apotekdekning innenfor gitte økonomiske rammer, sikre god ressursutnyttelse, holde kostnadsnivået nede og unngå utilsiktede privatøkonomiske gevinster.

Gjennom tilsynsvirksomheten ønsker myndighetene dessuten å inspirere apotekene til virksomhet som bidrar til rasjonell legemiddelbruk i samfunnet.

Apotekenes inntekter kommer fra salg av legemidler og handelsvarer. Handelsvarer utgjør normalt 10-15 pst. av omsetningen. Driftsresultatet på de enkelte apotek varierer mye, avhengig av befolkningsunderlag og derved salgets størrelse og sammensetning, lokalkostnader og utgifter til nødvendige investeringer.

Tabell II. 55: Samlet regnskap for samtlige private apotek (i 1 000 kr)

	1995	1996	1997	1998
Netto varesalg	6 257 412	6 656 214	7 200 377	7 947 473
Sum kostnader	6 018 111	6 422 506	6 976 224	7 641 520
Res. før driftsstøtte	239 301	233 708	224 153	305 953
Ettergitt avgift	702	584	434	0
Tilskudd	5 040	5 437	6 230	5 057
Res. etter driftsstøtte	245 043	239 729	230 817	311 010
Gj.sn. pr. apoteker:				
Res. før driftsstøtte	953	931	904	1 229
Res. etter driftsstøtte	976	955	931	1 249

Gjennomsnittsresultatet pr. apotek etter driftsstøtte økte fra 510 000 kroner i 1987 til 999 000 kroner i 1994. Overskuddene har vært på vei nedover, men har i strid med tidligere prognoser steget kraftig i 1998. Gjennomsnittlig resultat etter driftsstøtte var i 1998 på 1 249 000 kroner, mot 931 000 kroner i 1997. Avviket i forhold til tidligere antakelser antas å skyldes at legemiddelforbruket har økt mer enn normalt det siste året (5,8 pst.) samtidig som de senere års omlegging av apotekenes avansestruktur i retning av mindre grad av automatiske prosentpåslag på innkjøpspris og større grad av faste kronetillegg pr. pakning, har medført at resultatene er blitt vesentlig mer påvirkelig for endringer i legemiddelforbruket.

Etter Sosial- og helsedepartementets vurdering er det grunnlag for å endre apotekenes avanser i år 2000. Avansene vil bli satt ned til et nivå som vil bringe apotekresultatene ned på et nivå som bedre er i samsvar med tidligere års resultater. Avansereduksjonen er beregnet å gi en innsparing for trygden på 45 mill. kroner.

Post 70 Tilskudd til apotek m.m.

Posten er en sammenslåing av de tidligere postene 70, 71, 72, 73 og 74. Samlet foreslås en bevilgning på 81 870 000 for 2000. Bevilgningen foreslås fordelt som følger:

Tilskudd til apotek (16,9 mill. kroner)

Statens tilskudd er øremerket apotek med liten omsetning og som er beliggende i utkant-Norge. Videre vil apotek som utfører bestemte samfunnsfunksjoner kunne motta statlig tilskudd. Det gis også tilskudd til Institutt for energiteknikk (IFE) for å dekke de samfunnsfunksjoner som instituttet utfører i forbindelse med omsetning av radiofarmaka. De nødvendige tilskuddsmidler tas inn i form av en særlig avgift på legemiddelomsetningen. Avgiften og driftstilskuddet virker til en viss grad utjevnende på apotekernes overskudd og sikrer de økonomiske kår for innehavere av lite bærekraftige driftsenheter.

I Ot. prp. nr. 29 (1998-99) Om lov om apotek, foreslås det reformer i organiseringen av apotekvesenet. Opprettelse og drift av apotek vil etter forslaget fortsatt kreve konsesjon, men det vil bli enklere enn i dag å få konsesjon hvis kravene til kvalitet og sikkerhet er oppfylt. Forslaget åpner også for at andre enn personer med farmasøytisk embetseksamen kan gå inn på eiersiden i apotek. For å sikre apotekdekningen i distriktene foreslås det en midlertidig etableringskontroll i de mest sentrale strøk av landet, samt en tilpasset distriktsstøtteordning.

Stipendier (0,5 mill. kroner)

Posten dekker stipendier som utbetales etter søknad til farmasøytiske kandidaters og reseptarers etterutdanning, samt tilskudd til litteratur og trykningsutgifter i etaten. Det gis også støtte til å arrangere etterutdanningskurs.

Tilskudd til fraktrefusjon av legemidler (50,6 mill. kroner)

Intensjonen bak ordningen er at pasienter som enten er for syke eller som har uforholdsmessig lang vei til nærmeste apotek, skal få sine legemidler tilsendt vederlagsfritt. 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.

Fraktrefusjonsordningen finansieres gjennom avgifter pålagt det private apotekvesen over kap. 5577.

Utgiftene i forbindelse med fraktrefusjoner var i 1998 44,0 mill. kroner.

Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo (3,6 mill. kroner)

Sosial- og helsedepartementet gir tilskudd til driften av Institutt for farmakoterapi ved Universitetet i Oslo.

Tilskudd til regionale legemiddelsentra (10,3 mill. kroner)

Faglig forsvarlig og riktig bruk av legemidler er et sentralt element i norsk legemiddelpolitikk. Arbeidet med produsentuavhengig legemiddelinformasjon må styrkes, og i større grad nå ut til helsepersonell og publikum. Dette sees i sammenheng med at utfordringene på legemiddelområdet blir større med et mer komplekst og sammensatt legemiddelmarked. Den medisinsk-teknologiske utviklingen gjør det mer krevende for helsepersonell å holde seg tilstrekkelig faglig oppdatert om endringer på legemiddelområdet i en travel klinisk hverdag.

Sosial- og helsedepartementet foreslo i tråd med dette i St. prp. nr. 1 (1996-1997) at driften av de regionale sentra for legemiddelinformasjon videreføres på permanent basis, og at det opprettes ett nytt senter i 1997 i helseregion 4 eller 5. Disse er nå opprettet og er lokalisert i Trondheim og Tromsø.

Ved formidling av produsentuavhengig legemiddelinformasjon og aktivt samarbeid med helsepersonell i regionen skal sentrene bidra til faglig forsvarlig og rasjonell legemiddelbruk. Sentrene skal formidle informasjon for å øke bevisstgjøringen om legemidler for å optimalisere bruken både til den enkelte pasients og samfunnets beste.

Kap 3751 Apotekvesenet (jf. kap. 751)

		(i 1 000 kr)		
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999	Forslag 2000
03	Tilbakebetaling av lån	223	200	206
	Sum kap 3751	223	200	206

Utgifter som oppstår ved etablering av nye apotek, overtagelse av apotek eller ved ombygging/oppgradering/flytting av apotekanlegg o.l. kan - i en visse periode - gi merkbare utslag i et apoteks muligheter til å bære utgiftene selv. Det er derfor opprettet en egen tilskuddsordning for å fange opp slike syklusbestemte forhold. Tilskudd i forbindelse med syklusbestemte utgifter kan gis for en periode på inntil 5 år og gjelder for alle apotek. Denne driftsstøtten er et lån fra staten ved Statens helsetilsyn. Lånet må tilbakebetales.

Størrelsen på syklusbestemt støtte til apoteker blir bestemt ut fra en individuell vurdering av søknad fra apoteker. Syklusbestemt støtte ansees som gjeld etter skattelovens § 36, første ledd. Lånet er rentefritt. Hvis støttebehovet ikke går over 5 år, starter tilbakebetaling året etter siste støtteår med en nedbetalingstid på 10 år. Avdragene forfaller til betaling 1. juni og 1. desember. Lånet kan nedbetales raskere. Ved skifte av apotekbevilling følger gjelden låntaker. Når låntaker går av med pensjon må lånet innfris. Fra og med driftsstøtte utbetalt i 1998 må lånet innfris også dersom låntaker av andre årsaker slutter som apotekeier.

Kap 2480 Rikshospitalets apotek

Rikshospitalets apotek er en statlig forvaltningsbedrift med eget styre.

		(i 1 000 kr)		
Underpost	Betegnelse	Regnskap 1998	Budsjett 1999	Forslag 2000
24.1	Driftsinntekter	-140 057	- 122 090	- 138 568
24.2	Driftsutgifter	139 983	121 990	138 498
24.3.	Renter	14	70	10
24.4	Avskrivninger	60	30	60
	Sum kap. 2480.24	0	0	0

De oppførte tall er basert på overslag for omsetningen. Aktiviteten på apoteket er styrt av etterspørselen fra kundene.

1. Formål og hovedprioriteringer

Apotekets hovedmål er at Rikshospitalet og pasientene får legemidler, farmasøytiske tjenester og kompetanse til gunstigst mulig pris. Apoteket kan levere alle legemidler, også de som ikke er markedsført i Norge, og utvikler og produserer legemidler som ikke kan skaffes på annen måte. Apoteket skal drives med tilfredsstillende økonomiske marginer. Driften skal gå i balanse, og et eventuelt overskudd skal overføres til Rikshospitalet.

Apoteket har legemiddelutsalg for pasientene ved sykehuset og leverer legemidler og farmasøytiske tjenester til Norges Veterinærhøgskole. Apoteket har også ansvar for driften av regionalt legemiddelinformasjonssenter i region 2 (RELIS 2).

Apoteket flytter med Rikshospitalet til Gaustad.

2. Resultatrapport 1998

Rikshospitalets apotek nådde de mål som var satt for 1998 både for økonomi, produktivitet og kvalitet. Apotekets driftsresultat var på 0,6 pst. Apoteket har finansiert ekstra bemanning og utgifter som følge av den planlagte flyttingen til Gaustad.

Apoteket inngår årlige avtaler med Rikshospitalet om levering av legemidler, farmasøytiske tjenester og kompetanse. Apoteket opprettholdt høy leveringsdyktighet i 1998 og videreførte arbeidet med å kvalitetssikre legemiddelhåndteringen og redusere sykehusets legemiddelutgifter. Rikshospitalet sparte 5,4 mill. kroner ved å kjøpe på anbud i 1998, og tilsyn med legemiddelhåndteringen ved Rikshospitalet ble utvidet.

Arbeidet med å innføre det nye økonomireglementet har vært i rute fra apotekets side. Implementering (i mai -99) skjer i samarbeid med Skattefogden i Østfold.

Tabell II. 56: Resultatutvikling ved Rikshospitalets apotek 1997-98 og mål 1999-2000

Perspektiv	Indikator	Resultat 1997	Resultat 1998	Mål 1999	Mål 2000
Kunde	Leveringsdyktighet mot sykehus	97 pst.	97 pst.	97 pst.	97 pst.
	Klager fra sykehuset		0,1 pst.	<0,15 pst.	<0,15 pst.
Produktivitet	Antall varelinjer til sykehuset (i 1000)	111	117	100	120
	Resepter ekspedert (i 1000)	52	51	42	53
	Produksjoner i stor skala (1000enheter)	177	156	80	100
Økonomiske	Driftsresultat etter kontant-prinsippet før overføring til Rikshospitalet	0,5 pst.	1,5 pst.		
	Dekningsbidrag	Ikke målt	Ikke målt	Måles	
Vekst og utvikling	Antall publikasjoner i vitenskapelige tidsskrifter		2	1	1
	Antall hovedfagsstudenter i farmasi	2	2	1	2

3. Tilstandsvurdering

De generelle rammebetingelsene for apotek er blitt endret. Fortjenestemarginene er blitt mindre. Lavere priser for mange legemidler og lavere avansesatser samt innkjøp av legemidler på anbud, gir imidlertid reduserte legemiddelpriser for sykehuset.

Hvis forslag til ny apoteklov vedtas, kan dette føre til økt konkurranse, både om apotekets kunder og om kvalifisert personale. Samtidig vil forretningsmessige og faglige krav til apoteket øke. Rikshospitalets apotek forbereder seg til dette.

4. Satsingsområder og mål for 2000

Flytting til Gaustad vil prege apoteket også i 2000. Inntektene vil bero på sykehusets aktivitetsnivå, samtidig som utgiftene påvirkes av selve flytteprosessen. Det er derfor knyttet usikkerhet til apotekets budsjett for 2000.

Apotekets spesielle utfordring er å kunne yte sykehuset leveranser av legemidler og farmasøytisk service både før, under og etter flytting. Apoteket har som mål å beholde høy leveringsdyktighet og fortsatt redusere sykehusets legemiddelutgifter ved anbudsinnkjøp. Apoteket vil fortsatt bidra til kvalitetssikring av legemiddelhåndteringen på sykehuset.

Apoteket må tilpasse driften til nye rammebetingelser med økt konkurranse blant annet ved å styre etter nøkkeltall i en balansert styringsmodell som apoteket nå innfører.

Kap 2481 Radiumhospitalets apotek

Radiumhospitalets apotek er organisert som statlig forvaltningsbedrift med eget styre.

(i 1 000 kr)

Underpost	Betegnelse	Regnskap 1998	Budsjett 1999	Forslag 2000
24.1	Driftsinntekter.....	-65 125	-65 749	-66 215
24.2	Driftsutgifter	64 961	65 568	66 050
24.3	Renter	47	64	48
24.4	Avskrivninger.....	117	117	117
Sum kap. 2481, post 24		0	0	0

De oppførte tall er basert på overslag for omsetningen. Aktiviteten på apoteket er styrt av etterspørselen fra kundene.

1. Formål og oppgaver

Radiumhospitalets apotek ble etablert i 1990 for å forsyne Det Norske Radiumhospital med legemidler og farmasøytiske tjenester til gunstigst mulig pris. Driften er forutsatt å gå i balanse. Apoteket skal drives med tilfredsstillende økonomiske marginer. Et eventuelt overskudd overføres til sykehuset ved årets slutt.

Apoteket har publikumsutsalg.

2. Resultatrapport 1998

Radiumhospitalets apotek nådde de mål som var satt for 1998 både for økonomi og kvalitet. Apotekets driftsresultat var 0,1 pst. Radiumhospitalet sparte 9 mill. kroner ved å kjøpe legemidler på anbud i 1998.

Kostnadsanalyser og optimalisering av elektronisk lagerstyring har blitt prioritert i tillegg til implementering av nye rutiner for legemiddelhåndteringen ved sykehuset. Apoteket har ikke kunnet sette av ressurser til endoseproduksjon eller ettersyn/rådgivning på sykehuspostene. Dette vil imidlertid bli fulgt opp i 1999.

Arbeidet med å innføre det nye økonomireglementet var i rute fra apotekets side. Implementeringen (i mars -99) skjer i samarbeid med Skattefogden i Østfold.

Tabell II. 57: Oppfølging av måлиндikatorer

Resultat mål	Resultatindikator	1995	1996	1997	1998	Mål 1999	Mål 2000
Økonomi	Driftsresultat i pst. av omsetning						
	- regnskapsprinsipp	-2,5	1,8	2,9	2,2	0,1	0,1
	- kontantprinsipp			0,5	0,2	0	0
	Dekningsbidrag	ny	ny	ny	ny	måles	måles
	Produksjon til enkeltpasienter (i 1000 enheter)	14,3	16,1	17,2	17,7	18	18
	Antall varelinjer til sykehuset (i 1000)	52,5	51,3	59,8	64,4	63	64
	Antall resepter ekspedert (i 1000)	21,7	22	22,5	22,7	23	23
	Leveringsdyktighet i pst						
	- legemiddelliste-preparater	99,6	99	99	99,8	99	99
	- pasienter (alle typer preparater, men ikke alle typer pakninger)	ikke målt	ikke målt	98	97,1	97	97
	Feil i apotekets leveranser i pst						
	- distribusjon (DNR, pasient)	ikke målt	ikke målt	ikke målt	0,02	<0,1pst	<0,1pst
	- produksjon	ikke målt	ikke målt	ikke målt	0,13	<0,1pst	<0,1pst
	Oppklaringer av feil/uklarheter ved bestillinger til enkeltpasienter						
	- resepter (ordinasjoner)	6,25	6,65	6,6	5,6	reduk-	reduk-
	- produksjon	10,3	8	8	10	sjon	sjon
	Andel anbudssalg i pst av totalt innkjøp (legemidler og væsker)	49	72	68	84 ¹	80	80
	Veiledning hovedfagsstudenter				1	1	1

¹fra 1998 inkludert infusjonsvæsker

3. Tilstandsvurdering

De generelle rammebetingelsene for apotek er blitt endret. Fortjenestemarginene er blitt mindre. Lavere legemiddelpriser og lavere avansesatser samt innkjøp på anbud gir reduserte legemiddelpriser til sykehuset.

Hvis forslag til ny apoteklov vedtas, kan dette føre til økt konkurranse, både om apotekets kunder og om kvalifisert personale. Samtidig vil forretningsmessige og faglige krav til apoteket øke. Radiumhospitalets apotek forbereder seg til dette.

4. Satsingsområder og mål for 2000

Apotekets hovedmål er å tilpasse seg til nye rammebetingelser med økt konkurranse ved blant annet å styre etter nøkkeltall i en balansert styringsmodell.

Apoteket skal være et kompetansesenter innen onkologisk farmasi (kreftmedisin) og bidra til å høyne standarden på dette feltet i takt med utviklingen. Apoteket har videre bl.a. som mål å opprettholde høy leveringsdyktighet, fortsette arbeidet med kvalitetssikring av legemiddelhåndteringen spesielt på sykepostene samt innføre systemet med endoserte legemidler. Ombygging av apotekets produksjonsavdeling er planlagt i 1999/2000.

Kap 5577 Avgift til staten av apotekenes omsetning (jf. kap. 1507 og 751)

(i 1 000 kr)			
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999 Forslag 2000
70	Avgift	77 612	87 500
	Sum kap 5577	77 612	87 500

Apotekene skal etter § 38 i lov av 21. juli 1963 om drift av apotek m.v. betale avgift på legemiddelsalget til statskassen.

Avgiften for 1999 var satt til 87,5 mill. kroner, basert på følgende satser for den avgiftspliktige omsetningen i 1999:

- Av de første kr 15 000 000, ingen avgift.
- Av de neste kr 8 000 000, 2,5 pst.
- Av de neste kr 10 000 000, 3,5 pst.
- Av resten, 4,0 pst.
- Det gis et bunnfradrag på 6 mill. kroner for hvert filialapotek i avgiftsgrunnlaget.

Apotekavgiften tas inn i form av forskuddsavgift og restavgift.

Grunnlaget for beregning av avgift er apotekets (inkl eventuelle filialers) legemiddelomsetning. Øvrig omsetning holdes utenfor avgiftsgrunnlaget.

Følgende avgiftstrinn og proSENTSATSER foreslås for 2000:

- Av de første 17 000 000 kroner, ingen avgift
- Av de neste 8 000 000 kroner, 2,1 pst.
- Av de neste 10 000 000 kroner, 3,5 pst.
- Av resten, 4,0 pst.
- Det gis et bunnfradrag på 6 mill. kroner for hvert filialapotek i avgiftsgrunnlaget.

Med disse satser og trinn er avgiften beregnet å innbringe 89,3 mill. kroner. Inntektene vil dekke de ordinære utgifter til tilskudd til fraktnrefusjon av legemidler og tilskudd til det private apotekvesen m.v.

Avgiften inntektsføres under kap. 5577, post 70.

Programområde 05 Sivilt beredskap

Kap 0797 Helse- og sosial beredskap

(i 1 000 kr)			
Post	Betegnelse	Regnskap 1998	Vedtatt budsjett 1999 Forslag 2000
01	Driftsutgifter	12 098	12 041
	Sum kap 0797	12 098	12 041

Det er overført fra 1998 til 1999:

Post 01: 610 000 kroner

Arbeidet med helse-, sosial- og trygdeberedskap bygger på virksomhetsideen til det sivile beredskap (St. meld. nr. 24, 1992-93): "Det sivile beredskap skal, med sikte på kriser og krig, sørge for at samfunnet fungerer mest mulig normalt, gi befolkningen størst mulig sikkerhet for liv, helse og velferd, samt yte støtte innenfor rammen av det norske totalforsvar." St. meld. nr. 25 (1997-98) Hovedretningslinjer for det sivile beredskapsvirksomhet og utvikling i tiden 1999-2002 vektlegger bl.a. fredskriseplanlegging og bruk av internkontrollmetoden i beredskapsarbeidet.

Helse-, sosial- og trygdeberedskap er integrert i den ordinære virksomhet og er således hovedsakelig finansiert over de ordinære driftsbudsjetter. Bevilgningen over kap. 797 omfatter særlige beredskapstiltak, samt delfinansiering av tiltak over driftsbudsjettene. På grunn av sammenhengen mellom ulike tiltak på programområdet er også enkelte beredskapstiltak som finansieres over virksomhetenes driftsbudsjetter omfattet av fremstillingen nedenfor.

1. Formål og hovedprioriteringer

Helseberedskap

Helseberedskapen skal, med sikte på kriser i fred og i krig, best mulig verne befolkningens helse, sørge for nødvendig medisinsk behandling, pleie og rehabilitering, samt yte slike tjenester innen rammen av det sivile beredskap og det militære forsvar.

Sosialberedskap

Sosialberedskapen skal, med sikte på kriser i fred og i krig, best mulig opprettholde befolkningens velferd, yte midler til livsopphold, sørge for pleie, omsorg, praktisk hjelp, avlastning og informasjon til dem som er avhengig av dette. Dette skal skje i samarbeid med andre og innen rammen av Totalforsvaret.

Trygdeberedskap

Trygdeberedskapen skal, med sikte på kriser i fred og i krig, sørge for en forvaltning slik at trygdeetaten i størst mulig grad fortsatt kan oppfylle de lovbestemte krav som befolkningen har på inntektssikring og kompensasjon for bestemte utgifter.

2. Resultatrapportering 1998/99 - satsingsområder i 2000

Helseberedskap

Oppdatering av organisering og ansvarsforhold:

I 1997 ble det foretatt en evaluering av atomulykkesberedskapen. Hovedkonklusjonen var at man må beholde dagens organisering med enkelte justeringer. Med dette som utgangspunkt ble det ved Kgl. res. av 26. juni 1998 fastsatt nytt mandat for sentral og regional organisering av atomulykkesberedskapen, som erstatter Kgl. res. av 12. mars 1993; Mandat for sammensetning av Faglig råd og Kriseutvalget ved atomulykker. I Kgl. res. av 26. juni 1998 er beredskapen ved atomulykker og virkninger av atomvåpen overfor sivilbefolkningen ved sikkerhetspolitiske kriser/krig tillagt Kriseutvalget for atomulykker. I 1999 tas det sikte på å starte nødvendig oppfølging av dette arbeidet

Lovverk:

Sosial- og helsedepartementet startet i 1995 et utredningsprosjekt med formål å utarbeide forslag til ny lov om helsemessig og sosial beredskap i fredstid og krig. Utredningen ble fremlagt sommeren 1997. Departementet fremmet 25. juni 1999 Ot. prp. nr. 89 (1998-99) om lov om helsemessig og sosial beredskap. Trygdeberedskap er ikke omfattet av forslaget til lov om helsemessig og sosial beredskap. Departementet vil derfor legge frem forslag til beredskapsbestemmelser i folketrygdloven i 1999 eller 2000. Ot. prp. nr. 88 (1998-99) om lov om strålevern og bruk av stråling ble fremlagt 18. juni 1999. Lovforslaget omfatter også bestemmelser om atomulykkeberedskap.

Beredskapsplaner:

Sosial- og helsedepartementet har i 1998/99 deltatt i et prosjekt for revidering av Sivil hovedomleggingsplan. Prosjektet koordineres av Justisdepartementet.

Sosial- og helsedepartementet og underliggende virksomheter har lagt vekt på arbeidet med å forberede håndtering av år-2000 problematikken, herunder gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser og arbeid med kriseplaner. Det er drevet informasjonsarbeid, gjennomført kartlegging av og ført tilsyn med arbeidet med overgangen til et nytt årstusen.

Sosial- og helsedepartementet har, som ledd i et eget pilotprosjekt, innført internkontroll og kvalitetsstyring i beredskapsplanleggingen. Som et ledd i arbeidet er det i samarbeid med Direktoratet for sivilt beredskap gjennomført prøvetilsyn i departementet og i Statens helsetilsyn. På grunnlag av erfaringene fra tilsynene vil det i 2000 bli lagt vekt på ytterligere integrering av beredskapsplanleggingen i departementet og etatenes ordinære virksomhet.

I 1997/98 startet arbeidet med å videreføre internkontrollprosjektet til regionalt nivå med et prøveprosjekt i Vestfold. Arbeidet vil bli videreført i 2000. Erfaringene fra prosjektet skal legges til grunn for erfaringsoverføring til andre fylker.

Det er under planlegging et treårig prosjekt i Helseregion Vest som bl a har som mål å utarbeide en regional delplan innen helsemessig beredskap.

Statens helsetilsyn har i 1998 gjennomgått kriseorgansasjonen ved fredstidshendelser og har revidert sin kriseplan for fredstid. Etaten vil foreta en gjennomgang av erfaringer fra år-2000 arbeidet i helsesektoren og fra Kosovo-krisen med tanke på vurdering av beredskapsplanverk, øvelser, tilsyn og veiledning.

Statens helsetilsyn har gitt støtte til risiko- og sårbarhetsprosjekter i sykehus, og det er gjennomført en spørreundersøkelse om helsetjenestens beredskapsplaner.

Statens institutt for folkehelse og Statens helsetilsyn har utarbeidet et forslag til nasjonal beredskapsplan for influensaepidemi. Planen er nå til høring og planlegges implementert i 2000. Overvåkingsrutinene for influensa er evaluert og funnet tilfredsstillende.

Som en del av arbeidet med IT-sikkerhet i trygdeetaten arbeider Rikstrygdeverket aktivt med å oppdatere og ajourføre etatens beredskapsplaner for kriser i fred og kriselignende situasjoner. Beredskapsplanene skal sørge for at trygdeetaten i størst mulig grad selv i en krisesituasjon fortsatt kan fylle de lovbestemte krav befolkningen har på ytelser fra trygden. Arbeidet videreføres i år 2000.

Kompetanseheving - øvelser:

Departementet har i 1998 utgitt en kompetanse- og opplæringsplan i beredskap for perioden 1998 – 2000, i den hensikt å systematisere eksisterende opplæringstiltak og heve den generelle beredskapskompetansen.

For å bidra til at befolkningen har best mulig kunnskap i førstehjelp vil det i 2000 bli tildelt midler til frivillige organisasjoner med sikte på nasjonal kompetanseheving på dette området.

I 1999 ble det arrangert kurs i behandling av pasienter som har vært utsatt for ulykker med gass eller kjemiske stoffer. Kurset, som inneholder både teori og praktiske øvelser, har deltakere fra de fleste større sykehusene i Norge.

Statens helsetilsyn har i 1998 gitt støtte til, og deltatt i et prosjekt vedrørende nukleær terrorisme. Rapporten fra prosjektet er publisert som NUPI-rapport i 1999.

Statens helsetilsyn har i 1999 gitt støtte og bistand til en rekke beredskapsøvelser og kurs.

Departementet ved Statens helsetilsyn deltar i planlegging og gjennomføring av diverse øvelser i NATO-sammenheng. I tillegg har departementet avholdt flere varslingsøvelser for det interne kriseutvalget.

Statens næringsmiddeltilsyn vil i 2000 avholde erfaringssamlinger sammen med fylkesmennenes beredskapsavdelinger og kommunale næringsmiddeltilsyn.

Statens strålevern har også i 1999, i samarbeid med Direktoratet for sivilt beredskap og fylkesmennene, gjennomført kurs for sentralt og regionalt nivå av atomulykkesberedskapen. Det tas sikte på en videreføring og utvikling av kursene i 2000. Statens strålevern har i 1999, i samarbeid med fylkesmannsembetene, påbegynt arbeidet med å utarbeide et øvelsesopplegg for alle nivåene i atomulykkesberedskapen – også det lokale. En legger opp til at dette arbeidet fortsetter også i 2000.

Statens institutt for folkehelse sendte ut et epidemilag for å bistå myndighetene i Herøy kommune med oppklaring av et utbrudd med salmonellainfeksjon. Årsaken til utbruddet var urent drikkevann. Denne virkelige hendelsen erstattet i 1999 Statens institutt for folkehelses årlige smittevernøvelse. Statens institutt for folkehelse har gitt ut et hefte med praktisk veiledning om oppklaring av utbrudd av næringsmiddelbårne sykdommer.

Statens institutt for folkehelse har økt sin kompetanse på området biologisk terrorisme. Området prioriteres noe høyere i 2000.

Statens institutt for folkehelse var vertskap for et møte med statsepidemiologene fra de nordiske og baltiske land og fra de nordvestrussiske fylker. Statens institutt for folkehelse har sammen med sine nordiske søsterinstitutter holdt to-dagers kurs i smittevern i hver av de baltiske land og nordvestrussiske fylker. Kursene og samarbeidet fortsetter i 2000.

Departementet med utvalgte underliggende virksomheter vil i 2000 delta i planleggingen av totalforsvarsøvelsen TOTEX, som skal gjennomføres i 2001.

Legemiddelberedskap:

I 1994 ble det i regi av Statens helsetilsyn igangsatt et prosjekt med formål å gjennomgå den nasjonale legemiddelberedskapen mht. forsyningssvikt i fredstid og ved krig. Prosjektet har vurdert de etablerte beredskapssystemene innen legemiddelområdet og kommer med forslag til endrede beredskapsstrukturer i tråd med de overordnede styringssignalene for det sivile beredskap. Rapporten peker bl a på behovet for oppbygging av en egen enhet for forsyning og legemiddelberedskap. Det er satt av midler for å styrke bemanningen på dette området. En oppfølging av anbefalingene vil være meget omfattende og ressurskrevende og vil pågå fram mot år 2002. I 1998 og 1999 er alle medikamentenheter samlet inn og kassert. Det er foretatt avhending av beredskapsvæskesentraler.

Departementets legemiddelberedskap er basert på beredskapslagring av råvarer og ferdige produkter som i størst mulig grad rulleres gjennom leverandørene.

Materiellberedskap:

I 1997 ble det startet et prosjekt for vurdering av materiellberedskapen i regi av Statens helsetilsyn, bl.a. basert på erfaringer fra legemiddelprosjektet. Det er laget en prosjektplan som i første omgang fokuserer på å analysere situasjonen nå og se på mulighetene for fredstidsutnyttelse av lagret materiell og etablering av en mer funksjonell lagerstruktur. I 1999 planlegges det en oppfølging av Transfusjonsrådets anbefalinger om beredskapssikring av blod og blodprodukter. En komplett gjennomgang av alt lagret materiell vil være meget omfattende og ressurskrevende og vil pågå fram mot år 2002. Prosjektets analysefase avsluttes i 1999. På bakgrunn av analysene vil det bli lagt frem forslag til omorganisering av helsemateriellberedskapen.

En god del av beredskapsmateriellet ble brukt i forbindelse med krisen i Kosovo i 1999. Fremtidig bruk av slikt materiell i internasjonale nødhjelpssituasjoner vil også vurderes i materiellprosjektet.

Sosial- og trygdeberedskap

I 1999 har arbeidet i hovedsak rettet seg mot lovarbeider.

3. Tilstandsvurdering

Beredskapsplaner:

De overordnede omleggingsplanene og kriseplanene forventes å danne et godt grunnlag for krisehåndtering. Rapporten fra Direktoratet for sivilt beredskap etter tilsynet med beredskapsarbeidet i departementet viser at krav og målsettinger stilt i lov, forskrifter og andre styrende dokumenter i hovedsak er tilfredsstillende ivaretatt. Den samme konklusjon kan trekkes etter tilsynet i Statens helsetilsyn.

På regionalt og kommunalt plan er imidlertid hjemmelsgrunnlaget for å pålegge beredskapsplanlegging for fredstid utilfredsstillende, noe arbeidet med år 2000-problematikken har avdekket.

Det er fortsatt nødvendig å forbedre katastrofe- og beredskapsplanene ved sykehusene.

Ved masseskader i fred eller krig kan behandlingsbehovet i et visst tidsrom bli større enn de tilgjengelige ressurser. Kvantitet og kvalitet i pasientbehandlingen må derfor sikres gjennom planlegging som er basert på en systematisk anvendelse av praktisk erfaring fra dagliglivet og erfaringer som høstes ved gjennomføring av beredskapsøvelser.

Parallelt med arbeidet med ny lov om helsemessig- og sosial beredskap og de erfaringer som høstes gjennom planprosjektene i Hordaland og Vestfold, vil departementet stimulere til innsats mht. samordning av beredskapsplaner og øving av disse på alle nivåer innen helsevesenet. Tilsyn med planverket og tilhørende øvelser vil kreve økte ressurser. Arbeidet vil strekke seg over flere år.

Økt sårbarhet vedrørende forsyningsforstyrrelser:

Sykehusene har i dag begrensede forbrukslagre. Hyppige og presise leveranser er nødvendig for å sikre optimal drift av et sykehus i en normalsituasjon. Planer for alternative leveranser finnes i svært begrenset omfang. Sykehusene er derfor sårbare overfor svikt i leveranser eller ved uventet økt forbruk av medisinsk forbruksmateriell og legemidler.

Det er etablert beredskapslagre med medisinsk forbruksmateriell og legemidler med tanke på kriser og forsyningssvikt i fred og eventuell krig. Utstyret beregnet på fred rulleres delvis gjennom internasjonale nødhjelpsaksjoner eller gjennom grossistenes generelle lagre, mens en del av utstyret beregnet på krig ikke rulleres.

Legemiddelprosjektet har vist at legemiddelgrossister og produsenter handler etter "just in time" prinsippet, noe som bidrar til reduserte legemiddellagre på landsbasis. Av medisinsk utstyr/forbruksmateriell er det svært lite som produseres i Norge, noe som gjør oss helt avhengige av leveranser fra utlandet. Bedre beredskap kan oppnås gjennom avtaler med legemiddelprodusenter og grossister, krisehandelsavtaler og samarbeid og samordning med Forsvarets lagre. Det er likevel behov for økte investeringer i legemidler og materiell for at beredskapen skal kunne opprettholdes på nåværende nivå i et helsevesen i sterk teknologisk utvikling.

4. Merknader til budsjettforslaget for 2000

Budsjettet for 2000 er en videreføring av budsjettet for 1999.

Sosial- og helsedepartementet

Sosial- og helsedepartementet

tilråd:

1. I proposisjonen om statsbudsjettet for 2000 føres de summene opp som er nevnt i et framlagt forslag:

Sum utgifter under kap 600-797, 2480, 2481	Kr	28 667 329 000
Sum inntekter under kap 3600-3751, 5577, 5578, 5631, 5632	Kr	1 247 957 000

2. Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak som nevnt under II - VI i forslaget.

**Forslag
til vedtak om bevilgning for budsjetterminen 2000,
kapitlene 600-797, 2480, 2481, 3600-3751, 5577, 5578, 5631, 5632**

I

Utgifter:

Kap	Post		Kr	Kr	Kr
Administrasjon					
0600		Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 3600)			
	01	Driftsutgifter	152 000 000		
	45	Større utstysanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	8 700 000		160 700 000
0604		Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver m.v. (jf. kap. 3604)			
	01	Driftsutgifter	40 600 000		
	70	Tilskudd til frivillighetssentraler	53 630 000		94 230 000
		Sum Administrasjon			254 930 000
Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.					
0610		Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 3610)			
	01	Driftsutgifter	49 120 000		
	60	Forebyggende og kompetansegivende tiltak	33 000 000		
	70	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid, <i>kan overføres</i>	56 600 000		138 720 000
0612		Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (jf. kap. 3612)			
	01	Driftsutgifter	8 160 000		8 160 000
0614		Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmisbrukere m.v.			
	21	Spesielle driftsutgifter	33 800 000		
	50	Norges forskningsråd	6 700 000		
	63	Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	165 100 000		
	70	Tilskudd	33 550 000		239 150 000
0616		Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 3616)			
	01	Driftsutgifter	23 130 000		23 130 000
		Sum Sosialtjenesten, forebygging av rusmiddelmisbruk m.v.			409 160 000
Kontantytelser					
0660		Krigspensjon			
	70	Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i>	300 000 000		
	71	Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i>	722 000 000		1 022 000 000
0664		Pensjonstrygden for sjømenn			
	70	Tilskudd	189 000 000		189 000 000

Sosial- og helsedepartementet

Kap	Post	Kr	Kr	Kr
0666	Avtalefestet pensjon (AFP)			
	70 Tilskudd	437 000 000	437 000 000	
	Sum Kontantytelser			1 648 000 000
Eldre og funksjonshemmede				
0670	Tiltak for eldre			
	61 Tilskudd til omsorgstjenester	2 743 800 000		
	62 Styrking av geriatri, <i>kan overføres</i>	7 000 000		
	70 Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner m.m.	6 000 000		
	72 Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	5 400 000	2 762 200 000	
0673	Tiltak for funksjonshemmede			
	01 Driftsutgifter	10 980 000		
	61 Oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming	898 000 000		
	62 Tilskudd til utskriving av unge funksjonshemmede	45 000 000		
	63 Begrenset bruk av tvang	98 300 000		
	65 Psykisk utviklingshemmede med sikringsdom, <i>kan overføres</i>	29 000 000		
	72 Tiltak for døvblinde	34 230 000		
	73 Tilskudd til likemannsarbeid	12 640 000		
	75 Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner	82 150 000	1 210 300 000	
0674	Handlingsplan for funksjonshemmede			
	21 Spesielle driftsutgifter, <i>kan overføres</i>	46 100 000		
	60 Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede	45 000 000	91 100 000	
0675	Tiltak for eldre og funksjonshemmede			
	01 Driftsutgifter	12 600 000		
	21 Spesielle driftsutgifter	19 900 000		
	50 Norges forskningsråd	15 250 000		
	70 Tilskudd til spesielle formål	13 200 000	60 950 000	
0676	Kompetansesentra for funksjonshemmede			
	01 Driftsutgifter	11 440 000		
	21 Kompetansesystem for autister	10 100 000		
	70 Kompetansesentra m.m.	48 300 000	69 840 000	
	Sum Eldre og funksjonshemmede			4 194 390 000
Helsetilsyn m.m.				
0700	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3700)			
	01 Driftsutgifter	219 580 000		
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	470 000	220 050 000	
0701	Forskning og forsøksvirksomhet			
	21 Spesielle driftsutgifter	114 400 000		
	50 Norges forskningsråd	25 000 000	139 400 000	
0702	Nemnd for bioteknologi			
	01 Driftsutgifter	5 670 000	5 670 000	
0703	Helsetjenesten for innsatte i fengsel			
	01 Driftsutgifter	5 550 000		
	60 Tilskudd til kommuner og fylkeskommuner, <i>kan nyttes under post 01</i>	61 100 000	66 650 000	

Sosial- og helsedepartementet

Kap	Post	Kr	Kr	Kr
0704	Giftinformasjonssentralen (jf. kap. 3704)			
	01 Driftsutgifter		9 570 000	9 570 000
0705	Kursvirksomhet og stipendier			
	60 Rekruttering m.m. av helsepersonell	32 100 000		
	61 Utdanningstiltak, turnustjeneste m.v.	48 400 000		
	62 Bedriftsintern utdanning m.v.	34 000 000		
	71 Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet m.m.	12 900 000		127 400 000
	Sum Helsetilsyn m.m.			568 740 000
Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering				
0710	Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 3710)			
	01 Driftsutgifter	194 100 000		
	21 Formidlingsvirksomhet	106 300 000		
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	4 900 000		305 300 000
0711	Statens rettsstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711)			
	01 Driftsutgifter	53 333 000		
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 927 000		57 260 000
0712	Statens helseundersøkelser (jf. kap. 3712)			
	01 Driftsutgifter	39 340 000		
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	1 119 000		40 459 000
0713	Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 3713)			
	01 Driftsutgifter	36 770 000		36 770 000
0714	Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 3714)			
	01 Driftsutgifter	41 690 000		41 690 000
0715	Statens strålevern (jf. kap. 3715)			
	01 Driftsutgifter	45 400 000		45 400 000
0716	Kreftregisteret (jf. kap. 3716)			
	01 Driftsutgifter	27 300 000		
	45 Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	683 000		27 983 000
0718	Rehabilitering			
	21 Spesielle driftsutgifter	12 227 000		
	60 Rehabilitering	103 300 000		115 527 000
0719	Helsefremmende og forebyggende arbeid			
	01 Driftsutgifter	240 000		
	21 Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren, <i>kan overføres</i>	34 250 000		
	50 Norges forskningsråd	24 200 000		
	66 Handlingsplan mot selvmord, <i>kan overføres</i>	7 700 000		
	70 Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien og smittevern, <i>kan overføres</i>	25 200 000		
	71 Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap m.v.	18 600 000		
	72 Stiftelsen AAN-Alternativ til abort i Norge	11 410 000		121 600 000
	Sum Kommunehelsetjeneste, forebygging og rehabilitering			791 989 000

Sosial- og helsedepartementet

Kap	Post	Kr	Kr	Kr
Somatiske spesialisttjenester				
0730	Fylkeskommunenes helsetjeneste			
60	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	11 045 000 000		
61	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus m.v.	2 815 500 000		
62	Tilskudd til regionsykehus	1 496 900 000		
63	Refusjon godkjente kapitalutgifter	288 500 000		
64	Tilskudd til utstyr på sykehus, <i>kan overføres</i>	764 000 000		
66	Helseregionale og andre samarbeidstiltak, <i>kan overføres</i>	39 000 000		
67	Andre tilskudd	46 200 000	16 495 100 000	
0731	Rikshospitalet			
50	Statstilskudd	998 000 000	998 000 000	
0733	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger			
01	Driftsutgifter	4 530 000	4 530 000	
0734	Det norske Radiumhospital			
50	Statstilskudd	297 900 000	297 900 000	
0735	Statens senter for epilepsi (jf. kap. 3735)			
01	Driftsutgifter	120 660 000		
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	2 810 000	123 470 000	
0737	Barnesykehus (jf. kap. 3737)			
01	Driftsutgifter	42 293 000		
45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	407 000	42 700 000	
0738	Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 3738)			
01	Driftsutgifter	11 280 000	11 280 000	
0739	Andre utgifter (jf. kap. 3739)			
21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan nyttes under post 65</i>	68 500 000		
50	Norges forskningsråd	18 300 000		
60	Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten	59 000 000		
61	Tilskudd til driftsavtaler	194 000 000		
64	Tilskudd til RIT 2000, <i>kan overføres</i>	100 300 000		
65	Kreftbehandling m.m., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	226 700 000		
66	Mammografiscreening	71 900 000		
70	Behandlingsreiser til utlandet	61 700 000		
71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.	4 400 000		
72	Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning	35 400 000		
74	Reiseutgifter, turnuskandidater	8 600 000	848 800 000	
	Sum Somatiske spesialisttjenester		18 821 780 000	
Psykisk helsevern				
0742	Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter			
01	Driftsutgifter	17 130 000		
60	Tilskudd	3 800 000	20 930 000	

Sosial- og helsedepartementet

Kap	Post	Kr	Kr	Kr
0743	Statlige stimulerings tiltak for psykisk helsevern			
21	Spesielle driftsutgifter	24 050 000		
60	Utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres, kan nyttes under post 70</i>	78 700 000		
61	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, <i>kan overføres</i>	16 500 000		
62	Tilskudd til psykiatri i kommuner	655 100 000		
63	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern i fylkene	657 900 000		
64	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern for voksne, <i>kan overføres, kan nyttes under post 65</i>	49 000 000		
65	Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom, <i>kan overføres, kan nyttes under post 64</i>	126 000 000		
70	Tilskudd til forskning, videre- og etterutdanning, <i>kan overføres, kan nyttes under post 60</i>	106 150 000		
72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	66 800 000	1 780 200 000	
	Sum Psykisk helsevern		1 801 130 000	
Legemidler				
0750	Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 3750 og 5578)			
01	Driftsutgifter	82 210 000		
45	Større utstyrskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	1 440 000	83 650 000	
0751	Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)			
70	Tilskudd til apotek	81 870 000	81 870 000	
	Sum Legemidler		165 520 000	
Programområde 05 .30 Helse- og sosial beredskap				
0797	Helse- og sosial beredskap			
01	Driftsutgifter	11 690 000	11 690 000	
	Sum Helse- og sosial beredskap		11 690 000	
Sum departementets utgifter			28 667 329 000	

Statens forretningsdrift

2480	Rikshospitalets apotek (jf. kap. 5491 og 5603)			
24	Driftsresultat			
24.1	Driftsinntekter	- 138 568 000		
24.2	Driftsutgifter	138 498 000		
24.3	Renter	10 000		
24.4	Avskrivninger	60 000	0	
2481	Radiumhospitalets apotek			
24	Driftsresultat			
24.1	Driftsinntekter	- 66 215 000		
24.2	Driftsutgifter	66 050 000		
24.3	Renter	48 000		
24.4	Avskrivninger	117 000	0	

Sosial- og helsedepartementet

Inntekter:

Kap	Post		Kr	Kr	Kr
Diverse inntekter					
3600		Sosial- og helsedepartementet (jf. kap. 600)			
	02	Salg av publikasjoner m.v.		5 000	5 000
3610		Rusmiddeldirektoratet (jf. kap. 610)			
	02	Salgs- og leieinntekter		1 200 000	
	04	Gebyrinntekter		12 000 000	13 200 000
3612		Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (jf. kap. 612)			
	02	Oppdragsinntekter		320 000	320 000
3616		Statens klinikk for narkomane (jf. kap. 616)			
	02	Salgs- og leieinntekter		1 140 000	
	60	Refusjon fra fylkeskommuner		15 590 000	16 730 000
3661		Sykepengar			
	55	Refusjon fra folketrygden		800 000 000	800 000 000
3700		Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 700)			
	70	Refusjon av kontrollutgifter		770 000	770 000
3710		Statens institutt for folkehelse (jf. kap. 710)			
	02	Salgs- og leieinntekter		65 640 000	65 640 000
3711		Statens rettsstoksikologiske institutt (jf. 711)			
	03	Diverse lønnsinntekter		730 000	730 000
3712		Statens helseundersøkelser (jf. kap. 712)			
	02	Salgs- og leieinntekter		2 360 000	2 360 000
3713		Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (jf. kap. 713)			
	02	Salgs- og leieinntekter		65 000	65 000
3714		Statens tobakksskaderåd (jf. kap. 714)			
	02	Salgs- og leieinntekter		45 000	45 000
3715		Statens strålevern (jf. kap. 715)			
	02	Salgs- og leieinntekter		630 000	630 000
3716		Kreftregisteret (jf. kap. 716)			
	03	Oppdragsinntekter		1 130 000	1 130 000
3735		Statens senter for epilepsi (jf. kap. 735)			
	02	Salgs- og leieinntekter		5 550 000	
	60	Refusjon fra fylkeskommuner		72 920 000	78 470 000
3737		Barnesykehus (jf. kap. 737)			
	02	Salgs- og leieinntekter		1 310 000	
	60	Refusjon fra fylkeskommuner		3 600 000	4 910 000
3738		Helsetjenesten på Svalbard (jf. kap. 738)			
	02	Salgs- og leieinntekter		1 390 000	1 390 000
3739		Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739)			
	02	Egenandeler		6 150 000	
	03	Diverse inntekter		3 600 000	9 750 000
3750		Statens legemiddelkontroll (jf. kap. 750)			
	02	Gebyrinntekter		154 000	154 000
3751		Apotekvesenet (jf. kap. 751)			
	03	Tilbakebetaling av lån		206 000	206 000
		Sum Diverse inntekter			996 505 000

Sosial- og helsedepartementet

Kap	Post		Kr	Kr	Kr
Skatter og avgifter					
5527	Vinmonopolavgiften m.m.				
	72 Gebyr på statlige skjenkebevillinger		300 000		
	73 Vinmonopolavgiften		40 600 000		40 900 000
5577	Avgift til staten av apotekenes omsetning (jf. kap. 1507 og 751)				
	70 Avgift		89 300 000		89 300 000
5578	Avgift på farmasøytiske spesialpreparater (jf. kap. 750)				
	70 Registreringsavgift		51 920 000		
	71 Kontrollavgift		31 030 000		82 950 000
	Sum Skatter og avgifter				213 150 000
Renter og aksjeutbytte					
5631	Aksjer i A/S Vinmonopolet				
	80 Statens overskuddsandel		38 300 000		
	81 Utbytte		2 000		38 302 000
	Sum Renter og aksjeutbytte				38 302 000
Sum departementets inntekter					1 247 957 000

II

Bestillingsfullmakt

Stortinget samtykker i at Sosial- og helsedepartementet i 2000 kan:

1. foreta bestillinger for inntil 4 mill. kroner utover gitt bevilgning under kap 710 Statens institutt for folkehelse, post 01 Driftsutgifter
2. foreta bestillinger for inntil 45 mill. kroner utover gitt bevilgning under kap 710 Statens institutt for folkehelse, post 21 Formidlingsvirksomhet

III

Betinget tilsagn om tilskudd

Stortinget samtykker i at Sosial- og helsedepartementet i 2000 kan gi betinget tilsagn om tilskudd:

1. for utgiftene ved Det nasjonale aldershjem for sjømenn i Stavern, for pasienter som ikke har hjemstedskommune i Norge. Tilskuddet er begrenset oppad til 3 pasienter og 1 mill. kroner ut over bevilgningen under kap. 670, post 61 Tilskudd til omsorgstjenester.
2. for utgifter ved Hjemmet for døve, Andebu. Tilskuddet er begrenset oppad til 5 mill. kroner under kap 673, post 72 Tiltak for døvblinde.
3. overfor Troms fylkeskommune for utgifter ved regionsenter for døvblindfødte. Tilskuddet er begrenset oppad til 2 mill. kroner under kap. 673, post 72 Tiltak for døvblinde.

Sosial- og helsedepartementet

IV

Garantifullmakt

Stortinget samtykker i at Sosial- og helsedepartementet i 2000 kan gi nye garantier for lån til opprettelse av apotek med 50 mill. kroner, men slik at totalrammen for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger 400 mill. kroner.

V

Merinntektsfullmakt

Stortinget samtykker i at Sosial- og helsedepartementet i 2000 kan overskride bevilgningene under:

1. kap 600 Sosial- og helsedepartementet, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3600, post 02 Salg av publikasjoner m.v.
2. kap 604 Etat for rådssekretariater og enkelte helse- og sosialfaglige oppgaver mv, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3604, post 02 Salgs- og leieinntekter m.m..
3. kap 610 Rusmiddeldirektoratet post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3610, post 03 Oppdragsinntekter
4. kap 612 Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3612, post 02 Oppdragsinntekter
5. kap 616 Statens klinikk for narkomane, post 01 Driftsutgifter, mot tilsvarende merinntekt under kap 3616, post 02 Salgs- og leieinntekter og post 60 Refusjon fra fylkeskommuner
6. kap 700 Statens helsetilsyn og fylkeslegene, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3700, postene 02 Oppdragsinntekter, 03 Refusjon fra NORAD, 04 Diverse inntekter og 70 Refusjon av kontrollutgifter
7. kap 710 Statens institutt for folkehelse, postene 01 Driftsutgifter og 21 Formidlingsvirksomhet mot tilsvarende merinntekt under kap 3710, post 02 Salgs- og leieinntekter
8. kap 711 Statens rettstoksikologiske institutt, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3711, post 03 Diverse lønnsinntekter
9. kap 712 Statens helseundersøkelser, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3712, post 02 Salgs- og leieinntekter
10. kap 713 Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3713, post 02 Salgs- og leieinntekter
11. kap 714 Statens tobakksskaderåd, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3714, post 02 Salgs- og leieinntekter
12. kap 715 Statens strålevern, postene 01 Driftsutgifter og 21 Spesielle driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3715, postene 02 Salgs- og leieinntekter, 03 Diverse lønnsinntekter og 05 Oppdragsinntekter.
13. kap 716 Kreftregisteret, post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3716, posten 03 Oppdragsinntekter
14. kap 735 Statens senter for epilepsi post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3735, posten 02 Salgs og leieinntekter og post 60 Refusjon fra fylkeskommuner
15. kap 737 Barnesykehus post 01 Driftsutgifter mot tilsvarende merinntekt under kap 3737, posten 02 Salgs og leieinntekter og post 60 Refusjon fra fylkeskommuner

VI

Andre fullmakter

Stortinget samtykker i at:

1. statens andel i 2000 av driftsoverskuddet i A/S Vinmonopolet fastsettes til 40 pst. av resultatet i 2000, før ekstraordinære poster og etter vinmonopolavgiften.
2. det av avgiftspliktig omsetning ved apotekene i 2000 skal svares avgift etter disse satser:

– Av de første kr 17 000 000:	ingen avgift
– Av de neste kr 8 000 000:	2,1 pst.
– Av de neste kr 10 000 000:	3,5 pst.
– Av resten:	4,0 pst.

Det gis et bunnfradrag på 6 mill kroner for hvert filialapotek i avgiftsgrunnlaget.

Offentlige etater kan bestille flere eksemplarer fra:
Statens forvaltningstjeneste
Informasjonsforvaltning
Distribusjon og lager av publikasjoner
Telefaks: 22 24 27 86
E-post: ste-bestilling@ft.dep.telemax.no

Andre kan bestille fra:
Akademika AS
Avdeling for offentlige publikasjoner
Postboks 8134 Dep
0033 OSLO
Telefon: 22 11 67 70
Telefaks: 22 42 05 51
Grønt nummer: 800 80 960

Publikasjonen finnes på Internett:
<http://odin.dep.no/>

Trykk: Grytting AS - 09/1999